



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة أم البواقي  
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

## أطروحة

مقدمة لنيل شهادة

### دكتوراه الطور الثالث

الشعبة: العلوم الاجتماعية - علم النفس -  
التخصص: علم النفس العيادي

من طرف:

بلفتني منيرة

عنوان الأطروحة:

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض اضطراب ما  
بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري  
دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم عقبي بمدينة قلمة

أطروحة مناقشة بتاريخ 18 سبتمبر 2024 أمام لجنة المناقشة المشكلة من:

الرقم	اللقب والإسم	الرتبة	المؤسسة	الصفة
01	أ.د. بليدوح كوكب الزمان	أستاذ التعليم العالي	جامعة أم البواقي	رئيسا
02	د. غدايفي هند	أستاذ محاضر أ	جامعة الوادي	مشرفا
03	د. سعادو أسماء	أستاذ محاضر أ	جامعة أم البواقي	ممتحنا
04	أ.د. مقاوسي كريمة	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 1	ممتحنا
05	أ.د. بخوش وليد	أستاذ التعليم العالي	جامعة أم البواقي	ممتحنا
06	د. بن خليفة إسماعيل	أستاذ محاضر أ	جامعة الوادي	ممتحنا

# شكر وتقدير

يقول جلا وعلا " وما تقدموا لأنفسكم من خير تجدوه عند الله "

ما هذه الآية إلا تأكيدا على فضل الله العظيم على عباده وسعة رحمته ورزقه

الحمد والشكر لله على نعمة الإسلام ونعمة العلم

لك الحمد والشكر لأنك انرت عقول العلماء بالعلم وفتحت أمامهم الأبواب ليبدعوا وينيروا طريقنا

أتقدم بأسى عبارات الشكر تفوح بين طياتها أجمل روائع التقدير لكل من أسهم في اعداد

هذه الدراسة سواء

بنصح أو توجيه أو برأي

لكل من شجعني وزاد في روح المثابرة في مساري التعليمي

الى كل من كان لي سندا لإتمام هذا العمل

والفضل الأكبر يعود لله عز وجل الذي زودني بالصبر والقوة

أشكر الله وأحمده على فضله العظيم علي

# الإهداء

رب اجعل هذا العمل صالحا ولوجهك الكريم خالصا وتقبله مني يا رب العالمين

بقبول حسن

اهدي هذا العمل الى من سهرت وتعبت من أجلي الى امي الغالية الى أعلى من في الوجود

يا رب احفظها واشفها لنا واجعلها دائما سندنا لنا. الى ابنتي وصديقتي الغالية آية، الى ابني

الحبيب محمد أنيس، الى بطلي عبد الرحمن دون ان أنسى سندي ومن دعمني ووقف

الى جانبي طيلة مشواري زوجي نبيل سامي

الى إخوتي خيرالدين وشفيق وزوجته وأبنائه، الى أخواتي سهيلة

ومونية وأزواجهن وأبنائهن

أهدي ثمرة جهدي هذه الى زميلاتي وصديقاتي الغاليات في العمل

سعيدة، شادية، مونية، الى زميلاتي ورفيقات دربي شافية ومفيدة

الى كل من وقف الى جانبي من قريب أو بعيد الى أساتذتي الذين دعموني

وخاصة الأستاذة اغمين وبوتفنوشات والأستاذة كوكب الزمان

والفضل الأكبر الى المشرفة على هذا العمل المتألقة الأستاذة غدايفي هند شكرا جزيلًا.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

تهدف الدراسة الحالية والمعنونة بفعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري الى التأكد من معرفة مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري ومنه تم طرح التساؤل الرئيسي التالي:

- هل لبرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟ والذي انبثقت عنه مجموعة من الأسئلة الفرعية التالية:

- هل لتقنية الاسترخاء دور في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

- هل لتقنية الاسترخاء والحوار الذاتي الإيجابي دور في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

- هل لتقنية العرض التخيلي دورا في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

- هل لتقنية التعديل المعرفي دور في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

وللإجابة عليها قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

- لبرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

- لتقنية الاسترخاء دور في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

- لتقنية الاسترخاء والحوار الذاتي الإيجابي دور في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

- لتقنية العرض التخيلي دورا في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

- لتقنية التعديل المعرفي دور في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

وللتأكد من صحة هذه الفرضيات تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات والمتمثلة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 الصادر عن النسخة الخامسة للدليل الاحصائي والتشخيصي DSM5 حيث قامت الباحثة بترجمته وعرضه على مجموعة من المحكمين المختصين كما تم التأكد من صدقه وثباته بتطبيقه على عينة استطلاعية، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من تصميم الباحثة.

ولقد طبقت هذه الدراسة على ثلاث حالات من مبتوري الأطراف مرضى السكري بمستشفى الحكيم عقبي بمدينة قالمة الجزائر، والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية من بين افراد العينة الاستطلاعية لبروز أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديهم من جهة وتصريحهم في الرغبة بالخضوع للعلاج من جهة أخرى، حيث اعتمدت على المنهج الشبه التجريبي تصميم المفحوص الواحد بتطبيق قياس قبلي وقياس بعدي بعد تنفيذ التدخل العلاجي بمعدل جلسة علاجية واحدة في الأسبوع، وقد استغرق مدة أربعة أشهر أي ثمانية عشرة جلسة علاجية.

ولقد توصلت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من تكرار واستثارة انفعالية وتجنب وكذا الأعراض المعرفية المزاجية لدى حالات الدراسة، حيث تمت مناقشة نتائجها بالرجوع الى الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة وكذا تحليلها على ضوء الفرضيات والإطار النظري، وتبقى نتائج هذه الدراسة محدودة بعينه الدراسة ومنهجها وأدواتها.

#### Abstrat :

The current study, entitled "The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Therapy Program in Reducing Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Amputee Diabetic Patients," aims to determine the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in reducing post-traumatic stress disorder symptoms in amputee diabetic patients. The main question of the study is as follows:

- Is a cognitive-behavioral therapy program effective in reducing post-traumatic stress disorder symptoms in amputee diabetic patients?

From this question, the following sub-questions emerged:

- Does the relaxation technique play a role in reducing re-experiencing symptoms in amputee diabetic patients?

- Do the relaxation and positive self-talk techniques play a role in reducing emotional arousal symptoms in amputee diabetic patients?
- Does the imaginal exposure technique play a role in reducing avoidance symptoms in amputee diabetic patients?
- Does the cognitive modification technique play a role in reducing cognitive and mood symptoms in amputee diabetic patients?

To answer these questions, the following hypotheses were formulated:

- A cognitive-behavioral therapy program is effective in reducing post-traumatic stress disorder symptoms in amputee diabetic patients.
- The relaxation technique plays a role in reducing re-experiencing symptoms in amputee diabetic patients.
- The relaxation and positive self-talk techniques play a role in reducing emotional arousal symptoms in amputee diabetic patients.
- The imaginal exposure technique plays a role in reducing avoidance symptoms in amputee diabetic patients.
- The cognitive modification technique plays a role in reducing cognitive and mood symptoms in amputee diabetic patients.

To test the validity of these hypotheses, a number of tools were used, including the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) from the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), which the researcher translated and presented to a panel of experts. The reliability and validity of the PCL-5 were also confirmed by applying it to a pilot sample. The cognitive-behavioral therapy program was designed by the researcher.

This study was applied to three cases of amputee diabetic patients at the Hakim Oqbi Hospital in Guelma, Algeria. These cases were purposefully selected from the pilot sample based on the presence of post-traumatic stress disorder symptoms and their willingness to undergo treatment. The study used a quasi-experimental single-subject design with pre- and post-measurements after the implementation of the therapeutic intervention. The therapeutic intervention consisted of one therapy session per week. The intervention lasted for 4 months, or 18 therapy sessions.

The results of the study showed the effectiveness of the cognitive-behavioral therapy program designed to reduce post-traumatic stress disorder symptoms: re-experiencing, emotional arousal, avoidance, and cognitive and mood symptoms. in the study cases. The results were discussed by referring to previous studies related to the study topic and analyzing them in the light of the hypotheses and theoretical framework. The results of this study are limited to the specific study, methodology, and tools used.

الفهرس

## فهرس المحتويات

	شكر وتقدير
	إهداء
	ملخص البحث
	Résumé de la recherche
	الفهرس
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
19	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول: مدخل الى موضوع الدراسة
24	1. الإشكالية
28	2. فرضيات الدراسة
29	3. دوافع اختيار الموضوع
29	4. أهمية الدراسة
29	1. الأهمية النظرية
30	2. الأهمية التطبيقية
30	7. أهداف الدراسة
31	6. مصطلحات الدراسة
31	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
31	2. تعريف اضطراب ما بعد للصدمة POST
32	3. تعريف مرض السكري
32	4. تعريف مبتوري الأطراف
32	7. حدود الدراسة
32	1. الحدود البشرية
32	2. الحدود الزمنية
32	3. الحدود المكانية

32	الدراسات السابقة	.VIII
44	تعقيب على الدراسات السابقة	.IX
47	خلاصة	
<b>الفصل الثاني: إطار العلاج المعرفي السلوكي</b>		
49	تمهيد	
50	ماهية العلاج المعرفي السلوكي	.I
52	لمحة تاريخية لنشأة العلاج السلوكي المعرفي	.II
56	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي	.III
57	أهداف العلاج المعرفي السلوكي	.IV
58	الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي	.V
59	العلاج المعرفي لأرون بيك Aron Beck	.1
59	مؤسس النظرية	.1.1
59	منطلقات نظرية العلاج المعرفي لبيك Beck	.2.1
61	الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية بيك Beck	.3.1
66	فنيات العلاج المعرفي لبيك Beck	.4.1
68	العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي لبيك Beck	.5.1
69	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotional Behavior Therapy (REBT)	.2
69	مؤسس النظرية	.1.2
69	منطلقات نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT لألبرت	.2.2
	اليس Albert Ellis	
70	الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية اليس Ellis	.3.2
73	فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	.4.2
74	اجراءات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	.5.2
76	التعديل المعرفي السلوكي لهيريت ميشينبوم Herbait	.3
	Meichenbaum	
76	مؤسس النظرية	.1.3
77	منطلقات نظرية التعديل المعرفي السلوكي	.2.3

78	Meichenbaum	الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية ميشينبوم	.3.3
79	Meichenbaum	عملية العلاج حسب نظرية ميشينبوم	.4.3
82		خلاصة	
<b>الفصل الثالث اضطراب ما بعد الصدمة</b>			
84		تمهيد	
85		مفهوم الصدمة	.1
85		الصدمة لغة	.1
85		مفهوم الصدمة النفسية	.2
87	Post Traumatique Stress	مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة	.II
		Disorder	
87		تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة	.III
87		تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية	.1
89		تطور مفهوم الصدمة في الدليل التشخيصي الاحصائي (من صدمة الحرب الى ميلاد اضطراب ما بعد الصدمة)	.2
90		التفسيرات النظرية للصدمة النفسية	.IV
90		وجهة نظر التحليل النفسي	.1
96	Behavioral Approach	الاتجاه السلوكي	.2
97	Cognitive Approach	الاتجاه المعرفي	.3
98		الاتجاه النسقي الأيكولوجي	.4
98		الاتجاه البيولوجي العصبي	.5
100		تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة	.V
103		مراحل حدوث اضطراب ما بعد الصدمة	.VI
107		الأشكال السريرية المختلفة للاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة	.VII
113		تصنيف الصدمات	.VIII
115		التدخلات الوقائية إثر حدوث الصدمة	.IX
117		علاج الصدمة النفسية	.X
123		قياس اضطراب ما بعد الصدمة	.XI
125		خلاصة	

## الفصل الرابع: مرضى السكري مبتوري الأطراف

127	تمهيد	
128	مفهوم السكري	.I
128	لغة	.1
128	اصطلاحا	.2
129	نبذة تاريخية عن مرض السكري	.II
130	أنواع السكري	.III
130	النوع الأول أو السكري المعتمد على الأنسولين (DID) Diabete.insulino-dépendent	.1
131	النوع الثاني أو السكري غير المعتمد على الأنسولين Diabète. non insulino-dépendant (DNID)	.2
131	النوع الثالث سكري الحمل Gestational Diabetes (GB)	.3
132	أعراض السكري	.IV
133	تشخيص السكري	.V
133	أسباب مرض السكري	.VI
134	مضاعفات السكري	.VII
134	المضاعفات قصيرة المدى (الحادة)	.1
134	المضاعفات طويلة المدى	.2
137	تصنيف متلازمة القدم السكرية	.VIII
138	تعريف البتر	.IX
138	أنواع البتر في تقرحات القدم	.X
140	آثار البتر	.XI
141	الصعوبات النفسية اللاحقة للبتر	.XII
142	احصائيات	.XIII
145	خلاصة	

## الجانب الميداني

## الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

148.	تمهيد	
149	منهج الدراسة	.ا
149	المنهج الشبه التجريبي	.1
150	تصميم الدراسة ومتغيراتها	.2
150	عينة الدراسة الأساسية	.اا
150	شروط إختيار العينة	.1
150	مواصفات العينة	.2
151	أدوات الدراسة	.ااا
151	الملاحظة	.1
151	المقابلة العيادية	.2
152	مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5	.3
152	التعريف بالمقياس	.1.3
152	الخصائص السيكومترية للمقياس	.2.3
153	الإجراءات الاستطلاعية للدراسة	.3.3
154	الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة	.4.3
156	البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	.4
156	الأهداف العامة للبرنامج العلاجي	.1.4
157	أهمية البرنامج العلاجي	.2.4
157	الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج	.3.4
158	الإطار العلاجي والسيرورة العلاجية	.4.4
162	الدافعية	.5.4
162	الجلسات العلاجية	.6.4
166	خطوات البرنامج العلاجي	.7.4
171	الأساليب والتقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي	.8.4

الفصل السادس: عرض حالات الدراسة	
179	تمهيد
180	1. عرض الحالة الأولى
180	1. تقديم الحالة الأولى
181	2. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى
182	3. التشخيص
183	4. التحليل الوظيفي
184	5. الفرضيات
184	6. القياس القبلي
185	7. تقديم المقابلات
203	78 القياس البعدي
204	II. عرض الحالة الثانية
204	1. تقديم الحالة الثانية
205	2. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثانية
207	3. التشخيص
208	4. التحليل الوظيفي
209	5. الفرضيات
209	6. القياس القبلي
209	7. تقديم المقابلات
227	8. القياس البعدي
228	III. عرض الحالة الثالثة
228	1. تقديم الحالة الثالثة
229	2. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثالثة
230	3. التشخيص
231	4. التحليل الوظيفي
233	5. الفرضيات
233	6. القياس القبلي
233	7. تقديم المقابلات

252	القياس البعدي	.8
254	خلاصة	
الفصل السابع: تحليل ومناقشة النتائج		
256	تمهيد	
257	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضيات	.I
257	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الرئيسية	.1
258	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الفرعية الأولى	.2
260	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الفرعية الثانية	.3
262	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة	.4
264	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الفرعية الرابعة	.5
266	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضيات	.II
266	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الرئيسية	.1
268	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الأولى	.2
270	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الثانية	.3
272	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة	.4
274	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الرابعة	.5
276	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضيات	.III
276	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الرئيسية	.1
278	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الأولى	.2
280	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الثانية	.3
282	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة	.4
284	تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الرابعة	.5
286	تحليل ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة والاطار النظري	.IV
291	استنتاج عام	.V
292	خاتمة	

## المراجع والملاحق

## قائمة المراجع

## الملاحق

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
151	يوضح خصائص العينة الأساسية	01
154	يوضح معاملات ارتباط المحاور الأربعة للمقياس بالدرجة الكلية له	02
155	يوضح معاملات ارتباط البنود مع درجة المحاور التي تنتمي إليها	03
156	يبين قيمة الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأداة الدراسة	04
156	يوضح معامل الثبات بمعادلة ألفا كورنباخ	05
170	يوضح كيف نبدأ جلسة أولية	06
171	يمثل مخطط جلسة العلاجات المعرفية السلوكية	07
184	يوضح نتائج القياس القبلي للحالة الأولى	08
188	يوضح سجل الأفكار الآلية للحالة الأولى	09
191	يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية للحالة الأولى	10
191	يوضح سجل الأفكار البديلة للحالة الأولى	11
199	يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلتها الحالة الأولى	12
202	يوضح حالة المفحوصة الأولى قبل وبعد العلاج النفسي	13
203	يوضح نتائج القياس البعدي للحالة الأولى	14
209	يوضح نتائج القياس القبلي للحالة الثانية	15
211	يوضح سجل الأفكار الآلية للحالة الثانية	16
215	يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية للحالة الثانية	17
216	يوضح سجل الأفكار البديلة للحالة الثانية	18
223	يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلتها الحالة الثانية	19
226	يوضح حالة المفحوصة الثانية قبل وبعد العلاج النفسي	20
227	يوضح نتائج القياس البعدي للحالة الثانية	21
233	يوضح نتائج القياس القبلي للحالة الثالثة	22

236	يوضح سجل الأفكار الآلية للحالة الثالثة	32
239	يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية للحالة الثالثة	24
240	يوضح سجل الأفكار البديلة للحالة الثالثة	25
247	يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلتها الحالة الثالثة	26
251	يوضح حالة المفحوصة الثالثة قبل وبعد العلاج النفسي	27
252	يوضح نتائج القياس البعدي للحالة الثالثة	28
257	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الأولى وقيمة التحسن	29
258	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الأولى وقيمة التحسن	30
260	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الأولى وقيمة التحسن	31
262	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الأولى وقيمة التحسن	32
264	يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الأولى وقيمة التحسن	33
267	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الثانية وقيمة التحسن	34
268	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الثانية وقيمة التحسن	35
270	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الثانية وقيمة التحسن	36
272	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الثانية وقيمة التحسن	37
274	يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الثانية وقيمة التحسن	38
277	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الثالثة وقيمة التحسن	39
278	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الثالثة وقيمة التحسن	40
280	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الثالثة وقيمة التحسن	41
282	يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الثالثة وقيمة التحسن	42
284	يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الثالثة	43

	وقيمة التحسن	
287	يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة	44

## فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	مخطط يوضح مسار الأفكار اللاعقلانية وفق نموذج أليس	
02	شكل يمثل شبكة التحليل الوظيفي سيكا بمستوياته الأفقي والعمودي (J.Cottraux,1985)	161
03	شكل يوضح التحليل الوظيفي العرضي للحالة الأولى	183
04	شكل يوضح تقنية السهم التنازلي للحالة الأولى	189
05	شكل يوضح التحليل الوظيفي العرضي للحالة الثانية	208
06	شكل يوضح تقنية السهم التنازلي للحالة الثانية	212
07	شكل يوضح التحليل الوظيفي العرضي للحالة الثالثة	232
08	شكل يوضح تقنية السهم التنازلي للحالة الثالثة	239
09	رسم بياني يوضح الفرق بين درجات القياس البعدي والقبلي للحالة الأولى	257
10	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الأولى	259
11	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الأولى	261
12	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الأولى	263
13	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الأولى	265
14	رسم بياني يوضح الفرق بين درجات القياس البعدي والقبلي للحالة الثانية	267
15	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الثانية	269
16	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الثانية	271
17	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الأولى	273

275	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الأولى	18
277	رسم بياني يوضح الفرق بين درجات القياس البعدي والقبلي للحالة الأولى	19
279	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الأولى	20
281	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الأولى	21
283	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الأولى	22
285	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الأولى	23
287	رسم بياني يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة	24

## مقدمة:

ان التطور الذي حققه التدخل العلاجي المعرفي السلوكي جعل منه منبرا لعلاج العديد من الأمراض المزمنة التي زاد انتشارها بشكل يثير الخوف والحيرة، ويعتبر مرض السكري واحدا من امراض العصر التي فاق انتشارها كل التوقعات وأصبحت الدول تتخوف منه لما يخلفه من خسائر مادية ومعنوية أثقلت كاهلها وما يلحق من تكاليف صحية أرهقت الحكومات والعائلات على حد سواء. ونظرا لأهمية هذا الموضوع كونه يمس الجوانب الجسدية والنفسية للمرضى، لما لهذا المرض من مضاعفات خطيرة تزعزع الاستقرار النفسي والاجتماعي للمرضى وترهق حياتهم، مما يولد من ضغوطات نفسية متفاوتة في الشدة، تختلف باختلاف بناء الأسرة و المحيط و الثقافة السائدة فيه، وهذا ما قد يزيد في تقاوم المرض و تطوره بشكل سريع يصل حد بتر الأطراف والعجز الكلي لغياب الوعي بأهمية الدعم و مساندة المحيط للمريض، و في هذا السياق أوضحت العديد من الدراسات ان الفرد الذي يتعرض الى البتر يواجه تغيرات رئيسية في حياته تؤثر على احساسه بالسعادة والطمأنينة وكذا على علاقاته بالأخرين، حيث يكون لأسلوب العلاج اثره الواضح على ذلك، فالتلف الذي سببه البتر ترك أثرا نفسيا عميقا في المريض، فهو يعبر عن الانشغالات النرجسية والبتر سبب له جرح نرجسي لأنه يمس الجانب العلائقي والوجودي للفرد المبتور.

وانطلاقا من هنا ولغياب الدعم والرفقة النفسية لمثل هذه الشريحة والتقصير الذي يلقاه هذا الموضوع ارتأينا أن نطبق برنامج علاجي معرفي سلوكي نظرا لما لاقاه من تطور سريع وتحقيقه لنتائج مذهلة في زمن معقول في العديد من الاضطرابات مقارنة بالعلاجات النفسية الدينامية او كبدل عن وصف الأدوية ذات الآثار الجانبية، دون أن ننسى التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي التي لا تتطلب تكلفة باهضة قدر ما تتطلبه من خبرة والتمكن منها تطبيقيا، ويمكن الاستعانة بها لإعداد برنامج تكفل معرفي سلوكي لمثل هذه الفئة لتعديل الأفكار المشوهة المتعلقة بالمرض. وهي أفكار غير منطقية ومبالغ فيها، تعود جذورها حقيقة الى مراحل الطفولة كنتيجة لأساليب التربية الوالدية أو التنشئة الاجتماعية، فتسيطر على الفرد وتجعل حياته أكثر تعقيدا، حيث يصبح تفكيره منصب على لوم الذات وتوبيخها او توقع الكوارث وانتظار الموت، او يرى ان الجميع تخلو عنه ولا يحبونه وأصبح عمله ناقصا ولم يعد أحد يهتم لأمره، فيشعر بالعجز والإخفاق الذي يؤدي به الى القلق والتوتر فينكد حياته مما يؤزم من وضعه الصحي فيتقاوم المرض ويتطور. وبذلك يساهم

هذا النوع من العلاج في اعادة تشكيل بنية معرفية جديدة تتماشى ووضع الحالات والتكيف مع الواقع ذلك كوسيلة للمرافقة النفسية تسهم في حل مشكلات هذه الفئة من المرضى.

ومن هنا جاءت دراستنا التي تناولت تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي مخصص للتعامل مع المرضى السكريين الذين تعرضوا للبتر جراء مضاعفات المرض، أين ركزنا على نوع الاضطراب وشدة الأعراض وكذا الفروق الفردية بين حالات الدراسة والتي تعتبر من الأسس التي تبنى عليها البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التي تركز في تقنياتها على نظريات التعلم السلوكي من جهة والنظريات المعرفية التي تقوم على معالجة المعلومة وتعديل الوظائف المعرفية من جهة أخرى، وعليه جاءت فصول بحثنا كما يلي:

**الفصل الأول:** الذي يدور حول مدخل عام للدراسة، حيث استهلكت فيه الباحثة بالإشكالية التي تناولت موضوع الدراسة لتنتهي بصياغة تساؤلات هذه الأخيرة واقتراح الفرضيات الممكنة، ومن ثم تم عرض أهمية هذه الدراسة وأهدافها التي تصبوا الى الوصول اليها وكذا دوافع اختيار هذا الموضوع دون غيره، انصل بعدها الى تحديد مصطلحات الدراسة ليتم في الأخير عرض الدراسات السابقة التي تناولت أحد متغيرات الدراسة على الأقل ومن ثم التعقيب عليها.

**أما الفصل الثاني** فقد كان نظريا أين تناول مختلف الجوانب النظرية المرتبطة بالعلاج المعرفي السلوكي، انطلاقا بتعريفه فنشأته وكذا مبادئه وأهم التيارات النظرية التي تصب تحت هذه التسمية والتي تقيدنا في دراستنا هاته، وما طور كل تيار من تقنيات علاجية ساهمت في نجاح هذا التيار العلاجي النفسي.

ومنه تطرقنا الى الفصل الثالث الذي خص لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث عرفنا ضمنه الصدمة والصدمة النفسية وكذا اضطراب ما بعد الصدمة والتطور التاريخي الذي مر به المصطلح من تسميات وصولا الى ما هو عليه الآن، لنتطرق بعدها الى التفسيرات النظرية لهذا الاضطراب ومنه كيفية تشخيصه اعتمادا على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس ومن ثم عرضنا مراحل حدوثه وأهم تصنيفاته، لنعرج في الآخر على الأشكال السريرية المختلفة للاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة، وأخيرا ذكرنا كيفية علاج هذا الاضطراب دون أن ننسى مختلف المقاييس التي وضعت لقياس هذا الاضطراب.

ليأتي بعده **الفصل الرابع** الذي اشتمل على تقديم مرض السكري وأسبابه وكذا أنواعه ومضاعفاته وركزنا منها على البتر باعتباره من متغيرات دراستنا أين قمنا بتعريفه وحددنا مستوياته والآثار النفسية المترتبة عنه.

وبهذا نكون قد أنهينا الجانب النظري لدراستنا لتبدأ رحلة الجانب التطبيقي الذي خص هو بدوره ضمن ثلاث فصول تجسدت في **الفصل الخامس** الذي ضم الاجراءات المنهجية للدراسة بدأ بالمنهج المستخدم والدراسة الاستطلاعية للتأكد من صلاحية الأدوات وكذا التعرف على عينة الدراسة وخصائصها ثم وصف الأدوات التي اعتمدت عليها الدراسة والتأكد من خصائصها السيكومترية، لنعرض بعدها الدراسة الأساسية وتقديم مفصل للبرنامج المصمم وفنياته وخطوات تنفيذه.

لنقوم في **الفصل السادس** بعرض حالات الدراسة مرفوقة بالقياس القبلي وكل الجلسات العلاجية بالتفصيل لكل حالة على حدا لنعرض بعدها نتائج القياس البعدي، لننهي بحثنا هذا من خلال **الفصل السابع** الذي تضمن مناقشة النتائج المتوصل اليها اعتمادا على الدراسات السابقة والنظريات المعتمدة في هذا البحث وكذا على ضوء الفرضيات المقترحة، ونختتم بحثنا بعرض نتائج الدراسة التي أكدت فعالية البرنامج المقترح ككل مع تقديم بعض المقترحات والتوصيات بالإضافة الى قائمة المراجع والملاحق.

الجانب النظري

# الفصل الأول

## 1. اشكالية:

على الرغم من التطورات التكنولوجية الضخمة والازدهار العلمي المذهل لا يزال العالم بأسره محشورا في الزاوية يواجه معضلة تزايد انتشار الأمراض غير السارية -الأمراض المزمنة- بشكل يثير الخوف والذعر، لما لها من تهديد يزعزع استقرار المجتمعات ومنظومتها الصحية وحتى توازنها الاقتصادي، أين وجهت جل الجهود وتكاثفت في مواجهة خطر هذه الأمراض التي تؤدي بحياة نحو 41 مليون شخص سنويا، أي ما يعادل 74% من إجمالي جميع الوفيات في العالم، ونجد 77% من هذه الوفيات في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل وهذا ما يعيق مساعي تحقيق التنمية والقضاء على الأمراض وحالات الفقر، وتتصدر الأمراض القلبية الوعائية قائمة الأمراض غير السارية في وقوع 17.9 مليون حالة وفاة سنويا، تليها السرطانات ثم الأمراض التنفسية ليحل مرض السكري في المرتبة الرابعة م خلفا 2 مليون حالة وفاة سنويا (منظمة الصحة العالمية، 2023) بما في ذلك الوفيات الناجمة عن مضاعفات المرض من قصور كلوي وبتير الأطراف السفلى.

وبذلك يعد مرض السكري من أخطر الأمراض المزمنة على الإطلاق كونه يؤدي مع مرور الوقت الى مجموعة من التعقيدات الصحية والمضاعفات المميتة، والإضرار الخطير بالعديد من أجهزة الجسم من تخريب لشبكية العين وقصور كلوي وارتفاع ضغط الدم وانسداد في الشرايين، ولا سيما الأعصاب والأوعية الدموية لما يخلفه من وفيات لارتباطه بالأمراض القلبية الوعائية وبتير الأطراف السفلية. وأصبح بهذا يشكل أحد العقبات التي تعترض الدول وتهدد السلامة الصحية لأفرادها، وباعتبار الجزائر واحدة من الدول التي تسعى جاهدة لتحقيق التنمية والنهوض بقطاعاتها فهي تصارع كغيرها من البلدان النامية شبح هذا القاتل الصامت الذي يزهق الملايين من الضحايا سنويا، إذ أعلن وزير الصحة الجزائري عبد القادر سايحي بمناسبة احياء اليوم العالمي للسكري الموافق لـ 14 نوفمبر سنة 2023 أن عدد المصابين بالسكري في الجزائر وصل الى 4 مليون مصاب وأن العدد مرشح للارتفاع في حالة استمرار غياب الوقاية اللازمة (البلاد، 14 نوفمبر 2023)، أين تحدث أعراضه فجأة أو قد تكون خفيفة وتمر سنوات قبل أن تلاحظ مما قد يسبب مشاكل صحية كثيرة ومعقدة، حيث يصاب العديد من مرضى السكري بمشكلات في أقدامهم مما قد يسبب لهم تقرحات في القدم والتي قد تؤدي الى البتر، وهذا ما أكدت عليه منظمة الصحة العالمية حيث صرحت وأكدت الدكتورة رنا الحجة، مديرة إدارة البرامج لمنظمة الصحة العالمية في الشرق الأوسط أن «المصابين بالسكري أكثر عرضة للنوبات القلبية والسكتات الدماغية بمقدار يتراوح من ضعفين إلى ثلاثة أضعاف. ويزيد معدل انتشار الفشل الكلوي المتأخر الناجم عن السكري بمقدار يصل إلى 10 أضعاف لدى المصابين بالسكري مقارنة بغير المصابين به. ويعد اعتلال الشبكية الناجم عن السكري أحد الأسباب الرئيسية للإصابة

بالعمى، إذ يتسبب في 2.6% من حالات العمى على مستوى العالم، ويؤدي الاعتلال العصبي إلى زيادة خطر الإصابة بقرحة القدم، والعدوى، واحتمالية الاضطرار إلى بتر الأطراف» (منظمة الصحة العالمية، 14 نوفمبر 2023). هذا الأخير الذي يمثل مرحلة انتقالية إذ يمس بالصحة الجسدية للمرضى ويغير مجرى حياتهم، أين تصيب تقرحات القدم السكرية حوالي 15% من مرضى السكري ويزداد خطر الإصابة به وبتتر الأطراف مع تقدم العمر وطول مدة الإصابة بالسكري (University of California, 20 June 2021)، وهي من أكثر المضاعفات المسؤولة عن دخول مريض السكري للمستشفيات وعن أكثر عمليات البتر في الدول المنخفضة والمتقدمة على حد سواء. مما يخلف إعاقات واصابات تزيد من تعقيدات المرض وتصبح الحياة على المرضى السكريين الذين غالبا ما يعانون من مشاكل نفسية مختلفة، تتراوح بين تظاهرات مرضية عابرة تظهر كاستجابة فورية للخبرة المؤلمة، قد تتجسد في القلق والخوف الدائم من المستقبل المجهول أو الاكتئاب الذي يظهر في الشعور بالحزن واليأس أو الامتناع عن اتباع التعليمات الصحية، كما يمكن ان تتجلى لدى المرضى اضطرابات في العلاقات الشخصية مع الشعور بعدم الأمان أو اضطرابات في النوم والتي يمكن أن تتطور مع الوقت الى تناذرات عيادية قائمة بذاتها تتبلور في الاضطرابات الحصرية وحالات الاكتئاب الحاد ويمكن أن تصل الى الاضطرابات المعقدة كاضطراب ما بعد الصدمة الذي لا يظهر على الفور بل تظهر أعراضه بعد عدة أشهر أو حتى سنوات، والذي يعد اضطراب نفسي معقد وخطير كونه يؤثر على جميع جوانب حياة مريض السكري مما يؤزم وضعه أكثر، فهو يعبر عن ظهور أعراض مرضية خاصة تابعة لتعرض الفرد لخبرة جد مجهدة تستطيع أن تقضي للموت أو تهديد الوحدة العضوية ومن هذه الاعراض النوعية إعادة المعاشية النفسية والعقلية للحادث التي تظهر في شكل ذكريات أو أفكار إقحامية ما بعد صدمية (بوفج ونحوي، 2017، ص 211) والتي تكون غالبا متجنبة لكل ما يرتبط بها من أشياء أو أفراد أو أماكن تذكر بالتجربة المؤلمة التي عايشها الفرد، الى جانب بروز أعراض الاستثارة الانفعالية التي تبدو في سرعة الغضب أو الهيجان أو الحزن والسلبية مع عدم القدرة على الشعور بالسعادة أو تبادل المشاعر مع الآخر، مما ينعكس سلبا على كل الجوانب الحياتية سواء كانت مهنية، وظيفية، نفسية، اجتماعية وحتى علائقية. ان خبرة البتر هذه تشكل حدث صادم لمريض السكري لما لها من وقع يمس تكامله الجسدي وتناسقه الذي طالما ألفه، فيعيش تجربة البتر المؤلمة على أنها عامل ضاغط يفوق قدراته التحملية، مشكلة بذلك صدمة انفعالية شديدة ينشأ عنها الشعور بالخسارة والفقدان باعتباره فقد جزءا من جسده الذي يمثل ذاته وكيانه ويتغير بذلك هذا المفهوم الذي قد يشوه ويصبح سلبيا. وبذلك تشكل هذه المرحلة أحد التحديات الكبرى للمرضى السكريين من ناحية التوافق النفسي والاجتماعي، حيث تتدخل مجموعة عوامل التي تمثل عوامل خطر تعمل على بلورة الأعراض وبروزها وحتى استمرارها ودوامها إن لم يتم علاجها، تكمن في العوامل البيئية المشجعة والمثبتة للعرض كغياب المساندة والدعم الاجتماعي، زيادة الى العوامل الشخصية والفردية المتعلقة بالتصورات والتمثيلات المكبوتة الي يحملها الفرد واعتقاداته عن الموت والخلود، وكل هذا من شأنه

أن يعزز في ظهور اضطراب ما بعد صدمة البتر، أين وجد بيرسيك "أن مبتوري الأطراف ينظرون الى البتر كوصمة اجتماعية تنبئ بسوء التوافق النفسي ويمكن أن يؤدي البتر الى حالة من الاضطراب النفسي والاجتماعي لدى بعض الأفراد".

وبهذا فان اضطراب ما بعد الصدمة يعد أحد أخطر الاضطرابات النفسية وأعدها، أين يلحق آثارا وخيمة على بنية المريض، ويخل بتوازنه النفسي والاجتماعي، ويعيق تكيفه ويغير نمط حياته ويجعله يعيش في ماضي التجربة المؤلمة بشحنة انفعالية سلبية، مصحوبة بفرط في اليقظة والتأهب الدائم مع تجنب كل ما يذكر بخبرة البتر، وإذا لم يجد مريض السكري خلالها الدعم النفسي والمساندة الاسرية المناسبة فحتما سوف يكون فريسة سهلة لهذا الاضطراب النفسي ويتقادم وضعه الصحي، الذي يتطلب الرعاية الدائمة وهذا طبعا في كنف جو أسري مليء بالتعاون والتفهم، حيث انه يجب أن نولي عناية كبيرة لدور العوامل البيئية المحيطة وخاصة الدعم النفسي والمرافقة الأسرية والمحيط الاجتماعي.

ان اصابة الفرد بالسكري والتعرض للبتر تعتبر احداث غير متوقعة تتسم بالحدة وتجر كيان الفرد الانساني لما تسببه من تهديد للحياة بحيث لا يستطيع المريض مجابتهها لوحده ولا بدى من التكفل به للتكيف مع هذه الوضعيات الجديدة. (إبراهيم عبدالستار، 1993، ص 120)، ومن المبررات المنهجية لتأسيس هذه الدراسة والمثير للإشكال في هذا الجانب هو غياب العلاج النفسي بهذه الشريحة، خاصة على مستوى الجزائر اذ يكاد ينعدم التكفل النفسي مع هذه الحالات مع العلم بضرورة وجود العلاج الدوائي والنفسي جنبا الى جنب، وهذا ما يشكل عائقا للشفاء التام ويؤدي الى زيادة مضاعفات المرض أكثر واستمرار عملية البتر. فالعلاج الدوائي لوحده ليس كاملا ولا بد من تكامل العلاجات، ومن هذا الجانب رأيت الحاجة الى تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لهذه الفئة، وهو أحد التدخلات العلاجية النفسية الحديثة التي يمكن تطبيقها في مثل هذه الحالات لإحداث التكيف وإعادة التوازن والتوافق مع الوضعية الجديدة، وكذا تعديل الأفكار الغير المنطقية التي تظهر لدى المرضى نتيجة البتر وذلك للتعايش معه والحد من تقادم الإصابة.

حيث تجاوز تطبيق هذا النوع من العلاج النفسي على مختلف الأمراض النفسية والطبية، كما أثبت نجاعته مع العديد من الاضطرابات النفسية وكذا العضوية، وفي هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات الى ان العلاج المعرفي السلوكي يمكن ان يكون لديه تأثير نافع وكبير على عملية الشفاء مع المرضى الطبيين (أندرو بوميرانز، 2018، ص 469)، كما وجد ان العلاج المعرفي السلوكي كان له أثر دال ليس فقط على الاضطراب نفسه، ولكن على الجودة الكلية للحياة، ويهدف العلاج المعرفي السلوكي الى تخفيف الاضطراب الانفعالي من خلال مساعدة الأفراد على تغيير سلوكياتهم واعتقاداتهم التي تتسم بسوء التكيف.

فالعلاج المعرفي السلوكي ينطلق من فرضية أساسية مفادها أن التفكير هو الذي يثير انفعالات الفرد، فالاستجابات الانفعالية المصاحبة للفرد المصاب عضويا تكون نتيجة الأفكار الخاطئة الي يحملها هذا الفرد

عن المرض وكذا التصورات والمفاهيم المرتبطة به، وليس المرض في حد ذاته ما يثير انفعال الفرد، وبالتالي ومن خلال التعامل مع العناصر الثلاث المتمثلة في التفكير، السلوك، الانفعال يمكن للمعالج المعرفي السلوكي ان يعدل في أفكار الفرد المصاب عضويا ويحسن سلوكه ويعيد له التوازن، وذلك باستخدامه للتقنيات التي يجيدها ويكون قد تدرب عليها لان التأثير على احدى هذه العناصر من شأنه ان يؤثر على الأخرى، كما يمكنه اعتماد تقنيات معرفية وأخرى سلوكية تتناسب مع الحالة المتكفل بها.

وفي ضوء ما أشرنا اليه من نقص فيما يتعلق بالتكفل النفسي بهذه الفئة أو المساعدة على تخفيف المرض والحد من تفاقمه، وشعورا منا بوجاهة المشكلة المرضية في بعدها المحلي، وضرورة ملحة لإعداد علاج نفسي لمثل هذه الحالات، جعلنا نحدد المشكلة في بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي وتطبيقه على المرضى السكريين مبتوري الأطراف والوقوف على دوره في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لهذه الفئة وقد صغنا لضبط مشكلة الدراسة التساؤلات التالية:

#### التساؤل الرئيسي:

- هل لبرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

#### التساؤلات الفرعية:

- هل لتقنية الاسترخاء دور في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

- هل لتقنية الاسترخاء والحوار الذاتي الإيجابي دور في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

- هل لتقنية العرض التخيلي دورا في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

- هل لتقنية التعديل المعرفي دور في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري؟

#### II. فرضيات الدراسة:

بناء على تساؤلات الدراسة المطروحة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

#### 1. الفرضية الرئيسية:

- لبرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

## 2. الفرضيات الفرعية:

- لتقنية الاسترخاء دور في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري
- لتقنية الاسترخاء والحوار الذاتي الايجابي دور في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- لتقنية العرض التخيلي دور في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- لتقنية التعديل المعرفي دور في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

## III. دوافع اختيار الموضوع:

- قلة الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي الذي يتكفل بالأمراض المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري مبتوري الأطراف بصفة خاصة.
- ندرة الأبحاث والدراسات التي اهتمت بالعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة باعتبارهم مرضى صحيين يحتاجون العلاج الدوائي فقط.
- تنوع الموضوع وثرائه بتناوله عناصر مهمة جدا اضطراب ما بعد الصدمة والعلاج المعرفي السلوكي من جهة والأمراض المزمنة وعلى رأسها مرض السكري من جهة أخرى.
- اجحاف في حق المرضى الصحيين من حيث التكفل بهم دوائيا فقط في حين يقتصر العلاج النفسي على تقديم النصيحة فقط، بيد أنهم يصنفون من المرضى السيكوسوماتيين والذين يحتاجون الى العلاج الدوائي والنفسي ضمن فريق طبي متكامل.
- شعوري بمعاناة مرضى السكري بعد تأثير مضاعفات المرض على المدى الطويل نتيجة تجاهل التكفل المبكر به والاعغال عن آثاره الخطيرة التي يجهلها الكثيرون.

IV. أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في:

1. الأهمية النظرية:

- إضافة علمية واثراء للرصيد المعرفي والنظري بتقديم الباحثة لعمل علمي غني بالمعلومات حول مصطلحات مهمة جدا للمختص العيادي أو للطالب الجامعي في تزويده بالمادة العلمية وآخر مستجداتها.
- التطرق الى مفاهيم نظرية ذات الصلة بعلم النفس المرضي كاضطراب ما بعد الصدمة، العلاج المعرفي السلوكي وكذا البتر من جهة، وارتباطها بعلم النفس الصحة بتناولها فئة المرضى الصحيين من جهة أخرى.
- التصاعد المرعب لعدد المرضى السكريين على الصعيد العالمي بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة وتزايد عدد الوفيات جراء المضاعفات الخطيرة للمرض وعلى رأسها البتر وما له من وقع كبير على نفسية المصابين.

2. الأهمية التطبيقية:

- الاستفادة من البرنامج العلاجي المقدم في هذه الدراسة للقيام بدراسات مستقبلية تهتم بهذه الشريحة المهمة في المجتمع.
- تسليط الضوء على أحد الاضطرابات النفسية التي يغفل عنها الكثيرين لتعدد أعراضه على الرغم من توسع دائرة انتشاره.
- توعية مرضى السكري بالتداعيات النفسية اللاحقة للمرض والتي تؤزم الحالة الصحية للمريض.
- ضرورة التكفل النفسي بهذه الفئة المرضية التي تلجأ الى العلاج الطبي دون الاستفادة من المساعدة النفسية مما أدى الى زيادة انتشارها بشكل مدهل.
- تسهم هذه الدراسة في إثراء البحث العلمي بصفة عامة والممارسة العيادية بصفة خاصة ويمكن أن تكون مرجعا علميا للطلبة وحتى العاملين في المجال الطبي النفسي والارشادي.

V. أهداف الدراسة:

يمكن تلخيصها فيما يلي:

- معرفة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي تظهر لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف.

- معرفة مدى تأثير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على الصحة الجسدية لمرضى السكري.
- معرفة مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- مدى فعالية تقنية الاسترخاء في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- مدى فعالية تقنية الحوار الذاتي الإيجابي في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- مدى فعالية تقنية العرض التخيلي في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- مدى فعالية تقنيات التعديل المعرفي في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إعادة دمج الحالات اجتماعيا وتمكينهم من مواجهة وحل المشكلات الحياتية بطريقة أكثر منطقية.
- تمكين الأخصائيين النفسيين من اعداد برامج للتكفل أو برامج ارشادية تجسد تمكنهم من الجانب التطبيقي.

## VI. مصطلحات الدراسة:

### 1. العلاج المعرفي السلوكي TCC:

يعد العلاج المعرفي السلوكي نهجا علاجيا حديثا تطور وفق منظور علمي ونظري ممتد عبر ثلاث مراحل، يركز على تغيير السلوك والأفكار الغير صحية وكذا يزيل الحساسية ويخفض الانفعالات السلبية. ويعرف اجرائيا بأنه نوع من العلاج النفسي والمراد معرفة فعاليته في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري ومساعدتهم على التكيف مع المرض، من خلال استعمال تقنيات معرفية كالحوار السقراطي وإعادة البناء المعرفي، وأخرى سلوكية كالاسترخاء وتقنية العرض التخيلي.

**2. اضطراب ما بعد الصدمة POST:**

تعرف الصدمة بأنها المواجهة الفعلية أو المهددة بالموت أو الإصابة الجسمية أو العنف الجنسي، حيث تمثل تهديدا حقيقيا بالموت أثناء المرض (Maercker, 2022, p. 426) ويعرف إجرائيا بأنه الدرجة المحصل عليها على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 الصادر عن النسخة الخامسة للدليل الاحصائي والتشخيصي DSM-5.

**3. مرض السكري:**

السكري هو مرض مزمن، يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج كمية كافية من الانسولين، أو عندما يعجز الجسم عن استخدام الأنسولين الذي ينتجه بشكل فعال، مما يؤدي الى زيادة تركيز الغلوكوز في الدم (منظمة الصحة العالمية، 2023) ويعرف إجرائيا بأنه مرض مزمن يؤدي بالفرد المصاب به الى البتر مما يجعله يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

**4. مبتوري الأطراف:**

هو استئصال جراحي مقصود لأحد الأطراف أو جزء من الجسم، يتم من خلالها تنفيذ إزالة الأنسجة المصابة لتخفيف الألم. (بحر، 2017، ص 86) والحد من انتشار المرض الى بقية أجزاء الجسم. ويعرف إجرائيا: بأنه إزالة الطرف إما كاملا أو جزء منه جراء مضاعفات مرض السكر.

**.VII حدود الدراسة:** حددت هذه الدراسة بعنوانها: "فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري"

وتمثلت حدود هذا الموضوع في:

**1. الحدود البشرية:** تتحدد هذه الدراسة بشريا في المرضى السكريين مبتوري الأطراف والذين استوفوا مدة شهر على الأقل بعد البتر، والذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة جراء البتر، وذلك بعد تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 والمتمثلين في (03) حالات ذكرين وأنثى واحدة .

**2. الحدود المكانية:** أجريت هذه الدراسة بمصلحة الطب الداخلي بمستشفى الحكيم عقبي بمدينة قلمة.

**3. الحدود الزمانية:** أجريت هذه الدراسة خلال فترة زمنية يمكن تقسيمها الى مجالين:

- الفترة الأولى كانت خلال شهري جانفي وفيفري من عام 2022 لاستطلاع الميدان والتأكد من وجود العينة.

- الفترة الثانية والممتدة من شهر أبريل 2022 الى شهر سبتمبر 2022 لإجراء الدراسة الاستطلاعية أما فترة التنفيذ فكانت من شهر أوت 2023 الى غاية شهر ديسمبر 2023.

## .VIII

## الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة المرجعية البحثية لأي طالب أو باحث بصدد إجراء دراسة علمية للتزود بالمعلومات اللازمة والاطلاع على الطرق والمناهج العلمية المتبعة سواء أكانت دراسات عربية أو أجنبية، ولهذا ومن خلال اطلاعي على هذا المخزون العلمي وجدت إجحاف فيما يخض موضوع دراستي حتى على المستوى الأجنبي دراسات قليلة هي المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي للحالات الطبية لأنه توجه حديث يتعلق بعلم نفس الصحة.

وكذا يعتمد على العلاج الدوائي أكثر من بقية العلاجات الأخرى. ولهذا اعتمدت على الدراسات التي كانت قريبة نوعا ما من موضوع الدراسة الحالية ونجد منها ما يلي:

## الدراسة الأولى:

دراسة مارش (March, 1998) الذي استخدم الارشاد المعرفي في مساعدة (15) طفلا من الاناث والذكور وتتراوح أعمارهم ما بين (10 و 15 سنة)، تعرضوا الى حدث صادم أدى الى ظهور أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لديهم، والذين تعرضوا لحادث سيارة أو مرض خطير أو حريق، ومن الفنيات التي استخدمت في هذه الدراسة التدريب على أسلوب حل المشكلات للتحكم بالغضب، ومساعدة الطفل على تنمية الحديث الإيجابي مع الذات ومواجهة الأفكار اللاعقلانية والواجب المنزلي.

أثبتت النتائج فعالية الارشاد المعرفي في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في فترة البرنامج التي استمرت (18) أسبوعا بواقع جلسة واحدة أسبوعيا وقد استمر التحسن في فترة المتابعة التي دامت 6 أشهر.

## الدراسة الثانية:

دراسة محمد أحمد شاهين (2007) بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي معرفي في تحسين التفكير العقلاني وتقدير الذات وخفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين في فلسطين. هدفت الدراسة الى استقصاء مدى فاعلية برنامج تدريبي معرفي في تحسين مستوى التفكير العقلاني وتقدير الذات، وخفض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين في فلسطين. اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي أين اختار الباحث عينة من طلبة جامعة القدس المفتوحة السجلين في مستوى البكالوريوس ممن حصلوا على درجات مرتفعة فوق درجة القطع على اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية وكان عددهم (6) منهم (3) ذكور و(3) إناث.

وزعوا بالمزاوجة الى مجموعتين متساويتين من حيث العدد ومناصفة بين الذكور والإناث، المجموعة الأولى تجريبية تلقى أفرادها البرنامج التدريبي المكون من (12) جلسة مدة كل جلسة (75 - 90) دقيقة بواقع جلسة واحدة أسبوعيا، والثانية ضابطة تلقى أفرادها محاضرات لا ترتبط بالتفكير العقلاني ومكونات البرنامج التدريبي. اعتمد الباحث في اعداد دراسته على 3 مقاييس وهي مقياس التفكير العقلاني واللاعقلاني ومقياس تقدير الذات ومقياس ضغوط ما بعد الصدمة.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين المجموعتين في القياس البعدي على مقياس التفكير العقلاني واللاعقلاني ومقياس تقدير الذات ومقياس ضغوط ما بعد الصدمة، والتي تشير الى فاعلية البرنامج التدريبي. كما أظهرت نتائج الدراسة استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي المعرفي بعد المتابعة. وأشارت النتائج أيضا الى عدم وجود فرق دال احصائيا بين الذكور والإناث وعدم وجود أثر للتفاعل بين البرنامج التدريبي والنوع الاجتماعي على كل من درجة التفكير العقلاني وضغوط ما بعد الصدمة في القياس البعدي، بينما تبين أثر للتفاعل بين البرنامج التدريبي والنوع الاجتماعي في مجال تقدير الذات. (محمد، 2007)

### الدراسة الثالثة:

دراسة كلثوم بلميهوب (2008) بعنوان العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة (دراسة حالة)، جامعة الجزائر 2.

تمثلت الدراسة في دراسة حالة لطالبة في العشرين من عمرها تعرضت مرتين لحادث صدمي تمثل الأول في تقجير إرهابي كانت خلالها على متن حافلة الطلبة وتعرضت لبعض الجروح وبقيت تحت أثار الصدمة لبعض الشهور ثم بعدها حادث ثاني وكان أيضا تقجير إرهابي وكانت حينها بالقرب منه ومنذ ذلك الحين وهي تعاني من أعراض الكرب التالي للصدمة PTSD.

خضعت الحالة للعلاج النفسي في مركز المساعدة النفسية بجامعة الجزائر 2، استخدمت الباحثة فنيات سلوكية

ومعرفية، حيث طبقت معها تقنية المراقبة الذاتية لحصر الأفكار التلقائية وكذا مناقشة الأفكار السلبية التي كانت تحدث بها نفسها مثل أنا نذير شؤم لدحض هذه الأفكار واستبدالها بأفكار منطقية مع تقديم الحجج على مدى صدق هذه الأفكار، كما طبقت معها أيضا فنية التعريض التدريجي للمثير لان الحالة كانت تتجنب ركوب الحالة والتقرب من أماكن وقوع الحادثين.

دام العلاج 4 أشهر وكانت النتائج تدل وتؤكد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي، حيث عادت الحالة الى حالتها الطبيعية واستطاعت التغلب على مخاوفها.

#### الدراسة الرابعة:

دراسة آدم محمد حليلة إبراهيم (2011) بعنوان فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم، السودان. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب.

حيث اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي لملائمته لطبيعة الدراسة مستخدمة تصميم العينة الواحدة. قد اختارت الباحثة العينة بالطريقة القصدية وبلغت أثنى عشر طفل ستة ذكور وست إناث تتراوح أعمارهم ما بين عشر والثامنة عشرة سنة. تم تنفيذ الدراسة بفرع وحدة حماية الأسرة والطفل التابع لشرطة أمن المجتمع بولاية الخرطوم. استخدمت الباحثة عدة أدوات لتنفيذ الدراسة وهي برنامج العلاج المعرفي السلوكي من تصميم الباحثة، واستمارة الرعاية الأولية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. لاستخلاص النتائج عمدت الباحثة لاستخدام وسائل إحصائية وهي اختبار (ت) للعينة الواحدة، واختبار (ت) للعينتين المستقلتين، واختبار (ف) لتحليل التباين للتعرف على الفروق بين المتغيرات.

خلصت الدراسة لعدة نتائج وهي: فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم. مع وجود فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير النوع لصالح الذكور. وكذلك وجود فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال

اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير الحكم القضائي لصالح الحاصلين على أحكام ايجابية. كما توصلت الدراسة أيضا الى وجود فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير نوع تعليم الوالدين لصالح الأطفال لوالدين متعلمين تعليم ثانوي. (آدم، 2011)

## الدراسة الخامسة:

دراسة (Reginald David Nixon and all (2011) بعنوان تجربة عشوائية للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي للأطفال والراشدين الذين يعانون من إجهاد ما بعد الصدمة، الاضطراب التالي لصدمة واحدة، هدفت هذه الدراسة الى مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات (CBT) مع العلاج المعرفي الذي يركز على الصدمات (دون التعريض، التصوير المقطعي المحوسب) للأطفال والشباب المصابين باضطراب ما بعد الصدمة. تمثلت عينة هذه الدراسة في الأطفال والشباب الذين عانوا من صدمة فردية وبلغ عددهم (33) فردا تتراوح أعمارهم ما بين (7 - 17) سنة، حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية، تلقوا العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج المعرفي لمدة 9 أسابيع، حيث كانت تدار الجلسات بشكل فردي للأطفال وأولياء أمورهم.

أظهرت نتائج الدراسة أن كلا التدخلين فعال في انخفاض شدة اضطراب ما بعد الصدمة والاكنتاب والقلق العام. كما اثبتت المعالجة اللاحقة تحسن 65% من العلاج المعرفي السلوكي و56% من العلاج المعرفي. وأظهرت استجابة أفضل في العلاج بنسبة 99% من العلاج المعرفي السلوكي و90% من العلاج المعرفي، مع المحافظة على المكاسب في متابعة لمدة 6 أشهر. وخلصت الدراسة الى أنه يمكن علاج اضطراب ما بعد الصدمة الثانوي لصدمة واحدة بنجاح من خلال العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات. (Reginald David Vandervord et al., 2012)

## الدراسة السادسة:

دراسة بكيري نجيبة (2012) بعنوان أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكربين المراهقين.

هدفت هذه الدراسة الى إظهار مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لديهم.

تكونت عينة الدراسة من (16) طفلا تتراوح أعمارهم ما بين (12 الى 16) سنة وهم من المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى السكري (عيادة الضياء) وهم من يعانون الاكتئاب وفقا للتشخيص الطبي والنفسى.

استخدمت الباحثة عدة أدوات منها القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، اختبار اليأس للأطفال، مقياس تقدير الذات للأطفال، مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال، البرنامج العلاجي من اعداد الباحثة بالإضافة الى أدوات أخرى.

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي تصميم المجموعة الواحدة (المجموعة التجريبية) دامت مدة تطبيق البرنامج شهرين بتطبيق قياس قبلي وبعدي وتتبعي.

دلت نتائج الدراسة على وجود تأثير دال احصائيا لبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري، كما أثبتت الدراسة على وجود فروق دالة احصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات المقاييس (مقياس تقدير الذات، مقياس المهارات الاجتماعية، مقياس اليأس)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم بعد القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج)

#### الدراسة السابعة:

دراسة ضمرة جلال كايد مصطفى و أبو عطية سهام درويش (2014) بعنوان اثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب، هدفت الدراسة الى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمات (CF-CBT) والعلاج بالموسيقى (MT) في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لدى عينة من أطفال الحرب والتي قدرت بـ 48 طفلا سوريا تتراوح أعمارهم ما بين (10-12) سنة، تم توزيعهم على 4 مجموعات مختلفة ( مجموعة 1 طبق عليه العلاج المعرفي السلوكي، مجموعة 2 طبق عليها العلاج بالموسيقى، مجموعة 3 طبق عليها العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالموسيقى، مجموعة 4 ضابطة)، اعتمد الباحثان على قائمة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال لتقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والتي تحتوي على 30 بندا، تضم 4 محاور (محور إعادة تجربة الحدث الصادم، محور التجنب، محور الإثارة المفرطة، محور خاص بأعراض نفسية أخرى).

أشارت نتائج الدراسة الى فعاليات العلاجات المطبقة في المجموعات التجريبية الثلاث للحد من إعادة تجربة الحدث الصادم وأعراض التجنب والإثارة المفرطة مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما كشفت النتائج أن دمج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالموسيقى كان أنجع من تطبيق كل علاج على حد، ومن ناحية أخرى

أشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الأربع المختلفة في محور الأعراض النفسية الأخرى. (ضمرة ونصار، 2014)

#### الدراسة الثامنة:

دراسة مبروك و داد (2014) بعنوان: فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي-معرفي) في التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. هدفت هذه الدراسة الى محاولة تطبيق استراتيجية هادفة للتخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، والمتمثلة في برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي-معرفي)، اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي تصميم المجموعة الواحدة (المجموعة التجريبية)، مع الاستعانة بمجموعة أدوات والمتمثلة في المقابلة العيادية ومقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (MPSS-S.R) الى جانب اختبار الشعور بالذنب ومقياس الاكتئاب لبيك المترجم والمقنن من طرف إبراهيم عبد الستار. تكونت عينة الدراسة من (10) أفراد من الأمهات والتي شكلت المجموعة التجريبية مع تطبيق قياس قبلي وقياس بعدي.

توصلت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي-المعرفي). (مبروك، 2014)

#### الدراسة التاسعة:

دراسة رشا الضمور (2017) بعنوان فعالية التدريب على التخيل في خفض التفكير الكارثي واضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الحروب في الأردن، هدفت هذه الدراسة الى استقصاء فعالية برنامج تدريبي مبني على التخيل في خفض التفكير الكارثي واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من ضحايا الحروب في الأردن، أين اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي مع اختيارها لعينة بطريقة قصدية والتي تكونت من (48) فردا من ضحايا الحروب في الأردن الترددن على مركز (الهيئة الطبية الدولية) في محافظة الكرك، وتتراوح أعمارهم ما بين (18-35) سنة ممن تحصلوا على درجات فوق المتوسط على مقياس التفكير الكارثي ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وتم توزيعهم عشوائيا الى أربع مجموعات: أولى تجريبية وتتكون من (12) فردا، ثانية تجريبية وتتكون من (12) فردا وطبق عليهما البرنامج الإرشادي، ومجموعة ثالثة ضابطة وتتكون من (12) فردا ورابعة ضابطة وتتكون من (12) فردا لم يخضعوا للبرنامج التدريبي.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي أداء المفحوصين على مقياس التفكير الكارثي ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة تعزى للبرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية الأولى والثانية، كما أشارت نتائج الدراسة الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات أفراد المجموعات التجريبية على مقياس التفكير الكارثي ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة بعد المتابعة. (رشا، 2017)

#### الدراسة العاشرة:

دراسة عبد الرحيم شادلي (2017) بعنوان انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف - دراسة حالات من منظور نفسي عيادي -، هدفت هذه الدراسة الى التعرف على انعكاسات التعرض للبتير (باعتباره حادثاً مولداً للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور بعد مدة من تعرضه للبتير وكذا فهم كيفية تأثير البتر على التوظيف النفسي للمبتور ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته. ولتجسيد هذه الدراسة اعتمد الباحث على منهج دراسة الحالة باعتباره المنهج المناسب لموضوع الدراسة، مع تطبيقه لمجموعة من الأدوات التي تتناسب والمنهج المعتمد والمتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة، أين قام الباحث بإعداد دليل للمقابلة يحتوي على مجموعة محاور تتناسب وأهداف الدراسة، الى جانب اعتماده على الملاحظة الحرة

والتي تكون جنباً الى جنب المقابلة، كما استخدم الباحث اختبار تفهم الموضوع (TAT) وفق تقنية شنتوب. طبقت هذه الدراسة على فئة الراشدين ممن تعرضوا لبتر واحد أو أكثر من أطراف جسمهم أثناء تدخل جراحي بسبب تعرضهم لحادث أو مرض، وتمثلت حالات الدراسة في (3) حالات من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (24 - 33) سنة.

توصلت نتائج الدراسة الى أن الحالات الثلاث تعرضوا الى نفس سبب البتر والذي تمثل في حادث انفجار، كما تشابهت استجابتهم المباشرة للحادث أين ظهرت عليهم استجابة ضغط حاد، كما انعكس التعرض للبتير على المستوى النفسي لدى الحالات الثلاث في شكل شعور بالحزن والاكتئاب ناجم عن جرح نرجسي مرتبط بالنقص وعدم الاكتمال الجسدي مع بروز سيرورة حداد للتكيف مع وضعية البتر. (شادلي، 2017)

#### الدراسة الحادية عشرة:

دراسة بومصباح إبتسام (2018) بعنوان التكفل النفسي في حالة خطر من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على حالة حامل مصابة بداء السكري، هدفت هذه الدراسة الى توضيح الضغط النفسي الذي تعيشه المرأة الحامل في حالة خطر بصفة عامة والمرأة المصابة بداء السكري بصفة خاصة، كما تبين الدراسة

إمكانية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من هذا الضغط وتحسين نفسية المريضة موضوع الدراسة. تناولت الدراسة حالة واحدة أصيبت بداء السكري خلال فترة الحمل تم اختيارها بطريقة قصدية، مع اعتمادها على المنهج الشبه التجريبي ذو تصميم المفحوص الواحد، استعانت الباحثة بمقياس الضغط النفسي الى جانب المقابلة العيادية التشخيصية العلاجية والتقييمية.

أظهرت نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للضغط النفسي فعالية التكفل النفسي المستند على العلاج المعرفي السلوكي والذي أدى الى تحسن الحالة النفسية للحالة. (بومصباح، 2018)

**الدراسة الثانية عشرة:**

دراسة سعدية السيد بدوي وفتحي عوض قعير (2018) بعنوان: فعالية برنامج إرشادي لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من الأطفال الليبيين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، هدفت هذه الدراسة الى التحقق من فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من الأطفال الليبيين في المرحلة الأساسية العليا ممن يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة الذين تتراوح أعمارهم ما بين (12 - 14) سنة.

اعتمد الباحثان على المنهج التجريبي مع اختيارهم لعينة قوامها 16 طالبا من الذكور، قسموا الى 8 طلبة عينة تجريبية و8 طلبة عينة ضابطة من مدرسة شهداء الوطن بمنطقة زاوية المحجوب. استعانت الباحثة بمقياس الأفكار اللاعقلانية للمراهقين ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة للمراهقين وبرنامج ارشادي عقلائي انفعالي سلوكي (من اعداد الباحثة). كما استخدمت الباحثة المعالجة الإحصائية للتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة وكذا لمناقشة نتائجها.

وتوصلت نتائج الدراسة الى وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الأفكار اللاعقلانية لصالح المجموعة التجريبية مما يعني فعالية البرنامج في تعديل الأفكار اللاعقلانية، وتوصلت أيضا الى وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لصالح المجموعة التجريبية مما يعني أيضا فعالية البرنامج في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. (سعدية وفتحي، 2018)

**الدراسة الثالثة عشرة:**

دراسة أحمد يونس محمود البجاري وعلى عليج خضر أجميلي (2018) بعنوان أثر برنامج إرشادي للتخفيف من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة من طلبة جامعة تكريت، هدفت الدراسة الى التعرف الى

أثر برنامج إرشادي للتخفيف من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة من طلبة جامعة تكريت، اعتمد الباحث على المنهج التجريبي مع اختياره لعينة تكونت من (8) طالبا وطالبة من طلبة المرحلة الأولى في قسم التاريخ/ كلية التربية، جامعة تكريت، وزعوا عشوائيا الى مجموعتين: تجريبية تلقى أفرادها برنامجا إرشاديا وفق العلاج المعرفي السلوكي للتخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية تكون من (12) جلسة ارشادية، وأخرى ضابطة لم يتلقى أفرادها أي تدريب، اعتمد الباحث على مقياس دافيدسون ترجمة ثابت عبد العزيز لقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عند مستوى دلالة 0.05 لصالح المجموعة التجريبية بعد تلقي أفرادها برنامجا إرشاديا وفق العلاج المعرفي السلوكي. (أحمد وعلي، 2018)

#### الدراسة الرابعة عشرة:

دراسة الصبوة محمد نجيب ومحمد سماح نبيل أحمد (2018) بعنوان: فعالية برنامج علاجي معرفي -سلوكي في خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي، هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي، اعتمد الباحثان المنهج التجريبي مع اختيارهم لعينة قوامها (12) طفلا تتراوح أعمارهم ما بين (8- 12) سنة بمتوسط حسابي قدره (5، 10) سنوات وانحراف معياري قدره (1، 2) سنة، قسمت العينة الى مجموعتين أولى تجريبية تلقت جلسات من البرنامج العلاجي وثانية ضابطة لم تتلقى جلسات من البرنامج العلاجي، استمر تطبيق البرنامج العلاجي 4 أشهر بواقع جلستين أسبوعيا لمدة 60 دقيقة لكل جلسة مع تطبيق جلستي متابعة بعد انتهاء البرنامج العلاجي الأولى بعده والثانية بعد 8 أشهر من انتهاء العلاج بالإضافة الى عددا من المقاييس التي تم اعدادها لتقييم كفاء وتأثير البرنامج العلاجي الى جانب الأساليب الإحصائية المناسبة للتعرف على الفروق، وأشارت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج العلاجي المطبق وفقا للفروق بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية وأثناء فترتي المتابعة بعد انتهاء البرنامج العلاجي. (الصبوة ومحمد، 2018)

#### الدراسة الخامسة عشرة:

دراسة هاجر عبد الجليل سكارنه وسعاد منصور غيث (2019) بعنوان فعالية برنامج إرشادي قائم على نموذج العقل والجسم في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى ضحايا الصدمات من النساء

السوريات اللاجئات الى الأردن. هدفت الدراسة الى استقصاء فعالية برنامج إرشادي جمعي قائم على نموذج العقل والجسم في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة النساء السوريات ضحايا الصدمات اللاجئات الى الأردن، اعتمدت الباحثتان في اعدادهما لهذه الدراسة على المنهج التجريبي، حيث شاركت في الدراسة (27) سيدة سورية يعانين من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، المستفيدات من خدمات معهد العناية بصحة الأسرة/ مؤسسة نور الحسين، تطوعن للاشتراك في البرنامج الإرشادي، تم توزيعهم عشوائيا الى مجموعتين متكافئتين، واحدة تجريبية (ن= 12) والثانية ضابطة (ن= 12). قامت الباحثتان بتطوير برنامج إرشادي مبني على نموذج العقل والجسم، والذي طبق على المجموعة التجريبية لمدة شهرين أي بمعدل (15)

جلسة تراوحت مدتها ما بين (90 الى 120) دقيقة، وذلك بعد تطبيق مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة كقياس قبلي على المجموعتين، كما تم تطبيق المتابعة لمدة شهرا. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية مع استمرارية التحسن بعد شهر من المتابعة مما يشير الى فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم. (هاجر سكارنه وسعاد غيث، 2019)

#### الدراسة السادسة عشرة:

دراسة رآفات أحمد أحمد (2019) بعنوان فاعلية العلاج المعرفي المستند الى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة PTSD. هدفت هذه الدراسة الى معرفة فاعلية العلاج المعرفي المستند الى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، أين استخدمت الباحثة المنهج الشبه التجريبي، مع اختيارها لعينة قصدية تكونت من حالة واحدة استوفت المعايير التشخيصية لاضطراب الشدة ما بعد الصدمة من ضمن الحالات المراجعين لإدارة الخدمات الطبية التابعة لوزارة الداخلية السورية. استعانت الباحثة بمقياسين: مقياس بيك 21 للاكتئاب ومقياس الصحة النفسية المعدل R-SCL-90 لتقييم التغير بعد خضوع الحالة للبرنامج العلاجي بتطبيق قياس قبلي وبعدي. تم تطبيق برنامج علاجي معرفي قائم على دمج تقنيات معرفية مع تقنيات الوعي الكامل لمدة ثلاثة أشهر بواقع جلستين أسبوعيا في الشهرين الأوليين ومن ثم بواقع جلسة واحدة أسبوعيا لمدة شهر.

أظهرت نتائج الدراسة فعالية العلاج المعرفي المستند الى تقنية الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة. (أحمد، 2019)

#### الدراسة السابعة عشرة:

دراسة عايد محمد الحموز وأنور أحمد راشد (2019) بعنوان: فاعلية برنامج قائم على الاسترخاء العضلي لخفض أعراض ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال الفلسطينيين. هدفت الدراسة الى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي قائم على تقنيات الاسترخاء العضلي في خفض أعراض ما بعد الصدمة النفسية الناتجة عن ممارسات الاحتلال الإسرائيلي ضد الأطفال الفلسطينيين في محافظة الخليل. اتبعت الدراسة المنهج التجريبي والمنهج الوصفي التحليلي، تمثل مجتمع الدراسة في جميع تلاميذ الصفين الثامن والتاسع في مدرستين من مدارس محافظة الخليل، حيث بلغ عدد التلاميذ في كلا المدرستين (296) تلميذاً، وقد تم اختيار المدرستين بطريقة قصدية لوقوعهما في مناطق قريبة من نقاط الاحتكاك مع الاحتلال الإسرائيلي بصورة مباشرة. تم سحب عينة تتكون من (44) تلميذاً الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة النفسية بناء على درجاتهم على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة النفسية والحاصلين على الدرجات المرتفعة على المقياس (من إعداد الباحثة). وزعوا عشوائياً الى مجموعتين تجريبية وضابطة في كل مدرسة من المدرستين وتتكون كل مجموعة من (11) تلميذاً أين تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجاً قائماً على تقنيات الاسترخاء العضلي مؤلفاً من (8) جلسات لمدة شهرين، مع تطبيق قياس قبلي وبعدي.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى في متوسطات فاعلية برنامج إرشادي قائم على تقنيات الاسترخاء العضلي في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لصالح المجموعة التجريبية. (عايد وأنور، 2019)

#### الدراسة الثامنة عشرة:

دراسة Susana Pedras et autre (2019) بعنوان: أعراض الاجهاد الصدمي بعد بتر الأطراف السفلى عند مرضى السكري دراسة طولية، هدفت هذه الدراسة الى بحث محدود ركز على تطور أعراض الاجهاد الصدمي بعد البتر بسبب مرض مزمن مثل مرض السكري، قامت هذه الدراسة بإجراء تحليل ما إذا كانت استراتيجيات المواجهة وأعراض القلق والاكتئاب والمتغيرات الاكلينيكية والرسوم الاجتماعية مرتبطة بأعراض الاجهاد الصدمي على عينة من المرضى بلغ قوامها (144) مريضاً من الذين خضعوا لنسبة أقل بتر للأطراف، وتم ذلك من خلال تصميم طولي بثلاثة تقييمات: شهر واحد T1، ستة أشهر T2 وعشرة أشهر

T3 بعد عملية البتر، مع تطبيق مقياس القلق والاكتئاب في المستشفى النسخة البرتغالية HADS واستبيان طرق المواجهة لتقييم استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة WOC-P إضافة الى تطبيق مقياس تأثير الأحداث المنفح IES-R لتقييم اعراض الاجهاد الصدمي الصادر عن DSM-IV، وتوصلت نتائج الدراسة الى أن أعراض الاجهاد الصدمي سائدة خلال فترة التقييم الأولى T1 ولوحظ اضطراب ما بعد الصدمة المحتمل في 13.9% من المرضى مع وجود الألم وارتفاع مستوى أعراض القلق وبروز الاستراتيجيات التي تركز على العاطفة السلبية التي ساهمت في ظهور الاجهاد الناتج عن الصدمة، وكانت الأعراض في الفترة الممتدة ما بين T1 و T2 حرجة، أما بعد العشرة أشهر فقد كانت الاعراض تميل الى الانخفاض. (Pedras et al., 2019)

#### الدراسة التاسعة عشرة:

دراسة محمد مصطفى عبد الرزاق مصطفى (2020) بعنوان: فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا التمر الإلكتروني، هدفت الدراسة الى التعرف على أنماط التمر الإلكتروني لدى ضحايا التمر الإلكتروني من طلاب المرحلة المتوسطة، كما هدفت الى تنمية التعاطف مع الذات لدى عينة الدراسة وكذا خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام البرنامج الإرشادي المرتكز على التعاطف، إضافة الى التعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج خلال فترة المتابعة. اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي والمنهج التجريبي، حيث تكونت عينة الدراسة الوصفية من (429) طالبا من ضحايا التمر الإلكتروني، بينما تكونت العينة التجريبية من (7) طلاب من ضحايا التمر الإلكتروني منخفضي التعاطف مع الذات ويعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بمدينة أبها بالمملكة العربية السعودية، قام الباحث بتصميم مقياس التمر الإلكتروني إضافة الى تعريبه لقائمة اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس التعاطف مع الذات.

أظهرت نتائج الدراسة وجود عدد من أنماط التمر الإلكتروني تعرض لها الضحايا والتي تمثلت في الاتصالات المشبوهة، النبذ الاجتماعي الإلكتروني، الفضيحة الإلكترونية، الإذلال المتعمد، الخداع الإلكتروني. كما أشارت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج الإرشادي في تنمية التعاطف مع الذات وخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة. (محمد مصطفى، 2020)

## الدراسة العشرون:

دراسة Emilie Frenette (2022) بعنوان: أثر العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت على شدة الأعراض النفسية وعلى الدعم العاطفي الملموس بعد العلاج، هدفت هذه الدراسة الى تحديد أثر العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت الموجه نحو خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والأرق والاكتئاب على إثر التعرض للكوارث الطبيعية والذي يمكن أن يحدث تحسنا في الدعم العاطفي الملموس لدى الضحايا، كما سعت الدراسة الى تحديد القيمة التنبؤية لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأرق والاكتئاب بعد العلاج على الدعم العاطفي الملموس بعد العلاج الى جانب فحص الارتباطات بين استخدام منصة علاجية والدعم العاطفي الملموس. شملت عينة الدراسة (178) ممن تم اجلائهم من حرائق غابات فورت ماكوري وتظهر عليهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المهم سريريا و/ أو الأرق و/ أو الاكتئاب من خلال تطبيق استبيانات تشخيصية. كشفت نتائج الدراسة على وجود تحسن كبير في الدعم العاطفي بين المشاركين الذين أكملوا (7) جلسات علاجية على الأقل  $t(15) = -2.143, p = 0.049$ ، كما توصلت الدراسة الى انخفاض اعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأرق خلال الجلسة (6)، في مرحلة ما بعد العلاج والتي ارتبطت ارتباطا أفضل بالدعم العاطفي الملموس بعد العلاج، ومنه يمكن للعلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت أن يحدث تحسنا في الدعم الاجتماعي. (Frenette, 2022)

## .IX. التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما تقدم من استعراض للدراسات السابقة حول الموضوع، وان كانت لا تمثل مسحا شاملا للدراسات في هذا المجال، ولكن في حدود ما تمكنت الباحثة من الوصول إليه، فقد اتضح أن هذه الدراسات تنوعت في أهدافها وعيانتها، واجراءاتها، وفي نتائجها، ومن خلال ما تقدم يمكن أن نستخلص الآتي:

## من حيث الموضوع:

جميع الدراسات كان موضوعها دراسة فعالية العلاج النفسي المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينات مختلفة، باستثناء دراسة بكيري نجيب (2012) التي كان موضوعها حول أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين، دراسة عبد الرحيم شادلي (2017) حول انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف - دراسة حالات من منظور نفسي عيادي -، دراسة بومصباح إبتسام (2018) عن التكفل النفسي في حالة خطر من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على حالة حامل مصابة بداء السكري ودراسة Susana et autre

(2019) التي كانت تبحث في أعراض الاجهاد الصدمي بعد بتر الأطراف السفلى عند مرضى السكري دراسة طولية.

#### من حيث الهدف:

جميع الدراسات المقدمة كانت تهدف الى معرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ما عد دراسة بكيري نجيبه (2012) التي هدفت الى التعرف على فعالية البرنامج العلاجي في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال المراهقين مرضى السكري، دراسة عبد الرحيم شادلي (2017) والتي هدفت الى التعرف على انعكاسات البتر على الحالة النفسية للمبتورين الذين تعرضوا لحادث أو مرض، دراسة بومصباح إبتسام (2018) التي هدفت الى التعرف على فعالية البرنامج العلاجي في خفض الضغط النفسي الذي تعيشه المرأة الحامل في حالة مرض السكري، أما دراسة Susana et autre (2019) فقد هدفت الى التعرف على أعراض الاجهاد الصدمي بعد بتر الأطراف السفلى عند مرضى السكري.

#### من حيث العينة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن العينات اختلفت من دراسة الى أخرى لاختلاف سبب حدوث الصدمة سواء كانت ضحايا حرب، تحرش جنسي أو اغتصاب، حوادث سيارات، كوارث طبيعية، مرض مزمن ومنه السكري، تفجير إرهابي، لجوء، التتمر الالكتروني والتي اختلفت جميعها مع الدراسة الحالية التي خصت لعينة مرضى السكري مبتوري الأطراف باستثناء دراسة Susana et autre (2019) التي تتوافق مع عينتها. أما فيما يخص طريقة الاختيار فاعتمدت بعضها على الطريقة القصدية مثل دراستنا والأخرى ناسبتها الطريقة العشوائية، ويعود ذلك حسب اعتقادي الى نوع الحالات المتكفل بها ومدى توفرها في المراكز والمؤسسات التي تم تطبيق الدراسات على مستواها أو لاعتبارات منهجية أخرى.

#### من حيث المنهج:

أغلب الدراسات اعتمدت على المنهج التجريبي تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي أو تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة، أو تصميم الأربع مجموعات مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين باستثناء دراسة عبد الرحيم شادلي (2017) و دراسة كلثوم بلميهوب (2008) التي اعتمدت على منهج دراسة الحالة وجميعها تختلف مع الدراسة الحالية التي اعتمدت على المنهج الشبه التجريبي تصميم المفحوص الواحد والذي اعتمدته دراسة بومصباح إبتسام (2018) و دراسة رآفات أحمد أحمد (2019)، ويعود هذا

التنوع في اختيار المنهج حسب اعتقادي الى نوعية الحالات المدروسة حيث يصعب توفر الحالات الاكلينيكية وكذا صعوبة التعامل معها.

#### من حيث الأدوات المستخدمة:

تعددت الأدوات التي تم الاستعانة بها في هذه الدراسات ولكن أغلبها طبقت مقياس اضطراب ما بعد الصدمة وهذا ما يتوافق مع الدراسة الحالية، باستثناء دراسة بكيري نجيبة (2012) التي استخدمت مقياس اكتئاب الأطفال ودراسة عبد الرحيم شادلي (2017) التي اعتمدت على اختبار تفهم الموضوع ودراسة بومصباح إبتسام (2018) التي استعانت بمقياس الضغط النفسي، وفي المقابل طبقت كل الدراسات برنامج علاجي تم تصميمه من طرف الباحث ما عدى دراسة عبد الرحيم شادلي (2017)، ونرى ان هذا الاختلاف في استخدام الأدوات يعود الى الهدف المراد بلوغه في كل دراسة.

#### من حيث النتائج:

نلاحظ ان نتائج كل هذه الدراسات أثبتت نجاعتها وفعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أو مختلف الاضطرابات التي تم تناولها، كما نلمس على مستوى الدراسات الأجنبية تنوع في تناول العلاج المعرفي السلوكي سواء من حيث الأدوات أو التقنيات المستخدمة سيما المقارنة بين فعالية هذا العلاج وعلاجات أخرى مثل دراسة Reginald David Vandervord et al (2012) الذي قارن بين فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي وكذا دراسة ضمرة جلال كايد مصطفى و أبو عطية سهام درويش (2014) الذي دمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالموسيقى والنتيجة في الدراسة الأولى كانت لصالح العلاج المعرفي السلوكي أما في الثانية فكانت في حالة الدمج أنجع.

أما الدراسات الأجنبية بما فيها العربية بصفة عامة والجزائرية بصفة خاصة فلم نجد اي دراسة متطابقة مع موضوع الدراسة الحالية على الرغم من تواجد هذه العينة في المراكز الاستشفائية بكثرة وفي تزايد مستمر مما يستدعي ويتطلب تكفل نفسي عاجل بهذه الشريحة، وربما قد يكون السبب في عدم توجه الباحثين نحو هذا الموضوع كونهم يعتبرونه موضوع طبي أكثر منه نفسي لأنه عضوي، أو لصعوبة الموضوع فهو يحتاج الى التكوين والتدريب والقدرة على استخدام الفنيات العلاجية وحكمة التعامل مع نوعية الحالات.

## خلاصة:

يعتبر هذا الفصل اللبنة الأساسية للدراسة حيث تم فيه تقديم إشكالية الدراسة والتي من خلالها طرحنا المشكلة التي سنحاول الإجابة عنها انطلاقا من الفرضيات التي صيغت في هذا الإطار، كما شمل الأهمية التي تكتسيها هذه الدراسة بحيث تعتبر بحثا جديدا ونوعيا فالفئة المدروسة لم سبق وان تم التكفل بها نفسيا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي ومن هنا كان الهدف من هذه الدراسة هو الوصول الى خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة، وكان ذلك كله منبثقا من المخزون البحثي والدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها، وتكوين مرجعية نظرية للإلمام بالموضوع.

وللخوض في هذه الدراسة سنحاول التطرق في الفصل الموالي الى العلاج المعرفي السلوكي وكيفية تطوره بشكل من التفصيل لتحقيق أهداف هذه الدراسة.

# الفصل الثاني

## تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد التدخلات العلاجية الحديثة في ميدان العلاج النفسي المعاصر والأكثر استعمالاً على النطاق العالمي، أين اثبت نجاحه في علاج العديد من الأشكال الباتولوجية والمشكلات السلوكية والانفعالية وحتى بعض الامراض العقلية. هذا الاخير مؤسس على نظرية تكاملية في تغيير السلوك، تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي ويعد نموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية. يرتكز على منظور ثلاثي الابعاد وهي المعرفة، الانفعال والسلوك حيث بالتأثير على احد أبعاد هذا المركب المتداخل يتأثر البعدين الآخرين وبهذا كان هذا الأسلوب العلاجي يهدف الى تغيير كل ما يحمل الفرد من تحريفات معرفية وأفكار مشوهة مختلة وظيفياً وما يترتب عليها من ضيق و كرب وانفعالات سلبية بالتأثير على البنى المعرفية للمفحوص وتعديلها واستبدالها بأفكار بديلة منطقية وأكثر ملاءمة، وذلك باستخدام بعض التقنيات المعرفية وأخرى سلوكية للوصول للهدف التشاركي والتمتق عليه بين المعالج والمفحوص بعد بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة وحسن الاصغاء والتعاون المتبادل بين الطرفين.

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق الى المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية، ابتداء من مفهوم هذا التدخل العلاجي عند بعض أهل الاختصاص ثم المسار التاريخي لهذا التيار العلاجي، وكذا أشرنا إلى أهم مبادئه وما يميزه من خصائص وماهي الجوانب التي يركز عليها في تدخلاته، و أهم الاهداف العامة والخاصة التي يصبو إليها، ثم قدمنا الأطر النظرية لهذا التدخل العلاجي من خلال التطرق الى أهم ثلاثة أنواع من العلاجات المعرفية السلوكية، وكذا نوعية الجلسات المختلفة أثناء السيرورة العلاجية، ورصدنا أهم التقنيات والاساليب المستخدمة في عمليات التدخل والتكفل النفسي لهذه الانواع من العلاجات.

### 1. ماهية العلاج المعرفي السلوكي La Thérapie cognitive comportemental TCC :

ان العلاج المعرفي السلوكي هو علاجات تمثل تطبيق أو ممارسة لعلم النفس العلمي بغرض المعالجة النفسية، تركز على الطريقة أو المنهج التجريبي لفهم وتعديل الاضطرابات النفسية المسببة لتوتر واختلال حياة المفحوص مما يفعل طلبا من قبله موجه الى مختص في الصحة النفسية، تستند في مرجعيتها النظرية على نماذج وليدة مدارس التعلم الممثلة في التعلم عن طريق الاشراف الكلاسيكي لبافلوف، الاشراف الفاعلي لسكينر والتعلم الاجتماعي لبندورا. نماذج تفسر السلوكيات المرئية، الحركية واللفظية مما يشكل اساس فعالية العلاج النفسي، أيضا تستند على النماذج المعرفية المؤسسة على دراسة تحليل المعلومة، سيرورة الافكار، الواعية (الشعورية) واللاشعورية المسؤولة عن انتقاء وإدراك الفرد لأحداث المحيط، لا يركز العلاج على السلوك وسيرورات الأفكار انما يتعداه الى الانفعالات التي تتفاعل مع هذين العنصرين، وتعد استجابة فيزيولوجية وعاطفية لتجارب الراحة والمتعة أو الانزعاج والألم.

كما ان التقنيات المستخدمة تتدخل على مستوى العناصر الثلاث المتفاعلة مع المحيط الذي يعيش فيه الفرد دون إهمال لمختلف الجوانب البيولوجية. (Jean Cottraux, 2011, p 12)

وهو ايضا نوع من العلاجات النفسية الحديثة التي تجمع بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية وهذا الأسلوب العلاجي يحاول تعديل السلوك المضطرب من خلال التأثير في العمليات المعرفية، حيث يؤدي التغيير في المعارف الى احداث التغيير في السلوك وفي الوقت ذاته ينتج عن تغيير السلوك تغيير في المعارف، فمن الأهمية النظر اليه على انه فرع من فروع العلم الناضجة وليس مجرد مجموعة من الأساليب العلاجية الخاصة (هوفمان إس جي، 2012، ص 10). وتفترض النظرية المعرفية- السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتنا للعالم بجانبها الصحي والمرضي.

✓ الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.

✓ الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى.

✓ البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره) (عبد الستار إبراهيم، 2008، ص 92).

ومنه فإن المنحى المعرفي- السلوكي يعتبر أن الاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الظاهري والنشاط السلوكي الداخلي، وهو ما يسمح باستخدام فنيات مختلفة للتدخل العلاجي.

في حين نجد جوديت بيك ترى انه علاج منظم ومختصر متمركز حول الحاضر، وهو نظام قائم على نظرية موحدة في الشخصية والسيكوباتولوجية مدعمة بأدلة تجريبية واقعية، موجه أساسا الى التعامل مع مشاكل المفحوص الحالية، ويعتمد على كل من الصيغة المعرفية لاضطراب معين وإمكانية تطبيقها على ضوء فهمها للمفحوص، وينشد المعالج - بأساليب مختلفة- الى تغيير طريقة تفكير المفحوص ومعتقداته بهدف احداث تغيير دائم في مشاعره وسلوكه ويتميز بانه علاج عملي ذي تطبيقات واسعة مدعمة ببيانات تطبيقية مشتقة بسلاسة من النظرية حيث يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا وكذا لعلاج مشاكل الأزواج والعلاج الأسري.(جوديت بيك، 2007، ص ص 17 20)

أن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الذي يستند إلى أسس معالجة المعلومة التعلم، حيث يستند إلى فرضية أساسية ترى أن كلاً من الوظائف المعرفية والفيزيولوجية والانفعالات والسلوكيات في عملية تفاعل متبادل، وأن علاج الأعراض لا يكون إلا من خلال تعديل المعارف والسلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة. (Michel Hersen et all, 2002, p 154)

أما ميشينبوم فقد حدد البنين المعرفي على أنه الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم ويوجه استراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة "مشغل تنفيذي" يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة. ويتضمن البنين المعرفي ما لا يتغير بتعلم كلمة جديدة ولكن ما يتغير بتعلم مهارة كلمة جديدة، مثل مهارة الاستماع إلى الحوار الداخلي للشخص ذاته (لويس مليكة، 1994، ص 121).

وغالبا ما ينظر إلى العلاج المعرفي السلوكي على أنه مجموعة من التقنيات، أو مجموعة أدوات يمكنك من خلالها اختيار طريقة ثم تطبيقها على المفحوص للحصول على تحسن في أعراضه، وهو قبل كل شيء طريقة تمكننا من رؤية العالم وتحليل صعوبات الفرد النفسية. (Ayman Murad, 2017, p 21)

نستخلص من التعاريف السابقة ان العلاج المعرفي السلوكي:

- هو نوع من أنواع العلاجات النفسية الحديثة، يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا.
- يركز على الحاضر ويستخدم تقنيات متعددة بهدف تعديل أفكار الفرد.
- ان المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة.
- يعمل على تعليم وتدريب المفحوص كيف يحدد الأفكار الخاطئة الغير منطقية واستبدالها بأفكار عقلانية ملائمة.

وفي هذا السياق ترى الباحثة ان العلاج المعرفي السلوكي هو تدخل علاجي منبثق ضمن مجموعة من التدخلات العلاجية النفسية حيث يمكن تطبيقه على فئات عمرية مختلفة، يركز في عمله على المعرفة المشوهة والمحرفة التي تحدث خلا وظيفيا وانفعاليا يعيق حياة الفرد وعلاقاته الاجتماعية ويسبب له عجزا وأمراض عضوية مزمنة كما يفاقم وضعه الصحي وبالتالي يهتم هذا النوع من العلاج على تصحيح المعتقدات اللامنطقية وتعديل البناء المعرفي ليصبح أكثر توافقا وملاءمة فينجر عنه سلوك مقبول وانفعالات إيجابية.

## II. لمحة تاريخية لنشأة العلاج المعرفي السلوكي:

إن الرجوع الى الأصول التاريخية لما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي، يبدو واضحا فيما تنبه إليه الفلاسفة اليونان منذ القدم الى ان فكرة إدراك الفرد هو الذي يحدد الواقع الذي يعيشه وبالتحديد الفلاسفة الرواقيون في القرن الأول الميلادي الذين اشاروا إلى أن إدراك الانسان للأشياء وليس الأشياء نفسها تلعب دوار هاما في تحديد نوع استجابته وهي التي تميز سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني **Epictetus** لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها". (طه عبد العظيم، 2008، ص 85)

وقد أشار العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الانسان وأيضا في سعاده أو في شقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المتأخرين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به.

لكن بداية الاهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي كان مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين، ولم يكن ذلك الاهتمام وليد الصدفة، وهذا ما افاد به بيك **Beck** أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة بل هي موجودة منذ القدم، وتقود بالتحديد إلى زمن الرواقيين، ووفق هذا المنطق الرواقي تستند أهم ركائز العلاج المعرفي السلوكي ، ففي تفسير للمشكلات النفسية يرجع هذا التيار العلاجي الاضطرابات السيكلوجية بالدرجة الاولى إلى قيام الفرد بالتحريف المعرفي للواقع وللحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافتراسات خاطئة، وتنشأ هذه الاوهام من تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي. (ابنسام الزعبي، 2009، ص 12)

وفي هذا السياق يشكل كيلى صاحب نظرية التراكيب أو الأبنية الفردية مصدرا أساسيا في العلاج المعرفي، حيث أكد كيلى على ان سلوك الفرد يكون محكوما بإدراكاته وتفسيره للأحداث والخبرات التي

يمر بها، وان السلوك الإنساني يستند على اختيارات يقوم بها الفرد بالرجوع الى إدراكاته للنتائج المقبلة المترتبة على اختياراته. (طه عبد العظيم، 2008، ص 87)، ففي النصف الأول من القرن العشرين حين كانت سيطرة التحليل النفسي التقليدي رغم محاولات النظرية السلوكية والتي جاءت كردة فعل على تفسيرات غريمتها التحليلية بالعمليات النفسية اللاشعورية الكامنة وراء اضطراب الفرد محاولة إعطاء تفسيرات ظاهرية وتجريبية مقبولة منطقيا مهمة بذلك ما يتوسط بين المثير والاستجابة وفي خضم هذا الصراع نجد علماء سلوكيين آخرين اهتموا بالجوانب المعرفية أمثال تولمان (1949) في تجربته متاهات التعلم التي تقر بامتلاك الفئران لخريطة معرفية تمكنها من معرفة المكان الذي تعيش فيه، وتبعه في ذلك دولار وميللر اللذان اكدا على دور العمليات المعرفية، ثم دعمه اعتراف وولبي (1958) بأهمية العمليات المعرفية في طريقته العلاجية التي تعرف بالتحصين التدريجي (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 90 93) ليفسح المجال بعدها لظهور العديد من الأساليب العلاجية التي تؤكد على دور الجوانب المعرفية في نشأة الاضطرابات الانفعالية.

ومع هذا كله يعتبر العلاج المعرفي مدين كثيرا الى ألفرد أدلر الذي يعتبر رائد علماء المعرفة المحدثين، والذي كان له اسهاما كبيرا في تأكيد دور الجوانب المعرفية في التأثير على السلوك والانفعال لدى الفرد، حيث اعتبر أدلر في كتابه الذي نشره سنة 1929 «la science de la vie» ان سلوك الفرد ينبع من أفكاره وأن اتجاه الشخص في الحياة يتحدد من خلال علاقته بذاته والآخرين والعالم الخارجي. ووفق وجهة نظر أدلر فان العلاج يتضمن إعادة تعليم المريض أسلوب حياة أكثر اشباعا ورضا. ( Jean Cottreaux, 2011, p 27)

ويذكر أن الاهتمام الفعلي ينصب حول أهمية الجوانب المعرفية ودورها في ظهور الاضطرابات وفي الوصول للهدف العلاجي النفسي المنشود، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي وكان ظهور هذا الاسلوب ناتج للتذمر وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية، وقد بني هذا التذمر والنقد للمدرسة السلوكية و تقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية وبأنها لا تأخذ الحياة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار بل في فرضياتها و في تطبيقاتها للعملية العلاجية، فتوجه التيار الجديد نحو الاهتمام إلى ما يحمله الانسان من ذهنيات وما تحويه من أفكار واتجاهات وعقائد ترسم توجهاته نحو مواقف شتى وكذا ما يستجيب به من مسالك

وعواطف، فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن أم تحتضن العديد من أنواع العلاجات التي تتشابه في جوهرها وانما تتباين في مدى تأكيدها على نوعية معينة من الفنيات والتقنيات العلاجية.

حيث نجد تطوراً هاماً حدثاً في الوقت نفسه -بدءاً من خمسينيات وستينيات القرن العشرين- ساهما في تطور العلاج المعرفي ونجد من رواده أرون بيك وألبرت أليس اللذان تزايدت خيبة آمالهم من الطريقة التحليلية التي تدربوا عليها وسعوا إلى مدخل جديد إلى العلاج يخاطب أعراض المفحوص بشكل مباشر أكثر، ويركز على الحاضر ويعطي نتائج أكثر حسماً. (أندرو بومرانتز، 2018، ص 444)

وبهذا يمثل نموذج بيك Beck العلاجي للاكتئاب والذي صاغه تطبيقياً في الستينيات والذي كان مرتكزاً على الأفكار الآلية التي تظهر عفوية لدى المكتئبين تقوم على معتقدات رئيسية عامة أطلق عليها اسم مخططات معرفية تتكون عبر الخبرات المبكرة من حياة الفرد وتبقى محفوظة في الذاكرة بحيث هذه الأفكار الآلية تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف مؤدياً إلى حدوث الاضطرابات الانفعالية، وبقي حتى الآن من أبرز النماذج وأكثرها شيوعاً، وهو يعتبر نموذجاً معرفياً وفينومينولوجياً في آن واحد (جوديت بيك، 2007، ص 31 32).

أما أليس (Ellis) فقد أرسى نموذجاً علاجياً آخر هو العلاج العقلاني (Rational Therapy) (1950) الذي أضاف له عام (1961) مصطلح الانفعالي "Emotive"، وأضيف عليه عام (1993) مصطلح السلوكي Behavior فأصبح النموذج العلاجي تحت مسمى: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavioral Therapy ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة والسلوك والوجدان، وفيه يتم التركيز على أن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي، وأن سلوكيات المريض تنتج عن هذه الأفكار والاتجاهات اللامنطقية وقد صاغ أليس (Ellis) الأساس المعرفي للسلوك في معادلة بسيطة أطلق عليها (ABC) والذي طوره فيما بعد ليصبح (ABCDE). (أندرو بومرانتز، 2018، ص 452)

كما نجد أيضاً ميشينبوم Meichenbaum، الذي قدم اتجاهاً علاجياً معرفياً سلوكياً يعرف باسم التعديل المعرفي للسلوك Cognitive Behavior modification يعكس التدعيم المتبادل بين المناهج المعرفية والسلوكية، حيث يجمع بين مكونات سلوكية كالنموذج Modeling، والمهام المتدرجة، والتمرينات المعينة، والتدعيم الذاتي، ومكونات معرفية تتمثل في التعليمات الذاتية والحوار الذاتي الداخلي، حيث أنه

يفترض في نموذج العلاج أن ملاحظة الذات والحوار الذاتي الداخلي، وإعادة البناء المعرفي لمفاهيم المرضى تؤدي إلى تحسين سلوكهم. (Donald Meichenbaum, 1977, p p 75 76)

ومن الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأساليب ومن أشهرها نجد التالي:

✓ العلاج العقلاني الانفعالي (RET) لالبرت أليس (Albert Ellis) (1962).

✓ العلاج المعرفي لأرون بيك (Aaron Beck).

✓ التصورات الشخصية لكيلي (Kelly).

✓ أسلوب حل المشكلات عند جول فريد وجول فريد (Golfred et Golfred).

✓ تعديل السلوك المعرفي (SIT) عند ميشينبوم (Meichenbaum) (1971).

✓ إعادة البنية العقلانية المنظومية (SRRT) لماهوني (Mahoney) (1975).

✓ العلاج بالسلوك العقلاني (RBT) لريم (Reem).

✓ العلاج بالمخططات ليونغ (Young-J) (2003).

✓ العلاج بالقبول والالتزام (ACT) Hayes (2004).

✓ العلاج السلوكي الجدلي (DBT) Linehan (2007) خصيصاً لعلاج اضطراب الشخصية

الحدية.

✓ العلاج ما وراء المعرفي (CAS) Wells (2009). (أندرو بومرانتز، 2018، ص ص

468 464)

ونضيف إليها أيضاً أساليب كل من (M.Mahoney) و (M.Goldfreid) و (A.Lazarus) وغيرهم،

ومن هنا يمكن القول بان البدايات الفعلية للعلاجات المعرفية السلوكية تعود إلى سنة (1960) وأول

موضوع خاص بالتعديل المعرفي السلوكي ظهر بعد منتصف (1970)، وكان أول من استخدم مصطلح

"العلاج المعرفي السلوكي" هو أليس (A.Ellis) في (1993) وذلك بإضافة المصطلح السلوكي إلى

مسمى أسلوبه العلاجي. (داليا مومن، 2004، ص 135)

ترى الباحثة بان المتصفح للتطور التاريخي لمسمى العلاج المعرفي السلوكي يعود الى جذور فلسفية

تقودنا الى اليونانيين القدامى الذين أشاروا الى دور المعارف وتأثيرها في حياتنا، وبالتالي هذا المنحى

الفلسفي سلكه الرواد الأوائل المتمثلين في آرون بيك، ألبرت أليس ودونالد ميشينبوم الذين سلكوا نهجا

علميا بهذا التيار وطوره ليصبح تدخلا علاجيا له مكانته وأهميته ضمن العلاجات الحديثة ليصبح بذلك مهيمنا على العلاج النفسي مع مختلف الاضطرابات وناجحا الى درجة عالية. وهذا ما يظهره التنوع والتطور المستمر للتدخلات التي اصبحت تعرف بالموجة الثالثة مع المحافظة على نفس سيرورة العلاج.

### III. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدء بالتعليم النفسي للمريض واقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات المشوهة اللامنطقية وما يعانیه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي - السلوكي وهي:

- ← أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- ← أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- ← أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
- ← أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

← ان العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. (عادل عبد الله، 2000، ص 23) ومنه تتحدد المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي في عشرة مبادئ صاغها بيك والمتمثلة في:

- ← هو علاج منظم وتوجيهي لديه جدول اعمال لكل جلسة.
- ← له منفعة إضافية ونتائجه تبقى سارية لمدى بعيد.
- ← يستند على الحقيقة العلمية (أفكار الناس هي سبب مشاعرهم وسلوكهم وليس أشياء خارجية).
- ← يستغرق وقت قصير ومحدد إذ يعتبر الأسرع من ناحية الحصول على النتائج.
- ← يركز المعالجون على السلوكيات والأفكار الحاضرة.
- ← المعالجة الشعورية للمعلومات. (حسن علي قائد، 2008، ص 123)
- ← التركيز على الأفكار الآلية أو التحريفات المعرفية وعلى ما يصاحبها من انفعال وسلوك.

ومن ثم فإن العلاج المعرفي - السلوكي يعمل على:

✓ تعلم البناء المعرفي وايجاد مهارات التوافق الطبيعية.

✓ تعلم وتعميم بعض المهارات الجديدة وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.

✓ تعليم العميل متابعة وإدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة. وبالتالي الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح. (ماهر شكران، 2006، ص 666) وبهذا نستخلص أن المعالج وفق هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمفحوص فكرة أساسية مفادها أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع ذاته، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه، وأي السبل أقرب لعلاجه. ولذلك ترى الباحثة ان العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مجموعة من المبادئ والاجراءات المنسقة والمنظمة التي تعمل على اعادة تعديل البنية المعرفية للمفحوص، والتي يمكن ان تغير من سلوكه وتحسن مزاجه وانفعالاته.

#### IV. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

ان الهدف الأساسي من العلاج المعرفي السلوكي هو التركيز على الحياة الراهنة للمفحوص لإحداث التغييرات اللازمة وذلك بجعله يفهم ويدرك أفكاره ومعتقداته المختلفة التي تثير انفعالاته وتعوق سير حياته باستبدالها بأفكار منطقية ملائمة تجعل سلوكه مقبولا وانفعالاته إيجابية متوافقة مع الاحداث، ومع هذا توجد أهداف أخرى يمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

← تعليم المريض كيف يلاحظ ذاته ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.

← مساعدة المريض على أن يكون واعيا بما يفكر فيه.

← مساعدة المريض على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.

← تعليم المريض كيف يقيم أفكاره وتخيلاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة.

← تعليم المريض تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة وتشوهات معرفية.

← تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تعليم أساليب التعامل مع الآخرين.

← تدريب المريض على استراتيجيات وفتيات معرفية وسلوكية متباينة.

← تدريب المريض على توجيه التعليمات لذاته ومن ثم تعديل سلوكه.

← لإبداء التحكم وتقوية السيطرة على الذات.

← مقاومة المرض وتقوية الهوية الذاتية. (عادل عبد الله، 2000، ص 53)

حيث يمكن ان نميز ثلاثة مراحل أساسية للعلاج المعرفي السلوكي وهي:

#### ✓ المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية:

حيث يكون لدى العميل أحاديث وتخيلات غير مناسبة ويحاول المعالج زيادة وعي وانتباه العميل ليركز على أفكاره ومشاعره وسلوكياته، ويؤدي ذلك إلى بنية معرفية جيدة تؤدي لإعادة تعريف المشكلة والإحساس بالأمل لإجراء التغييرات والوصول إلى معاني جديدة ومشاعر وسلوكيات مختلفة.

#### ✓ المرحلة الثانية: الأفكار والسلوكيات غير الملائمة:

حيث ملاحظة العميل لنفسه تتضمن حديثاً داخلياً جديداً يولد سلسلة سلوكيات جديدة غير متوائمة مع سلوكيات المشكلة، وهكذا يؤدي الحديث الداخلي إلى إعادة البناء المعرفي من خلال تنظيم العميل لخبراته بطريقة تؤدي للمواجهة والتعامل بفعالية.

#### ✓ المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير:

حيث يقوم العميل بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية، لأن ذلك يؤثر على عملية التغيير في السلوك وعلى عملية التعميم في المواقف الأخرى. (مفتاح عبد العزيز، 2001، ص 58)

ترى الباحثة ان الهدف الأساسي من العلاج المعرفي السلوكي هو تعديل المخططات باستعمال تقنيات معرفية وسلوكية وانفعالية وشخصية أيضاً، وهو واحدة من أكثر الطرق الفعالة لتعديل المخططات وبالتالي تعديل السلوك، حيث يسعى هذا المنحى العلاجي الى جعل المفحوص يدرك طبيعة أفكاره الخاطئة ومن ثم تعليمه كيفية ابدال هذه الأخيرة بمعتقدات مقبولة وتدريبه على فنيات تجعله يتوافق مع الظروف المحيطة ويتمكن من حل مشكلاته الصعبة حتى تصبح سلوكياته متكيفة فتنحس صحته ويستقر وضعه.

#### V. الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي

ان العلاج المعرفي السلوكي يقوم على حقيقة مفادها ان كل منا لديه أفكار ومعتقدات وافتراسات عن الذات والآخرين وعن المستقبل توجه حياتنا وسلوكنا وتسيطر على انفعالاتنا وبالتالي فهذه الأخيرة هي التي تؤدي بنا للوقوع فريسة للاضطرابات النفسية والانفعالية إذا ما كانت سلبية ولا عقلانية. ومن هنا كانت الانطلاقة الى دور الثالث السلوكي، المعرفي والانفعالي في تزايد الاهتمام بهذا المنحى العلاجي منذ مطلع ستينات القرن الماضي، وهو ما أدى إلى بروز ثلاثة نماذج علاجية كانت لها الريادة ونالت

شهرة أكثر من غيرها وهي تلك التي رسخ دعائمها كل من بيك Beck اليس Ellis وميشينبوم Meichenbaum. (عادل عبد الله، 2000، ص 24)

## 1. العلاج المعرفي لأرون بيك Aron Beck

### 1.1. مؤسس النظرية:

واضع هذه النظرية هو أرون بيك (Aron Beck) مواليد 18 يوليو 1921 في رود أيلاند بالولايات المتحدة الأمريكية، هو رئيس لمعهد بيك للعلاج المعرفي والبحوث، وأستاذ الطب النفسي في جامعة بنسلفانيا

خريج جامعة براون (1942) وجامعة يل كلية الطب (1946). أسس العلاج المعرفي في أوائل الستينيات من القرن الماضي كطبيب نفسي في جامعة بنسلفانيا. وسبق أن درس ومارس التحليل النفسي. هو باحث وعالم، صمم ونفذ عددا من التجارب لاختبار مفاهيم التحليل النفسي للاكتئاب. توقع تماما أن تثبت هذه البحوث صحة هذه المبادئ الأساسية، وتفاجأ بأن النتائج كانت عكسية. هذه النتائج قادت إلى البدء في البحث عن طرق أخرى لتصور الاكتئاب. نشر الدكتور بيك أكثر من 500 بحث، وشارك في تأليف سبعة عشرة كتابا، وحاضر في جميع انحاء العالم. قالت عنه الجمعية الأمريكية لعلم النفس أنه "أحد الأمريكيين الذين شكلوا الوجه الأمريكي للطب النفسي وأحد المعالجين النفسيين الخمس الأكثر تأثيرا على مر الزمان" (يوليو 1989). تحصل على جائزة لاسكر سنة 2006 وهي أعلى جائزة طبية تمنح للأفراد الذين يفوزون بجائزة نوبل. (هوفمان إس جي، 2012، ص 15) وهو من الباحثين المعاصرين، وله أبحاث عديدة في مجال تشخيص وعلاج حالات الاكتئاب، وكذلك بعض المقاييس المعروفة في مجال التشخيص مثل مقياس الاكتئاب ومقياس القنوط، حيث نشر كتاب "العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية" عام 1976 وأشار من خلاله إلى أنه يمكن استعمال هذا الإجراء في علاج الكثير من الاضطرابات السلوكية مثل حالات الخوف والقلق والهستيريا والوسواس القهري والذين يعانون من اضطرابات انفعالية، غالبا ما ينخرطون في تفكير مشوه غير فعال، وهذا ما يسبب لهم المشاكل. (أحمد عبد اللطيف، 2014، ص 310)

### 2.1. منطلقات نظرية العلاج المعرفي لبيك Beck

عمل بيك Beck كعلاج تحليلي مع حالات الاكتئاب خلال سنوات قبل ان يتوصل إلى ان معارف المفحوصين كان لها تأثير كبير على انفعالاتهم وسلوكياتهم، حيث كانوا يعبرون بسهولة عن أفكارهم

ورغباتهم وخبراتهم التي كانت مخفية عن الآخرين خوفاً من الإهمال، وكانت أفكارهم تلقائية وعفوية تدور حول الذات والآخرين والمستقبل (Aaron Beck, 2010, p 33)، وانطلاقاً من هنا تبنى بيك وجهة النظرية المعرفية التي رأى فيها وفهم أسباب الاضطرابات الانفعالية.

حيث كانت أفكار المكتئبين متشائمة وسلبية ناقضة للذات مثلت حاجزاً امامهم واثرت على مزاجهم مما جعل انفعالاتهم غير متوافقة، ومن هنا طور نموذج العلاج الذي خصه في البداية للاكتئاب، وبه نمت العلاج المعرفي مرتكزاً في ذلك على ثلاث مفاهيم محورية تمثلت في الأفكار التلقائية والتعريفات المعرفية وكذا التصميمات او المخططات المعرفية ليأتي العلاج ويعمل على تصحيح هذه الأخطاء والتشوهات التي مست البنية المعرفية والتي ترسخت في مراحل عمرية مبكرة، او خبرات وذكريات مرت، مستعينا في ذلك بفنيات معرفية كسجلات الأفكار الآلية بدءاً من الجلسة الأولى (Aaron Beck, 2010 p 25) لإدراك وملاحظة نوعية الأفكار ومن ثم تصحيحها وأخرى سلوكية كتقنية حل المشكلات وغيرها من التقنيات التي سنتطرق إليها في الفصول اللاحقة. وما يميز العلاج المعرفي انه يساعد المفحوص للاستعانة بهذه التقنيات على مدار حياته لتصحيح طريقة تفكيره الخاطئة. وبهذا يمكن تلخيص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي في:

- ← أن الأفكار يمكن ان تؤدي الى الانفعالات والسلوك.
- ← ان الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي الى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد).
- ← هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض انه متعلم). (بيرني كورين، 2007، ص 30)

ترى الباحثة ان انطلاقة هذا النموذج المعرفي تركزت على أهمية دور التفكير والخبرات المبكرة وما يفترضه الفرد من وقائع سلبية ومعتقدات هازمة للذات، أي ان أفكار الفرد هي السبب في مشاعره وسلوكياته وليست الأحداث والظروف الخارجية، ومن هنا يمكن للفرد تغيير طريقة تفكيره والتصرف بشكل أفضل دون تغيير الظروف الخارجية.

### 3.1.1. الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية بيك Beck

لقد اعتمد بيك في نظريته على مجموعة من الافتراضات التي كانت بمثابة الركيزة التي انطلق منها مستندا في ذات الوقت على بعض المفاهيم المحورية والتي تمكن من خلال تجاربه اثباتها والتوصل الى نتائج تجريبية اكيده ولا تزال دعائمها قائمة الى وقتنا هذا.

#### 1.3.1. الافتراضات:

لقد كانت الانطلاقة الأولى لبيك منبثقة من الطبيعة الإنسانية التي استوحى منها الافتراضات التي يستند عليها العلاج المعرفي والمتمثلة فيما يلي:

- ← أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا، أي ان الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.
- ← ان هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها البعض فيما بينها، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معا.
- ← ان المعارف السلبية خاطئة وانماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.
- ← أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعالم) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا.
- ← أن المعارف المختلة وظيفيا قد تبدوا غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.
- ← أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- ← تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- ← أن التحريفات المعرفية استثارته غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة، بالإضافة الى انه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- ← أن المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- ← أن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
- ← أن المخططات المعرفية المختلة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.

أن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 165 164)

ترى الباحثة ان الطبيعة الإنسانية تتميز بالقدرة على التعلم والنقل الذي يمكنها من النمو والتطور حيث يكتسب كل منا منظومة معرفية خاصة تساعده في ترجمة وتفسير المحيط والتكيف معه ويمكن لهذه الأخيرة ان تكون مشوهة وبها خلل فتؤثر على انفعالاتنا وسلوكياتنا والتي قد تتطور مع الوقت وتساهم في نشأة الاضطراب النفسي.

### 2.3.1. المفاهيم المحورية:

ان هذه المفاهيم التي حددها بيك تتجسد في ثلاثة مفاهيم محورية تبرز في شكل أفكار آلية مختلفة تؤدي الى ظهور الاضطرابات الانفعالية والنفسية وهي موجودة على مستوى أبنية معرفية التي تحدث تشوهات وتحريفات عن الذات والواقع والمستقبل وبتصحيح هذه الأفكار يستقيم سلوك المفحوص ويختفي اضطرابه.

#### 1.2.3.1. الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية)

تعتبر الأفكار التلقائية مفهوم أساسي في العلاج المعرفي عند بيك و تسمى بالحدث المعرفي Cognitive Event و لقد عرفها أرون بيك بأنها سياق من الأفكار و التأويلات التي ترد إلى العقل لاإراديا أو دون وعي من الفرد، و تظهر أحيانا مع السياق الظاهري للأفكار و ما هي إلا تعبير عن المحصلة النهائية للعملية المعرفية ، فهي الأفكار التي يشعر بها الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات الواردة للفرد و الأبنية المعرفية بمعنى الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية و استجابة الفرد الانفعالية تشكل جزء من نمط التفكير المتكرر لدى الفرد و الذي يحدث سريعا و بشكل دائم و يتحكم في نمط انفعالاته و مشاعره فهي أفكار لا شعورية تظهر تلقائيا لدى الفرد و تلح عليه و لا يستطيع الفرد إيقافها ، و تعمل على ضبط حاجاته و سلوكياته، فمثلا الأفراد المصابين بالقلق و الاكتئاب و الإحباط تكون لديهم أفكارا سلبية حول أنفسهم و العالم و مستقبلهم و هذه الأفكار السلبية تظهر على شكل تحريفات أو تشوهات معرفية. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 110 100) وتتضمن الأفكار التلقائية السلبية عند بيك ما يقوله الفرد لنفسه في الاستجابة نحو الحدث وهو ما يعرف بأحاديث الذات السلبية Negative Self Talk وهي عبارة عن رسائل لفظية سلبية يقولها الفرد لنفسه عن نفسه تجاه المواقف والأشياء والأشخاص الذين يتعامل معهم (Aaron Beck, 2010, p 21)، فإذا كانت ذات طبيعة سلبية فإنها تؤدي إل حدوث الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد مثلما يقول الفرد لنفسه " أنا حظي دائما سيئ".

ترى الباحثة ان الأفكار الآلية هي عبارات ترد الى فكر الفرد بشكل لا إرادي إزاء موقف، تأتي بتلقائية وتتميز بكونها سلبية وناقدة للذات أو الآخرين تؤثر على سلوكيات الفرد وتسبب له اضطرابات انفعالية.

### 2.2.3.1. المخططات المعرفية Cognitive Schemas

لا شك أن مفهوم المخططات العقلية لم يكن مفهوما جديدا في أدبيات علم النفس المعرفي والإكلينيكي، فلقد سبق بيك في استخدام هذا المصطلح بعض العلماء مثل سيجل Segal وبياجه حيث كان بياجه 1952 يستخدم كلمة مخطط للإشارة إلى الأبنية المعرفية لدى الطفل لحظة معينة، ويشير مفهوم الأبنية المعرفية إلى عمليات عقلية وطرق للتنظيم موجودة لدى الطفل تنظم استجاباته للمواقف والخبرات، فالمخططات تتيح للفرد أن يقرر الطريقة التي يدرك بها البيئة، أي أنها أساليب عامة من التفكير عن البيئة، وأن هذه المخططات يمكن أن تكون صريحة فمثلا الطفل الرضيع تكون لديه مخططات القبض على الأشياء والنظر والمص، ويمكن كذلك أيضا أن تكون المخططات ضمنية (عملية تفكير) وأن هذه المخططات المعرفية تتغير وتتعدل من خلال احتكاك الفرد وتفاعله مع البيئة، فإذا كانت مخططات الطفل تتمركز حول الأنشطة الحسية الحركية والتعامل المباشر مع المواقف والأحداث، فإن هذه المخططات تنمو وتتحوّل تدريجيا إلى عمليات تفكير عند الراشدين.

ويرى بياجه أن المخططات تتغير وتتعدل عن طريق التنظيم والتكيف، فالتنظيم يشير إلى الاستعداد الفطري للكائن الحي على عمل تآزر وتكامل المخططات في البناء المعرفي داخل أنساق أكثر تعقيدا وذلك لتسهيل تكيف الطفل مع البيئة، أما التكيف فهو يتضمن عمليتين معرفيتين وهما المماثلة والمواءمة، وتشير المماثلة إلى استخدام الفرد الأفكار القديمة الموجودة لديه لفهم المواقف الجديدة وهذا ما يعني أن الفرد يستخدم ما لديه من أفكار موجودة من قبل في استيعاب و فهم الخبرات الجديدة و ذلك عن طريق تمثلها عقليا في أبنية معرفية جديدة، أما عملية المواءمة فهي تعني تغيير الأفكار القديمة لفهم المواقف الجديدة، فالفرد يغير ويعدل من تراكيبه وأبنيته المعرفية ليتلاءم مع متطلبات البيئة وهذا ما يعني تعديل وتغيير المخططات أو الأبنية المعرفية الداخلية للفرد حتى يتسنى له حدوث المواءمة مع البيئة التي يعيش فيها وأن هذه المخططات أو الأبنية المعرفية لدى الفرد تنمو من خلال الخبرات المبكرة التي يتعرض لها في حياته و من خلال تفاعله مع الآخرين فمثلا الشخص الذي يفسر كل خبراته وفقا لمخططة المعرفي: الكل أو لا شيء، فإن تفكيره وانفعالاته وسلوكياته تكون محددة بفكرة: إذا لم أقم بعمل كل شيء بجداره فهذا يعني أنني فاشل تماما. (Jeffrey Young, 2003, p12)

ويمثل هذا المصطلح (المخططات) عند أرون بيك أحد المفاهيم الأساسية في نظريته العلاجية، ويشير مفهوم المخططات الى الأبنية المعرفية الموجودة لدى الفرد، وهي مثل النظام الشامل الذي يستخدمه كل منا لكي يتعامل مع العالم وبمجرد تشكلها فهي ترشد معالجة المعلومات وتوجهها كما توجه السلوك وتشكل كيفية تفكير الفرد وكيف يشعر ويدرك ويتصرف فهي إذا تقوم بعملية التصفية (بيرني كورين ، 2007، ص21) وتتضمن الاعتقادات والافتراضات والتوقعات والمعاني والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث والآخريين والبيئة والعلاج المعرفي السلوكي يسعى إلى تغيير المخططات غير التوافقية أو المختلة وظيفيا Dysfunctional Schemas لدى أولئك المرضى.

تري الباحثة ان المخططات المعرفية تتمثل في الأبنية المعرفية التي تتشكل لدى الفرد من خلال الخبرات الأولى التي يمر بها في حياته فيتعلم ثم تنمو وتتطور لتصبح كآلة فرز للمعلومات فتمكنه من معالجة الخبرات الجديدة بمطابقتها مع ما لديه من خبرات قديمة والتعامل وفقا لهذه المخططات وما تحويه من معتقدات وافتراضات، وإذا تحيزت هذه المجموعة المعرفية فهي ستؤثر على معالجة المعلومات من خلال الذاكرة العاملة والتفسير والاستدعاء على مستوى الذاكرة طويلة المدى، فالمعالجة تعتمد على تشغيل الوحدات الوظيفية أي ما يعرف بالمخططات.

### 3.2.3.1 التحريفات المعرفية Cognitive Distortions

تعتبر التحريفات المعرفية هي همزة الوصل بين المخططات المعرفية و الأفكار التلقائية لدى المريض، فأى تفكير تلقائي ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر ولهذا فإن الفرد عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث أخطاء في الفهم والتفسير فإن ذلك يشوه ويحرف صورة الواقع وبالتالي تستثار الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد وبالتالي فإن التحريفات المعرفية للأفكار هي عبارة عن أخطاء معرفية تحدث في معالجة المعلومات يمارسها الأفراد و تسبب لهم الشعور بالضيق و الألم و تحرف الأفكار الأوتوماتيكية نتيجة للتفسير غير العقلاني للخبرات التي يمر بها الفرد و دائما تحتوي هذه الأفكار التلقائية والسلبية على تشوهات و تحريفات معرفية ضخمة و يكون هدف العلاج المعرفي هنا مساعدة العميل على التخلص من التشوهات و التحريفات المعرفية، ويشير أرون بيك إلى أن التحريفات المعرفية للأفكار الأوتوماتيكية تعكس نظرة غير واقعية و سلبية عن الذات و العالم و المستقبل لدى الفرد. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 142 144)

فمن المهم ان نوضح للمفحوص تلك الأفكار ونفسر له انه ليس وحده الذي يعاني منها لكنها شائعة لدى عامة الناس وتتضح مع الكرب الانفعالي، ومن اهم التحريفات المعرفية التي صاغها بيك وهي عبارة عن أفكار مشوهة واخطاء في التفكير تؤدي في الاغلب الى ظهور اضطرابات انفعالية لدى الفرد نذكر منها ما يلي:

- التجريد الانتقائي **L'inférence arbitraire**: وهنا يركز الفرد على تفاصيل ذات طبيعة سلبية ويتجاهل المظاهر الإيجابية فيركز لاعب الكرة الذي لديه نجاح كبير خطأ واحد حصل معه.

- التعميم الزائد **La sur-généralisation**: ويقصد به التوصل الى استنتاجات كلية على أساس حدث واحد وقد يكون هذا الحدث تافها، ويفتقر الى الدلائل الكافية، وهذا يشير الى أن الفرد يطلق احكام سلبية عامة على ذاته أو على قدراته أي القفز الى تعميم غير منطقي بناء على واقعة واحدة.

- الشخصنة أو التمثيل الشخصي **Personalisation**: وهي تفسير الاحداث من وجهة نظر المريض، حيث يفسر المرضى الاحداث على انها تنطبق عليهم وتحل وجهات النظر الذاتية هذه محل الاحكام الموضوعية.

- التضخيم والتهوين **Magnification et Minimisation**: وهي تعني ميل الفرد الى التضخيم من أهمية الاحداث السلبية والتقليل من الجوانب الإيجابية التي ينطوي عليها الموقف. ( Jeant Cottraux, ) (2011, p 87)

- تفكير الكل أو لا شيء (التفكير الثنائي) **All or nothing thinking** : إما كل شيء او لا شيء  
مثلا: إما يحصل على علامة كاملة في الامتحان أو سيرسب.

- الاستدلال الاعباطي **Jumping to conclusions**: بمعنى الوصول الى استنتاج معين من حالة أو حدث أو خبرة، مثلا نتنبأ شيئا سيئا سوف يحدث مع عدم وجود دليل على ذلك.

- لوم الذات وانتقادها **Blame**: ويعني إساءة تفسير الاحداث والوقائع بشكل يؤدي الى التقليل من شأن الذات وإلقاء اللوم عليها، كأن يلوم الفرد نفسه على كل مشكلة تحدث له.

- تعبيرات الينبغيات أو عبارات يجب ولازم **Should or must statements**: وهي تعني ان الفرد يفسر الاحداث في ضوء الكيفية التي ينبغي ان تكون عليها بدلا من التركيز ببساطة على ما هي عليه.

- قراءة الأفكار **Mind reading**: وهي تشير الى فكرة اننا نعرف ما يفكر فيه الآخرون نحونا دون وجود دليل كافي.

- العنونة (التسمية) **Labelling** حيث ينسب الفرد السمات السلبية لنفسه وللآخرين مثل أنا غير مرغوب في.

- قراءة الحظ **Future telling**: وهي اعتقاد الفرد انه يمكنه التنبؤ بالمستقبل وبالأشياء التي تكون على نحو أسوأ.

- الكمالية: وهي تشير الى انه ينبغي ان يفعل وينجز الفرد كل شيء بصورة كاملة وتامة وألا يكون فاشلاً.

- التفكير الانفعالي **Emotional reasoning**: حيث يدع الفرد المشاعر توجه تفسيره للواقع، فالفرد يخلط مشاعره بالواقع ويكون افتراضات سلبية مثل أنا اشعر بأنني سيء لذلك ينبغي ان أكون سيئاً. (أندرو بومرانتز، 2018، ص 457)

ترى الباحثة ان إحدى الخطوات الأساسية في العلاج المعرفي لبيك هي تنفيذ الأفكار التلقائية غير المنطقية عن طريق تسميتها، حيث يقوم المعالج بتدريب المفحوص على استخدام هذه المصطلحات عند فحص أفكاره وبالتالي يدرك ويعي نوعية أفكاره ومن ثم يمكن له أن يعدلها بأخرى أكثر منطقية. ونجد تشوهات التفكير هذه شائعة وتختلف درجة حدتها من مفحوص الى آخر ويمكن ان تكون لديه البعض منها أو أغلبها.

#### 4.1. فنيات العلاج المعرفي لبيك Beck

يقوم العلاج المعرفي باعتماد العديد من التقنيات المعرفية، السلوكية وكذا الانفعالية لجعل المفحوص يدرك نمط تفكيره الخاطئ الذي سبب له مشاعر الحزن وعرقلة سير حياته وبعدها يسعى لتصحيحها من اجل التكيف والتوافق، ولقد استعان بيك العديد من الأساليب للوصول الى الهدف العلاجي ونجد منها:

✓ فهم المعنى الخاص (السقراطي): فالكلمات لها معان مختلفة عند الناس، الخاسر، أنا خاسر كل شيء، المعالج: أنت خاسر ماذا يعني أن تكون خاسراً.

ترى الباحثة ان هذه التقنية المعرفية تمكن المعالج من تحديد نوعية الأفكار التلقائية التي تسيطر على المفحوص.

✓ تحدي ما هو مطلق: وهذا عندما يعبر الفرد عن نفسه بعبارات مثل كل، واحد، أبداً، لا أحد فيقوم المعالج على مساعدته على تحدي هذه العبارات وتغييرها.

- ✓ إعادة العزو: وذلك عندما يلقي الفرد اللوم على نفسه ويكون العلاج بتصحيح العزو الخاطئ، مثلا أنا السبب أنا المسؤول عن طلاق زوجتي. المعالج: عندما تكون هناك مشكلة فانه غالبا ما يساهم بها طرفان.
- ✓ تسمية التشوهات: وذلك عندما يكون لدى الفرد تشوهات عديدة معرفية. مثال على تشوه من خلال التعميم الزائد، مثل عبارة: دائما ينتقدني....
- ✓ اللا مصيبة أو اللا تهويل أو اللا فاجعة: وذلك عندما يكون الفرد خائفا من نتائج لا يحب حدوثها فيتم التعامل معه عادة ماذا لو؟ أو ماذا إذا؟ الفرد إذا لم احصل على علامة كاملة سأنتهي.
- ✓ تحدي التفكير: وذلك عندما ينظر الفرد الى الأشياء ككل، إما أسود أو أبيض.
- ✓ قائمة الإيجابيات والسلبيات والموازنة بينهما: يتم الطلب من الفرد أن يكتب قائمة بالإيجابيات عند ترك التدخين والسلبيات عندما يبقى مستمرا في التدخين، ثم يقارن بينهما.
- ✓ استخدام التخيل: مثلا يخاف موظف ان يقف أمام المدير ويطلب علاوة، فيطلب منه المعالج ان يتخيل نفسه وهو يقوم بذلك.
- ✓ العلاج الشخصي الداخلي: وهنا يتم تدريب الفرد على المهارات التي تساعده في تغيير أنماط وأشكال التفاعل الذي يسبب له مشكلات في البيئة، مثل المهارات الاجتماعية والتدريب على التواصل واتخاذ القرار.
- ✓ ضبط الذات: والتقليل من الاحداث غير السارة وزيادة الأحداث السارة.
- ✓ ملء الفراغات: عندما يتحدث المرضى عن الأحداث وعن ردود الفعل الصادرة منهم تجاه هذه الأحداث، فإنها توجد عادة فجوة بين المثير والاستجابة، وهذه الفجوة هي الأفكار أو المعتقدات، وتقع على المعالج مهمة ملء الفراغ وذلك من خلال تعليم الفرد على ان يركز على الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة.
- ✓ الإبعاد والتركيز: يطلق بيك على العملية التي ينظر بها الى الأفكار بالإبعاد وهي تشمل الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع ولا يوثق بها وهي ضارة بالتكيف وتشتمل على أحداث خارجة عن إطار الفرد.
- ✓ تغيير القواعد: يحدث الاكتئاب مثلا عندما يستخدم الفرد قواعد غير واقعية بشكل اختياري وغير مناسبة، ويحاول العلاج المعرفي أن يحل محلها قواعد أكثر واقعية، وأكثر تكيفا، والقواعد التي

يستخدمها الأفراد تركز على الخطر مقابل السلامة، وعلى الألم مقابل السرور، وفي العلاج يتم تحدي المخاوف التي لدى الأفراد من الازدراء والنقد والرفض وغيرها، كما تتم مجادلة الآثار الخطيرة التي تترتب على حدوثها وأيضاً المعتقدات والاتجاهات ومن ثم العمل على تحديد القواعد التي يتم تغييرها. (محمد محروس الشناوي، 2008، ص ص 297 300)

ترى الباحثة ان استخدام هذه التقنيات يتوقف على المفحوص ونوعية الأفكار التي تكون لديه ونوع المسلمات التي يعتقد في صحتها، فاختيار التقنيات يختلف من حالة الى أخرى وكذا درجة الاضطراب وبذلك كان الهدف الأساسي الذي يسعى اليه العلاج المعرفي من خلال استخدامه لهذه التقنيات المعرفية هو تعديل العمليات والابنية المعرفية التي لها تأثير دال على السلوك وبذلك يصبح سلوك المفحوص مثل غيره من الأسوياء فيتحكم في انفعالاته ويكيفها وفق المواقف الحياتية التي يمر بها.

### 5.1. العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي لبيك Beck

يشير بيك 1976 الى أن العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل علاقة تعاونية، فالعميل يسهم في العلاج ويشترك المعالج المسؤولية في ذلك وفي المقابل على المعالج أن يصغي لما يقوله ويركز على مشاعر هذا الأخير وأن يعمل على خفض المشكلات لديه من خلال التعرف عليها وعلى أساسها وبالتالي يعمل كل من المعالج والعميل معا على تحديد الأفكار والمعارف والمعتقدات و الافتراضات غير الواقعية ويقوم المعالج بالتحليل المنطقي لهذه الأفكار التلقائية السلبية ويوضح للعميل العلاقة بين هذه الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار أكثر منطقية وتوافقية، فالمعالج المعرفي لا يهتم بالأعراض فقط بل اهتمامه يكون منصبا على تفسيرات العميل للحدث أو الموقف مع فحص الدليل على صحتها أو صدقها وكذلك الدليل الذي يخالفها ويرفضها وهذا كله بهدف مساعدة العميل على وضع بدائل واستجابات متوازنة اتجاه الموقف وذلك بإعطائه الواجب المنزلي بشكل متكرر حتى تترسخ هذه الأفكار البديلة و تحل محل الأفكار المشوهة ولذلك على المعالج أن يلعب دور نشط وتوجيهي في العلاج المعرفي مقارنة بالأنواع الأخرى من العلاج. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 233 232)

ترى الباحثة ان العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي هي عملية تشاركية نشطة يسعى من خلالها المعالج الى فهم وتحديد نوعية الأفكار والمعتقدات التي يؤمن بها المفحوص ومنها يساعده على فهمها هو الآخر ودحضها بطريقة علمية مع تقديم الأدلة والحجج على غرابتها، في المقابل يقوم المفحوص بإنجاز الواجبات المنزلية لتعديل هذه الأفكار وإيجاد بدائل.

## 2. العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) Rational Emotional Behavior Therapy

### 1.2. مؤسس النظرية:

كانت البداية الحقيقية لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كطريقة علاجية منفردة على العالم الأمريكي ألبرت إليس المولود عام 1913 في بيتسبيرج في الولايات المتحدة الأمريكية، وحصل على درجة البكالوريا في ادارة الأعمال من جامعة المدينة في نيويورك، ثم حصل على شهادة الماجستير عام 1943، وشهادة الدكتوراه في عام 1947 في علم النفس الاكلينيكي. وكانت هذه البداية تحديدا في عام 1954 حيث بدأ إليس التحول من التحليل النفسي لطريقة علاجية تتجه نحو الأسلوب المنطقي المعتمد على النموذج الفلسفي أكثر منه على النموذج النفسي وبدأ إليس الكتابة عن هذا الأسلوب الجديد في العلاج النفسي في سلسلة من المقالات منذ عام 1962، وعندما نشر كتابه "السبب والانفعال في العلاج النفسي" ضمن في صياغته الأولى أهم الأسس والتصورات والافتراضات التي يمكن من خلالها فهم نظريته العلاجية، والتي ركزت على العلاقة بين الانفعالات والتفكير.

ويشير (Padesky beck) الى ريادة الآراء التي قدمها إليس في تدشين نظريات العلاج النفسي المعرفي، وذلك لكونه أول من وضع اللبنة الأولى لانتشار هذا الاسلوب في الارشاد والعلاج النفسي، وفي عام 1959 أسس إليس معهد الحياة العقلانية « Instute of Rational living » وهي مؤسسة علمية تربوية تهدف لتعليم أسس الحياة العقلانية، وفي عام 1968 أسس إليس معهد الدراسات العلمية في العلاج النفسي العقلاني. ويوضح أنه صمم في عام 1976 طريقة في العلاج سميت " علاج الانفعالات بالمنطق.

وفي صيف عام 1993 أعلن عن تغيير مسمى هذا الاتجاه من العلاج العقلاني الانفعالي الى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وذلك لتأكيد التبادل بين الجوانب المعرفية، والوجدانية ، والسلوكية . ويرى إليس أن المرضى يمارسون تخيلا غير منطقي يؤدي بهم إلى حالة العصاب التي يتحكم فيها عدد من الافتراضات قليلة العدد واتجه إلى تكوين أسلوب علاجي يخاطب العقل وتمسك في نفس الوقت بأن للفرد استعدادات وراثية بيولوجية وفسولوجية لا يمكن تجاهلها عند تطبيق أي نوع من العلاج. وفارق الرائد الحياة في 24 جويلية 2007. (Daniel David et all, 2010, p p 11 12)

## 2.2. منطلقات نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT لألبرت اليس Albert Ellis

يرى إيس أن الأفكار اللاعقلانية تنشأ في مرحلة الطفولة الباكرة حيث يكون الطفل حساساً لمؤثرات البيئة الخارجية كذلك فإن الطفل في هذه المرحلة يعتمد على الآخرين وخاصة الوالدين في التخطيط والتفكير واتخاذ القرارات فإذا كان بعض أفراد الأسرة لاعقلانيين يعتقدون في خرافات ويطالبون الطفل بأهداف وطموحات لاتصل إليها إمكانياته فسوف يصبح الطفل لاعقلانياً، ومن هنا نجد ان البيئة المحيطة بالفرد تلعب دوراً كبيراً في اكتسابه للأفكار اللاعقلانية إما من خلال وسائط التربية والتي منها الوالدين والمعلمين والأصدقاء، أو وسائل الإعلام.

ومن هنا قرر أليس في نظريته (العلاج العقلاني الانفعالي RET) أن الاحداث التي تطرأ على البشر تتضمن عوامل خارجية تمثل أسباباً للاضطراب النفسي، والبشر ليسوا مسيرين كلية، وبإمكانهم أن يتجاوزوا جوانب القصور البيولوجية، والاجتماعية والتفكير الصعب من خلال التحكم بالطريقة التي ينظرون بها إلى الأحداث وتحديد ردود الأفعال التي يختارونها لمواجهة تلك الاحداث. وتتمثل الأسس النفسية للشخصية عند أليس في نموذج أسماه (ABC) والذي يعتبر الجانب الرئيسي في العلاج العقلاني من الناحية النظرية والتطبيقية.

حيث يعتقد ان هناك ميلاً فطرياً لدى البشر للتفكير بشكل لا عقلاني، وان هناك عوامل ومتغيرات بيئية لها دوراً في التأثير على مثل هذا التفكير.

حيث الحرف (A) يرمز الى الحدث الذي يؤثر في الشخصية، والحرف (B) يرمز الى المعتقدات التي تتطور لدى الانسان حول ذلك الحدث (نظام المعتقدات قد يكون عقلانياً أو غير عقلاني)، أما الحرف (C) يرمز الى الانفعالات التي تنجم عن الاعتقادات أي النتيجة والتي قد تكون عقلانية أو غير عقلانية. وملخص هذا النموذج هو أن الانفعالات هي نتيجة الأفكار اللاعقلانية التي يحملها الفرد عن الحدث وليس الحدث في حد ذاته ما يثير هذه الانفعالات. (Abrams Michael et Albert Ellis, 1994, p44)

ترى الباحثة ان النموذج ABC الذي صاغه أليس يتقارب مع الأفكار التلقائية التي تحدث عنها بيك فهي تتوسط بين الموقف والاستجابة وبالتالي فان الفرد يضطرب نتيجة اعتقاداته وتوقعاته الخاطئة وليس الظروف هي التي تثير انفعالاته، ومن هنا يمكن تعديل هذه التشوهات المعرفية والأفكار اللاعقلانية.

## 3.2. الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية اليس Ellis

## 1.3.2. الافتراضات:

يرى أليس أن أسلوبه العلاجي يعد علاجاً إنسانياً وجودياً حيث يتضمن جانباً إنسانياً وآخر وجودياً، فهو يقرر أن الفرد لم يضطرب بشكل شرطي، ولكنه يسهم بشكل كبير في حدوث الاضطرابات ثم يعاني منها فيما بعد وذلك بسبب المطالب المطلقة التي يتبناها (بيرني كورين، 2007، ص 43) وبهذا يقوم العلاج العقلاني الانفعالي الذي صاغه على بعض التصورات والافتراضات ذات العلاقة بطبيعة الإنسان، حيث نلمسها فلسفية أكثر منها نفسية وتتمثل في:

- ← أن الإنسان عقلاني ولا عقلاني في آن واحد فهو عندما يفكر ويتصرف بشكل عقلاني فإنه يكون فعالاً وسعيداً ونشطاً، بينما عندما يفكر ويتصرف بطريقة لا عقلانية يكون شقياً وتعيساً في حياته.
- ← التفكير غير العقلاني متعلم منذ سن مبكر لدى الطفل من الأسرة وثقافة المجتمع الذي يعيش فيه.
- ← الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان، ويؤثر كل منهما في الآخر، والتفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضاً تأثيراً وتأثراً.
- ← الإنسان يعبر عن فكره رمزياً ولغوياً، وكل من الفكر والانفعال يتضمنان، الكلام مع الذات في شكل جمل مستدخلة، وإذا كان الفكر مضطرباً صاحبه انفعال مضطرب، وكأن الفرد يحدث نفسه دائماً بفكر غير المنطقي، ويترجمه في شكل سلوك مضطرب.
- ← ينبغي مهاجمة الأفكار والانفعالات السلبية أو القاهرة للذات، وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً أو عقلانياً.
- ← إن الاضطراب الانفعالي النفسي هو نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، وفي الواقع إن الانفعال إنما هو تفكير متحيز ذو طبيعة ذاتية وعالية وغير منطقية. (محمد حسن غانم، 2007، ص 81 80)، (David Daniel et all, 2010, p 6)
- ترى الباحثة أن الفرد عندما يفكر فإنه يفعل ويتصرف في نفس الوقت، كما أنه عندما يتصرف يفعل ويفكر أيضاً وذلك نتيجة الأحاديث الذاتية التي يحدث بها نفسه، وبالتالي يمكن تعديل هذه الأفكار اللاعقلانية بالتأثير على واحد من الثالوث السابق.

## 2.3.2. المفاهيم المحورية لنظرية إليس:

يرى إليس ان بعض الافراد لديهم أفكار لا عقلانية ترسخت لديهم في سن مبكرة يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وقد حدد أليس إحدى عشرة فكرة لا عقلانية وغير منطقية في المجتمع الغربي تؤدي للعصاب، وهي:

- ← إنه من الضروري أن يكون الانسان محبوبا من الجميع مؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل، بدلا من التأكيد على احترام الذات، أو الحصول على التأييد لأهداف محددة، كالترقية في العمل مثلا.
- ← إن بعض تصرفات الناس خاطئة أو شريرة أو مجرمة، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا شديدا، بدلا من فكرة أن بعض التصرفات الإنسانية غير ملائمة أو لا اجتماعية.
- ← إن الحياة تصبح مرعبة ولا تطاق إذا لم تسر الأمور كما نشتهي ونتمنى.
- ← إن سبب الصعوبات النفسية التي يواجهها الانسان هي الظروف الخارجية التي لا يستطيع التحكم بها أو السيطرة عليها.
- ← إن على الانسان أن ينشغل ويهتم بالأشياء الوخيمة أو الخطرة، وأن يشعر بضيق شديد.
- ← أن من السهل على الانسان أن يتجنب مواجهة صعوبات الحياة والمسؤوليات الشخصية لا ان يواجهها ويحاول تنظيم ذاته. (علاء الدين كفاي، 1999، ص 322)
- ← يجب ان يعتمد الشخص على أشخاص آخرين أكثر خبرة، ليساعده على تحقيق أهدافه بنجاح ولكن بشرط ألا يؤدي ذلك الى فقدان الاستقلال الذاتي والفردية.
- ← يجب أن يكون الفرد فعالا ومنجزا شكل يتصف بالكمال، حتى تكون له قيمة.
- ← تقرر الخبرات والاحداث الماضية سلوكنا الحاضر، وأن تأثير الماضي لا يمكن محوه أو تجاهله.
- ← ينبغي أن ينزعج الفرد لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.
- ← هناك حل مثالي وصحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من ايجاده، والا فالنتيجة تكون مفعجة. (محمد حسن غانم، 2007، ص ص 84 85)
- وقد وجد أليس ان الأفكار التي تعرض لها منذ البداية يمكن ان تتدرج تحت ثلاث فئات رئيسية كالتالي:
- ✓ الأولى عن الذات: يجب ان يكون أدائي جيدا وان أنال موافقة الآخرين ورضاهم والا سوف أكون غير كفاء ولا قيمة أو جدوى لي.

- ✓ الثانية بالآخرين: يجب ان يكونوا ودودين في تعاملهم معي والا سوف يكون مصدر ازعاج لي.
- ✓ الثالثة بالظروف: يجب ان تكون الظروف التي أحيا فيها مريحة ومناسبة وتوفر لي الأمن والا سوف يكون العالم مزعجا ولا يمكنني ان اتحملة وستصبح الحياة لا تستحق ان نحياها.

(Windy Dryden, 1979, p 182) (عادل عبد الله، 2000، ص 31)

ويقال ان أليس قد أوصل هذه الأفكار اللاعقلانية الى ثلاثة عشرة فكرة في السنوات الأخيرة من عمره، حيث يرى ان الافراد عندما يقبلون هذه الأفكار ويدعمونها بما يحدثون به أنفسهم هي التي تقودهم الى الاضطرابات الانفعالية.

ترى الباحثة ان جملة الأفكار اللاعقلانية التي صاغها أليس تعبر عن اختلال في إدراك الفرد لذاته والظروف والمحيط، فمشاعر انهزام الذات التي يحدث بها نفسه تغطي على تفكيره فتجعله يغالي في عواطفه وتصبح سلوكياته غير سوية ما يدخله دائرة الاضطراب النفسي.

#### 4.2. فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على تعليم الفرد كيف يفكر بطريقة منطقية بحوادث الحياة وفلسفتها، فإن المعالج يسعى أولاً وبشكل بارز لتغيير فلسفات المفحوص، والمواقف والمعتقدات التي تؤدي إلى الإزعاج. (Abrams Michael et Albert Ellis, 1994, p 40) وبالتالي تغيير سلوكه وعواطفه، حيث يستخدم المعالج مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية ومنها:

**1.4.2. دحض الأفكار غير العقلانية:** يسعى المعالج من خلال هذه التقنية الى مجادلة الفرد حول الأفكار الخاطئة غير العقلانية التي ساهمت في نشأة المشكلات التي يعاني منها بالاستعانة بنموذجه. حيث يعلم المعالج الفرد كيف يقوم بذلك من خلال اكتشاف طرق التفكير والمسلمات والمعتقدات التي يؤمن بها ويبنى عليها أنماط سلوكه ومشاعره. ويكون ذلك بطرح مجموعة من الأسئلة الجدلية والحوارية التي تجعل الفرد يعيد التفكير في الأفكار التي يتخذها باختبار مصداقيتها ومدى تأثيرها على حياته. مثل: اين الدليل على ما تقوله؟ (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 110)

**2.4.2. أسلوب الواجبات الإدراكية:** يطلب المعالج من الفرد عمل قائمة بالمشكلات الإنسانية التي يعاني منها ثم النظر في كل مشكلة على حدة ومن خلال مساءلة الذات حول نشأة هذه المشكلة والطريقة التي يفكر بها حول هذه المشكلة.

ان هذا الأسلوب يمكن المعالج من بناء نظرية A-B-C حول المشكلة المقصودة ثم مساعدة الفرد على تحديد النمط التفكيرى الخاطئ الذي ساهم في تأثير المشكلة. حيث تساعد هذه التقنية الافراد الى النظر الى الاحداث بشمولية والبعد عن التفكير الضيق المحصور في الذات، مما يساعدهم على تنمية التفكير المنطقي.

**3.4.2. تغيير مفردات اللغة:** يؤكد أليس على أن اللغة غير الدقيقة والمحددة تساهم في تشتيت عمليات التفكير. والمقصود هنا مفردات اللغة المحكية. إذ ان الكلمة الواحدة قد يكون لها أكثر من معنى وقد يكون سياق الكلام ذا معنى آخر غير الذي يقصده المتحدث. ومن هنا يعطي الممارسون بهذا الأسلوب العلاجي أهمية كبرى لمعاني الكلمات حيث إن تلك الكلمات هي التي تشكل طريقة الاستجابة.

**4.4.2. استخدام المرح:** يعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب العلاجية استخداما للمرح اثناء الجلسات العلاجية، والهدف منه هو محاولة اخراج الأفراد من الجدية المبالغ فيها والتي قد تضخم وتفاقم المشكلة وتأثيرها على الفرد. ويساعد على التخلص من الضغوط النفسية المصاحبة للمشكلات ويكونون أكثر قدرة على التفكير المنطقي الواعي.

**5.4.2. التخيل العاطفي العقلاني:** هو عبارة عن عملية عقلية تساعد الفرد على تأسيس أنماط من المشاعر من خلال مساعدة الفرد على تخيل التفكير المنطقي والسلوك والمشاعر ثم محاولة تطبيق ذلك واقعيا في الحياة. وهو يساعد الفرد على تجاوز المواقف والاحداث الغير مريحة ومواجهتها والوصول الى حالة من التوافق النفسي والاجتماعي. (طه عبد العظيم، 2008، ص 293)

**5.4.2. لعب الدور:** يرتكز هذا الأسلوب العلاجي بالدرجة الأولى على مساعدة الأفراد في تغيير الأفكار الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم.

**6.4.2. استخدام القوة والحزم:** أن الهدف من استخدام القوة والحزم والسلطة مع الأفراد المتعالجين أثناء العلاج هو مساعدتهم على تكوين الاستبصار العقلي والوجداني، وتمكين الأفراد على انشاء حوار مع الذات من شأنه مساعدتهم على استكشاف الأفكار الخاطئة وتغييرها. (أحمد عبد الطيف، 2014، ص 308 306)

ترى الباحثة ان الأسلوب العلاجي الذي يرتكز عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يهدف الى تحديد الأفكار اللاعقلانية التي يحدث بها الفرد ذاته ومن ثم يتم دحض هذه الأفكار بتعليم المفحوص طريقة تبيان هذه الأفكار وكيف انها تؤثر على مشاعره وسلوكياته وذلك باستخدام تقنيات معرفية وأخرى سلوكية

وحتى انفعالية وخاصة المستمدة من نموذج الذي صاغه ABCDEF، لمساعدة المفحوص على استبدالها بأفكار أكثر واقعية ونفعا.

## 5.2. اجراءات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

ان العملية العلاجية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT تمر عبر خطوات محددة ومضبوطة حيث تتم سيرورتها وفق ثلاث خطوات متسلسلة كالتالي:

**1.5.2. الجلسات الأولى:** تكون أهداف المقابلة الأولى لبدء العلاقة بين المعالج والفرد وهي بناء علاقة شخصية جيدة، حيث يبدأ المعالج المقابلة بأسئلة عن الأفكار الفرد ومشاعره وهذا النوع من الحديث والتبادل يخدم بعض الأهداف ومنها:

- يبقى الافراد في هدوء ولديهم استعداد لإنشاء علاقة علاجية تفيد في العلاج.
- يحصل المعالج على معلومات متعلقة بتوقعات الفرد.
- يتم الاهتمام بمعرفة الفرد الناتجة عن أفكاره.

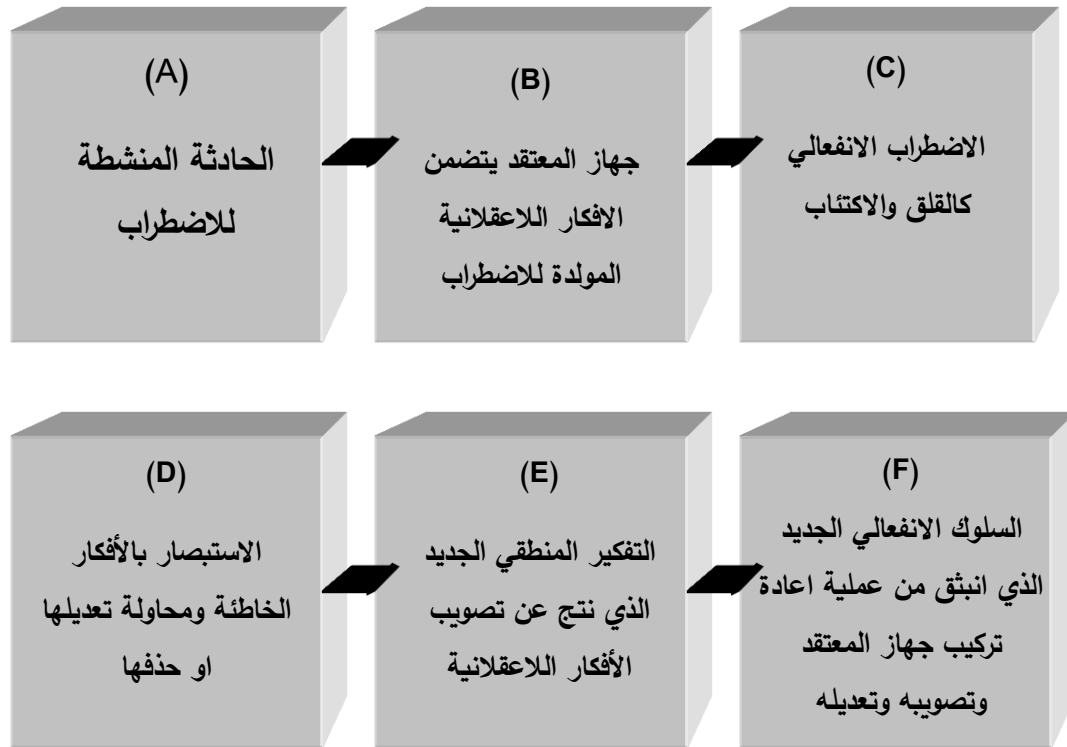
**2.5.2. الجلسات الوسطى:** يتم الانتقال من مناقشة الأفكار غير المنطقية الى أنماط التفكير وتحديد الارتباط بين الأفكار والانفعالات والسلوك والتأكيد على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي.

**3.5.2. الجلسات الأخيرة:** يتحمل فيها الفرد المزيد من المسؤولية لتحديد أفكاره ومعتقداته وإيجاد حلول لها، وأداء المزيد من الواجبات المنزلية، وتنتهي العملية العلاجية عند تحقق الأهداف المنشودة وشعور الفرد بأن لديه القدرة على ممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة وأكثر واقعية. (حامد زهران، 1995، ص 372)

ان المراحل التي يتم بها العلاج من وجهة نظر أليس يبدأ فيما رمز له بالرمز D (Dispute) أي التنفيذ والدحض، وهنا يتم تحدي المعتقدات غير العقلانية وتتضمن عملية التنفيذ ثلاث مراحل:

1. مرحلة تحري وجود معتقدات غير عقلانية وتحديد جمل الحتميات، مثل يجب، وجمل تقليل الذات، وجمل التهويل.
2. مرحلة المناظرة بتعليم كيفية الاستفسار عن الأفكار منطقيا، ومجادلة نفسه بشدة للخروج منها، والتصرف بعكس الطرق السابقة.
3. مرحلة التمييز بين المعتقدات غير المنطقية الهدامة للذات وبين المعتقدات المنطقية المساعدة للذات. ثم ينتقل العلاج الى E (Effect) وتتضمن التأثيرات وهنا جانب عملي تحل فيه الأفكار غير المناسبة.

ويطراً في هذه المرحلة تغيير في الانفعالات والسلوك بفعل المعالجة. ثم ينتقل العلاج الى (Feeling) F ويتضمن المشاعر بحيث يزول القلق والاكتئاب لدى الفرد، ويبدأ بتطوير فلسفة منطقية وفعالة للحياة (أحمد عبد اللطيف، 2014، ص ص 309 308) ويرى إليس أن عملية إعادة تركيب المعتقد الخاطئ وتبديله وما يستجد عليه من تغيير في الانفعالات والشعور بالطمأنينة والتخلص من الاضطرابات النفسية يمكن تلخيصها في المخطط التالي



### مخطط رقم: (1) يوضح مسار الأفكار اللاعقلانية وفق نموذج أليس

ترى الباحثة ان لهذا النموذج العلاجي سيرورة منظمة ومنسقة وفق خطوات محددة تبدأ حسب أليس من إيجاد وتحديد الأفكار اللاعقلانية التي ادت الى اضطراب السلوك ورافقه خلل انفعالي يتم تحليلها حسب نموذج ABC ومن ثم يشرع المعالج في دحض هذه الأفكار وتقسي طبيعتها وتمييزها عن ما هو منطقي لتحل محلها أفكار عقلانية مؤثرة بذلك على السلوكيات والانفعالات محدثة التغيير المنشود من العلاج .DEF

### 3. التعديل المعرفي السلوكي لهيربرت ميشينبوم Herbeit Meichenbaum:

#### 1.3. مؤسس النظرية:

ولد دونالد هربرت ميشينبوم Donald Herbeit Meichenbaum واضع النظرية هذه، في مدينة نيويورك عام 1940، وهو أمريكي الأصل، حصل على شهادة البكالوريا عام 1962 ثم التحق بجامعة الينوي فحصل على درجة الماجستير عام 1965 وحصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الاكلينيكي عام 1966 وقد عمل في جامعة واترلو في أونتاريو بكندا منذ عام 1966، وقد كتب ميشينبوم مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، وكذلك طريقتة التي اشتهر بها: التحصين ضد الضغوط النفسية. (حسين فايد، 2005، ص 94)

#### 2.3. منطلقات نظرية التعديل المعرفي السلوكي:

جاء ميشينبوم بعد إليس ليؤكد على نفس الاتجاه حيث أشار بأن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة كما ترى النظرية السلوكية، بل رأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد الى العمل، وقد أشار كل من (دولارد وميللر) على أن العنونة والتسميات واللغة والعمليات العقلية العليا لها دور رئيس في عملية التعلم، ويشير هذا الاتجاه المعرفي الى:

- إمكانية حدوث استجابات مختلفة لنفس المثير.

- استجابات متشابهة لمثيرات مختلفة. (Verma Djayabala, 2012, p 25)

ولذلك فالعلاج لا يقتصر على التحكم في الاشراف السلوكي والارتباط الشرطي بين مثير واستجابة، بل أن هناك عوامل أخرى تلعب دورا في عملية التعلم وهي:

التفكير، الادراك، البناءات المعرفية، حديث الفرد الداخلي مع نفسه، كيف يعزو الأشياء، وهذه كلها تتدخل في عملية التعليم وتتوسط بين المثير والاستجابة، وهذه لها دور في التأثير على سلوك الفرد.

ولقد استنتج ميشينبوم بأن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس، وتوجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه)، لها دور كبير في عملية التعلم فعندما كان يقوم بتجاربه وهو يعد للدكتوراه كان ميشينبوم يقوم بتدريب المرضى الفصامين، ويقوم بتعليمهم الكلام الصحي عن طريق الاشراف الإجرائي، وقد وجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم بصوت عال كأن يقولوا (كن واضحا وصريحا وفي صلب الموضوع)، ومن هنا انطلق ميشينبوم من الفرضية التي تقول: بأن الأشياء

التي يقولها الناس لأنفسهم (Verbalisations) تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها (Robert Leahy and Thomas Dowd, 2002, p 18)، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة، وأن الحديث الداخلي الذي يقوم به الفرد هو الذي يحدد ويوجه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة.

ترى الباحثة ان دونالد ميشينبوم الذي كان في الأصل سلوكيا قام باكتشاف مهم من خلال ملاحظاته للأطفال الصغار التي تقول بان الأحاديث الذاتية التي يملها الفرد على نفسه تؤثر على ابنيته المعرفية وسلوكياته، وبالتالي فهذا الخطاب الخاص هو بمثابة نظام مهم للسلوك.

### 3.3. الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية ميشينبوم Meichenbaum

#### 1.3.3. الافتراضات:

دعم ميشينبوم أليس وبيك في افتراضاتهم القائلة بان أفكار الفرد وأحاديثهم لأنفسهم خاصة إذا كانت لاعقلانية وخاطئة هي من تسبب اضطراباتهم الانفعالية وتعوق تكيفهم وكان ذلك بعد ملاحظاته واعماله مع الأطفال وحالات الفصام وفي هذا الصدد يرى ميشينبوم فيما يتعلق باتجاه المعرفي ما يلي:

← تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدث، يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج.  
← ان الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله والى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال، هل هو سببه أم هم الآخرون؟

← هناك هدف من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي. ويجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد تحقيقه، والشيء الذي يرغب إحداثه في البيئة، وكيف يقيم المثيرات. وان إدراك الفرد يؤثر على فسيولوجيته ومزاجه.

← ان الانفعال الفسيولوجي في حد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير هو الذي يحدد انفعالاته الحالية.

← ان حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبنائه المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد.

← ان عملية التغيير تتطلب ان يقوم الفرد بعملية الامتصاص، ان يمتص سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم.

← ان البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي، ويغير الحوار الداخلي في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميشينبوم بالدائرة الخيرة (Vertus Cycle). (مفتاح عبد العزيز، 2001، ص 56)

ومن هنا ترى الباحثة ان ميشينبوم سلك نفس الطريق كونه ايد بيك وأليس في فرضية أن الاضطرابات الانفعالية تعزى الى الأفكار المختلة واللامنطقية التي يحدث بها الفرد ذاته ويمليها على نفسه طوال الوقت فتعوق صحته وتكيفه وتؤثر على سلوكياته وتسبب له الضيق والانزعاج، حيث ان هذه الأفكار تستجيب لمثيرات داخلية وليس لأي حدث خارجي واقعي.

### 2.2.3. المفاهيم المحورية لنظرية ميشينبوم Meichenbaum

ان نظرية ميشينبوم ترى ما يلي:

← تركز على أهمية ما يقوله الفرد لنفسه، دون الشعور بما يحدد سلوكه.

← النظرية وتطبيقاتها غير مكتملة.

← لا يوجد هناك معيار لما يقوله الانسان لنفسه.

← جعل ميشينبوم من الحديث الداخلي استجابة لمثير فهو يعود الى نظرية المثير والاستجابة.

بنية الحديث الذاتي: ثمة وظيفة أساسية للحديث الذي يتم داخل الفرد وهي التأثير على البنية المعرفية، وتتغير الأبنية المعرفية، التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم (التصورات) وتمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية. وفي هذا الصدد يقول ميشينبوم: " ما أقصده بالبنية المعرفية، هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يراقب ويوجه الاستراتيجية والطريق والاختيار للأفكار". (أحمد عبد الطيف، 2014، ص 317)

يرى ميشينبوم ان التغيرات لا تحدث بدون تغيير في البنية المعرفية، كما ان تعلم مهارة جديدة يتطلب تغييرا في البنية، ويحدث ذلك عن طريق:

✓ التشرّب Obsorption: حيث تتدمج الأبنية الجديدة في الأبنية القديمة.

✓ الإحلال أو الإزاحة Displacement حيث تتواصل الأبنية القديمة مع الأبنية الجديدة

✓ التكامل والاندماج: حيث تستمر أجزاء من البناء القديم في الوجود في بنى جديدة أكثر شمولا. (أحمد عبد الطيف، 2014، ص 318)

ترى الباحثة ان هذا النوع من العلاج يتعامل مع المفحوص باستخدام نوع من الحوار الداخلي، يهدف الى تغيير طريقة تفكير المفحوص وتغيير سلوكه حيث يبدأ بتحديد الأفكار التي تعوق التعبير عن الذات ومن

ثم يشجع المعالج المفحوص في محاولة استخدام طرق جديدة تعزز سلوكياته من خلال إعادة تنظيم أحاديته الذاتية.

### 4.3. عملية العلاج حسب نظرية ميشينبوم Meichenbaum:

يرتكز العلاج حسب هذا النموذج على الحوار الذاتي الذي يقوله الفرد لنفسه وبالتأثير على هذا الأخير يمكن للمعالج ان يغير في البنية المعرفية للمفحوص وبالتالي تتضمن عملية العلاج ثلاث مراحل وهي:

**1.4.3. المرحلة الأولى:** مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية: حيث يرى ميشينبوم ان الفرد في فترة ما قبل العلاج يكون لديه حوار داخلي سلبي مع ذاته، وكذلك تكون خيالاته وتصوراته سلبية، أما اثناء العلاج ومن خلال الاطلاع على أفكار الفرد ومشاعره وانفعالاته الجسمية وسلوكياته وتفسيراتها تتكون لديه بناءات معرفية جديدة. ان إعادة بناء وتكوين المفاهيم هذه قد تؤدي الى إعادة تعريف مشكلات الفرد بطريقة تعطيه الثقة والتفهم والقدرة على الضبط.

إن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي ان يعرف الفرد كيف يتحدث، أو يعبر عن سلوكه. الأمر الذي يزيد من وعيه، وأن يشعر بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي، ويجب على المعالج ان يعرف طرق (العزو) عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذاتهم. (مفتاح عبد العزيز، 2001، ص 58)

**2.4.3. المرحلة الثانية:** السلوكيات والأفكار غير المتكافئة: في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند الفرد قد تكونت وأحدثت حوارا داخليا لديه. أي ان الحديث الداخلي الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى الفرد، الأمر الذي يجعله يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي اكتسبه.

**3.4.3. المرحلة الثالثة:** المعرفة المرتبطة بالتغيير: وتتعلق هذه المرحلة بتأدية الفرد لمهام تكيفية جديدة خلال الحياة اليومية. ويرى ميشينبوم بأنه ليس المهم ان يركز الفرد حول السلوكيات المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغيير في السلوك. فقط وانما يجب ان يركز على ما يقوله لنفسه، وتشمل عملية العلاج على تعلم مهارات سلوكية جديدة، وحوارات داخلية جديدة وأبنية جديدة. وان على الفرد ان يهتم بالعمليات الأساسية الثلاث وهي:

- البناءات المعرفية.
- الحوار الداخلي.
- السلوكيات الناتجة عن ذلك.

وعليه فان العملية العلاجية تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره والحديث السالب المتعلق به ومن ثم يحاول استبداله بحديث داخلي جديد ينتج عنه سلوك جديد متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة وبذلك احداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تثبيته. (عادل عبد الله، 2000، ص 76)

ترى الباحثة ان هذا النموذج العلاجي يبدأ من تعرف المفحوص على نوعية أفكاره وطريقة سلوكه فيدرك الخلل الذي يسببه هذا الحديث الذاتي السلبي الذي يؤثر على سلوكياته، ومن ثم يصبح يراقب هذه الحوارات الداخلية حتى يكون مفاهيم جديدة تؤدي الى تنظيم معارفه فتتكون لديه أبنية معرفية جديدة، وفي الأخير يتبع المفحوص طرق جديدة في حياته فتحدث تغييرات ملموسة في سلوكياته وتعمم بذلك في كل المواقف. ومنه كان لهذا النموذج إضافة كبيرة للعلاج المعرفي السلوكي كونه سلب الضوء على جانب آخر يمكن التركيز عليه من قبل المعالج وهو الحديث الذاتي الإيجابي الذي يساعد المفحوص في بناء معرفي جديد يحسن سلوكه ويعدل مزاجه.

## خلاصة:

ان العلاج المعرفي السلوكي يمثل أحد التيارات العلاجية التطبيقية المنبثقة من علم النفس العلمي في الاطار العيادي، حيث اصبح واحدا من اهم العلاجات النفسية على الاطلاق ووجهة العديد من الجمعيات والدول التي خصصت ميزانيات لتطويره وبهذا اتسع نطاق تطبيقه وعرف انطلاقا تاريخية بدءا من الموجة الأولى المتمثلة في العلاج السلوكي مرورا الى الموجة الثانية والمعروفة بالعلاج المعرفي وصولا الى العلاج الانفعالي ليتمج فيما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي في اطار الموجة الثالثة، ويأتي هذا الدمج ليس ليشمل التقنيات فحسب بل لان الثلاثية المتمثلة في الأفكار والسلوك والانفعال متداخلة ومتشابكة بطريقة ان اختل احداها تأثرت الأخرى، وما زاد سيته هو الأثر الذي أحدثه أصحاب نظريات العلاج المعرفي السلوكي وأثرهم الفعال في تناول مدى واسع من المشكلات النفسية حيث رأوا انها تعود الى اختلال الأداء الوظيفي المعرفي بدرجات متفاوتة الشدة وبتعليم المفحوص طرق جديدة متوائمة للتفكير تتحسن حالاتهم النفسية ويشعرون بالسعادة والتوافق باعتمادهم أساليب متنوعة من إعادة البناء المعرفي الى الحوار الذاتي و حل المشكلات وكذا لعب الأدوار والتدريب على الاسترخاء والنمذجة مع التأكيد على الواجب المنزلي لتعزيز ما تم تعليمه فنترسخ الأفكار البديلة وتصبح كأداة تساعد المفحوص حتى بعد العلاج و الاعتماد على نفسه في تطبيقها فيما بعد.

وبما أن دائرة الاضطرابات النفسية آخذة في التنامي بشكل أصبح يهدد الكيان البشري خاصة مع بروز الأمراض المزمنة وما لها من مضاعفات خطيرة على المستوى الجسدي والنفسي، إذ يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة أحد هذه الأشكال التي تمتاز بتعقيدها المعرفية والسلوكية ناهيك عن الانفعالات السلبية المصاحبة لها. ومن هنا كان لنا ان نتطرق الى مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة بشكل موسع في الفصل الموالي.

# الفصل الثالث

الفصل الثالث

## تمهيد:

يعد اضطراب ما بعد الصدمة من الاضطرابات النفسية القديمة والحديثة في نفس الوقت، إذ عرف منذ الأزل البعيد جدا بتسميات متعددة ارتبطت معظمها بحوادث المعارك والحروب، ولكن حدثته تكمن في تحديده بشكل دقيق ومفصل، إذ يرتبط حدوثه بكل عامل خارجي مفاجئ من شأنه التهديد الفعلي لحياة الفرد وسلامته أو أحد المقربين بالموت الحتمي فيؤثر عليه ويزعزع كيانه بظهور جملة من الأعراض المرضية التي تمنعه من التكيف النفسي، الاجتماعي وحتى المهني السليم، كما يمكن لاضطراب ما بعد الصدمة أن يحدث تظاهرات وبوادر لاضطرابات عصابية وأخرى ذهانية خطيرة تمتد من قلق وخوف الى اضطرابات سلوكية وجسدية والتي تتعدى الى اضطرابات تمس الشخصية، قد تصل على المدى الطويل الى اضطرابات ذهانية.

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق الى الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة، ابتداء من مفهوم المصطلحين عند بعض أهل الاختصاص ثم المسار التاريخي لتطور هذين المفهومين، ومن ثم قدمنا التفسيرات النظرية التي ساهمت في فهم الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة، وبعدها أشرنا الى معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة حسب DSM5 ، كما عرجنا على مراحل حدوث هذا الاضطراب مع توضيح مختلف الأشكال السريرية اللاحقة له وكذا تصنيف الصدمات مع الاطلالة على التدخلات الوقائية اللازمة عقب حدوث الصدمة ومن ثم ذكرنا الطرق العلاجية المتاحة لهذا الاضطراب وأخيرا ذكرنا مختلف أدوات القياس المتوفرة والتي تساعدنا في تشخيص هذا الاضطراب مع تحديد درجته وشدته.

## 1. مفهوم الصدمة:

## 1.1 الصدمة في اللغة:

الصدمة مأخوذة من الفعل صدم، والصدم هو ضرب الشيء الصلب بشيء مثله، وصدمه صدما بمعنى ضربه بجسده. وصادمه فتصادما واصطدما، وصدمه يصدمه صدما، وصدمه أمر أي أصابهم، والتصادم هو التزاحم (ابن منظور، 1984، ص 2420).

أما مصطلح الصدمة Trauma جمعه Traumata مأخوذ من اللغة اليونانية القديمة Traumatimos والذي يعني الجرح أو الإصابة، إذ يمكن أن يكون الجرح جسدياً أو نفسياً. ونقول الصدمة النفسية بمعنى الجرح الذي يصيب النفس الإنسانية. (Revet, 2020, p2)

ففي مجال الطب والجراحة، تم استخدام مفهوم الصدمة على أنها انتقال صدمة ميكانيكية عنيفة بواسطة عامل مادي خارجي على جزء من الجسم وتسبب إصابة الأنسجة الحية (صدمة مفتوحة) أو كدمة (صدمة مغلقة) وفي مجال علم النفس المرضي، تصبح الصدمة صدمة نفسية أي انتقال صدمة نفسية يمارسها عامل خارجي على النفس مما يتسبب في اضطرابات نفسية مرضية عابرة أو مزمنة، (Evelyne, 2019, p 19) وبالتالي احتفظت الكلمة بمعنى ودلالة مماثلة.

## 2. تعريف الصدمة النفسية:

تعددت تعريفات الصدمة النفسية بتعدد التوجهات النظرية للعلماء والباحثين وكل مجال اختصاصه، بالإضافة لارتباط المفهوم بالأحداث التاريخية الصادمة التي مرت بها الإنسانية عبر التاريخ، ومن هذه التعاريف ما يلي:

تعرف الصدمة النفسية على أنها الأذى أو الشرخ الذي مس النفس وأعجز جهازها النفسي بشكل مفاجئ وغير متوقع ولم يختبر له الفرد مثيلاً مرة واحدة ويظهر بشكل متكرر أو بشكل مؤثر لفترة طويلة، هذا الحدث الجسيم يشعر الفرد بخطر مباشر على حياته أو حياة شخص آخر. ويمكن أن تكون له عواقب قصيرة أو متوسطة أو طويلة المدى، فهذا المصطلح متغير حسب عدة عوامل عامل الجرح، مدى الضرر، رد فعل الجسم، جودة الرعاية المقدمة، الحالة السابقة والبيئة المادية، بحيث يمكن أن يكون الجرح إيجابياً أو سلبياً، يعيد امتصاصه أكثر أو بسرعة أقل، شفاء أسرع أو أقل أو يكون مصحوباً بمضاعفات ويتطور نحو علم الأمراض اللاحقة. (Pennewaert, 1999, p. 171)

ويرى ميشينوم أن الصدمة تشير الى حوادث شديدة تعد مؤذية وقوية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث الى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها. (عبيدي، 2018، ص12).

وتعرف في التحليل النفسي على أنها: حدث في حياة الشخص، يتحدد بشدته، وبجزء الشخص عن الاستجابة الملائمة حياله، وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض. (لابلانز وبونتاليس، 2002، ص 300)

وعرفها بارجوري Berjeret بأنها تجارب خاصة بغياب الإسعافات في أجزاء الأنا والتي ينبغي أن تعمل على تجميع الاستشارات بغض النظر عن مصدرها داخلي أو خارجي والتي لا يمكن التحكم بها. (عبد الخالق، 2015 ص)

ويرى N.Sillamy أن الصدمة النفسية رضة عنيفة تؤدي إلى تحريض اضطرابات جسدية ونفسية تتكون بفعل التعرض لعامل خارجي مفاجئ وعنيف يهدد حياة الفرد الجسدية وسلامته العقلية، فتؤدي به غالبا الى حالة عدم التكيف. (Sillamy, 1999, p 269)

أما لويس كروك Louis Croq فقد استخدم لفظ الصدمة في علم النفس من أجل استعارة الامراض الجراحية، ويرى بأنها ظاهرة اقتحام النفس وإغراق دفاعاتها بالإثارة بسبب وقوع حادث عنيف يهدد الحياة أو السلامة الجسدية أو النفسية لفرد يكون هو الضحية أو كشاهد على الحادث المرعب (Tordjman, 2019, p. 288)، وهو بذلك يحدد ظاهرة تحطم المسار النفسي وفيض في النفسية، إذ تكون دفاعاتها منهكة من أثر المنبهات القوية والعنيفة الناتجة عن وضعيات الاعتداء ، أي أنها تكون غير قادرة على مواجهة هذا الاعتداء أو التحكم فيه سواء أنها لا تملك الطاقة الضرورية لهذا التحكم أو أنها أصبحت غير قادرة على تنظيم جهازها الدفاعي، أو أنها في النهاية لم تتمكن من تحديد معنى الاعتداء بالنسبة لمعنى وجوده. (Evelyne, 2019, p 2) وفيما يتعلق بالتعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية فهي ترى أن الصدمة النفسية تنتج عن طريق الاستجابة الدائمة أو المؤقتة لوضع أو حادث مجهد له خواص مهددة وكارثية، التي ينتج عنها أعراض واضحة للقلق واليأس، مع وجود عوامل مساعدة كبعض سمات الشخصية أو سوابق من النوع العصابي التي تهيئ لظهور الأعراض أو تفاقمها.

تلمس الباحثة من خلال ما تقدم من تعريفات أن الصدمة النفسية تتميز بالشدة والعنف الغير متوقع الذي يهدد حياة الفرد وسلامته، ما يسبب شرخا نفسيا عميقا يربك الدفاعات النفسية ويعجزها فيحدث حالة عدم

التكيف التي تشمل جوانب الحياة المختلفة، ومحاولات الأنا لاستعادة التوازن وإعطاء معنى لهذا الاعتداء الذي لم يختبر له مثيلاً.

## II. مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة Post Traumatique Stress Disorder:

اضطراب ما بعد الصدمة هو التسمية الحديثة التي أطلقت على الأعراض أو الآثار الناجمة عن حدث يوصف بأنه صادم، حيث تباينت تعريفات هذا الاضطراب لتباين الأعراض من فرد الى آخر تبعاً لما لديه من عوامل الحماية والخطر.

وقد وضعت منظمة الصحة العالمية **World Health Organization** اضطراب ما بعد الصدمة كأحد أنواع الإضطرابات المرتبطة بالإجهاد وعرفه التصنيف الدولي الحادي عشر للأمراض (**ICD-11**) بأنه: اضطراب قد يتطور بعد التعرض لحدث أو سلسلة من الأحداث شديدة الخطورة وتتميز بعدة خصائص وهي (إعادة معايشة الحدث أو الأحداث الصادمة في الوقت الحالي في شكل ذكريات حية، اجترار ذكريات الماضي، أو التعرض لكوابيس، تجنب الأفكار والذكريات الخاصة بالحدث أو تجنب الأنشطة أو المواقف أو الأشخاص الذين يُذكرون بالحدث الصادم، التصورات المستمرة لتهديد الحالي المتزايد مثل فرط اليقظة)، وتستمر الأعراض لعدة أسابيع على الأقل وتتسبب في إعاقة الفرد في المجالات المختلفة الشخصية، الأسرية، التعليمية والمهنية.

وبالتالي فإن هذا الاضطراب يعد أحد أهم الآثار النفسية التي تلي الحوادث الصدمية والتي تمثل تهديداً خطيراً للإنسان (محمد مصطفى، 2020، ص 887).

## III. تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة:

### 1. تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية:

إن الاهتمام بالمظاهر النفسية المرضية بعد حدث صادم ليس بالشيء الجديد، حيث تم وصف هذه الاضطرابات منذ العصور القديمة في السنة 400 قبل الميلاد. فمن الإلياذة في قصة معركة ماراثون التي وصفت من طرف هيروdot، مروراً بأسطورة d'Er the Pamphylian في كتاب الجمهورية العاشر لأفلاطون أين وصف الكوابيس المرتبطة بالمعركة بين المحاربين القدامى من قبل أبقرات (Revet, 2020, p 2)، وصولاً إلى تحديد ردود الفعل النفسية الصدمية في صورتها الحالية.

ويعود تاريخ أحد أول الأوصاف الطبية الحقيقية للعصاب الصدمي إلى عام 1809. في كتابه "أطروحة طبية فلسفية حول الاغتراب العقلي"، قدم فيليب بنال الصورة السريرية لجندي سابق متقاعد ووصف الكوابيس، والضعف العاطفي، وردود الفعل المفاجئة، والمظاهر النفسية الجسدية، وكذلك أعراض القلق والاكتئاب (Tarquinio, 2019, p. 190).

وبعدها أثبتت حروب منتصف القرن التاسع عشر بشاعتها ومجازرها المؤلمة بشكل خاص. وفي هذه الحقبة لفتت بعض الشخصيات الانتباه إلى المعاناة النفسية للجرحى الذين تم التخلي عنهم في ساحات القتال. حيث لوحظت اضطرابات نفسية مرضية على المقاتلين الذين شاركوا في المعارك، على الرغم من عدم تعرضهم إلى أي إصابة خطيرة. وتترافق هذه الحالات بأعراض الهيجان أو الذهول مصحوبة بفرط الحساسية لأقل ضوضاء وفقدان النوم وأحلام مزعجة تتعلق بأحداث الحرب.

ولم تتم دراسة الآثار النفسية طويلة المدى للأحداث الصادمة بشكل منهجي إلا في النصف الثاني من القرن التاسع عشر مع أعمال العالم الألماني النفساني هيرمان أوبنهايم التي سجلت ميلاد الدراسات العيادية للصدمة النفسية، من خلال اهتمامه بضحايا حوادث السكك الحديدية (باريس/فرساي سنة 1842 تسجيل 55 قتيل). حيث لاحظ أن العديد منهم يعانون من اضطرابات مرتبطة بالعصاب. (Revet, 2020, p 2) وفي عام 1884، لتحديد السيمولوجيا لمثل هذه الحالات، اقترح هيرمان أوبنهايم لأول مرة مصطلح العصاب الصدمي (Traumatischen neurosen)، والذي حدده على أنه كيان مستقل لا يجب الخلط بينه وبين الهستيريا والوهن العصبي، فالصدمة التي تحدث عنها أوبنهايم تتميز بالأعراض السريرية التالية: ذكريات متطفلة، قلق بشأن المنبهات التي تذكر بالحدث، واضطرابات النوم والكوابيس، والمزاج العصبي وفرط الحساسية لدى المرضى والانسحاب. (Pignol & Hirschelmann, 2014, p. 432)

في نفس السنة، قدم الطبيب النفسي الألماني إميل كريبلين Emil Kraepelin مفهوم عصاب الرعب، والذي أعطاه حالة تصنيف مستقلة عن الهستيريا الصدمية لـ JM. Charcot، حيث منذ نهاية القرن التاسع عشر لاحظ E. Kraepelin أن الشخص الذي يشاهد حادثا صادما دون التعرض المباشر له يمكن أن يصاب بعصاب الخوف (Javier et al., 2020, p. 117). كما لاحظ في مرضاه اجترار للأحداث المتعلقة بالصدمة النفسية، واضطراب النوم، وصعوبات في العلاقات، وانخفاض في مجالات الاهتمام، إرهاق وعدم القدرة على العمل، وعلامات الاكتئاب، ورهاب الخلاء وكذلك شكاوى المزاج.

ومن هنا تعتبر دراسة الهستيريا وأسبابها من قبل فرويد وشاركو أول المحاولات حول دور الصدمات في ظهور الاضطرابات النفسية، بعد ذلك من خلال دراسات طب الأمراض النفسية والعقلية العسكرية أثناء الحربين العالميتين الأولى والثانية هي من أدت الى الاستمرار في دراسة العصابات الصدمية وبالأخص صدمة الخنادق وعصاب الحرب.

**2. تطور مفهوم الصدمة في الدليل التشخيصي الاحصائي (من صدمة الحرب الى ميلاد اضطراب ما بعد الصدمة):**

شكلت الحرب العالمية الثانية والحرب الكورية قاعدة خصبة لبروز كتابات وفيرة حول الصدمة النفسية، أما اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو التسمية الحديثة لمجموعة من الأعراض التي تمت ملاحظتها ودراستها منذ بداية القرن تحت أسماء مختلفة. يمكن تأريخ دراستهم المنهجية إلى نهاية القرن التاسع عشر، والذي شهد تطوراً مهماً في دراسة هذا الاضطراب.

وتم تناول مفهوم الصدمة النفسية لأول مرة في النسخة الأولى للدليل التشخيصي الاحصائي (DSM I) سنة 1952 تحت مسمى تناذر الاستجابة للضغط الحاد (gross stress reaction) وهذا من أجل وصف ردود الفعل الصدمية الحادة كنتيجة للحرب، وقد أدرجت هذه الفئة تحت محور اضطرابات الشخصية الموقفية العابرة. ثم توارت هذه الفئة التشخيصية من الإصدار الثاني للدليل، لتعود وتظهر من جديد في الساحة تحت مسمى تناذر ما بعد الفيتنام (PVS Post Vietnam Syndrom) في شهر ماي من عام 1972 (Auxéméry, 2013, p 643)، تشخيص ابتكره الأطباء المختصين في الأمراض العقلية لإدارة المحاربين القدامى على إثر مخلفات الحرب الفيتنامية (1964-1973) التي تعتبر نقطة تحول في تاريخ الصدمة النفسية. حيث ظهرت عند الآلاف من قدامى المحاربين اضطرابات عقلية عرقلت تكيفهم في حياتهم العادية بعد العودة من الحرب، والتي تميزت بمعايشة الذكريات الماضية والكوابيس، الرجفان، العدوانية وخاصة الاندفاعية، الأمر الذي أدى الى ادراج مفهوم تناذر اجهاد ما بعد الصدمة في الطبعة الثالثة (DSM III) سنة 1980 (Pagel, 2021, p. 4 5)، وهذه المرة اهتم المختصون بالمدة الزمنية التي تستغرقها الأعراض والتي من خلالها نستطيع الحديث عن الاضطراب والذي ادرج ضمن محور اضطرابات القلق كما أعيد صياغة هذا المفهوم على أنه رد فعل طبيعي على موقف غير عادي (Auxéméry, 2019, p 3). وكان يضم كل التناذرات الصدمية حينها: التناذر الصدمي للاغتصاب، وتناذر النساء المعنفات، وتناذر محاربوا الفيتنام. وفي الطبعة الثالثة المعدلة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM III-R)

الصادر سنة 1987 توصلوا الى تحديد المدة المطلوبة لتشخيص الاضطراب والمحددة بشهر واحد (رضوان زقار، 2019، ص 678)، ولكن ما تخلل هذه الفئة التصنيفية أنها رد فعل ناتج عن الاجهاد وبالتالي فإن حالة الاجهاد اللاحق للصدمة تبتعد عن المفاهيم النفسية المرضية لتتضم الى علم الأعصاب. ليأتي بعد سنوات عديدة من الحرب المزيد من القدامى المحاربين في الفيتنام الذين انتحروا عند عودتهم الى الأراضي الأمريكية، ضف الى ذلك الحرب الأفغانية وحرب العراق التي سجلت ظهور متلازمة حرب الخليج (Revet, 2020, p3) وعلى إثر ذلك ومع إصدار الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والاحصائي (DSM IV) سنة 1994 أعيد استخدام نفس المسمى السابق حول الصدمة (اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) مع التحرر من رد فعل الإجهاد، وإضافة فئة تشخيصية جديدة سميت باضطراب الضغط الحاد، كحالة تشخيصية مبكرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) تعبر عن حالة التذكك المصاحب للصدمة (dissociation péritraumatique). وتمت صياغة هذا بشكل جيد وبشكل خاص في النسخة المنقحة من DSM-IV (TR) سنة 2000 الذي يعيد تعريف الحدث وفقا لمعيارين اثنين:

- المعيار الأول (موضوعي): والذي يشير الى الموضوع، أي أن يكون الفرد قد عاش أو شهد، أو تمت مواجهته، لحدث أو أحداثا مميتة أو أن يكون مصابا بجروح خطيرة جدا أو تم تهديده بالقتل أو إصابة خطيرة تهدد سلامته الجسدية أو تهدد شخص آخر.
- المعيار الثاني (ذاتي): والذي يحدد رد فعل الفرد على الموضوع، أي ما نتج عن الحدث من عجز أو رعب أو ما يسمى بالضائقة المحيطة بالصدمة (Auxéméry, 2019, p 4).

وقد اتفق في النهاية اعضاء الهيئة العلمية لهذا الدليل على أهمية تصنيف الاضطرابات الناجمة عن الصدمة والضغط في محور مستقل مع ضرورة التفريق بينها وبين اضطرابات القلق، ضمن النسخة الخامسة والأخيرة (DSM 5) سنة 2013 حيث ميز بين الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والاضطرابات المرتبطة بالإجهاد، كما قدمت هذه النسخة وصفا أشمل لاضطراب ما بعد الصدمة في تفصيل الأعراض، وذلك على إثر هجمات 11 سبتمبر 2001 على البرجيين الأمريكيين وكذا الحرب على العراق وأفغانستان.

#### IV. التفسيرات النظرية للصدمة النفسية

##### 1. وجهة نظر التحليل النفسي:

نحن نعلم ودون أدنى شك الأهمية الكبرى لمفهوم الصدمة في أعمال فرويد وأتباعه، حيث ساهم التحليل النفسي إلى حد كبير في تطوير هذا المفهوم ووضع أسسه النظرية ودمجه في مجال علم الأمراض النفسية. وسيكون لنا عرض لأهم المحطات التي أعطت تفسيرات وتوضيحات بارزة لهذا المفهوم.

##### 1.1. مفاهيم فرويد عن الصدمة:

تميز عمل فرويد بتطوير التوضيحات النظرية حول مفهوم الصدمة النفسية، وأول تصور له للصدمة يمتد من 1895 إلى 1920، ففي البداية طور ما يسمى بالنظرية الشمولية الصدمية. والتي تم استبدالها بنظرية الإغراء من عام 1897، والتي بدورها استبدلت بالنموذج الاقتصادي وكان ذلك على النحو التالي:

##### 1.1.1. النظرية الشمولية الصدمية:

في مقال قصير يعود تاريخه إلى عام 1829، لاحظ فرويد في مظاهر المودة الهستيرية نشاط حركي وصوري للذاكرة اللاواعية لحدث مرتبط بخطر الموت. وفي العام نفسه، أكد بروير وفرويد على الطبيعة المتشابهة للهستيريا والعصاب الصدمي من وجهة نظر مسبباتهما المرضية وتشابه الأعراض غير أن العصاب الصدمي يفوقها من حيث المعاناة الذاتية وعلامات الضعف العام واضطراب الوظائف النفسية (Sibony, 2020, p. 89)، إذ لا يتم تحديد المرض حقا من خلال إصابة الجسم، ولكن من خلال مشاعر الخوف التي تسببها صدمة نفسية. ومنه يستحق سبب معظم أعراض الهستيريا أن يطلق عليه الصدمة النفسية. أي حادثة قادرة على إحداث تأثيرات مؤلمة: الخوف، القلق، الهلع، يمكن أن تكون بمثابة صدمة نفسية أي تعتبر كآثار للصدمة (Chahraoui, 2014, p. 9).

في هذه الأوقات المبكرة من صياغة فرويد، ترتبط فكرة الصدمة بحدث شخصي في تاريخ الفرد، يمكن التعرف عليه تماما، ويتميز بتأثيرات مؤلمة. كما يتضح أن فرويد في هذا الوقت، كان يعتبر أن الصدمة هي نتيجة الإفراط في التحفيز الذي قد يتجاوز قدرات الجهاز الدفاعي النفسي الذي يتميز بالصراع اللاشعوري.

##### 2.1.1. نظرية الإغراء:

تمثل الفترة من 1894 إلى 1897 التوجه الثاني للفكر الفرويدي الذي ركز على أهمية الصدمات الجنسية في مرحلة الطفولة، ابتداء من هذه الفترة لم تعد الصدمة ترتبط بكارثة أو حادث يحتمل أن يؤدي إلى معاناة الفرد، بل العنف الجنسي الذي يرتكبه الكبار ضد الأطفال. تعتبر نظرية الإغراء أو كما تعرف في الأدبيات

الغربية بـ *neurotica* (1894، 1895، 1896) أصل العصاب ولا سيما الهستيريا، ترتبط بحدث جنسي صادم أثناء الطفولة. ينسب فرويد الأصل الجنسي إلى الصدمة، ويقسم آلية حدوث الصدمة إلى حدثين:  
 - مشهد أول - يسمى الإغراء - حيث يتعرض الطفل للاعتداء الجنسي من قبل شخص بالغ، ولا يزال معناه غامضا.

- مشهد ثان، غالبا ما يبدو غير ضار - غالبا بعد سن البلوغ - يثير المشهد الأول من خلال العلاقات الترابطية.

لذلك، في أعقاب المشهد الثاني، يأتي تدفق الإثارة ليغطي على القدرة الدفاعية للجهاز النفسي وهو مجرد، مثل تذكر أن المشهد الأول يصبح ممرضا. يشكل هذا التسلسل ما يسمى كلاسيكيا بنظرية الإغواء المبكر.  
 (Revet, 2020, p 4)

يوضح مثال حالة إيما هذه العملية جيدا: إيما تطاردها فكرة أنها لا يجب أن تدخل متجرا بمفردها. تلقي باللوم على حقيقة تعود إلى عامها الثالث عشر (قبل سن البلوغ بقليل). بعد أن دخلت متجرا، رأت البائعين يضحكان (تتذكر أحدهما فقط). شعرت بالذعر، فاندفعت للخروج مع انطباع أن الرجلين سخروا منها وأن أحدهما قد مارس عليها انجذابا جنسيا. يسلط التحليل الضوء على ذكرى أخرى، لم تكن موجودة في ذهنها وقت المشهد السابق. في الثامنة من عمرها، دخلت متجرا مرتين لشراء الحلوى وكان التاجر قد تلمس أعضائها التناسلية. على الرغم من هذه الحادثة الأولى، عادت إلى المحل، ثم توقفت عن الذهاب إلى هناك بعد ذلك، عاتبت نفسها على عودتها إلى هذا التاجر، وكأنها أرادت إثارة هجوم جديد.

العلاقة الترابطية بين المشهدين هو ضحك البائعين اللذين ذكراها بالابتسامة التي رافق بها التاجر إيماءته. وهكذا وفقا لفرويد، ضحك البائعان تذكر دون وعي بذكرى التاجر، مع سن البلوغ، تثير الذاكرة اندفاعا جنسيا لم يكن ممكنا في وقت الحادث، والذي يتحول إلى قلق. بالنسبة لفرويد، تقدم هذه الحالة صورة نموذجية للقمع الهستيريا حيث تتحول الذاكرة المكبوتة فقط بعد الواقعة إلى صدمة. (Cottet, 2014, p. 29) يمكن تلخيص هذا المفهوم الفرويدي للعواقب على النحو التالي:

- (1) من ناحية، ليست التجربة بشكل عام هي التي يتم إعادة صياغتها بعد ذلك، ولكن على وجه التحديد ما لا يمكن أن يأخذ معنى في الوقت الذي حدث فيه، بسبب عدم نضج نفسي كافي.
- (2) إن إعادة التنظيم المعنوية تتعجل بسبب وقوع حدث سيسمح له - بسبب النضج النفسي للموضوع - بالوصول إلى معناها.

3) من ناحية أخرى، فإن تطور النشاط الجنسي يعزز ظاهرة الفكرة اللاحقة، حيث يصل الشخص، بعد البلوغ، إلى القدرة على فهم الدلالة الجنسية لتجربة معيشية، والتي يتردد صداها لاحقاً في المعنى الجنسي أيضاً مشهد مر مرة أخرى وظل له دون معنى معين. (Marty, 2011, p. 39)

لكن فيما بعد تخلى فرويد عن نظرية الإغراء عندما لاحظ أن مشاهد الإغراء تتكرر كثيراً في خطاب مرضاه، مما دفعه إلى التشكيك في الصدمات الجنسية الطفولية لاعتبارها أوهام لا صلة لها بالواقع.

### 3.1.1. النموذج الاقتصادي:

في عام 1920، أوضح فرويد مفهومه الجديد عن العصاب الصدمي في كتابه "ما وراء مبدأ اللذة". بعد تمييز الخوف (في مواجهة خطر محدد) من القلق (حالة توقع خطر غير معروف) والهلع (المفاجأة والخوف في مواجهة الخطر المفاجئ) خلال صياغته لنظريته الثانية حول الصدمة النفسية بمفهومها الاقتصادي، ودراسة عصاب الحرب أين صرح ولأول مرة بوجود قهرية التكرارات التي يمكن ملاحظتها في الموضوعات التي تعرضت لتدفق منبهات لم يكن جهازهم النفسي قادراً على مواجهتها. لقد ساققت هذه الحقائق فرويد إلى مرحلة جديدة: مرحلة الاعتراف بقهرية التكرار، حيث رأى أن الحادث الصادم المفاجئ يخترق صاد الإثارات (pare-excitation) لتتسرب هذه الأخيرة داخل الجهاز النفسي فيعجز الأنا عن التحكم فيها أو تصريفها بفعل المفاجأة، بقدر ما يبدو في حالات معينة أن الجهاز النفسي غير قادر على الارتباط. إذن تأتي الصدمة لإلغاء عمل مبدأ اللذة، فهو ليس اضطراباً بسيطاً في الاقتصاد الليبي بل هو تهديد لسلامة النفس. (Bokanowski, 2010, p. 12)

والغرض من قهرية التكرار هو إثارة حالة من الهلع تؤدي إلى فهم تمثيل الخطر، من أجل تعويض القلق الوافي الغائب الذي يحدث في الواقع عند حدوث الخطر. لذلك فإن ما يسبب الصدمة هو المفاجأة وخرق الدفاعات. (Sibony, 2020, p. 91)

من هذا المنظور، تشير الصدمة إلى خرق حاجز الإثارة، أي اختراق الغشاء الوافي للجهاز النفسي، الذي له وظيفة ترشيح وتنشيط الإثارة القادمة من الداخل والخارج. ليصوغ فرويد بعد ذلك نظريته الأخيرة حول الصدمة النفسية سنة 1939 في كتابه "موسى والتوحيد" أين رأى أن الصدمات هي عبارة عن أحداث ذات صفة جنسية أو عدوانية، وأنها جروح نرجسية تحدث في الطفولة المبكرة (خمس سنوات الأولى)، يتم نسيانها تماماً، حيث رأى فرويد أن الإصابة بتلك الصدمات يكون لها أثران: موجب وآخر سالب، أما الأثر الموجب والتي سماها فرويد بتثبيت الصدمة أو آليات التكرار، فتتمثل في محاولة المصدوم لإعادة استثمار الصدمة وإحياء

ذكرى الحادث المنسي، في حين تتمثل الآثار السلبية والتي أطلق عليها فرويد تسمية ردود الفعل الدفاعية في محاولات المصدوم لإبعاد الذكريات المرتبطة بالحادث الصدمي المنسي عن الذاكرة. ان المتصفح لأعمال فرويد عن الصدمة النفسية يلمح طول الفترة الزمنية التي عمل بها هذا العالم في مجال الصدمات والتي مرت على العديد من المراحل بدأ من العصاب الصدمي الذي يمتاز عن الهستيريا في ثراءه بالأعراض الجسدية والنفسية ووصولاً الى قهرية التكرار التي تعتبر الفيصل في تشخيص الاضطراب، هذه الأعمال التي أثمرت بتطور وثناء المخزون النظري الذي سمح لنا بفهم الاضطراب وفتح الطريق أمام العديد من الباحثين للتعلمق فيه، إذ أصبح أكثر انتشاراً وتعقيداً ووجب فهم السيرورة والمنطلق النظري الذي يؤدي الى تأسيس هذا الاضطراب.

## 2.1. مساهمة ساندور فيرينزي Sandor. Ferency:

### 1.2.1. عصاب الحرب والعصاب النرجسي:

في عرضه الموجز للتحليل النفسي، وصف S. Ferency العصاب الصدمي بأنه مزيج محدد من الأعراض النفسية الهستيرية والنرجسية، التي تتميز بفرط الحساسية، ونقص الشجاعة والثقة بالنفس، والنكوص إلى مرحلة الطفولة مع العجز والحاجة للآخرين، وانخفاض في الفاعلية الجنسية، وتقليل الاهتمام بالعالم الخارجي.

في وقت مبكر من عام 1916، كان S. Ferency يتحدث بالفعل عن الأصل النرجسي للاضطرابات: إنها مسألة عطب في الأنا، وجرح حب الذات والنرجسية، والنتيجة الطبيعية لذلك هو سحب استثمارات الغريزة الجنسية من الأنا، أي اختفاء القدرة على حب شخص آخر غير الذات (Bokanowski, 2010, p. 15). فبالنسبة لـ S. Ferency تجد الصدمة أصلها في التمثيلات الرمزية لنوع معين من المصير الليبيدي المرتبط بالعمل المفرط والعنيف والاستثارة المبكرة المرتبطة بنقص الاستجابة أو عدم كفايتها أمام وضعية مثيرة للهلع والمحنة، وبالتالي يمكنها أن تأخذ قيمة اعتداء نفسي، اعتداء عاطفي وفكري، وعليه يمكن أن يكون لها التأثير التالي:

- الحفاظ على معاناة نفسية لها علاقة باستيعاب موضوع أولي فاشل.
- تشويه دائم للذات بسبب صدمة نرجسية، مثل الانشطارات المرضية التي أحدثتها.
- أحداث الشعور بالضيق الأولي، الذي ينشط في كل مرة من حياة الفرد.

إن حسب S. Ferency فان الصدمة تختلف تماما عن تلك التي اقترحها فرويد، لان بالنسبة له الصدمة ناتجة عن تحية المؤثر كما من قبل أي انكار الاعتراف بالتأثير والشعور بالموضوع الأولي (الأم أو من ينوب عنها)، فأوجه القصور في الموضوع الأولي هي التي تؤدي الى انشطار الذات والذي كتب عنه S. Ferency (1934)، انه يتحول بوحشية حيث تصبح العلاقة بالموضوع مستحيلة في علاقة نرجسية ومن هنا اقترح تأثير الصدمة النرجسية والضرر المبكر الذي تلحقه بالأناء، أي الآثار السلبية للصدمة حيث تنشأ تجسيدات للحب والكراهية الأولية وكذلك الافتقارات النرجسية الأولية التي تؤدي الى الانشطار النرجسي. (Cottet, 2014, p p 17 18)

### 3.1. مساهمة Otto Fénichel

بالنسبة إلى Fénichel فإنه أعيد تنظيم الشخصية بالكامل عن طريق الصدمة في شكل زيادة الاعتماد، التراجع والتناقص القوي، حيث يؤكد على بعد تغيير الشخصية الذي يشير الى حجب وظائف الأنا. فحسبه تتركز كل طاقة الموضوع في مهمة واحدة فقط وهي طاقة دفاعية للتحكم في الإثارة الغازية التي لها تأثير على منع الوظائف الأخرى مثل الإدراك، ومنع أي معالجة لإثارة جديدة. (Chahraoui, 2014, p. 33) ومن هنا ميز Fénichel ثلاثة سيناريوهات يمكن أن تكون سببا لعصاب صدمي:

- إما أن يكون الموضوع سليما ومرتاحا، وسيكون واقى الإثارة الخاص به قادرا على التعامل مع تدفق الإثارة الناجمة من الحدث.

- أو أنه يتمتع بصحة جيدة ولكنه منهك مؤقتا، ولا يستطيع واقى الإثارة الخاص به عن صد أو تصفية الاعتداءات، فسيكون لديه عصاب صدمي خالص.

- أو أخيرا، إنه موضوع عصابي بالفعل وستحتكر كل طاقته دائما بمهمة الحفاظ على قمعه العصابي، وسيصاب بعصاب صدمي مع أعراض العصاب السابق.

وصف O. Fénichel أعراض العصاب الصدمي في شكل ثالوث شبه علمي يشتمل على تعطيل أو إضعاف وظائف الأنا، والتي تم تناولها وتطويرها في وصفه للأعراض السريرية L.Crocq:

- تعطيل وظيفة تصفية الاثارات البيئية: يتجلى ذلك من خلال حالات اليقظة المفرطة واليقظة الدائمة، ردود الفعل الفجائية، النوم الخفيف، الاستيقاظ المبكر، سرعة الاستثارة عند الضوضاء وتجنب المنبهات التي تذكر بالصدمة.

- تعطيل وظيفة التواجد أو الحضور: يتجلى ذلك في فقدان الاهتمام بالأنشطة وأوقات الفراغ، الشعور بأن العالم بعيد والمستقبل مسدود، فقدان الفضول والاهتمام بكل شيء من حوله أي في حالة انسحاب اجتماعي.
- تعطيل وظيفة الحب والعلاقة مع الآخرين: هنا نجد الفرد لديه شعور بالانفصال عن الآخرين، مع نوع من الانحدار النرجسي مرفقا بالتبعية مع عدم القدرة على حب وفهم الآخرين والمطالبة بالعاطفة، الشعور بالتهيج الدائم مع الانسحاب الى النفس. (Chahraoui, 2014, p. 34- 35)

#### 4.1. أفكار D.Winnicott عن الصدمة:

اتبع بعض العلماء نفس الطرح الفكري للصدمة الذي اقترحه S. Ferency ونجد منهم Winnicott الذي يرى أن الصدمة ترتبط من ناحية بالتبعية ومن ناحية أخرى بالزمن.

فمن ناحية التبعية نجد أن الصدمة على علاقة وثيقة بالتبعية وبالتالي فإن الصدمة تعيق إضفاء الطابع المثالي للموضوع ما يعني كراهية الفرد، وكردة فعل على عجز الموضوع في أداء وظيفته تأتي الصدمة لتحث انهيار في مجال الثقة المتعلقة بالبيئة ككل.

وهنا يشير Winnicott (1965) أن الصدمة ناتجة عن التطفل المفاجئ للغاية أو الغير متوقع لحقيقة حقيقية مما أدى الى شعور الفرد بالكراهية التفاعلية التي تحطم الموضوع المثالي.

أما من ناحية الزمن فإنه في بعض الوضعيات الصعبة التي تؤدي بالفرد الى الانتقال من القلق الى الألم ومن الألم الى العذاب فإن عودة الموضوع الأولي (الأم) لا تصلح لتغيير حالة الفرد.

وهنا تشير الصدمة الى أن الفرد عانى انقسام في وجوده وعدم استمراريته حتى أن دفاعاته ستنظم نفسها بطريقة تمنع القلق الذي لا يمكن تصوره أو لتعمل ضد عودة حالة الارتباك الحادة التي تصاحب تفكك البنية الأولية للأنا. (Bokanowski, 2011, p. 44)

وترى الباحثة أن التوجه السيكودينامي يعد من أبرز التوجهات النظرية التي أسهمت في تقديم تفسيرات تفصيلية عن سببية الصدمة، إذ أجمع مناصروها على أنه بإمكان إثارة خارجية قوية وصفها بالصادمة لاختراقها للدرع الواقعي، هذا الحاجز الفعال الذي يعمل على حماية النفس من المحفزات المفاجئة التي تفوق دفاعات الأنا، فيصبح هذا الحدث كصدمة خارجية بإمكانها إحداث تأثيرات واضطرابات على نطاق واسع، تعجز الفرد عن استيعابه فيغمر الجهاز النفسي بكميات كبيرة من التحفيز والاثارة.

**2. الاتجاه السلوكي Behavioral Approach:**

يفسر هذا التوجه أن التعرض لاضطراب ما بعد الصدمة في ضوء الاضطراب أو الصدمة، وهي مثير غير شرطي (حيادي) يتم إقرانه من خلال الاشراف التقليدي مع مثير شرطي يذكرنا بالحدث جسميا وذهنيا، ويحدث التجنب كنتيجة الاقتران الشرطي، لدى الأشخاص المصابين بالاضطراب نمط من التجنب للمثير المؤلم (الشرطي وغير الشرطي) حيث يحاول المصدوم دوما أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة لأنها أصبحت مؤلمة، ويستجيب لها الفرد بالشعور لها الفرد بالشعور بالخوف أو الانسحاب، كما يجري في نفس الوقت تعميم مثل هذه الاستجابة على المثيرات الأخرى التي ترمز أو تتشابه مع مثير الصدمة، كما يؤكد هذا التوجه على أهمية التعليم في تحديد السلوك بنوعيه السوي وغير السوي اللذين يخضعان لقانون التعلم، وفقا للمنهج الاشتراطي في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة، التي تشدد على إن الاشراف الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبيه طبيعي غير مشروط. يعد التوجه الاشتراطي مصيبا من حيث أنه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن التنبيه مرتبط بحادث صدمي يقود فعلا الى سلوك تجنبى لمثل هذا التنبيه لدى المرضى ب PTSD، إلا أنه لا يقدم مزيدا حول التفاصيل التي تحدث، فضلا عن أنه لا يفسر لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمي، بينما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه.

**3. الاتجاه المعرفي Cognitive Approach:**

يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة، وعلى هذا الأساس فإن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهومنا للأمان وتمييز وتحديد ما هو آمن، وأن الحدود بين الأمان والخطر غير واضحة، ما يكون بنية كبيرة للخوف في الذاكرة طويلة المدى، تؤدي الى نقص القدرة التنبئية لدى الأفراد وضعف السيطرة على حياتهم. ومنه يمكن اعتبار هذان السببان مسؤولين عن حدوث مستويات عالية من القلق.

كما نجد الى جانب هذا التفسير نموذج معالجة المعلومات الذي حاول تقديم تفسير لاضطراب ما بعد الصدمة في ضوء المنبهات وكيفية معالجتها، اذ وجد لدى الفرد المصدوم أن جزءا من الصدمة يستوعبه الدماغ وتتم معالجته في حين لا تتم معالجة كل أجزاء الصدمة. إما لأن المنبهات ناقصة أو أنها تفوق طاقة الجهاز العصبي كما هي الحال مثلا في الكوارث والصدمات. فالمنبهات الخطيرة الطارئة لا تتلاءم مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي الى حدوث

التشويه والاضطراب في معالجة المنبهات. وفي هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام، وتستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان.

ترى الباحثة ان إصابة الفرد أو عدم اصابته بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً للنموذج المعرفي يعتمد على موقف الفرد من الصدمة، وطريقة ادراكه لها، ومدى التمثيل الشخصي للخبرة الصادمة في مخططه المعرفي. كما يفترض هذا النموذج أيضاً أن التجارب العاطفية والانفعالية تكون محفوظة في الذاكرة ضمن البناء المعرفي الخاص بالفرد والذي يعد مخططاً معقد التنظيم لما يحمله من المثيرات والاستجابات التي تمثل خبرات سابقة ترسخت عبر مختلف المراحل العمرية التي عايشها الفرد.

#### 4. الاتجاه النسقي الأيكولوجي:

يرى أنصار هذا الاتجاه أن الأفراد معرضون لخطر الإصابة بالصدمة النفسية واضطرابات ما بعد الصدمة نتيجة سياق تفاعلي فرد - محيط ومجموعة عوامل فردية عائلية ومحيطية، بعد التعرض لحادث يوصف بأنه صادم، حيث يقول (Lonescu, 2006) أن تطبيقات المقاربة النسقية الأيكولوجية في علم النفس المرضي من طرف الاكلينيكيين اهتمت منذ انطلاقتها بتوجيهين أساسيين وهما: الفردانية "Personnalisme" والموقفية "Situationnisme"، أي أن الأخصائي العيادي يركز في الحالة الأولى على الفرد والعوامل الشخصية، بينما يوجه اهتمامه في الحالة الثانية الى المحيط والعوامل الموقفية السائدة فيه، ما أدى بهذه المقاربة بالدمج والتركيب بين هاذين الاتجاهين فنتج عن ذلك قدوم التفاعلية "L'interactionnisme"، والتي تسعى الى التركيبي بين كل من إسهامات الفرد والموقف من خلال التركيز على التفاعل بينهما، إذ يعد هذا النموذج متعدد الأسباب وثنائي الاتجاه، فحسب (Lonescu et Blanchet) فهي مقاربة دمجية تفاعلية ودينامية. (نبيل وعبد الرحيم، 2016، ص 140)

وحسب الطرح الذي قدمته هذه المقاربة فقد يتعرض الفرد للخطر ويكون إما هشاً (Vulnérable) ولا يمكنه مواجهته، أو رجوعياً (Résilien) ويستطيع تجاوز الخطر دون التعرض لأي اضطراب، ويكون ذلك من خلال عوامل الحماية والخطر التي يتمتع بها كل شخص والمتمثلة في العوامل الفردية، العائلية والمحيطية، حيث يؤدي التفاعل بينها الى إمكانية مقاومة الفرد للاضطراب أو على العكس احتمال إصابته به. فكل من عوامل الحماية والخطر تنتمي لنفس المجالات والفرق بينها من حيث الشدة وكيفية تفاعلها فيما بينها.

## 5. الاتجاه البيولوجي العصبي:

ان الاستجابة البيولوجية العصبية نتيجة تعرض الفرد لتهديد سلامته الجسدية أو النفسية يحدث استجابة فورية مباشرة للجهاز العصبي السمبتاوي واستجابة لاحقة في حالة استمرار التهديد، حيث تشمل عمل الغدة النخامية التي تنشط بدورها الغدة الكظرية على وجه الخصوص فتزيد في معدل افراز بعض الهرمونات (Noel & Curtis, 2013, p. 318) ، حيث لوحظ في حالات الصدمة من خلال اجراء التصوير المقطعي المحوسب الدماغى انخفاضاً في السيروتونين والمعروف بهرمون السعادة ومعدل المزاج، زيادة الى هذا وفي حالة الإجهاد المزمن يحاول الجسم الحفاظ على التوازن الداخلي، فيفرز هرمونات مثل الكورتيزول، الدوبامين، السيروتونين، الإندروفين. ومع استمرار حالة الاجهاد المزمن هاته يظل الكورتيزول مرتفعاً، وهو ما يتجلى في استمرار حالة القلق لدى المصدوم مما يسبب تدهور الذاكرة وقدرات التعلم التي تصل حد الإرهاق والذعر. وفي كثير من الأحيان تبدأ آثار الاجهاد لفترات طويلة بظهور مظاهر نفسية جسدية تبدو في عدم انتظام دقات القلب، خفقان القلب، ألم، توتر في الفكين والرقبة أو الظهر، وهن (حالة من التعب)، أرق، دوار، ضيق في التنفس، غثيان، انتفاخ....إلخ (Sajus, 2021, p. 62) ، ضف الى ذلك فإن النماذج العلاجية الحديثة تقترض وجود آثار بيولوجية للصدمة يمكن أن تكون لها تداعيات على مستوى الوعي واللاوعي وهذا ليس طوال حياة الفرد وانما على الأجيال التالية، إذ أن الجانب الآخر المثير بشكل خاص لبيولوجيا اضطراب ما بعد الصدمة هو جانبه البيولوجي العصبي، والذي يتعلق بخصوصيات عمل الدماغ في الصدمات النفسية من حيث الهياكل أو من حيث الوسطاء العصبيين والمعدلات العصبية. فيما يتعلق بالهياكل الدماغية المعنية فإن التشريح الوظيفي للرضح النفسي يتضمن المهاد، اللوزة، الحصين وقشرة الفص الجبهي، فالمهاد يمثل الهيكل الذي يتلقى المعلومات الحسية وينقل هذه المعلومات الى اللوزة عن طريق مسارين، الأول قصير وغير محدد ولا يمر عبر القشرة ولكنه يسمح بحدوث استجابة سريعة، أما المسار الثاني فيكون أطول ويمر عبر القشرة ويسمح بحدوث استجابة أكثر تفصيلاً. كما تمثل اللوزة البنية المشاركة في الاستجابة العاطفية والتشفير العاطفي، في حين أن الوظيفة الرئيسية للحصين هي الترميز السياقي. أما بالنسبة لقشرة الفص الجبهي الوسطية والحزامية، فإن وظيفتها هي دمج البيانات والمفاهيم والتصورات العاطفية والمعرفية. ومن هنا نفهم الآلية الدماغية المحيرة لاضطراب ما بعد الصدمة التي تربط: الحفظ العاطفي المفرط (اللوزة)، الذاكرة السياقية الزائدة (عن طريق الحصين) وفشل قشرة الفص الجبهي الوسطية والحزامية في ربط ودمج مجموعة المعلومات العاطفية والمعرفية (Fresco, 2016, p. 65- 66)

وفي نفس الإطار وفي عام 1942 تم تسليط الضوء على تفسير عصبي حديث من قبل العالم البيولوجي الإنجليزي Conrad Waddington من خلال دراسته لتغيرات التعبير الجيني دون تغيير طفرة الحمض النووي (ADN) حيث كشف من خلال هذه الدراسة عن الطفرات التي تنتقل جينات تحت تأثير البيئة وذلك من خلال تأثير البيئة المجهدة التي تعيشها الأم الحامل على أحداث تغييرات أو تعديلات على جينات معينة من طفلها الذي لم يولد بعد، وفي هذا الصدد يضيف الباحث قائلاً بأن الاختلافات الجينية تعتمد على نوعية البيئة السائدة، حيث تستقبل الخلية بشكل دائم إشارات مرتبطة بالسلوكيات المتبعة من طرف الأم الحامل (التدخين، الكحول، المخدرات، النظام الغذائي، الاجهاد، العنف، الصدمات، وما الى ذلك)، والتي يمكن أن تؤدي الى أحداث تغييرات في التعبير الجيني دون التأثير على تسلسل الحمض النووي (ADN) الخاص بهم (Sajus, 2021, p. 60)

#### V. تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة:

وكما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5 من معايير أساسية يتطلب تحديدها لتشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بحيث تستخدم هذه المعايير مع الراشدين والمراهقين والأطفال فوق 1 سنوات، والتي نستعرضها كما يلي:

أ. التعرض إلى تهديد فعلي بالموت، اصابة خطيرة، أو عنف جنسي، بحادث (أو أكثر) مما يلي:

1. التعرض المباشر لحادث أو أحداث صدمية.
2. مشاهدة الشخص للحدث أو لحادث صدمية تقع للآخرين.
3. معرفة أن الحدث أو أحداث صدمية وقعت لأحد أفراد العائلة المقربين، أو لصديق حميم. في حالات التهديد الحقيقي بالموت لأحد أعضاء الأسرة أو الأصدقاء، يجب أن يكون الحادث أو الأحداث عنيفة ومفاجئة.
4. التعرض المتكرر أو القوي إلى تفاصيل حدث أو أحداث صدمية مقززة، كما هو الشأن للأفراد الذين يقومون بجمع الأشلء البشرية، أو ضباط الشرطة المعرضون بصورة متكررة لتفاصيل إساءة معاملة الأطفال.

وتجدر الإشارة إلى أن المعيار أ4 لا ينطبق بالتعرض للصدمة من خلال التلفاز أو الأفلام أو الصور والألعاب الإلكترونية.

ب. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض الاقتحامية المرتبطة بالأحداث الصدمية، والتي يبدأ ظهورها بعد وقوع الحادث أو الأحداث الصادمة:

1. وجود ذكريات مؤلمة اقتحامية لا إرادية ومتطفلة للحادث أو الأحداث الصادمة.

ملاحظة: ويمكن أن يظهر لدى الأطفال الأكثر من 6 سنوات من خلال اللعب المتكرر والذي يكون موضوعها مرتبط بالحادث أو الأحداث الصادمة.

2. أحلام مزعجة وتكرارية والتي يكون مضمونها أو محتواها مرتبط بالحادث أو الأحداث الصادمة.

ملاحظة: عند الأطفال، قد تكون الأحلام مخيفة دون محتوى واضح.

3. ردود فعل تفككية (على سبيل المثال ذكريات الماضي)، يشعر أو يتصرف الفرد خلالها كما لو أن الحادث أو الأحداث الصادمة سوف تحدث مرة أخرى، أو فقدان الكلي للوعي بالبيئة المحيطة من حوله في الحالة القصوى.

ملاحظة: عند الأطفال، قد تحدث إعادة تمثيل الصدمة النوعية أثناء اللعب.

4. ضائقة نفسية حادة ومستمرة على إثر التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تشبه أو ترمز لجانب من جوانب الحادث أو الأحداث الصادمة.

5. ردود فعل فيزيولوجية بارزة نتيجة التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تشبه أو ترمز لجانب من جوانب الحادث أو الأحداث الصادمة.

ج. التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالحادث أو الأحداث الصادمة، تظهر بعد حدوثه، ويمكن أن يظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:

1. تجنب أو بذل جهود لتجنب الذكريات المزعجة والأفكار والمشاعر المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالحادث أو الأحداث الصادمة.

2. تجنب أو بذل جهود لتجنب أحد جوانب الحادث أو الأحداث الصادمة (الأشخاص، الأماكن، المحادثات، الأنشطة أو الأشياء أو المواقف) التي تثير الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المؤلمة حول الحادث أو الأحداث الصادمة.
- د. تشوهات سلبية في المعارف والمزاج مرتبطة بالحادث أو الأحداث الصادمة، تبدأ أو تتفاقم بعد حدوثه، وتظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:
  1. عدم القدرة على تذكر جانب هام مرتبط بالحادث أو الأحداث الصادمة ناجم عن فقدان الذاكرة، وليس إلى أسباب أخرى كجروح الرأس أو الكحول أو المخدرات.
  2. معتقدات أو توقعات سلبية مبالغ فيها ومستمرة حول الذات أو الآخرين أو العالم، على سبيل المثال "أنا سيء"، أو "لا يمكن الوثوق بأحد".
  3. معارف مشوهة ومستمرة حول سبب ونتائج الحادث أو الأحداث الصادمة، التي تدفع بالفرد إلى لوم ذاته أو الآخرين.
  4. حالة انفعالية سلبية مستمرة (الخوف، الرعب، الغضب، الشعور بالذنب، الخزي).
  5. انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في النشاطات الهامة أو المعتادة.
  6. الشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين.
  7. عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية بصورة مستمرة (عدم القدرة على الشعور بالسعادة، الرضا، أو مشاعر الحب).
  - هـ. تشوه ملحوظ في وظائف الحضور والاستجابة المرتبطة بالحادث أو الأحداث الصادمة، يبدأ أو تزداد سوءا بعد وقوع الحدث أو الأحداث الصادمة، كما يتضح في واحد أو أكثر مما يلي:
    1. سلوك تهيجي ونوبات غضب (لأدنى استثارة)، ويظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع.
    2. سلوك متهور أو محطم للذات.
    3. استجابات هلع مبالغ فيها.

4. سرعة الاستئارة.

5. مشكلات في التركيز.

6. اضطراب في النوم (صعوبة في النوم، النوم الغير المريح أو كثرة النوم).

و. استمرار مدة الاضطراب (توفر معايير: ب، ج، د، هـ) لأكثر من شهر.

ز. أن يسبب الاضطراب ضيق عيادي دال، أو إعاقة اجتماعية، مهنية، أو غيرها من مجالات الحياة الهامة.

ح. أن لا تعزى أسباب الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية للمادة (دواء، كحول) أو إلى ظرف طبي آخر.

إلى جانب هذه المعايير يحدد الدليل التشخيصي، ما إذا كان الاضطراب مصاحب بأعراض تفككية (اضطراب الشخصية والآنوية)، وإذا ما كان ظهوره متأخر، أي لم تظهر المعايير إلا بعد شهر من وقوع الحادث أو الأحداث الصادمة، حتى لو أن بعض الأعراض تظهر مباشرة بعد الحادث. (DSM5, 2013, p 271 272)

#### VI. مراحل حدوث اضطراب ما بعد الصدمة:

إصابة خطيرة بالنفس أو بالآخرين، عدوان، كارثة، فقدان كلها حوادث يمكن ان تخل بالتوازن النفسي للفرد بوصفها حوادث صادمة، لأنها تمثل المواجهة المباشرة للموت أو ما يرمز لها، التي لم يختبر الفرد لها تمثيلاً عقلياً، فتلحق به آثاراً نفسية صدمية متفاوتة يمكن أن تتطور على المدى الطويل الى تناذرات عيادية قائمة بذاتها تصل حد المعاناة من اضطراب ما بعد الصدمة، ويمكن عرض مراحل حدوث هذا الاضطراب كما يلي:

#### 1. الاضطرابات المباشرة Les troubles immédiats:

لحظة وقوع الحادث أو الأحداث الصادمة تظهر لدى الضحية أو المصدوم ما يعرف بالاضطرابات المباشرة، والتي تبدأ بلحظة خوف قصيرة جداً تتراوح من جزء من الثانية الى بضع ثوان وخلال هذا الوقت يرى المصدوم الموت من خلاله أو من خلال الآخر (بديل الأنا) (Vaiva, 2005, p. 231)، والتي تتحدد في ردود فعل الإجهاد. وهو مفهوم حديث برز من خلال أعمال هانز سيلبي Hans Selye ، الذي يعرفه بأنه الاستجابة الطبيعية غير المحددة تهدف لإحداث تكيف الكائن الحي خلال مواجهته لحدث معين، مما ينتج

عنه مجموعة من ردود الفعل الفسيولوجية والنفسية، التي تختفي مع زوال الضغوطات الصدمية، أي حسب طبيعة الحدث المجهد والسياق الذي يمكن أن يضعف قدرات الفرد التكيفية متبوعة بعواقب سلبية محتملة (Revet, 2020, p 2)، وبالتالي فهو مجموعة من الأفعال والاستجابات الانفعالية الواعية واللاواعية التي يقوم بها الفرد في محاولة منه لمواجهة الضغوطات والتي تتلخص في سلسلة من ردود الفعل الفورية الفيزيولوجية العصبية (Guelfi et al., 2021, p. 210) تحدث عندما يتعرض الفرد لحدث من المحتمل ان يكون صادما من أجل حمايته من الخطر، من خلال زيادة افراز الادرينالين الذي يسرع نبضات القلب فتسبب حدوث ثلاثة أنواع من السلوك: الهروب أو المواجهة أو الذهول. وهو مؤقت يزول بزوال الحادث الصادم مع الإحساس بالتعب. تدوم عادة من بضع دقائق الى بضع ساعات ونادرا ما تصل الى 48 ساعة ويعود بعدها الفرد الى حالته الطبيعية هذا ان كان في حالة التكيف، أما في حالة اللاتكيف فيمكن أن تظهر لدى الفرد ردود فعل تمتاز بالإثارة القهرية أو الهروب الهلعي وأعراض الذعر أو على العكس من ذلك ردود فعل الدهشة والذهول والقيام بسلوكيات وحركات دون معنى أو هدف وتنتهي هي الأخرى بنهاية الحادث مع الشعور بالخزي والعار. (Guelfi et al., 2021, p. 216)

## 2. الاضطرابات غير المباشرة **Les troubles post-immédiats**:

وتتمثل في الأعراض التي تظهر من اليوم الثالث وحتى شهر واحد من تعرض الشخص لحدث صادم وهو ما يطلق عليه أيضا اضطراب الاجهاد الحاد (Ferreri et al., 2021, p. 117) أي خلال فترة الكمون Phase de latence التي تشير الى الفترة الزمنية الفاصلة بين لحظة وقوع الصدمة وظهور التناذر النفسو صدمي، حيث تختلف باختلاف الأشخاص والوضعيات (عبيدي، 2018، ص 412). وتكون مرحلة الكمون هذه مقابلة لتأثير ميكانيزم الانشطار الفوري الذي يلجأ إليه الجهاز النفسي لحماية المصدوم من انبعاث الإثارات الخارجية، حيث يكمن دور الانشطار في عزل الصدمة في الجهاز النفسي لفترة متغيرة والتي قد تمتد الى أسابيع أو أشهر أو سنوات حيث يفشل آلية الانشطار يظهر اضطراب ما بعد الصدمة (Vaiva, 2005, p. 232).

في بعض الحالات يمكن ان يمر الفرد خلال هذه المرحلة دون تسجيل أي عرض نفسي أو جسدي يذكر، في حين يمكن أن تظهر على الفرد اضطرابات نفسية واضحة: كالعوانية اتجاه الذات أو الآخرين، الغضب، السلوكيات الانحرافية وسوء استخدام المؤثرات العقلية كالتعاطي والادمان على الكحوليات بالإضافة الى القلق

والاكتئاب التي تصل درجة الانتحار، تعتبر هذه المرحلة مهمة جدا اذ تعد الفاصل في التنبؤ بمسار الصدمة ما إذا كانت ستخلف تناذرا نفسو صدمي أم أنها ستكون مرحلة انتقالية للشفاء والرجوعية.

### 3. الاضطرابات المزمنة Les troubles chroniques:

وهي تتمثل فيما أطلق عليه سابقا بالعصاب الصدمي والذي أصبح يتعارف عليه الآن بمسمى اضطراب ما بعد الصدمة PTSD وهو اضطراب تابع للحدث الصادم الذي يتميز بتناذر التكرار، أي أنه بنهاية فترة الكمون يتم استرجاع ذكريات الماضي الى الذاكرة من خلال سمة ترابطية ولدت تصور ضمني أو فكرة واعية تستحضر الصدمة.

ويصاحب هذا الاضطراب ظهور أربعة متلازمات أساسية كما جاءت في الدليل التشخيصي والاحصائي الإصدار الخامس DSM5 والذي يخالف الدليل الدولي للأمراض الإصدار الحادي عشر CIM 11 الذي يحددها في ثلاثة متلازمات أساسية (متلازمة التكرار، اليقظة المفرطة، سلوكيات التجنب)، والتي سنعرضها وفق DSM5 كمايلي:

#### 1.3. متلازمة التكرار:

تشير متلازمة التكرار بشكل أساسي الى التثبيت الزمني والنفسي على الحدث الصادم وتأثيره العنيف، حيث يفهم على أنه غياب للتكامل والاستيعاب للصدمة والتي تستمر في العمل كجسم غريب داخل نفسية الفرد، وبالتالي فان استحالة تمثيل الحدث وتفصيله وترميزه بشكل أساسي هو ما يرتبط بظاهرة التكرار. (Chahraoui, 2014, p. 30)

كما يعرف أيضا بـ الفلاش باك Flash back والذي يعني أن الحدث الصادم يتم الشعور به كما لو كان يحدث هنا والآن، فهي إذن أعراض مرضية يتذكر الفرد فيها المشهد الصادم بدقة وبشكل متماثل وكأنه يعايشه من جديد تكون مصحوبة بمشاعر الضيق الشديد والتفكك، تحدث بشكل رئيسي في المواقف التي توقظ ذكريات مؤلمة لحدث صادم في الماضي أو أثناء لحظات الاسترخاء أو خلال فترة النوم بأخذها شكل كوابيس ترتبط بذكريات الصدمة، كما يمكن أن تكون في شكل ذكريات متطفلة لمشاهد أو روائح أو أصوات أو أذواق أو عواطف أو أفكار أو أحاسيس جسدية حول أحداث الصدمة أو ذات محتوى مشابه، اجترار عقلي، صور عقلية نمطية متعلقة بالحدث وعواقبه، أوهام إعادة التنشيط الذاتي عندما يتعامل مع عناصر المشهد المؤلم في بيئته، ردود فعل شديدة ومتكررة من الخوف أو الذعر مصحوبة بخفقان القلب والتنفس السريع والتعرق والرعدة والشعور بالهالك الوشيك، الشعور بالشلل بسبب الخوف أو الرغبة بالفرار، سلوكيات

غنية كالشروود، البكاء، السلوك العدواني الذاتي أو الغير متجانس، وعموما فإن هذه الأعراض ترتبط بالمواقف التي تحي ذكريات الاحداث الصادمة حيث نعمل على تنشيط وتحفيز جزء معين من شخصية المصدوم ظل ثابتا في الموقف الأولي ويعيد هذا الحدث. (Boon et al., 2017, p. 83)

### 2.3. اليقظة المفرطة:

تعرف اليقظة المفرطة على أنها فرط في النشاط العصبي اللاإرادي أي الانفعال المبالغ فيه والذي يهدف الى الحفاظ على يقظة عالية أي هالة تأهب دائمة ورد فعل مفاجئ لتجنب تكرار أي خطر مهدد جديد، يتجسد في أعراض التهيج، صعوبة النوم وصعوبة التركيز (Dégeilh et al., 2013, p. 46)

### 3.3. سلوكيات التجنب:

هي عبارة عن استراتيجيات تجنب معرفية وسلوكية للمنبهات التي يمكن أن تثير الذاكرة الصدمية (Auxéméry, 2014, p. 6) أي عدم القدرة على مواجهة كل ما يذكر بالأحداث الصادمة من أماكن، أشخاص، أنشطة، أشياء، وأحاسيس داخلية. إذن هي الجهود المبذولة لإبعاد الأفكار أو المشاعر أو المواقف التي قد تنشط الذكريات المؤلمة، كأن يغرق المصدوم نفسه في العمل أو التنظيف المستمر، أو على العكس اللجوء الى تعاطي المخدرات والكحول، أو الانغلاق التام على النفس وانجراف المخيلة الفكرية، فقدان الذاكرة، الصمت العاطفي مع عدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة أو تجربة الحب، العزلة وتجنب الآخرين، تجنب الحديث عن التجربة المؤلمة. (Boon et al., 2017, p. 84)

### 4.3. الأعراض التفككية:

يشير التفكك في الطب النفسي الى انفصال الوظائف المتكاملة بشكل طبيعي مثل الوعي والذاكرة والهوية أو تصور البيئة، وهو أيضا اضطراب أو انقطاع لا إرادي في التكامل الطبيعي لواحد أو أكثر من العناصر التالية: الهوية، الأحاسيس، التصورات، التأثيرات، الذكريات، التحكم في حركات الجسم والسلوكيات. (Joanna smith, 2021, p. 3)

إذن فإن التفكك يتميز بتغيير الارتباط بين مختلف وظائف الوعي المتكاملة بشكل طبيعي (الذاكرة، الهوية وتصور البيئة)، حيث يتم التعبير عنه من خلال الشعور بالانفصال، أي تضيق مجال الوعي وتشويه تصورات حقيقية كشعور المصدوم بالاعتراب عن الواقع، تبدد الشخصية، فقدان الذاكرة، (Ronson, 2005, p. 55) كما تصاحب أعراض التفكك بضعف التنظيم العاطفي، الانتباه، الوعي وتصور الذات، العلاقة بالآخرين، المعتقدات السابقة وكذلك الجسدية (Dégeilh et al., 2013, p. 47)

إذا حسب هذا الطرح تعتبر الأعراض التكوينية ذات وظيفة تكيفية إذ تعمل على تجزئة التجربة الصادمة من أجل تقليل تأثيرها أو حماية الجزء النفسي الواعي من خلال الهروب المعرفي والعاطفي عندما يكون الهروب الجسدي مستحيلاً في حالات البتر أو الحوادث المسببة لإصابات جسدية خطيرة.

نستخلص من هذا التسلسل أن حدوث الصدمة النفسية عقب تعرض الفرد لحدث مهدد لسلامته الجسدية والنفسية، تنعكس عنه مجموعة من المظاهر المرضية المتفاوتة التي تبدأ من حالة إجهاد يعمل على تنبيه العضوية واستنفارها للتأهب ومواجهة الخطر أو تجنبه والذي ينتهي عادة بنهاية الحدث، وبعده بساعات إلى يومين على الأكثر قد تظهر حالة الإجهاد الحاد التي قد تستمر إلى غاية شهر متزامنة مع متلازمة التكرار خلال فترة الكمون وأخيراً وفي غضون 3 أشهر على الأكثر يتم تثبيت متلازمة تكرار الصدمة بشكل متزايد التعطيل لوظائف عدة. والتي تظهر من خلال انقطاع في الحياة النهارية من ذكريات الماضي التي تعيد تنشيط المشهد الصادم واللجوء إلى سلوكيات التجنب كوسيلة هروب من أي محفز مرتبط بالحدث والذي ينتج بدوره أعراض الانسحاب الاجتماعي يعزز بصراخ عاطفي وانفصال عن الآخرين.

#### VII. الأشكال السريرية المختلفة للاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة:

تعتبر حالة الإجهاد الحاد وحالة الإجهاد اللاحق للصدمة من أكثر تنازلات ما بعد الصدمة شيوعاً. والتي يمكن أن تخلف عواقبها على المدى المتوسط والطويل بحيث تحمل شكل من أشكال أمراض أخرى مثل الاكتئاب أو القلق. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تظهر العديد من الأمراض النفسية الأخرى. وتجدر الإشارة إلى أن المدى والتكرار والألم الملحوظ الذي تسببه الأعراض من قبل الضحية أو بيئته يبقى هو الفاصل في التشخيص.

ومن بين الأشكال السريرية التي قد يبديها الشخص المصدوم نجد ما يلي:

#### 1. اضطرابات المزاج اللاحقة للصدمة والخوف الانتحارية:

تشكل التجربة المؤلمة فقدان وهم الخلود الذي يسمح للجميع بالعيش فيه، يوماً بعد يوم يحاول أن ينسى أنه سيموت. نتيجة هذا

الإدراك المتجسد لتجربة الموت هذه، نجد هجوم نرجسي عميق وخسارة دائمة في كثير من الأحيان وفقدان الثقة في الطبيعة البشرية. ويمكن أن تتفرع عن هذا الاضطراب بعض الأشكال العيادية المتنوعة والمتباينة حسب الحالة الفردية والشخصية لكل حالة، ونجد منها ما يلي:

**1.1. اكتئاب ما بعد الصدمة:**

وهو اضطراب ملازم لاضطراب ما بعد الصدمة، والذي أشير اليه في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية DSM5 حيث يشمل وجود أعراض الاكتئاب بالتحديد في تعريف اضطراب ما بعد الصدمة ويمكن أن يأخذ أشكالا عيادية تتميز بظهور أعراض الانفصال عن الآخرين، عدم القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية، قلة الاهتمام بالسلوكيات الصحية، التركيز على أسباب وعواقب الصدمة، الشعور بالذنب، لوم الذات، عدم الاستمتاع بالحياة أو فقدان مباحج الحياة، فقدان الثقة بالنفس بل حتى بكل البشر، الانطباع بأن الآخر لا يستطيع فهم معاناته، تقييد الأنشطة الاجتماعية... الخ (Lermuzeaux, 2012, p. 347)

**2.1. الحداد المرضي ما بعد الصدمة:**

يمكن أن يظهر حزن ما بعد الصدمة على إثر فقدان أحد المقربين بشكل مفاجئ (موت، قتل أو تكيل بالجنّة)، كما يمكن أن يرتبط بفقدان شيء (مال، وظيفة...) أو فقدان عضو. ولكن لا بد من التمييز بينه وبين الحداد الناجم عن فقدان شيء يحتل مكانة كبيرة في الحياة النفسية للفرد، إذ تعتبر متلازمة التكرار هي التشخيص الفارقي بين الاضطرابين والتي ترتبط بظواهر الحنين الى المتوفي، أي في شكل وساوس، قلق أو بحث متكرر، كما يظهر لديه برود عاطفي مع انعدام التلذذ بالحياة والشعور بالفراغ والانفصال واللامبالاة وعدم الفهم فيما يتعلق بالموت أو فقدان العضو الذي يمثل فقدان للذات مع انهيار نرجسي حقيقي. ويظل المريض مندهشا من الخسارة بمظاهر قريبة من استعادة الصدمة مع أعراض الاقتحام والتهيح والغضب والتثبيت. (Chahraoui, 2013, p. 107)

**3.1. خطر الانتحار:**

ان اكتئاب ما بعد الصدمة والحداد المرضي يعرضان بدرجة عالية لخطر حدوث أزمة انتحارية وسلوكيات عدوانية موجهة نحو الذات والتي تكون كتعبيرات عن تكرار حدوث الموت. حيث وجد أن هناك علاقة قوية بشكل خاص بين اضطراب ما بعد الصدمة والانتحار وأنه يحدث كنتيجة مباشرة لاضطراب ما بعد الصدمة. (Fresco, 2016, p. 60)

تعتبر اضطرابات المزاج من الاضطرابات المصاحبة بشدة لاضطراب ما بعد الصدمة إذ تكون مرافقة له ويعاني المصدوم من انفعالات سلبية ونقد للذات مع نظرة تشاؤمية للذات والآخرين وللمستقبل الممزوجة ببرود عاطفي مع عدم الشعور بالسعادة ونقص الرغبة في التفاعل الاجتماعي.

**2. اضطرابات القلق وخواف ما بعد الصدمة:**

غالبا ما يشعر المصدوم بالقلق الشديد بعد الحدث الصادم أو أثناء وقوعه مباشرة، فيعيش حالة من الهلع التي تظهر في زيادة النشاط اليعاشي العصبي والتي تتشط وتزيد في حدة القلق، بينما تعمل آليات التجنب على إبقاء القلق المتزامن معه. ومصاحبة لأعراض ما بعد الصدمة الأساسية غالبا ما يتفاهم القلق المعمم المصحوب بأعراض التجنب اللذان يمثلان أساس التناذر ما بعد الصدمي. ويمكن أن نجد جملة من التناذرات المرضية التابعة لهذه الفئة ونذكر منها:

**1.2. الرهاب الاجتماعي:**

يمكن أن يكون الرهاب الاجتماعي جسيما إذا وقع الحدث الصادم في مكان عام مثل الأسواق الشعبية أو المحطات والتي لا يمكن للمصدوم العودة إليها مجددا فيواجه مخاوف من تكرار عودة الحدث أو ذكريات متكررة عنه أو معايشة الألم من جديد.

**2.2. الرهاب المحدد:**

ويكون كنتيجة مباشرة للحدث الصادم، إذ يعتبر عادة من محددات الصدمة (كالخوف من الظلام، المصاعد، الاعتداءات الجسدية....).

**3.2. اضطراب الوسواس القهري:**

ظهور وساوس فكرية وطقوس سلوكية قهرية مضادة للرهاب، إذ يمكن أن ترتبط بموضوع متلازمة التكرار كتكرار غلق الأبواب في حالة اقتحام المنزل، تكرار المراقبة والتدقيق في حالة انفجار أو حريق، تكرار النظافة في حالة الاعتداءات الجسدية (الاعتصاب).

**4.2. قلق الانفصال:**

ان الخوف من فقدان المقربين على إثر الصدمة يمكن ان يسبب هذا الاضطراب.

**5.2. الرهاب الاجتماعي:**

البعد الرهابي الاجتماعي يثار عند المصدومين الذين يكونون مضطرين لإلغاء التجربة الصادمة أو عواقبها عند طلب الآخرين.

ان وقع الصدمة وشدتها تجعل بين الفرد وبيئته حاجزا من الخوف والقلق الدائمين كاستجابة لحالة من التأهب تجنبا لأي مكروه ممزوجا بالتوقعات المسبقة والمبالغ فيها لإمكانية وقوع الضرر واستحالة العودة الى الراحة والخوف المستمر من مستقبل مجهول المعالم.

**3. ذهان ما بعد الصدمة:**

ان الاضطرابات الذهانية اللاحقة للصدمة، والتي أهملت قديما هي الأكثر تواترا بعد التعرض للصدمة الشديدة، تشهد هذه الأعراض الشديدة على إمكانية التدمير والتأثير الدائم للصدمة على التوازن النفسي. فمصطلح التفكك في الصدمة يأخذ عدة أبعاد، إذ يمكن يكون التفكك في شكل تبدد للشخصية نتيجة قوة الصدمة فجائيتها كما يمكن أن يأخذ شكل التفكك الموصوف في اضطرابات الفصام. ومن جملة هذه الاضطرابات التالية للصدمة يمكن أن نجد (Guelfi et al., 2021, p. 265) :

**1.3. اضطراب ذهاني ما بعد الصدمة غير فصامي:**

تشهد على خطورته أعراض التكرار أين يمكن أن تأخذ الصدمة تعبيرات عرضية نفسية من خلال وجود العجز أو ظواهر إنتاجية. حيث تتم إعادة معايشة الحدث الصادم في شكل هلوسات وأوهام تتعلق وترتبط بالمشهد الصادم وعواقبه. مع العلم أن هذه الاضطرابات لا تتدرج تحت فئة الفصام، بالإضافة الى إمكانية ظهور بعض التعبيرات التي تتطوي تحت سياق تعبيرات جنون العظمة.

**2.3. اكتئاب ما بعد الصدمة مع سمات ذهانية متوافقة من حيث الحالة المزاجية:**

اذ يعد الشعور بعدم القدرة على التحمل هو المسيطر في هذا الشكل العيادي، أين يلقي المصدوم النفسي اللوم على نفسه ويتهمها عن وقوع الحادث وعواقبه. كما يبدي أعراض إنكار الهوية في بعض الأحيان، مرفوقة بتبدد شديد في الشخصية كأن يعبر أنه لم يعد هو نفسه وأن عقله لم يعد يعمل، وبالتالي فهو يواجه فراغ نفسي للمشهد الصادم، أي أن موضوع الصدمة النفسية يبقى محصورا في فراغ فكري كما لو أن عقله غادره. بالإضافة الى أفكار الخراب والخلط بينه وبين مشاهد الدمار التي يعاود معايشتها.

**3.3. رد فعل ثنائي القطب:**

تعتبر اضطرابات المزاج من الاضطرابات الأساسية المرافقة لاضطراب ما بعد الصدمة والتي تمثل هجوم عاطفي حاد (نوبة اكتئاب أو مختلط) (Lermuzeaux, 2012, p. 348) والذي يمكن أن يفجر نتيجة المواجهة العنيفة للصدمة اضطراب ثنائي القطب أو يحفز اضطراب ثنائي قطب كان موجود من قبل.

**4.3. فصام ما بعد الصدمة:**

اضطراب الفصام يمكن أن يفجر أو يحفز من طرف عدة محددات للصدمة النفسية (قلق الانشطار أمام مشاهد الضحايا الممزقة، قلق النفي أمام مشاهد الدمار التام)، وغالبا ما يدمج موضوع الهذيان بالحدث

الصادم وعواقبه في شكل نظام غير منطقي. ولتحديد الشكل السريري للفصام اللاحق للصدمة يشترط استيفاء ثلاثة معايير أساسية عند التشخيص:

- وجود متلازمة الخلط ما بعد الصدمة.

- الهذيان المرتبط بأحداث الصدمة.

- فترة ظهور الاضطراب أقل من سنتين. (Lermuzeaux, 2012, p. 350)

فجائية الصدمة تخترق الجهاز النفسي وتفككه لدرجة عدم استيعاب الحدث فيدخل المصدوم في حالة من الذهول والانشطار عن الواقع بظهور الأعراض الذهانية التي تختلف من حالة الى أخرى وذلك حسب الاستعداد الذي يبديه كل فرد.

#### 4. الآثار الجسدية الشكل والنفسية الجسدية والجسدية ما بعد الصدمة:

ان الإصابات الجسدية والنفسية تتشابك أحيانا في حالة حوادث المرور على الطرقات السريعة أو الهجمات أو الاعتداءات، بحيث يمكن وصف العلاقة بين العضوية والتفكك الناتج عن الصدمة من خلال أعراض ترسي نفسها عميقة في الجسم، وبالتالي فان هذه الجروح الجسدية المتزامنة مع الصدمة تصعد من خطورة تطوير تناذر التكرار الذي يؤثر بالمثل على الإدراك الذاتي للصحة البدنية وهو بدوره يؤدي الى تأثير نفسي عميق فينج عجز وعرقلة وظيفية جسدية كظهور آلام جسدية أو خلل في بعض الوظائف العضوية.

#### 1.4. التعبيرات جسدية الشكل:

##### 1.1.4 اضطراب آلام ما بعد الصدمة:

في أعقاب الصدمة النفسية يمكن إحداث إصابة عضوية وأحاسيس جسدية مستمرة ناتجة عن الصدمة مثل الآلام أو المشاهد المتكررة للآلام الجسدية والمعاناة.

##### 2.1.4. تحويل ما بعد الصدمة:

في كثير من الأحيان فإن العجز في عرض محتوى الحادث يكون له تطابق موقع الجسم مع الوظيفة الفيسيولوجية التي تتأثر بالصدمة مثل العمى عند التعرض لحدث يهدد عضو العين أو فقدان الصوت في أعقاب الفشل من منع حدوث الخطر أو الشلل، وبالتالي فان التحويل يأخذ جانبا موازيا لإعادة معايشة الحدث بمعنى أنه عبارة عن ردة فعل سلوكي نفسي للصدمة.

**3.1.4. اضطراب الجسدية:**

يشكل قلق الجسدية هنا أعراض وظيفية تتعلق بأمراض القلب والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي وأمراض عصبية والروماتيزم..إلخ. هذه التصورات الجسدية المثيرة للقلق غالبا ما يتم الشعور بها منذ لحظة وقوع الصدمة، ويمكن أن تظهر مرة أخرى بالتوازي مع إعادة معايشة الحدث أو تصبح دائمة.

**2.4. تغيرات نفسو جسدية:**

اضطرابات نفسو جسدية يمكن أن تنتج ضغط ملازم لاضطراب ما بعد الصدمة، والذي تنطوي عنه أعراض جلدية (الصدفية، النقرس، الاكزيما..)، اضطرابات الجهاز الهضمي (التهاب المعدة الناتج عن الاجهاد، التهاب القولون)، أمراض القلب والأوعية الدموية (ارتفاع ضغط الدم الشرياني، تصلب الشرايين)، أمراض الغدد الصماء (السكري، قصور الغدة الدرقية)، أمراض المناعة الذاتية (Tarquinio & Auxéméry, 2022, p. 447).

كما نلاحظ أيضا أن الأشخاص المصابين بصدمات نفسية يعانون في بعض الأحيان ضرر عضوي ناتج عن سلوكيات انحرافية كتعاطي المخدرات أو الأمراض المعدية المنقولة جنسيا. غالبا ما يقاوم الأفراد المصدومين الأحداث التي يتعرضون لها في محاولة تجاوز وقعها، ومع اشتداد الصراع الداخلي والمعاناة النفسية الداخلية يستجيب الجسم، من خلال تحويل وتفرغ الطاقة المتحررة الى الخارج في شكل أعراض جسدية متفاوتة ومختلفة من فرد الى آخر.

**5. تأثير الصدمة على الوظائف الغريزية، العصبية النفسية، السلوكيات والقدرة التكيفية:**

يمكن أن تؤدي التجربة المؤلمة الى تمزق في مسار الموضوع، بقدر ما في أدائه الفسيولوجي الفردي كما في علاقاته الاجتماعية. وضمن هذه الفئة يمكن أن نعد بعض الأشكال العيادية البارزة كما يلي:

**1.5. الضرر الذي يلحق بالوظائف الغريزية (Pagel, 2021, p. 52):****1.1.5. اضطرابات النوم:**

مع بداية النوم يصاب المصدوم بأرق ناجم عن الخوف من الكوابيس، أرق مصحوب باليقظة المفرطة، وتكرار الكوابيس المرتبطة بالتجربة المؤلمة، كما يمكن أن تظهر أعراض الرعب الليلي ونوبات القلق والسير أثناء النوم.

**2.1.5. اضطرابات عادات الأكل:**

يمكن أن يظهر المصاب اضطراب في بعض عادات الأكل التي تظهر في شكل فقدان للشهية، الشره المرضي، تناول الوجبات الخفيفة، الشراهة في الأكل.

**3.1.5. اضطراب الوظائف الجنسية:**

يعتبر انخفاض الرغبة الجنسية من الاضطرابات الشائعة الناتجة عن الصدمة وتكون مصحوبة بالآلام.

**2.5. الاضطرابات العصبية النفسية:**

يظهر نقص معرفي بارز يتجلى في نقص التركيز والذاكرة (نقص في الذاكرة العاملة والذاكرة التقريرية بشكل خاص)، والوظائف التنفيذية (ضعف المرونة العقلية، نقص التثبيط بشكل أساسي) (Fresco, 2016, p. 61-62)

**3.5. اضطرابات السلوك:**

تعتبر المشكلات السلوكية من أكثر الأشكال السريرية المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة حيث يتعامل الأفراد مع أنفسهم بأساليب تمس ذاتهم وتشعرهم بالمعاناة والألم ونجد منها (Pagel, 2021, p. 51):

**1.3.5. سوء استخدام المؤثرات العقلية والإدمان:**

غالبا ما يكون استهلاك المؤثرات العقلية ثانويا في اضطراب ما بعد الصدمة، ولا سيما بهدف تخفيف القلق والتخدير، ويظل إدمان الكحول والتدخين أكثر أنواع الإدمان شيوعا، ومع هذا فإنه غالبا ما تصاحب البنزوديازيبينات والمواد الأفيونية المفعول في سياق الاستهلاك المتعدد. تكرر السلوكيات التي تكون في شكل الإكراه كإدمان ألعاب الفيديو بتقليد الصدمات، الاقدام على السلوكيات المحفوفة بالمخاطر وإيذاء الذات.

**2.3.5. السلوك العدواني الذاتي الغير متجانس:**

غالبا ما يقدم الأشخاص المصابون بصدمات نفسية على تعريض أنفسهم للخطر عن طريق المحاولات الانتحارية كمحاولة منهم لإعادة مواجهة الموت، السلوك العدواني الموجه نحو الذات الذي يمكن أن يظهر في القيادة الخطرة أو السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر.

**6. تغيرات الشخصية:**

ان التعرض للأحداث المؤلمة والمواقف العنيفة لفترات طويلة كإلحاق الضرر بالسلامة الجسدية (البتر ووجود أجسام معدنية غريبة) تؤدي الى تغييرات دائمة في الشخصية. غالبا ما تعبر هذه المظاهر انقطاع مع نمط

الوجود السابق، إذ يبدي المصدوم ردود فعل متغيرة بين الحين والآخر، فيكون في حالة ارتياح وعلى النقيض منها يعزل نفسه عن الآخرين. (Lermuzeaux, 2012, p. 348)

### 7. صعوبات في التكيف المهني والاجتماعي:

بشكل عام تكون العودة الى الحياة معقدة بسبب الجرح النفسي الذي أحدثته الصدمة، حيث يحدث إحباط أنشطة المتعة، نقص الفاعلية ومشاكل مهنية تتمثل في عدم القدرة على الأداء الوظيفي للمهام مما يصعب التعامل ويخلق اضطراب العلاقات مع العاملين، بالإضافة الى نشأة مشاكل عائلية متكررة (انهيار زواجي، صعوبة في تربية الأطفال، والمخاطر المالية) (Guelfi et al., 2021, p. 211).

تشير هذه الأشكال العيادية التي يمكن أن تتعكس عن اضطراب ما بعد الصدمة الى خطورة هذا الاضطراب وتعقيد تشخيصه، إذ لا يعد سهلاً الفصل بينه وبين الجداول العيادية التي تحمل نفس الأعراضية، وهو ما يستلزم منا اليقظة والفتنة بالحالات التي تعاني منه في صمت دون أخذها بعين الاعتبار مع ضرورة التركيز على معايير التشخيص الفارقية والتي تكمن خاصة في فجائية الحدث مع قهرية التكرار وأعراض التجنب والتفكك وسرعة اليقظة التي تظهر بعد الفاجعة بشهر على الأقل وتسبب عجز في أداء الفرد الوظيفي والمهني والاجتماعي. ولتدارك الوضع لزم علينا التكفل بها ومساعدتها على استعادة نمط حياتها العادية.

### VIII. تصنيف الصدمات:

من أجل التمييز بين الأحداث المجهدة والصدمة يعرف الحدث الصادم من خلال الخصائص الثلاث التالية:

- حدث مفاجئ وغير متوقع.
  - يمثل هذا الحدث تهديداً لحياة الفرد أو لسلامته الجسدية.
  - يتجاوز هذا الحدث تجارب الحياة الطبيعية أي أن الفرد لم يختبر له مثيلاً.
- انطلاقاً من هذا التعريف ومن خلال أعمال لينور تير Lenore Terr تصنف الصدمة النفسية الى فئتين كمايلي:

- **صدّمات من النوع الأول:** وتعرف على أنها صدمة ناتجة عن حدث واحد محدود زمنياً ببداية واضحة ونهاية واضحة.
- **صدّمات من النوع الثاني:** وهي التي ترتبط بتكرار الحدث في أصل الاضطرابات نفسها، أو عندما يكون موجود باستمرار أو يكون مهدداً بالتكرار في أي وقت لفترة طويلة من الزمن (Javier et al., 2020, p. 48).

فيما تقترح Eldra Solomon et Kathleen Heide فئة ثلاثة لوصف الصدمات من النوع الثالث التي تتمثل في عواقب الأحداث المتعددة والعنيفة التي تبدأ في سن مبكرة وتستمر لفترة طويلة، ويعد هذا النوع من أشد أنواع الصدمات الآخرين وغالبا ما يكون الضحية قد تعرض للعديد من الأحداث التعسفية، من قبل جناة على الأغلب من بينهم واحد أو أكثر من الأقارب، ويكون هؤلاء الأفراد لديهم صفة السادية (Javier et al., 2020, p. 50). في حين نجد أن بعض العلماء صنفوا الصدمات الى فئتين كما يلي:

- صدمات بسيطة فردية ومعزولة والتي توازي الصدمة من النوع الأول.
- صدمات معقدة وتكون نتيجة الإيذاء الدائم الذي لا يمكن للفرد التخلص منه بأي شكل من الأشكال كأن يكون الضحية أسيرا لفترة طويلة والتي توازي الصدمات من النوع الثاني والثالث ( Josse, 2019, p 27) ويمكن أن تحدث بطريقة فردية أو جماعية وترتبط بخاصية التكرار مع عدم القدرة على الفرار. (Revet, 2020, p 2)

وفي نفس السياق، أدرج التصنيف الدولي للأمراض (CIM-11) تشخيصا جديدا يسمى اضطراب ما بعد الصدمة المعقد Trouble de stress post traumatique complexe (TSPTC) فيها وجود صدمة معقدة (Redican et al., 2022)، على النحو المحدد من طرف جوديت هيرمان، والذي يعتبر عامل خطر أكثر من كونه معيارا ضروريا للتشخيص.

بالإضافة الى ذلك نجد طرح مسعود خان Masud Khan (1974) لمفهوم الصدمة التراكمية التي تأخذ في الاعتبار حقيقة أن فشل الأم في دورها كحاجز وقائي مضاد للإثارة، والذي لا يمثل خطرا حينها أي ليست مؤلمة في ذلك الوقت، ولكن يصبح لها أثر رجعي في وقت لاحق، خاصة إذا كانت تراكمات صامتة وبشكل غير محسوس. (Bokanowski, 2010, p. 19)

كما يوجد تصنيف آخر للصدمة والذي يعتمد فيه على المواجهة المباشرة أو الغير مباشرة للحدث كما يلي: (Josse, 2019, p. 28)

**الصدمة المباشرة:** نتحدث عن هذا النوع من الصدمات عندما يكون المصدوم في مواجهة مباشرة للموت أو الرعب، أو مشاهدته للعدوان أو التهديد المفاجئ الذي يعرض حياته أو سلامته الجسدية أو العقلية أو حياة الآخرين للخطر، فعلى سبيل المثال كأن يكون الطفل أو المراهق ضحية مباشرة لحادث خطير تعرض له، أو عانى من هجوم أو كارثة طبيعية أو اعتداء جنسي، أو شهد شجارا أو اغتصابا أو قتلا أو عنفا، أو عانى من التسبب في الضرر للآخرين.

الصدمة الغير مباشرة: ويقصد بها أيضا الإصابة دون جرح، أي كأن يكون المصدوم ضحية غير مباشرة لحدث صادم، بمعنى يواجه معاناة نفسية جسيمة من موقف يمر به الآخرين. وبشكل عام تشير المعطيات السابقة الى أن تأثيرات الصدمات من النوع الثاني أشد بكثير لأنها ترتبط بمخاطر أكثر تهدد بالإصابة باضطراب ما بعد الصدمة وتعرض لتغيرات في التطور النفسي والاجتماعي والعاطفي خاصة عندما تحدث في مراحل نمو حرجة، كما ان الصدمات المعقدة تترك عند الشخص خطر القلق المتكرر مع انهيار المبادئ الأساسية للتطور النفسي البيولوجي الصحي المتعلق بسلامة الجسم وتطوير هوية صحية سليمة وشخصية متماسكة.

### IX. التدخلات الوقائية إثر حدوث الصدمة:

تعتبر التدخلات الوقائية ضرورة خصصت من أجلها فرق تقدم مختلف وسائل الدعم والمساندة اللازمة عقب حدوث الصدمات خاصة في حالة الكوارث الطبيعية والاعتداءات الجماعية التي تمس فئات جماعية والتي تعمل حسب ما حددته التدخلات العالمية في حالة الأزمات في الأعقاب المباشرة للصدمة في أقل من 24 ساعة بعد الصدمة، والتي تتلخص فيما يلي:

#### 1. الوقاية :

والتي تصنف في بعض الأدبيات كوسيلة أولية يتضمنها التكفل النفسي بالحالات المتعرضة للصدمة في حالات الأزمات الكبرى كالزلازل والفيضانات أو الحروب وتكون عقب حدوث الصدمة مباشرة، أما في المجال الطبي فتكون مباشرة بعد خضوع المصدوم للجراحة الطبية أو الإعلان عن مرض خطير فيحتاج لهذا التدخل الأولي، وبالتالي فهي وسيلة لتجنب المشكلات والاضطرابات النفسية أي قبل المرض من أجل تهيئة الظروف التي تحقق الصحة النفسية، والوقاية هنا تصنف الى ثلاث مستويات: تبدأ بمنع حدوث المرض من خلال الوقاية الأولية والثانوية ثم محاولة تشخيصه ثم محاولة تقليل أثر المعاناة كما يلي: (Pennewaert, 1999, p. 174).

**1.1. وقاية أولية:** وتكون عموما محدودة إذ يتم فيها تحضير المصدوم لتقبل ما حدث له مع تزويده بمعلومات عن الواقعة ليستوعب ما حدث، مع إعطائه توضيحات حول ردود الفعل التي تظهر عليه والتي تكون كاستجابة للموقف المؤلم مع امكانية السيطرة عليها وزوالها لاحقا.

**2.1. وقاية ثانوية:** وتعتبر فعالة وضرورية عقب التعرض للحوادث الصادمة، اذ يجب أن تكون هذه التدخلات في الوقت الأول دون الحديث عن الأمراض، لأنها ردود فعل أولية وغالبا ما تكون طبيعية، ولذلك

تكون هذه التدخلات كوسيلة تعاطف (Empathie) وفهم للتظاهرات الانفعالية الشديدة مع تحليل الاحتياجات الفردية والجماعية.

## 2. نزع الفتيل Defusing:

ويتمثل في عمليات ضمان المساعدات الطبية الأساسية وتأمين الناس في الحوادث مع تغطية الاحتياجات الحيوية من طعام ومأوى بالإضافة الى تقديم الدعم النفسي الأساسي المباشر في أعقاب حدوث الصدمات لتزويد الضحايا بمعلومات تربية نفسية حول ردود الفعل المحتملة عقب التعرض لحدث صادم وكذا تزويدهم بمعلومات عن الهياكل والمؤسسات التي يمكن للعائلات أن تتصل بها ان لزم الأمر كمركز الصدمات النفسية أو استشارة التوجيه الطبي النفسي.

## 3. استخلاص المعلومات Debriefing:

تتمحور هذه الطريقة حول سؤال الأفراد الذين تعرضوا للصدمات عن محتواها، أي للتحدث ومناقشة تفاصيل وظروف تجربتهم، إذ يعد هذا النوع من التدخل العلاجي الذي يمكن أن يكون فردياً أو جماعياً بإجراء المقابلة لمرة واحدة وغالباً ما يتم وضع إطار عمل لعدة مقابلات على مدى أسبوعين الى ثلاثة أسابيع، وبالتالي فهي نموذج للمتابعة القصيرة التي تجعل من الممكن ضمان التطور النفسي الجيد للمريض. وتجدر الإشارة هنا أن القائمين عليه ينبغي أن يكونوا قادرين على الاعتناء بالأفراد المصابين بصدمات نفسية ومنحهم مساحة من الكلام الذي يمكن فيه إثارة وإحياء الانفعالات المرتبطة بها مع المزيد أو تفاصيل أقل، وبالتالي يمكن اعتباره كوسيلة تدخل للتثقيف النفسي وشرط من شروط الوقاية من مخاطر حدوث اضطراب ما بعد الصدمة، كما يمكن أن تستخدم للتقييم السريري للمريض. (Ferreri et al., 2021, p. 118)

تعد هذه التقنيات السالفة الذكر من التدخلات العالمية المعمول بها في حالة الأزمات والكوارث وحتى في حالة الصدمات الفردية وذلك في أعقاب الصدمة مباشرة أي في أقل من 24 ساعة بعد الصدمة والتي خصصت لها جمعيات ومؤطرين ناشطين متكونين من أطباء وأخصائيين نفسانيين وكذا تشكيل خلية أزمة تعمل على المستوى الدولي لتقديم المساندة والدعم النفسي الضروري.

نستخلص مما تم تقديمه أن التدخلات الوقائية المقدمة ما هي إلا شكلاً من أشكال المتابعة العلاجية النفسية القصيرة المتمثلة في بضع استشارات نفسية تعمل على حماية المصدومين من الآثار اللاحقة التي يحتمل حدوثها من خلال تثقيفهم عن ردود الفعل والاستجابات الانفعالية التي تكون غالباً طبيعية عقب حدوث الصدمة مع منحهم مجالاً من السرد الحر لعواطفهم وإعطاء معنى للحدث واستيعابه. وعموماً تكون مثل هذه

التدخلات كوسيلة حماية لمنع حدوث اضطرابات نفسية محتملة تسبق العلاج النفسي الذي يعمل على علاج المشكلات والاضطرابات النفسية التابعة للصدمة من أجل العودة الى حالة التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي.

### X. علاج اضطراب ما بعد الصدمة:

يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة مرض العصر، إذ تزايد انتشاره بطريقة مذهلة وطغى شبحة الذي أصبح يهدد الفرد والمجتمع على حد سواء، الأمر الذي دفع المعالجون الى تطوير أساليب علاجية متنوعة والتي اختلفت حسب التوجه النظري والمنحى العلمي الذي يسير وفقه كل معالج، فبرزت أطراف واسعة من العلاجات التي أصبحت متاحة وهو ما صعب الأمر على المعالج في اختيار الوسيلة الأنسب. وسنحاول عرض بعض العلاجات المناسبة التي ينبغي أن تستخدم في علاج اضطراب ما بعد الصدمة والتي حققت نتائج وأحدثت اختلافات كبيرة في تخفيف اعراض ما بعد الصدمة كما أثبتت نجاعتها ولقت استحسانا من أكبر التوجيهات كالجمعية الأمريكية لعلم النفس، الجمعية الطبية الأمريكية. وهذا عرض لبعض أهم العلاجات:

#### 1. العلاج الدوائي:

تمارس المؤثرات العقلية دورا فعالا في حالات اضطراب ما بعد الصدمة خاصة على المدى القصير، من خلال إحداث تأثيرات مختلفة في الجهاز العصبي المركزي، وتشمل معظم العلاجات الدوائية المختارة لاضطراب ما بعد الصدمة على مضادات القلق، مضادات الاكتئاب، مضادات ارتفاع ضغط الدم، المواد الأفيونية، مضادات الاختلاج، الأدوية المضادة للتشنج ومضادات الذهان. حيث تعمل معظم الأدوية العقلية المتاحة حاليا على تعديل نشاط الناقلات العصبية في الدماغ، هذه الأخيرة هي جزيئات صغيرة أو ببتيدات تحمل إشارات بين الخلايا العصبية، أي عبر نقاط الاشتباك العصبي، حيث تقع المستقبلات بين فجوات الخلايا العصبية المجاورة على الأغشية العصبية قبل وبعد المشبكية والتي هي أهداف لنشاط الناقلات العصبية وبعض الأدوية.

-النوربينفرين (NE) هو ناقل عصبي أحادي الأمين له وظائف مهمة في كل من الجهاز العصبي المركزي والمحيطي في الدماغ، تم تحديد العديد من المسالك العصبية النورأدرينالية والتي تنشأ معظمها في موضع سيروليوس. هذه المسارات النورأدرينالية تعدل المزاج، الانتباه، الطاقة، الحركات الحركية، الوظائف اللاإرادية

مثل التحكم في ضغط الدم والعرق على المستوى المحيطي، يلعب النوربينفرين دورا رئيسيا في الجسم مظاهر استجابة الإجهاد الحاد. ارتفاعات في معدل ضربات القلب والمسالك البولية.

-السيروتونين (5-HT) هو ناقل عصبي وفير مشتق من الأمينية الغذائية، يعمل هرمون السيروتونين المفرز في الجهاز العصبي المركزي

على تنظيم المزاج والنشاط الحركي والشهية والنوم والأداء الجنسي والقلق والذعر، حيث يتم التحكم في إفرازه من خلال تفاعله مع النورلبينفرين، والذي يمكنه أن يعزز أو يمنع إفرازه من خلال المسارات المترابطة في جذع الدماغ والقشرة.

-حمض جاما أمينوبوتيريك (Gamma-aminobutric acid) (GABA) وهو مشتق من الأحماض الأمينية التي تعمل بمثابة ناقل عصبي مثبط رئيسي في الجهاز العصبي المركزي. لها العديد من الوظائف المرتبطة بتنشيط الجهاز العصبي المركزي، بما في ذلك نشاط مزيل للقلق، نشاط مضاد للاختلاج، النوم، الترويح واسترخاء العضلات. أي مادة كيميائية عصبية أولية تؤثر على مجموعات الخلايا العصبية المشاركة في النوم والحلم والكوابيس، عند ارسال إشارات الترابط الى الخلايا العصبية GABA-ergic، يتم إنتاج تثبيط عصبي سريع للغاية ومنه فإن هذا الحمض يلعب دورا مهما في التوسط بين الإحساس بالقلق والبدء في استجابة الاسترخاء. (Pagel, 2021, p. 117)

اعتمادا على ما قدم سابقا يمكن للدواء أن يعالج هذه الاضطرابات بشكل عرضي من خلال تأثيره على أنظمة النواقل العصبية المختلفة، حيث نجد أن هناك العديد من الآليات التي يمكن للأدوية أن تحدثها من خلال تأثيرها في النواقل العصبية للجهاز العصبي المركزي كما يلي (Noel & Curtis, 2013, p. 319- 328):

نشاط ناهض مباشر في مستقبلات ما قبل وما بعد مشبكية.

تسهيل إطلاق النواقل العصبية المخزنة.

تنشيط امتصاص الناقل العصبي الأنزيمي.

تنشيط اختلاق وتخزين الناقلات العصبية

تغيير آليات التغذية الراجعة التي تعدل إطلاق الناقل العصبي.

تغيير مواقع ارتباط المستقبلات أو القنوات الأيونية، مما يؤدي الى تسهيل أو تثبيط النقل العصبي.

ومن خلال هذه التأثيرات التي يمكن للعلاج الدوائي احداثها في حالات اضطراب ما بعد الصدمة يمكن أن نجد مجموعة من الأدوية التي يمكن أن توصف في هذه الحالة وذلك حسب ما يصاحبها من انعكاسات نفسية كما يلي: (Pagel, 2021, p. 115- 222)

### 1.1 البنزوديازيبينات Benzodiazepines:

وهي فئة من الادوية المستخدمة على نطاق واسع لعلاج اضطرابات القلق حيث تعمل عن طريق تعزيز GABA في المخ ولها أربعة تأثيرات علاجية: مضاد للقلق، مهدئ، منوم، مرخي للمعضلات ومضاد للاختلاج، وتشتمل هذه الفئة الدوائية على الديازيبام، ويمكن أن نجد ضمنها عدة أشكال التي يمكن توصف في حالة اضطراب ما بعد الصدمة ك: Oxazepam، (Serax)alprazolam، (Valium) Lorazepam، (Ativan) Clorazepate، (Xanax)Clordiazepoxide، (Librium)Chlordiazepoxide، بالإضافة الى أدوية أخرى ضمن هذه الفئة والتي تستعمل بطريقة أولية في حالات النوم المضطرب ونجد منها:

(Proson) Fstazolam، (Dalmane) Flurazopam، (Halcion) Triazolam.

### 2.1 مضادات الاكتئاب Antideprisseurs:

غالبا ما تستخدم مضادات الاكتئاب، وخاصة مثبطات امتصاص السيروتونين في علاج الاضطرابات النفسية الرئيسية مثل الاكتئاب، القلق، اضطراب الهلع، اضطراب القلق الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري وثنائي القطب والتي تشخص غالبا كاضطرابات مصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة، والتي تعمل على معالجة المشاعر السلبية. وهي من بين الأدوية الأكثر احتمالية والتي توصف في وقت مبكر جدا لمرضى اضطراب ما بعد الصدمة.

بناء على ما تقدم يتضح أن العلاج الدوائي يأتي بالدرجة الأولى وبطريقة فورية في حالة ظهور أعراض القلق والاكتئاب التي يصعب السيطرة عليها وتأتي في شكل استثارة أو الهيجان الغير موجه لتجنب تقاوم الأعراض وتحولها الى الحالة المزمنة، بحيث لا يمكن للعلاج الدوائي أن يكون فعالا بمفرده إذ لا بد أن يكون جنبا الى جنب مع العلاج النفسي.

## 2. العلاج السيكودينامي:

يعتبر العلاج النفسي التحليلي من أول وأقدم العلاجات النفسية التي استخدمت في علاج الصدمات النفسية، حيث أن الصدمة تؤثر على النفس البشرية فتؤدي الى تعطيل تقوية الذاكرة وإثارة مشاعر قوية تكون مصحوبة بتأنيب الضمير المبالغ فيه مما يعوق السرد المتناسك للصدمة وتأثيرها العاطفي، هذا الخلل في التنظيم العاطفي أمراً شائعاً، إذ يبدي المريض مشاعر غير متوقعة مع الشعور بتوقف محير، ومنه يعمل العلاج النفسي الدينامي على ضرورة فهم وتوضيح هذه العناصر المركزية للتجربة الصادمة لمساعدة مرضى اضطراب ما بعد الصدمة على تطوير المزيد من سرد متناسك لتجربتهم المؤلمة وبالتالي تطوير الفهم الذاتي للعواطف والأفكار والصراعات الداخلية التي تساهم في استمرار الأعراض وكذلك في تطوير إحساس أكثر تماسكاً بالذات بعد الصدمة. ويعمل المعالج على جذب اهتمام المرضى من خلال توضيح كيف يمكن أن ترتبط الأعراض بالتاريخ المرضي للصدمة بين الحاضر والماضي، إذ يربط القلق والتخيلات المرتبطة به بالمخاوف العاطفية المستمرة التي يعاني منها المريض منذ ذلك الحين وبالتالي فإن التقنيات الأساسية للعلاج النفسي الديناميكي تتمثل في التوضيح، المواجهة والتفسير.

ان التحليل النفسي تمكن من فهم أحد الجوانب الأساسية لاضطراب ما بعد الصدمة وهي فكرة أن الصدمة يمكن أن تحدث تكرار التجارب المؤلمة دون وعي أي أن التجربة لم تدمج نفسياً وغالباً ما تمثل هذه التكرارات جهوداً غير واعية من أجل السيطرة على الصراع النفسي الداخلي الذي يلعب دوراً رئيسياً في تكوين أعراض إثارة الدفاعات التي تحاول دون وعي لتجنب الظهور الواعي لل رغبات أو الدوافع التي توجد حولها مشاعر مختلطة (Busch & Milrod, 2018, p. 278)، وكان جانيت وبروير وفرويد من الأوائل الذين بدأوا وطوروا أسس العلاج النفسي الدينامي للأشخاص المصابين بصدمات نفسية، وذلك بنقل الحدث العاطفي الى الوعي من خلال التتويم المغناطيسي ودعم صياغته من خلال الكلام وإثارة تطهير المشاعر التي تظل مرتبطة به مع تعزيز دمجها في الضمير. (Tarquinio, 2019, p. 191)

إذن يسعى العلاج السيكودينامي الى مساعدة المرضى لتحديد مصادر الصراع للاستبصار بها والعمل على حلها مع فهم أفضل لمعاناتهم ليصبحوا أكثر تكيفاً وقادرين على الدفاع عن أنفسهم ضد تداعيات تجاربهم المؤلمة والتخيلات المتضاربة المرتبطة بها.

### 3. العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج النفسي لاضطراب ما بعد الصدمة خطوة أساسية لا بد منها لاستعادة المريض لحياته الطبيعية، إذ وجد أن العلاجات المعرفية السلوكية تعد أكثر العلاجات مصداقية وفعالية مقارنة ببروتوكولات علاجية الأخرى، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات والأبحاث العلمية التي أثبتت أنها الأكثر دراسة واستخداما مع اثبات فعاليته في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ( )، والتي تعتمد بشكل خاص على تقنيات التعرض وإعادة البناء المعرفي وزيادة قدرات التكيف والمرونة والحد من الانفعالات السلبية المصاحبة باعتماد الاسترخاء، وقد كانت النتائج ايجابية مع التحسن في الأداء العام سواء للأطفال أو المراهقين ممن عانوا من أنواع مختلفة من الصدمات مع عدم احداثه لأي آثار جانبية سلبية. سيتم التطرق لهذا النوع من العلاج في فصل خاص وبشكل مفصل ودقيق.

### 4. إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR

تعد هذه الطريقة نهجا علاجيا واعداء لعلاج المرضى الذين عايشوا تجارب مؤلمة وشخصوا من كونهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، حيث أشارت العديد من الدراسات الى فعالية الطريقة لعلاج هذا الاضطراب وأنه حقق نتائج جيدة في التخفيف من المشاعر النفسية السلبية المرافقة للاضطراب. ونظرا لكون EMDR هو تدريب علاجي نفسي ثانوي، يتطلب من المتدربين أن يكونوا معالجين نفسانيين مرخصين ويتم تدريس هذه التقنية للأطباء والاختصاصيين الذين تعلموا فعلا ومارسوا أساليب أخرى.

طورت هذه التقنية العلاجية النفسية في الأصل من طرف فرانسيس شابيرو سنة 1989 لعلاج الذكريات المؤلمة والتوتر المرتبط بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين عانوا من الصدمات. حيث أوصت منظمة الصحة العالمية والمعهد الوطني للتميز في الرعاية بهذه التقنية وأعترف بها رسميا سنة 2013 كعلاج أولي لاضطراب ما بعد الصدمة لإزالة التحسس من الضيق الناجم عن الذكريات الصدمية المؤلمة المخزنة في الذاكرة بطريقة غير منظمة، ومن ثم يتم فصله عن تدفق السرد الذي يسمح للمريض عادة بأن يشعر بجزء من التاريخ مع الماضي والحاضر والمستقبل، وبالتالي تركز هذه التقنية على الأفكار والصور والأحاسيس الجسدية بهدف إعادة المعالجة وتنظيم الذاكرة السردية الشخصية للمريض. (Perlina et al., 2020, p. 269).

تستند هذه التقنية على النموذج الفكري القائم على المعالجة التكوينية للمعلومة، والتي تركز على القدرات الطبيعية للشفاء الذاتي للعضوية، فالافتراض الأساسي لهذه التقنية هو أن الإجراءات المستخدمة فيها هي محفزات للحالة الفيزيولوجية التي تسمح بمعالجة المعلومات وتجعل من الممكن خلق تواصل بين المعلومات في الشبكة المعطلة والمعلومات اللازمة للتوصل الى حل تكيفي. (عبدون، 2021، ص 286)

ترى الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي وعلاج إزالة التحسس مع إعادة المعالجة عن طريق حركة العين هي علاجات نفسية منظمة تركز على الصدمات أثبتت نجاعتها وحققَت نجاحات كبيرة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، إذ يتوقف اختيار العلاج المناسب على تكوين المعالج وتمكنه من التقنيات العلاجية التي سيطبقها مع الحالات المتكفل بها للوصول الى الهدف العلاجي المنشود.

### 5. العلاج الجماعي:

يعد العلاج الجماعي أحد النماذج الرائجة في العلاج النفسي، إذ نجد له تاريخ طويل وغني من الاستخدام في علاج اضطراب ما بعد الصدمة بعد تجربة حرب الفيتنام، حيث أصبح العلاج المفضل لقدامى المحاربين الذين يشكون من أعراض نفسية مرتبطة بالصدمات، ولا تزال مجموعات الدعم الى يومنا هذا تلعب دورا مهما في العديد من الوكالات التي تخدم الناجين من الصدمات.

تأتي شعبية هذا العلاج من حقيقتين أساسيتين:

- يقدم هذا العلاج نوعا من الدعم الاجتماعي الوظيفي في الوقت الذي يعاني فيه العديد من مرضى اضطراب ما بعد الصدمة من العزلة عن الآخرين، فيسعون بذلك في مد شكل من أشكال الاتصال الخارجي الأمن والتفاعلي.

- تكلفة هذا النوع من العلاج تكون أقل مقارنة مع تكلفة العلاج الفردي الذي يحول دون استكمال المريض للعلاج.

وعلى هذا الأساس أصبح العلاج الجماعي الأمل الكبير والتأكيد التطبيقي للعديد من الساهرين على الوصول الى الرعاية وتحقيقها (Pagel, 2021, p. 75)، ما جعل العلاجات الجماعية من بين العلاجات الأكثر شيوعا وانتشارا.

يقوم هذا العلاج بالتحديد على اختيار الأفراد الذين تكون لديهم تجارب صدمية مماثلة، حيث يتم تشجيعهم على مناقشة ضغوطهم المستمرة من خلال تقديم الملاحظات والمساعدة في حل المشكلات والدعم العاطفي إذ يعتبر تعزيز الروابط الشخصية المكون الأساسي للمجموعات الداعمة وذلك بالتركيز على الحاضر بدلا

من الأحداث الماضية، مع التأكيد على الخبرات المشتركة بين أعضاء المجموعة وضرورة مشاركة كل عضو والإشادة لكل عرض لسلوك تكيفي.

نستخلص بذلك أن العلاج الجماعي يحسب واحداً من أكثر طرق العلاج الممكن استخدامها مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، وذلك لانخفاض تكلفته وما يقدمه من دعم اجتماعي ووجداني للمصابين، كون الفرد الذي يعاني ضعفاً في نظام الدعم يكون أكثر عرضة للإصابة بالأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة.

### XI. قياس اضطراب ما بعد الصدمة:

تم تطوير العديد من الأدوات لتسهيل تحديد شدة وحدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من طرف العديد من الباحثين، حيث استحدثت هذه المقاييس مع تطور التصنيفات الدولية المعتمدة والتعديلات التي خضعت لها من فترة إلى أخرى، فمنها ما خصص للأطفال وأخرى للمراهقين والمسنين، وذلك بمساهمة كبرى الجمعيات والمنظمات العالمية الناشطة في مجال الطب النفسي والعقلي، وسنحاول عرض بعض هذه الأدوات التي تسهل عمل المختص النفسي كما يلي (Redican et al., 2022):

#### 1. استبيان الصدمات الدولي (ITQ) International Traumatic Questionnaire:

هو مقياس تقرير ذاتي تم تصميمه من طرف التصنيف الدولي للأمراض (ICD 11) لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب ما بعد الصدمة المعقد، حيث يقوم أولاً بتقييم أكثر الأحداث المؤلمة التي يتعرض لها الشخص والمدة التي مرت منذ وقوع الحدث، يحتوي على ستة عناصر تقيس الأعراض الثلاث الكبرى لاضطراب ما بعد الصدمة وتستفسر على العلاقات والعمل ومجالات مهمة أخرى، يحتوي المقياس على خمسة بدائل تتراوح ما بين "لا على الإطلاق" والمقدرة بـ (0) إلى دائماً والمقدرة بـ (4) لتلبية معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.

#### 2. استبيان تجارب الطفولة المعاكسة The Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE):

هو عبارة عن مقياس صمم لقياس التعرض لضغوط الصدمة وأحداث الطفولة الصادمة والمحن وصددمات البلوغ، يتألف من عشرة أسئلة لقياس التعرض للتجارب السلبية في سن ثمانية عشر سنة، وتكون الإجابة عليه إما بنعم المقدرة بـ (1) أو لا المقدرة بـ (0)، وتم تحديد عنصرين من الأسئلة على أنها ضغوط صدمية

وذلك في حالات الاعتداء الجنسي والجسدي في حين تم تصنيف العناصر المتبقية على أنها محن الطفولة، وهذا المقياس هو نسخة منقحة من قائمة مراجعة أحداث الحياة لقياس التعرض للصدمة في مرحلة البلوغ.

### 3. مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL:

هو استبيان يستخدم على نطاق واسع في حالات اضطراب الاجهاد ما بعد الصدمة (PTSD) يتكون من (17) بندا مطابقا لمعايير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة، يقوم المستجوبون بتقييم مقدار ما يزعجهم من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة خلال الشهر الماضي بالإجابة على بنود الاختبار المقدر بـ (1) نادرا الى (5) دائما مع وجود 5 بدائل وفق مقياس ليكرت الخماسي.

هناك ثلاثة إصدارات لمقياس PCL وهي مقياس عسكري (PCL-M)، مقياس مدني (PCL-C) ومقياس محدد (PCL-S)، وهي متطابقة باستثناء كيفية الإشارة الى الحدث المؤلم في (8) بنود، ففي المقياس العسكري تتضمن البنود الثمانية خبرة الحرب والجيش التي تمثل التجربة المرهقة للمستجوبين، أما في مقياس PCL-C تشير الى تجربة مرهقة من الماضي في حين يطلب من المستجوبين في مقياس PCL-S تحديد أسوأ تجربة لهم ثم يشير إليه على أنه الحدث المجهد.

ومع ظهور DSM-5 تمت إعادة تسمية PCL الى PCL-5 وتم تنقيحه للحفاظ على معايير تشخيص PTSD الجديدة الأكثر أهمية، تضمنت المراجعات المعايير التالية:

- (أ) إضافة ثلاثة بنود لتقييم ثلاثة أعراض جديدة لاضطراب ما بعد الصدمة المتمثلة في: اللوم الذاتي أو لوم الآخر، المشاعر السلبية المستمرة والسلوك المتهور أو المدمر للذات.
- (ب) إعادة صياغة البنود التي تعكس التغييرات في صياغة معايير الأعراض.
- (ج) تغيير المقياس لدرجة التقييم التي كانت مقدر ما بين (1 و5) الى (0 و4) بحيث تكون أقل درجة إجمالية ممكنة.

وبالتالي أصبح المقياس PCL-5 لـ DSM-5 يتكون من 20 بندا صممت لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وفق المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية. ويتمتع هذا المقياس بتوافق جيد مع الإصدارات السابقة لنفس المقياس، وقد أظهر نفس الخصائص السيكمترية القوية مع الإصدارات السابقة لـ PCL بمستويات مماثلة وأحيانا تتجاوز ارتباطات الاختبار وإعادة الاختبار لعناصر PCL-5. (Silverstein et al., 2020, p. 2)

## خلاصة:

يعيش الانسان خلال مسيرة حياته جملة من الخبرات والتجارب التي تزوده بمعلومات تمكنه من استغلالها للتكيف في الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه، بيد أن بعض هذه التجارب قد تكون صادمة وغير متوقعة تغير نمط حياة الفرد كلية وتزعزع استقراره وأمنه النفسي، فتسبب له ما يعرف بالصدمة النفسية أو اضطراب ما بعد الصدمة، اذ يعد اضطراب عقلي شائع ومنهك يظهر في أعقاب التعرض لحدث مفاجئ صادم محتمل مع مفهوم المواجهة مع الموت أو الإصابة الخطيرة، يخترق الدفاعات النفسية ويعجزها فتظهر جملة من الأعراض المرضية التي تتلخص في أعراض التكرار والتجنب وسرعة الاستثارة واليقظة الى جانب أعراض التفتك، ويشخص هذا الاضطراب ابتداء من شهر بعد الحادث. كما يصنف واحدا من أعقد الاضطرابات النفسية لتداخله مع العديد من الجداول السريرية الأخرى والتي قد تكون ناجمة عن اضطراب ما بعد الصدمة. وغالبا ما يكون نتاج الخصائص الفطرية وعملية التعلم والتراكمات الحياتية الصعبة ليأتي الحدث المفاجئ ويفجر الوضع وتبرز بعدها امراض عضوية مستعصية ومزمنة حينها يعجز الفرد على إدارة وضعه الصحي وتتبلور أفكاره ومشاعره في تعابير سيئة عن الذات والتشاؤم مما يؤزم الحالة الصحية في الوقت الذي يحتاج فيه الى الراحة النفسية والإرادة وحب الحياة والتفاؤل من أجل الاستمرار. ومن هنا خصصنا الفصل الموالي لمرضى السكري مبتوري الأطراف الذي تعاني منه عينة الدراسة والذي سنحاول تناوله في نوع من التفصيل.

# الفصل الرابع

## تمهيد:

رغم الثورة العلمية الهائلة التي يشهدها العالم حالياً، إلا ان القطاع الصحي والنفسي يدق ناقوس الخطر بالتزايد المخيف لعدد الأمراض والاضطرابات التي تعرف منحى تصاعدياً يهدد حياة الفرد واستقراره، فنجد مرض السكري من بين أخطر هذه الأمراض بل وأشدها فتكاً بالأفراد لما له من مضاعفات وعواقب خطيرة تمس مختلف الشرائح العمرية وتهاجم كل الأجهزة العضوية دون استثناء، سواء على المدى القصير أو الطويل، فهو يعرف بالقاتل الصامت لما يسبب من وفيات سنوية، إذ يعتبر ثاني سبباً لوفاة الفرد، ناهيك عن ما يخلفه من عجز جسدي ونفسي ينتج عن مضاعفات هذا الأخير تصل حد البتر الذي يخلف معاناة تمس جل الجوانب الحياتية للمريض إضافة الى زيادة التكاليف الطبية التي أثقلت كاهل المرضى وأرهقت ذويهم.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول التعرف على هذا المرض من خلال التطرق الى مفهومه، تاريخه وانواعه وكذا اعراضه واهم العوامل التي قد تؤدي الى ظهوره ثم سنعرج على كيفية تشخيصه وطرق علاجه ومضاعفاته وبعدها سنتطرق الى البتر وما يخلفه من صعوبات نفسية دون ان ننسى التطرق الى آخر احصائيات هذا المرض.

## I. مفهوم السكري:

## 1. لغة:

السكري هو لفظ من أصل إغريقي الديابيتس مشتق من اليونانية Diabetes والتي تعني النافورة، حيث شبه المريض بالنافورة لكثرة تبوله. (الخصراني، 2007، ص 13)

## 2. اصطلاحا:

مرض السكري هو مرض مزمن خطير يرتبط بفشل في تنظيم نسبة السكر في الدم. ترجع شدة المرض إلى المضاعفات الحادة والمزمنة الناجمة عن ارتفاع السكر في الدم.

وتعرفه منظمة الصحة العالمية على أنه: مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الانسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، والأنسولين هو هرمون يضبط مستوى السكر في الدم، إذ يعد فرط الجلوكوز في الدم الذي يعرف أيضا بارتفاع مستوى السكر في الدم، من النتائج الشائعة الدالة على خلل ضبط مستوى السكر في الدم، ويؤدي مع الوقت الى الاضرار الخطير بالعديد من أجهزة الجسم، ولا سيما الأعصاب والأوعية الدموية. (منظمة الصحة العالمية، 2021)

ولفهم مرض السكري وكيفية حدوثه لا بد من فهم فيزيولوجيا أجسامنا. تعتبر الكربوهيدرات هي المصدر الرئيسي للطاقة ويشتمل طعامنا عليها بشكل كاف، في عملية هضم الطعام، تتفكك الكربوهيدرات إلى جلوكوز وتنتقل عبر مجرى الدم إلى أعضاء الجسم المختلفة أين يتم إنتاج الأنسولين في البنكرياس وهو ضروري لاستهلاك الجلوكوز في الخلايا ويمنع زيادة السكر في الدم، ولكن عندما يعاني الشخص من مرض السكري، يتأثر إنتاج الأنسولين (إما مفضا أو مقيدا) وترفض الخلايا المستهدفة تناول الجلوكوز. ينتج عن هذا تراكم الجلوكوز الزائد في مجرى الدم وارتفاع مستوى السكر في الدم. (Pedada, 2022)

ومنه يمكننا القول أن السكري هو مرض مزمن ناتج عن عجز غدة البنكرياس في إنتاج الكمية الكافية من هرمون الأنسولين الذي يمكن خلايا الجسم من امتصاص الجلوكوز، سواء كان عجزا كليا أو جزئيا.

## II. نبذة تاريخية عن مرض السكري:

إن تاريخ أي مرض هو جزء مهم وبداية للدراسة العلمية الصحيحة، إذ يمكننا من تحقيق التقدم واستخلاص العبر ومعرفة مختلف المراحل التطورية التي عرفها، وكيف تعامل معه الباحثين والأطباء من حيث الأعراض والأسباب وكذا التشخيص والعلاج، ولهذا كان لنا أن نعرض على أهم المحطات التاريخية التي مر بها هذا المرض.

يعد مرض السكري أحد الأمراض الأولى الموصوفة منذ العصور القديمة، حيث وصفت أعراضه منذ العصر الفرعوني في الورق البردي المصري (Wagner Hitschfeld & Wagner Hitschfeld, 2022, p. 936)، ففي بردية "إبيرس" التي اكتشفها إبيرس في الأقصر بمصر والتي قدر عمرها بحوالي 1500 سنة قبل الميلاد، تصف العطش الشديد ونقص الوزن والبول المتكرر لأحد المرضى والذي من المحتمل أنه يعاني من السكري، كما تصف بردية أخرى Ebor Papyys إن إيمحتوب الذي كان وزيراً للفرعون ويمارس الطب قد أعطى وصفا لكثرة التبول التي تصاحب مرض السكر. وفي حوالي القرن الثاني وصف الطبيب الإغريقي Arateus بعض أعراض مرض السكري وسموه بـ Diabetes وهو المعروف به حالياً والذي يعني النافورة لكثرة التبول، وكان يعتقد أن المرض يذيب اللحم والعظم ويحولها إلى بول، أما جالينوس أعطاه اسم الإسهال البولي.

ونجد عند العلماء العرب الرازي الذي أورد اسم ديابيطش على مرض السكري وقدم عدداً من الوصفات الطبية لعلاجها، كما نجد أيضاً ابن سينا قد تطرق إلى ذكر نفس التسمية التي أوردها الرازي الذي كان سباقاً، والذي يوحي أن كلا العالمين قد اقتبسوا الاسم من الأطباء الإغريقين، غير أن الوصف الحقيقي للمرض ومضاعفاته قد جاء في كتاب "القانون في الطب" لابن سينا والذي أظهر فيه بوضوح المضاعفات الجلدية لداء السكري مثل الدمامل والمضاعفات الصدرية مثل التدرن الرئوي، وكذا La Gangrene التي تصيب القدم، كما لم يقته وصف بعض الأعشاب مثل عشبة الدميسة التي لا تزال تستعمل حتى الآن في علاج داء السكري. (المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، 1997، ص 15)

وفي عام 1674 اكتشف الطبيب الإنجليزي توماس ويليس أن بول المصابين بمرض السكري حلو الطعم وميزه عن مرض السكر الكاذب، لأن كثرة التبول والعطش يحدث في كلا المرضين، إلا أن بعض الكتابات التاريخية ترجع هذا التفريق إلى طبيب ألماني اسمه فرانك عام 1794.

ولم تكتشف العلاقة بين حدوث مرض السكري وحدث خلل في غدة البنكرياس إلا في عام 1683 من طرف الطبيب السويسري جومان بروتز الذي قام باستئصال البنكرياس من كلب ليدرر وظيفته فظهر عليه أعراض العطش الشديد والبول المتكرر. وفي عام 1776 تمكن الطبيب الإنجليزي ماتئوس دوبسون من تبخير بول مريض مصاب بالسكري وترسيب بلورات السكر في قاع الكأس، وفي عام 1815 تحقق الطبيب الفرنسي مايكل شيفرول من أن الترسيبات السكرية هي ترسيبات سكر الجلوكوز، وفي عام 1869 طالب طب ألماني بول لانجرهانز لاحظ تجمعات خلوية على هيئة جزر في غدة البنكرياس وسميت هذه الخلايا باسمه "جزر لانجرهانز"، وقد أظهر بعد ذلك الطبيب الأمريكي وليام ماك كالوم أن هناك علاقة بين إفراز الأنسولين

وجزر لانجرهانز حيث أكد عدد من الأطباء أنها تفرز مادة تمنع ارتفاع السكر في الجسم وقد اطلقوا عليها اسم الانسولين عام 1909.

وفي عام 1922 ونتيجة تكاثف جهود أربعة من العلماء وهم فريدريك بانتيغ Fredreick Banting، تشارلز بيست Charles Best، جون ماكلود John Macleod، وجي كوليب J. Collip تم استخلاص الانسولين واستخدامه في علاج مريض مصاب بمرض السكري اسمه ليونارد تومسون عمره 14 عاما وتمكنوا من إنقاذه من الموت، كان معظم الأنسولين المستخدم مستخلص من الحيوان ولكن العلماء تمكنوا من تصنيع الأنسولين البشري بواسطة الهندسة الوراثية الذي يتميز بالنقاوة وندرة الآثار الجانبية على عكس الأنسولين الحيواني. (الخصباني، 2007، ص ص 13 15)

ان المتصفح لهذه النبذة التاريخية يعرف أن لهذا المرض تاريخ قديم قدم الوجود البشري، اذ عرف عبر مختلف الحضارات القديمة حتى أن أصل تسميته تعود لهم، كما حاول العديد من الأطباء وصف أعراضه وحاولوا وضع الوصفات الطبية الممكنة في حدود امكاناتهم المتاحة خلال تلك الحقبة، غير أن أسبابه ظلت مجهولة واكتشفت حديثا فقط وكذا علاجه الذي خلص البشرية من وباء كان يهددها عبر قرون ماضية.

### III. أنواع السكري:

يمكن تقسيم مرض السكري الى ثلاث مجموعات فرعية:

#### 1. النوع الأول أو السكري المعتمد على الأنسولين (Diabete.insulino-dépendent (DID):

وهو أحد أمراض المناعة الذاتية، أي أن معظم الحالات يعود سببها الى مهاجمة جهاز المناعة لخلايا البنكرياس السليمة ودمرها وبالتحديد خلايا بيتا لجزر لانجرهانز المنتجة للأنسولين وبالتالي تتأثر قدرتها على انتاج هذا الأخير، ومنه يكون البنكرياس غير قادر على تصنيع الأنسولين أين يصبح جسم المريض غير قادر أو لديه قدرة منخفضة على انتاجه. (ثابت عبد المنعم إبراهيم، 2020، ص 3)

وهو اضطراب وراثي يحدث بشكل عام في سن مبكرة ويلاحظ على الأرجح عند الأطفال والشباب لذلك يطلق عليه أيضا اسم سكري الأطفال، ولكن يمكن أن يتطور في أي عمر، ولا يزال لا يعرف السبب الحقيقي للإصابة بهذا النوع من السكري الى حد اليوم. (American Diabetes Association, 2021, p. S15)

#### 2. النوع الثاني أو السكري غير المعتمد على الأنسولين (Diabète. non insulino-dépendant (DNID):

ويطلق عليه أيضا سكري البالغين، وهو الذي يصنع فيه البنكرياس الأنسولين بكميات غير كافية أو لا تستجيب خلايا الجسم للأنسولين على النحو اللازم، يبدو الأمر كما لو أن الخلايا فقدت قدرتها على

التفاعل مع الأنسولين مما يحول دون قدرة البنكرياس على إنتاج كميات كافية منه، وهذا ما يعرف بمقاومة الأنسولين أي غير قادر على أداء وظيفته، وعادة ما يسبق الإصابة بهذا النوع من السكري مرحلة تعرف بمرحلة ما قبل السكري والتي تتمثل في ارتفاع مستويات السكر عن المعدل الطبيعي ولكنها لا تصل الى الحد الذي يمكن من تشخيص المرض، وهو الأمر الذي قد يؤدي الى حدوث مضاعفات حادة على المدى القصير وما يسمى بالمضاعفات المزمنة على المدى الطويل. (Diamond, 2015, p. 650)

والأمر كذلك بالنسبة لهذا النوع من السكري، فلم يعرف السبب الحقيقي لحدوثه، إلا انه يعتقد بأن العوامل البيئية والجينية لها دور في ذلك، كما يشار أيضا الى أن السمنة لها تأثير كبير في زيادة احتمالية الإصابة بهذا النوع من السكري، وهو أكثر حدوثا لدى الرجال خاصة أولئك الذين تتراوح أعمارهم ما بين 35 و 54 سنة.

### 3. النوع الثالث سكري الحمل (Gestational Diabetes (GB):

وهو النوع الذي يظهر ويتطور لدى السيدات خلال فترة الحمل، وغالبا ما يتم الشفاء منه بعد الولادة، اذ تختفي أعراضه ومؤثراته، غير أن الإصابة بهذا النوع من السكري تزيد من احتمالية تطور النوع الثاني من السكري خلال حياة المرأة وفي بعض الأحيان قد يتم تشخيص الإصابة بالنوع الثاني خلال الحمل. (ثابت عبد المنعم إبراهيم، 2020، ص 5)

من خلال عرضنا لأنواع السكري نرى أن النوع الأول غالبا ما يظهر مبكرا ويكون وراثي في حين أن النوع الثاني غالبا ما تكون أسبابه مجموعة عوامل متراكمة ويظهر متأخرا أي عبر فترة طويلة من الزمن بسبب فقدان التدريجي لإفراز الأنسولين، أما سكري الحمل فيرتبط بفترة الحمل وغالبا ما يزول بعد الولادة، لكنه ينبئ باحتمالية تطوير النوع الثاني من السكري. ولأنواع الثلاثة مضاعفات خطيرة على صحة المريض مع مرور الوقت.

### IV. أعراض السكري:

يصاحب الإصابة بكل نوعي السكري أعراض متشابهة الى حد ما عند حدوث ارتفاع ملحوظ في مستوى سكر الدم، ويمكن تصنيف هذه الأعراض على النحو التالي (Beaudeau et al., 2013, p. 133):

1. احساسات عامة: التعب، عطش شديد، الإحساس بالجوع.
2. أعراض جسدية: تسارع دقات القلب، زيادة في سرعة التنفس، فقدان المرونة الجلدية، جفاف الأغشية المخاطية، النحافة، اضطرابات الرؤية، بطء التئام الجروح.

3. أعراض الجهاز الهضمي: آلام بطنية والشعور بعدم الارتياح، الانتفاخات، الغثيان، التقيؤات، الاسهال الليلي.

4. مشاكل كلوية وجنسية: كثرة التبول، عدوى متواترة في المثانة البولية.

أما في حالة انخفاض مستوى السكر في الدم فتظهر الأعراض التالية:

1. احساسات عامة: الشعور بالانزعاج والتعب، الإحساس بالفشل والتهيج.

2. أعراض جسدية: تعرق، خفقان وارتعاش، الإحساس بالجوع الشديد، غثيان، وخز في محيط الفم، اضطراب في الرؤية، آلام الرأس، الشعور بالدوار وشحوب الوجه.

3. أعراض عصبية: صعوبة في الكلام، حركات غير متناسقة، صعوبات في التركيز، الإحساس بالارتباك، النعاس.

وعلى العموم فإن مريض السكري من النوع الثاني لا تظهر عليه أعراض السكري خلال السنوات العشر الأولى وبعد ذلك يمكن أن يعاني المريض من العديد من هذه الأعراض.

ويمكننا القول بأن هذه الأعراض سألقة الذكر يمكن تظهر جميعها كما يمكن أن تظهر بعضها فقط، وهي تختلف من شخص الى آخر وما يحمله كل فرد من عوامل خطر تزيد من احتمالية ظهور أغلب الأعراض وتسرع في المرض أو عوامل حماية تنبئ بشفاء المريض عند الاكتشاف المبكر.

#### 7. تشخيص السكري:

يتم تشخيص السكري عموماً بإجراء تحليل لمستوى السكر في الدم باعتماد الطريقتين التاليتين:

1. في حالة الصوم: أي يخضع الشخص المعتقد أنه مصاب بالسكري لفحص تحليل دم وهو على معدة فارغة قبل تناول وجبة الإفطار، فإذا سجل قيمة تساوي أو أكبر من 1.26 غ/ل فهي تتجاوز عتبة نسبة السكر في الدم الطبيعية.

2. بعد الأكل (بعد ساعتين من تناول الوجبة): إذا سجل قيمة 2 غ/ل فما فوق فهي تتجاوز عتبة نسبة السكر في الدم الطبيعية، هذه هي عتبة نسبة السكر في الدم المعرضة لخطر حدوث مضاعفات معينة، ويظل المعيار الذهبي ارتفاع السكر في الدم.

كما اعتمدت جمعيات السكري الأمريكية والأوروبية أيضاً قياس الهيموجلوبين A1c لتحديد مرض السكري. بمعيار يتراوح بين 4 و6% (بواسطة مقايسة NGSP المعيارية) ويتم الكشف عن مرض السكري أيضاً من خلال هيموجلوبين A1c أعلى من 6.5% خلال تحليلين متتاليين. centreuropéen d'étude du

(diabete, 2023)

## VI. أسباب مرض السكري:

لا يزال لا يعرف الى حد اليوم السبب الحقيقي والمباشر لمرض السكري ولكن هناك مجموعة عوامل كلما اجتمعت تزيد من خطر الإصابة بالسكري والتي نلخصها في النقاط التالية:

## 1. عوامل وراثية:

- القريب من الدرجة الأولى مصاب بمرض السكري مثل الأب، الأم، الأخ والأخت.
- فئات عرقية معينة ومعروف عنها لديها استعدادات خطيرة للإصابة بمرض السكري.
- أمراض الأوعية الدموية، تاريخ شخصي للإصابة بهذه الأمراض.

## 2. عوامل بيئية ونظام التغذية:

- السمنة أو الوزن الزائد والمعروف بـ BMI أكبر أو يساوي 25.
- قلة النشاط البدني.
- التعرض لأمراض فيروسية.
- السن أكبر أو يساوي 45 سنة.
- فرط أو ارتفاع ضغط الدم والمشار اليه بواسطة قيم ضغط الدم أعلى من 90/140 mmHg.
- فرط الكوليسترول الضار LDL.
- مستوى مرتفع من ثلاثي الغليسيريدي في الدم، وهو أحد أنواع الدهون الموجودة في الجسم وتكون قيمته أعلى من 250 mg/dl.
- متلازمة المبيض متعدد الكيسات.
- ولادة طفل ذو وزن كبير، يفوق 4.1 كغ فور الولادة.
- تاريخ شخصي لسكري الحمل.
- قيم الهيموجلوبين الجليكوزيلاتي HBA1C أكبر أو تساوي 5.7%.
- من لديهم نقص أو ضعف تحمل الجلوكوز Impaired glucose tolerance.
- من لديهم تعلق أو مشكلة في قيم الجلوكوز في فحص ما بعد الصيام Impaired fasting glucose.

## VII. مضاعفات السكري:

## 1. المضاعفات قصيرة المدى (الحادة):

يمكن أن تحدث مضاعفاتان حادتان عندما يكون مستوى السكر في الدم مرتفعا جدا عند الأشخاص المصابين بداء السكري الأولي:

**المضاعفة الأولى:** تأتي غيبوبة فرط الأسمولية من الجفاف الذي يسبب تسمم الدم بحيث يضر الدماغ بشكل خطير. هذه الغيبوبة هي حالة طبية طارئة قاتلة في أكثر من 50% من الحالات.

**المضاعفات الثانية:** الحمض الكيتوني، يمكن أن تكون قاتلة أيضا، إنه نتيجة لمقاومة الجسم للأنسولين الذي يفتقر إلى الجلوكوز، مما يجعله يبحث عن مصدر آخر، انها الدهون، لكن هذه الآلية تولد سموما في الدم تجعله حامضيا وساما للجسم.

ولكن الرعاية الصحية الحالية وخاصة في البلدان المتقدمة أصبحت هذه المضاعفات نادرة.

## 2. المضاعفات طويلة المدى:

يتميز السكري من النوع الثاني بمرحلة أولية دون أعراض، لذلك غالبا ما يتم تشخيصه بعد أكثر من 10 سنوات من التطور، هذا التأخير المعتاد في التشخيص يبرر إيلاء اهتمام خاص للمضاعفات المختلفة التي يمكن أن تؤثر على المريض في أقرب وقت ممكن من مسار المرض. يعد مرض السكري غير المعالج أو الذي يتم التحكم فيه بشكل سيئ سببا لمضاعفات مزمنة طويلة المدى والمتمثلة في:

**1.2. المضاعفات النفسية:** ان الاعلان عن التشخيص ومتطلبات الرعاية التي يفرضها مرض السكري لها تأثير على صحة وجودة حياة المرضى. تختلف شدة الصعوبات النفسية الناتجة من تغيير طفيف في نوعية الحياة إلى اضطرابات الاكتئاب و / أو القلق. أين أفاد أكثر من 40% من المرضى عن عدم كفاية الرفاهية النفسية. كما يشكل الإجهاد المرتفع وضعف التحكم في المرض والدعم الاجتماعي الذي ينظر إليه على أنه غير مرض هي عوامل ضعف نفسية (حالة القلق والاكتئاب) وجسدية (فرط سكر الدم) وبالتالي تساهم في تقاوم هذه الصعوبات النفسية والجسدية ونذكر منها: (Beaudeau et al., 2013, p. 136)

## 1.1.2. تغير في نوعية الحياة:

يفرض داء السكري قيودا كثيرة (غالبا ما يكون العلاج مرهقا، والرصد المستمر لمستويات السكر في الدم، والوجبات في أوقات محددة، وما إلى ذلك) مما يعيق أنشطة المرضى ويولد الإحباط. التنظيم الذاتي المستمر الذي يتطلبه المرض مرهق بمرور الوقت. القيود الغذائية هي الأبعاد ذات التأثير الأقوى على نوعية حياة الأشخاص المصابين بداء السكري من النوع 2 نظرا لتعديل وجبات الطعام والعزلة التي تولدها عن سعادتهم.

في هؤلاء المرضى، غالبا ما توجد علاقة متضاربة بين إدارة أمراضهم وعلاج حياتهم اليومية. عندما يصطدمون ببعضهم البعض، يمكن للمرضى المضي قدماً عن طريق تجنب الانتقائي: إحداث اختلاف في النظام الغذائي في مناسبات معينة أو إدامة عادات الأكل المفضلة. لذلك ليس من غير المألوف رؤية المرضى يعرضون صحتهم للخطر من أجل تحسين نوعية حياتهم على المدى القصير.

### 2.1.2. الاكتئاب:

يعاني الكثير من مرضى السكري من أعراض الاكتئاب (31% من الحالات)، أو حتى من اضطراب اكتئابي شديد (11%). تعاني واحدة من كل ثلاث نساء مصابات بالسكري وحوالي واحد من كل خمسة رجال مصابين بالسكري من الاكتئاب مع عواقب سلبية على وظائفهم المعرفية ونوعية حياتهم والتزامهم بالعلاج الطبي والتحكم في نسبة السكر في الدم، مما يزيد من مخاطر المضاعفات المرتبطة بمرض السكري. يرتبط هذا الاكتئاب ارتباطاً وثيقاً بعدم النشاط البدني والشكاوى الجسدية الذاتية وانخفاض القدرات البدنية.

### 3.1.2. القلق:

كثيراً ما يؤدي الإعلان عن تشخيص السكري إلى القلق. إن القيود المرتبطة بالعلاج، والتخوف من المضاعفات، والتحديات والمسؤولية التي يتطلبها المرض تولد القلق لدى المرضى ويمكن أن تؤدي إلى الضغط الذاتي، ما يقرب من 40% من مرضى السكري يقولون إنهم "مرهقون للغاية" بسبب مرض السكري لديهم ويشعرون بالتوتر أكثر من المعتاد، هذا القلق له تأثير مباشر وغير مباشر على التحكم في نسبة السكر في الدم. التأثير المباشر هو أن إدراك القلق يزيد من هرمونات التوتر (الكورتيزول والأدرينالين)، والتي بدورها تزيد من نسبة السكر في الدم. ويحدث التأثير غير المباشر عندما يرتبط القلق بتجنب معرفي يقلل من احتمالية الانخراط في سلوكيات صحية.

**2.2. مضاعفات طب العيون:** وعلى وجه الخصوص الأضرار التي تلحق بشبكية العين والتي يمكن أن تؤدي إلى العمى (مرض السكري هو السبب الرئيسي للعمى المكتسب).

**3.2. المضاعفات الكلوية:** مثل التهابات المسالك البولية، واعتلال الكلية السكري، أو الفشل الكلوي المزمن.

**4.2. مضاعفات القلب والأوعية الدموية:** 75% من مرضى السكري من النوع 2 يموتون بسبب مضاعفات القلب والأوعية الدموية.

**5.2. المضاعفات العصبية:** وأكثرها شيوعاً هو اعتلال الأعصاب المتعدد، والذي يتوافق مع تلف الألياف العصبية، مما يؤدي إلى فقدان الحساسية و / أو المهارات الحركية.

6.2. مضاعفات الجهاز المناعي: والتي تعني نقص المناعة التي تعرض المريض لمضاعفات عدوى في الجهاز التناسلي، والجهاز الجلدي والأسنان.

7.2. مضاعفات القدم: مثل الجروح أو الالتهابات. يمكن أن تكون مصحوبة بقرحة، وفي بعض الأحيان تتطلب البتر. ومنه فإن مرض السكري مسؤول عن أكثر حالات البتر للأطراف السفلية سنويا. (Beaudeau et al., 2013, p. 132- 133)

من بين المضاعفات السالفة الذكر تعد عدوى تقرحات القدم واحدة من أكثر المضاعفات شيوعا وخطورة التي تؤدي إلى البتر في مرضى السكري ومشكلة اجتماعية واقتصادية ونفسية خطيرة تهدد المرضى السكريين على الصعيد العالمي كونها سببا مباشرا في حدوث أغلب حالات الوفيات ناهيك عن زيادة نفقات الرعاية الصحية التي تثقل كاهل الدول.

#### VIII. تصنيف متلازمة القدم السكرية:

حسب معايير منظمة الصحة العالمية تعرف القدم السكرية بأنها قدم مريض السكري المصابة بتقرحات و/أو عدوى وتدمير الأنسجة العميقة المرتبطة باضطرابات عصبية ودرجات مختلفة من أمراض الأوعية الدموية الطرفية في الطرف السفلي.

أما رابطة أطباء السكري الإيطالية فتعرف القدم السكرية بأنها "القدم ذات التغيرات التشريحية والوظيفية التي تسببها تصلب الشرايين المحيطية الوعائية و/أو اعتلال الأعصاب السكري." (Khanna & Tiwary, 2016, p. 185) حسب هذا التعريف نجد أن المرضى الذين ليس لديهم إصابات واضحة في القدم ولكنهم معرضون لخطر تقرحات القدم على المدى الطويل. وعليه يمكن بروز متلازمة القدم السكرية في الحالات التالية:

- يتوافق مع موقع ما قبل التقرح أو بعده.

- قرحة سطحية تصل فقط إلى الجلد والأنسجة تحت الجلد.

- اختراق القرحة في الوتر أو كبسولة المفصل.

- قرحة أعمق مع التهاب العظم والنقي أو الخراج.

- الغرغرينا الأمامية.

-الغرغرينا التي تصيب أكثر من ثلثي القدم. (Wagner Hitschfeld & Wagner Hitschfeld, 2022, p. 943)

الهدف الأساسي من علاج القدم السكرية هو الحفاظ على وظيفية الأطراف بحيث تسمح بالمشي وتكون خالية من القرحة والعدوى. ولكن الحفاظ على الأطراف قد لا يكون ممكنا في الحالات القصوى خاصة مع فقدان العظام بشكل كبير مع عدم استقرار وتشوه شديد، وجود عدوى واسعة النطاق، فشل الجراحة السابقة، أو حالات المرضى الذين يعانون من أمراض مصاحبة متعددة، في مثل هذه الظروف ينبغي النظر في البتر والتخطيط له بطريقة تحافظ على أعلى المستويات الممكنة لوظيفة الطرف مع السلامة الصحية للمريض. وعليه تتم عملية البتر وفقا للتصنيفات السالفة الذكر والتي تختلف حسب مستوى التقرحات والالتهابات التي قد تمس الجلد ومنه يمكن للبتر أن يمس جزءا من الطرف أو قد يكون عميقا ويمس الطرف كاملا مما يستلزم بتره.

ومن هذا المنطلق سنتناول البتر ومضاعفاته وكيفية تأثيره على مريض السكري.

### IX. تعريف البتر:

البتر هو قطع طرف أو جزء من طرف يفصله عن باقي الجسم. في طب الرضوح يكون عرضيا أو جراحيا. يمكن أن يكون قريبا، أي عند جذر الطرف (وهو نادرا) أو بعيدا (وهو الأكثر تكرارا)، ويكون إما كلي أو جزئي. يتسبب في تدهور كبير مع تلف الأجزاء الرخوة والأعصاب الوعائية والعظام. (Quebre, 2015, p. 214)

ويعرف في القاموس الطبي على أنه نزع عضو أو جزء من عضو ويحدث بالتحديد على مستوى المفاصل والعضلات والألياف التي تربط المفاصل الموجودة على مستوى العضو المبتور. (Antoine, 2006, p 50)

كما يعرف أيضا على أنه حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد الأطراف أو جزء منها بسبب الإصابات أو الجراحة أو الأمراض أو الحروب. (خضر، 2017، ص 98)

من خلال ما تقدم من تعاريف يمكننا القول بأن البتر هو عبارة عن عملية قطع جزء من الطرف سواء كان صغيرا كالأصبع أو نصفه أو كبيرا يصل حد الساق أو الفخذ بالنسبة للأطراف السفلية جراء مضاعفات مرض السكري ونقص التروية التي تسبب موت أنسجة الأطراف أو العظام مما يستدعي التدخل الجراحي ويصبح البتر ضروريا لحماية المريض وسلامته، كما تجدر الإشارة الى أن البتر في مرض السكري يمس الأطراف السفلية.

**X. أنواع البتر في تقرحات القدم:**

تختلف مستويات البتر باختلاف المنطقة المتضررة من القدم ودرجة العدوى وتقدمها، حيث يمكننا ذكر الأنواع التالية (Khanna & Tiwary, 2016, p. 450- 452):

**1. بتر الإصبع:**

إذا كان الإصبع متقرحا، يوصى بإجراء البتر لأنه لا يؤثر على الوظائف بشكل كبير. يمكن أن يؤدي بتر إصبع القدم الكبير إلى عرج في الجري والمشي حيث يتأثر الانطلاق. كلما كان ذلك ممكنا.

**2. بتر عبر عظام مشط القدم:**

في تقرحات القدم السكرية، يتم إجراء بتر عبر عظم مشط القدم واحد أو أكثر. يجب أن يبذل جهدا للحفاظ على عظام مشط القدم قدر الإمكان للحفاظ على منطقة الانطلاق من دورة المشي واستخدام جلد قدر الإمكان.

**3. بتر منتصف القدم:**

شار إلى بتر مفصل tarsometatarsal (Lisfranc) ومن خلال مفصل midtarsal (Chopart) عندما تصبح مقدمة القدم متورمة بشدة بسبب التقرحات المعقدة بالعدوى وخطر الأوعية الدموية. يؤثر هذا البتر على وظائف القدم بشكل كبير. علاوة على ذلك، نظرا لأن وتر العرقوب سليم وعضلات Dorsiflexors يتم التضحية بها، ينتج عنه عيب كبير في الكاحل. لمنع تطور عيب الكاحل بعد بتر منتصف القدم، لذلك يوصي الأطباء بقطع وتر العرقوب، ويمكن بتر الطرف عند مستوى أعلى. بمجرد أن يلتئم الجرح، يمكن للمريض المشي باستخدام طرف اصطناعي للقدم الجزئي.

**4. بتر الكاحل:**

عندما يرتبط القرع في القدم بالتهاب العظم والنقي في عظام الكاحل وعظام مشط القدم التي لا تستجيب للعلاج غير الجراحي، مع قدم غير صالحة للإصلاح، يمكن أن تعطي عمليات البتر حول الكاحل نتائج مقبولة. هما بتر Syme و Boyd الأكثر شيوعا في هذه المنطقة.

## 5. بتر القدم:

البتر يكون بالقرب من مفصل الكاحل مغطى بوسادة كعب سميكة كسطح حامل للوزن. وهو أكثر قبولا للمرضى عادة لا يلزم الطرف الاصطناعي بعد البتر، ومع ذلك ليس جيدا من الناحية التجميلية ويمكن استخدام الطرف الاصطناعي لأسباب تجميلية.

في قدم مريض السكري مع تغيرات الغرغرينا والعدوى الغير مسيطر عليها، يوصي الأطباء بإجراء البتر على مرحلتين للحصول على نتائج أفضل، في المرحلة الأولى يتم إجراء استبدال مفصل الكاحل مع وسادة الكعب التي تغطي الجرح مع الري بالتفريغ المضاد للبكتيريا. الغرض هو السيطرة على العدوى. بعد حوالي 6 أسابيع، عندما يسيطر على جيدا، يتم إجراء الجزء الثاني من الإجراء مع قطع قصبه الساق والشظية عند المستوى المحدد مع التغطية المناسبة من النسيج اللين.

## 6. بتر الساق:

يتطلب بتر تحت الركبة في تقرحات القدم، حيث تكون القدم إما غير قابلة للإصلاح أو أن البتر المتبقي في القدم غير مقبول وظيفيا وتجمياليا. تعتمد تقنية البتر على ما إذا كان القرع في الطرف الإقفاري أو الطرف غير الإقفاري. يجب الحفاظ على مفصل الركبة في أي من النوعين. في الطرف غير الإقفاري، يوفر البتر من خلال الثلث الأوسط من الساق نتيجة أفضل.

إذا تم إجراء البتر للتقرحات في الطرف الإقفاري، فإن التصميم مهم. نظرا لأن إمداد الدم في الجلد يكون أفضل في الجانب الخلفي من الساق، لا يتم إجراء استبدال مفصل الركبة وبتر الفخذ transfemoral للتقرحات في الطرف السفلي حيث أن معظم التقرحات تكون حول القدم والكاحل.

من خلل ما تقدم نلمس أن كل أنواع البتر المذكورة سببها التقرحات والعدوى والتي هي من مضاعفات مرض السكري والتي قد توصل المريض الى حالة حرجة من التعفن تنتهي بالبتر الذي قد يسبب له إعاقة تساهم في زيادة معاناته وإعيائه نفسيا واجتماعيا.

## XI. آثار البتر:

تتجسد آثار البتر في أشكال مختلفة يتخذها المريض كاستجابة لفقدان العضو المبتور والتي تختلف من فرد الى آخر وتترج في الشدة من حالة الى أخرى ويرتبط ذلك بما يحمله المريض من أفكار ومعتقدات عن البتر

وكذا شخصيته والبيئة التي نشأ فيها، ولذلك سنحاول استعراض بعض هذه الآثار كما يلي: (Quebre, 2015, p. 118)

### 1. آلام ما بعد الجراحة:

يشعر المريض بآلام عديدة بعد العملية لقطع العظام والأعصاب والجلد وعضلات الطرف السفلي. وفقاً لمولر (بدون تاريخ)، تختفي هذه الآلام بسرعة عندما تتكمش الأنسجة وتبدأ في الشفاء.

### 2. ألم الجذع:

ترجع هذه الآلام الملحوظة في الجذع إلى عدة عوامل، مثل العدوى، وضعف الدورة الدموية، والورم العصبي (النهايات العصبية الموجودة في منطقة سيئة الحماية من الجذع)، أو الالتصاق أو ضعف التكيف.

### 3. الإحساس الوهمي بالطرف:

الهلوسة ليست ألماً بل إحساساً، يمكن أن تكون الأحاسيس عرضية أو دائمة وذات طبيعة مختلفة: وخز، صدمات كهربائية، حكة، حرارة، إلخ.

يحتفظ الشخص بذكرى الطرف وقد يكون لديه انطباع بأنه قادر على تحريك طرفه الغير موجود، ويشعر بتحالفه عندما لم يعد لديه الجزء المبتور، على سبيل المثال يشرح الأحاسيس الوهمية لديه! قدم تدغدغ، وأنت تفعل كل شيء لوقفها، قدم لا تعرف كيف تخدشها لأنها لم تعد موجودة ... إنها مزعجة، لكنها لا تؤلم.

### 4. ألم الأطراف الوهمية:

التهاب الخلاء تتميز هذه الآلام المتعلقة بالطرف الغائب بإدراك الصدمات الكهربائية القوية أو اللسعات أو الحروق أو الطعنات. يرتبط وجود ألم الأطراف الوهمية مع شدة الهلوسة.

عادة ما يكون الألم متقطعاً وتختلف الخلفية المؤلمة في مدته وشدته. في بعض الموضوعات، ينخفض بمرور الوقت، بينما يزداد في حالات أخرى. أحد العوامل الرئيسية التي تنبئ بهذه الشدة هو الألم الذي يسبق البتر مباشرة. ألم الأطراف الوهمية هو ألم عصبي، يبدأ أو ينجم عن تلف أو خلل في الجهاز العصبي. يكون هذا أكثر شيوعاً عندما يكون مصحوباً بالألم في الجذع.

### 5. تغير نمط الحياة:

ربما يكون التغيير الرئيسي بعد البتر هو انخفاض الحركة. كما أن السنة الأولى التي تلي البتر في بعض الأحيان تكون الأعدق لأن مورفولوجيا الجذع لم يستقر بعد بشكل كامل. يفقد المريض جزءاً كبيراً من استقلالته ويتم ملاحظة التغييرات على المستويات الاجتماعية والعائلية والمهنية.

تلاحظ ان آثار البتر متفاوتة وتختلف من حالة الى أخرى كونها مرتبطة بمستوى البتر، فالتعقيدات تزداد أكثر لدى الحالات المعقدة لكننا نجد أن الآثار النفسية هي الأكثر بروزا حتى مع اختلاف مستوى البتر كون المريض لم يتعايش مع مرضه منذ البداية وهذه ما أدى به الى تقاوم المعاناة التي أوصلته حد البتر.

### XII. الصعوبات النفسية اللاحقة للبتر:

في البداية يدرك الأفراد فقدان أطرافهم وحدودهم، لذلك قد يشعرون بالفراغ والضعف. وبالتالي نجد أن المرحلة الأولى تتميز بالخمول والذهول. ثم تأتي الرغبة في استعادة المهارات المفقودة، والتي يمكن أن تسبب القلق أو التهيج بسبب قيود العملية. أما المرحلة الثالثة فتتكون من الفوضى واليأس. أين يدرك الفرد أن بعض الاضطرابات دائمة. وأخيرا وفي المرحلة الرابعة يتمكن المريض من إنشاء تعريف جديد للذات، ولذلك من المهم تحقيق التوازن بين الدافع والوعي المرضي. حيث أن الإفراط في الوعي يمكن أن يؤدي إلى الانتحار في حين أن الكثير من الدوافع دون الأخذ في الاعتبار حقيقة قدرات الفرد يمثل خطر عدم الكفاءة ويؤدي الى حالة عدم التكيف وبرز آثار نفسية تختلف من حالة الى أخرى ومتفاوتة الشدة والدرجة.

ومن هنا فإنه إلى جانب البتر نفسه، يمكن أن يكون سبب البتر في حد ذاته مؤلما أيضا. على سبيل المثال، فالنجاة من حادث سيارة أو المعاناة من مرض مزمن مؤلما في حد ذاته. ومن أجل التفكير في طريقة مناسبة للتدخل مع مبتوري الأطراف، من الضروري أولا تحديد الصعوبات النفسية والتأثيرات العاطفية الناجمة عن المرض، وكذلك الأمراض المصاحبة التي كانت موجودة قبل البتر. ومن أكثر الصعوبات النفسية شيوعا بعد البتر نجد القلق واضطرابات المزاج والتكيف وظاهرة التفكك والتي قد تصل الى حد بروز اضطرابات نفسية معقدة كاضطراب ما بعد الصدمة والتي تزيد من التعقيدات الصحية لمبتوري الأطراف.

### XIII. احصائيات:

#### 1. دوليا:

يعد مرض السكري أحد أكثر الأمراض المزمنة خطورة على الاطلاق، إذ زاد عدد الأشخاص المصابين به من 108 مليون شخصا سنة 1980 الى 422 مليون شخصا سنة 2014 ولا يزال يعرف منحنا تصاعديا مخيفا، (منظمة الصحة العالمية، 2022) أين وصلت الاحصائيات الى 537 مليون بالغ (1 من 11) متعايشين مع مرض السكري عام 2021، ومن المتوقع أن يرتفع عدد الأشخاص المصابين بداء السكري الى 643 مليون بحلول عام 2030 (وزارة الصحة، 2022)، حيث تعرف البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وتيرة أسرع من وتيرة انتشاره في البلدان المرتفعة الدخل.

واحد من كل شخصين بالغين مصابين بالسكري لا يتم تشخيصهم مما يعادل 232 مليون شخص، وواحد من كل خمسة مرضى بالسكري أعمارهم تفوق 65 سنة أي ما يعادل 136 مليون شخص، كما يتأثر واحد من كل ستة مواليد بارتفاع السكر في الدم أثناء الحمل (سكري الحمل)، أي ما يعادل 20 مليون حالة. (وزارة الصحة، 2022)

كما ارتفعت معدلات الوفيات المبكرة الناجمة عن مرض السكري بنسبة 3% ما بين عامي 2000 و2019، وتشير التقديرات أيضا الى أن مرض السكري ومرض الكلى الناجم عنه تسببا في عام 2019 في حدوث نحو مليوني حالة وفاة (منظمة الصحة العالمية، 2022)، لكن الرقم تصاعد سنة 2021 لتشير الاحصائيات الى أن مرض السكري تسبب في وفاة 6.7 مليون شخص.

وفقاً لتقرير الإحصاءات الوطنية الأمريكية لداء السكري الصادر عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، يقدر أن 37.3 مليون شخص في الولايات المتحدة أو 11.3% من السكان مصابون بداء السكري، أي حوالي 1 من كل 4 أشخاص بالغين مصابين بداء السكري ولا يعرفون أنهم مصابون بالمرض. ويقدر أن 96 مليون بالغ أمريكي مصاب بحالة ما قبل السكري، مما يعني أن مستويات سكر الدم لديهم أعلى من الطبيعي ولكنها ليست مرتفعة بما يكفي لتشخيص إصابتهم بداء السكري (national institute of Diabetes and Digestive and Kidney Dis, 2023)

## 2. عربيا:

حسب تقرير نشرته منظمة الاتحاد الدولي للسكري (IDF) في عام 2021، حمل عنوان (أطلس مرض السكري) في نسخته العاشرة، والذي أشار إلى زيادة عالمية مستمرة في انتشار مرض السكري.

ووفقا للإحصاءات المبنية حول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث يتواجد بها أعلى معدل انتشار إقليمي بنسبة 16.2%، كما تضم ثاني أعلى زيادة متوقعة (86%) في عدد المصابين بمرض السكري، الذي من المقدر أن يبلغ 136 مليوناً بحلول عام 2045.

ووفقا دائما للإحصائيات المذكورة في التقرير، حلت مصر في المرتبة الأولى بتسجيلها أعلى عدد المصابين بمرض السكري الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20 و79 عاما، لتصل نسبتهم إلى 20.9% وإجمالي عددهم إلى 10.9 مليون شخص خلال عام 2021 وتلتها السعودية على الصعيد العربي كثاني أعلى دولة عربية من حيث عدد المصابين بمرض السكري بنسبة بلغت 18.7% وإجمالي 4.3 مليون شخص، ثم السودان

بنسبة 18.9% ومجموع 3.5 مليون شخص وبعدها المغرب بتسجيلها 2.3 مليون شخص لتأتي الجزائر في المرتبة الرابعة عربيا بعدد يصل الى 2 مليون مريض الى جانب العراق. (العربية CNN، 14 فبراير 2022)

كما أفاد تقرير رسمي في الجزائر بأن عدد المصابين بداء السكري تزايد في البلاد، إذ سجلت 2.8 مليون مصاب بنسبة 15% بين السكان الذين تتجاوز أعمارهم 18 عاما سنة 2022، مرجحا أن يصل عدد الصابين بهذا الداء الى خمسة ملايين بحلول عام 2030. (لحياني، 14 نوفمبر 2022)

من خلال الاحصائيات المعروضة نلمس أن عدد الإصابات في تزايد مذهل ومرعب على الصعيد العالمي مما يستدعي تكاثف الجهود لمجابهة هذا السبح الخطير والقاتل الصامت الذي أصبح يهدد البشرية دون سابق انذار.

## خلاصة:

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة المعاصرة والقديمة في نفس الوقت كونه قديم النشأة وحديث من حيث تزايد احصائيات عدد المرضى والمضاعفات الخطيرة التي يخلفها سنويا، إذ يعد ثاني سبب للوفيات في العالم لما يحدثه من عجز كلي أو جزئي في افراز هرمون الأنسولين المسؤول عن تعديل نسبة السكر في الدم، هذا الأخير الذي يغفل عنه الكثير لصعوبة تشخيصه في آوانه كون الأعراض لا تظهر دفعة واحدة، الى أن يفتك بالمريض على المدى الطويل فتنبثق عنه مضاعفات تمس بالعديد من أجهزة الجسم ولأسيما الأعصاب والأوعية الدموية والتي قد تصل حد البتر وفقدان القدرة على الحياة بالطريقة الطبيعية المعتادة، الأمر الذي يفرض على المريض المبتور تغيير نظام حياته وضرورة تكيفه مع الوضع الجديد مما يؤزم الوضع أكثر ويصعب عليه الشفاء فتظهر صعوبات نفسية واجتماعية متفاوتة في الشدة تترتب عنها تأثيرات سلبية على المستوى الجسدي والنفسي وحتى الاجتماعي، فيعيش المبتور في عزلة وانطواء تحت وقع صدمة البتر، ومن هنا يأتي دور الاخصائي النفساني بضرورة التدخل الفوري لإعادة تأهيل المرضى ومساعدتهم على التكيف مع الوضع الجديد.

الجانِب التَطْبِيقِي

# الفصل الخامس

**تمهيد:**

أساس المضي قدما في أي بحث علمي هو تتبع مجموعة من الإجراءات المنهجية المهمة، ومن خلال الدراسة الحالية سنحاول دراسة فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري في مصلحة الطب الداخلي بمستشفى الحكيم عقبي، حيث تم وضع عدة فروض فيما يخص أثر هذا البرنامج وتقنياته بالاعتماد على الجوانب النظرية للمشكلة وما جاء فيها من دراسات سابقة، وللتحقق من هذه الفروض قامت الباحثة بعدة إجراءات منهجية متضمنة في هذا الفصل بداية من تحديد المنهج المستخدم، ثم الكيفية التي تم بها اختيار العينة وخصائصها، ووصف الأدوات لا سيما المقياس المستخدم في قياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وخصائصه السيكمترية، ووصف البرنامج المصمم للتكفل النفسي بحالات الدراسة وإطاره النظري وتقنياته وخطوات تطبيقه.

### 1. منهج الدراسة:

يعرف منهج البحث بأنه ما يقوم الباحث للحصول على نتائج دراسته، ومنهج البحث بهذا المعنى عملية منظمة غرضية والإجراءات المستخدمة فيه ليست أنشطة عشوائية ولكنها عمليات يتم التخطيط لها بعناية، ويمكن القول ان منهج البحث هو التصميم أو الخطة التي يصفها الباحث للحصول على البيانات وتحليلها بغرض الوقوف على طبيعة مشكلة ما من المشكلات. (رجاء أبو علام، 1999، ص 127)

واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على مبادئ وحقائق علم النفس والعلوم الأخرى المرتبطة به في اختيارها للمنهج. ولذلك اخترت المنهج الشبه التجريبي كمنهج لهذه الدراسة.

### 1. المنهج الشبه التجريبي:

اتخذنا التصميم الشبه التجريبي أ- ب. والذي يعد أحد التصميمات الشبه التجريبية في بحث المفحوص الواحد هو تصميم (أب) أ هو خط القاعدة، ب هو المعالجة.

يهتم الباحث في هذا التصميم بتعريض نفس المفحوص إلى إجرائين (مرحلتين)، أو ظرفين، الإجراء الأول قبل المعالجة، ويدعى مرحلة خط القاعدة ويرمز لها ب: أ خلال هذا الإجراء، يقوم الباحث بملاحظة سلوك الفرد بشكل متكرر وقياسه لعدة مرات، حتى يتأكد أن سلوك المعني ثابت في ظهوره، بصفة اضطراب وسلوك غير مرغوب فيه، وبعد ذلك يعرض الفرد لمعالجة من نوع معين (تدخل علاجي أو إرشادي)، وتعرف بالرمز ب، وخلال تطبيق أو بعد تطبيق كل معالجة يلاحظ سلوكه مباشرة بعد المعالجة. (بشير معمرية، 2007، ص 12)

### 2. تصميم الدراسة ومتغيراتها:

تعد هذه الدراسة شبه تجريبية، تهدف إلى معرفة أثر التكفل المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى حالات الدراسة، قمنا بحساب درجات حالات الدراسة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5.

وفيما يلي تحديد متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: والمتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

المتغير التابع: والمتمثل في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وبناء على ذلك يكون التصميم الشبه التجريبي كما يلي:

## معالجة

ب: قياس بعدي.



أ: قياس قبلي

## II. مجتمع وعينة الدراسة:

ونقصد بها مجتمع البحث وهم جميع الافراد أو العناصر الذين يمتلكون نفس الخصائص المستهدفة بالدراسة والتي يمكن تجربتها، والمجتمع هو الهدف الاساسي من الدراسة حيث أن الباحث يجتهد ليصل إلى تعميم نتائجها على المجتمع ككل. (محمود أبو علام، 2006، ص ص 104-107)

قامت الباحثة باختيار العينة بالطريقة القصدية والتي يعرفها موريس هي أخذ عينة عن طريق السحب بالصدفة من بين مجموعة عناصر مجتمع البحث (موريس أنجرس، 2006، ص304).

وذلك بعد اجراء الدراسة الاستطلاعية وتسجيلهم لدرجات معتبرة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5، وقبولهم الخضوع للبرنامج العلاجي المصمم لتحقيق أهداف الدراسة.

## 1. شروط إختيار العينة: حرصت الباحثة في إختيار العينة على توفر مجموعة من الشروط:

- ← أن تكون الحالات من مبتوري الأطراف مرضى السكري، وأن يكون البتر منذ شهر على الأقل.
- ← التأكد من بروز أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الحالات من خلال إجراء المقابلة والاستعانة بمقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5.
- ← أن يمكن المستوى التعليمي العينة من القراءة والكتابة، إمكانية تطبيق الواجبات المنزلية.
- ← الطلب الصريح للعلاج والحاجة الى المساعدة النفسية.

## 2. مواصفات العينة

تمثلت عينة الدراسة في (03) حالات من مبتوري الأطراف مرضى السكري بعد أن كان عددهم (07) حالات حيث توفيت حالتين قبل الشروع في تنفيذ البرنامج العلاجي وكذا انسحاب حالتين بعد الجلسة الثانية من العلاج لتبقى بذلك (03) حالات، تم اختيارهم بطريقة قصدية من العينة الاستطلاعية بعد أن استوفوا المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة على مقياس PCL-5 الصادر عن DSM-5 وتوفر الشروط المطلوبة فيهم، وخصائصها كالاتي:

جدول رقم (01): يوضح خصائص العينة الأساسية

الحالات	الجنس	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى الدراسي	المهنة	تاريخ البتر	عدد مرات البتر
الحالة (ك)	ذكر	54 سنة	متزوج	الثالثة ثانوي	تاجر (بقال)	2018 و 2022	2
الحالة (ح)	ذكر	43 سنة	متزوج	الثالثة ثانوي	دركي	2021	1
الحالة (ب)	انثى	46 سنة	عزباء	الاولى ثانوي	بطالة	2022	1

المصدر: من اعداد الباحثة

### III. أدوات الدراسة:

#### 1. الملاحظة:

تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على أنها مصطلح عام يرمي إلى إدراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات حوادث أو أفراد في وضعيات معينة يكون جمع البيانات في دراسة الحالة غالباً على أثر الملاحظة المباشرة وذلك من خلال تطبيق الاختبارات السيكلوجية في المقابلة التشخيصية. (عبد الوافي زهير، 2003، ص 65)

تساعد الملاحظة في المجال العيادي من ارساد السلوكيات المضطربة للمفحوص والتأكد منها حتى تتم عملية التحليل الوظيفي بطريقة صحيحة بعيدة عن كل تأويل ذاتي.

#### 2. المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية أداة جد مهمة في مجال البحوث العيادية، حيث تختلف المقابلات التشخيصية عن العلاجية في الهدف الاساسي لكل منهما، فالهدف الاساسي للمقابلة التشخيصية هو التأكد من حالة المفحوص التي تم التعرف عليها بصفة نهائية في المقابلة الابتدائية حتى يكون التشخيص سليماً وصحيحاً، بينما يركز الهدف الاساسي للمقابلة العلاجية على تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية التي رسمها المعالج، بناء على تشخيص حالة المفحوص. (عبد السلام زهران، 2001، ص 35)

وبذلك تعتبر التقنية العيادية المثلى ويقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص بقصد الحصول على المعلومات منه ومن ثم مساعدته على التخلص من مشاكله، وتمتاز بأنها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة انفعالات المفحوص ومعرفة أفكاره واتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية، وبعدها يمكن تطبيق برنامج التكفل النفسي للحالات.

### 3. مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5:

#### 1.3. التعريف بالمقياس:

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باختيار مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الصادر عن الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية للجمعية الأمريكية للطب العقلي النسخة الخامسة باللغة الانجليزية، أين قامت الباحثة بترجمته وعرضه على مجموعة من المختصين للتدقيق اللغوي ومن ثم التحقق من خصائصه السيكومترية، يحتوي المقياس (20) بندا مقسمة على 4 محاور تتوافق مع معايير أعراض DSM-5 كما يلي:

ردود الفعل التكرارية وتشمل البنود (1-5)، ردود الفعل التجنبية وتشمل البنود (6-7)، ردود الفعل الإدراكية والمزاجية السلبية وتشمل البنود (8-14)، ردود فعل الاستثارة الانفعالية وتشمل البنود (15-20)، وكل بند يتبع بخمسة بدائل وفق مقياس ليكرت الخماسي وهي: (أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما).

أما بالنسبة لتصحيح المقياس فقد تم إعطاء التقديرات (0، 1، 2، 3، 4) على التوالي وفقا البدائل من اليمين الى اليسار، ويتم تجميع الدرجات المحصل عليها على المقياس والتي تتراوح ما بين 0 درجة وهي أقل درجة والتي تدل على عدم وجود أعراض اضطراب ما بعد الصدمة و80 درجة والتي تشير الى أقصى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس والتي تدل على أعلى شدة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. (Morrison et al., 2021, p. 3)

#### 2.3. الخصائص السيكومترية للمقياس

قام (Morrison, 2021) من التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 باستخدام عدة طرق منها (Morrison et al., 2021, p. 4-5):

##### 1.2.3. صدق المقياس:

- الصدق الداخلي: قام Morrison بفحص الاتساق الداخلي للبنود داخل كل مجموعة أعراض أي داخل كل محور من محاور المقياس وكانت النتيجة كالآتي:

المعيار B= 0.89، المعيار C= 0.83، المعيار D= 0.84، المعيار C= 0.83 مما يعني وجود اتساق داخلي قوي داخل المجموعات الفرعية للمقياس.

كما تراوحت ارتباطات بنود PCL-5 فيما بينها ما بين 0.65 و0.80 مما يشير الى أنها هناك ارتباط يمتد بين المعتدل والقوي بين بنود المقياس.

- الصدق التمييزي (طريقة المقارنة): تم فحص صلاحية مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 بمقارنته مع مقياس (CAPS-5) The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 وأظهرت النتائج أن هناك ارتباط إيجابي وقوي بين مجموعات درجات PCL-5 واجمالي درجات (CAPS-5) ( $r=0.72$  عند مستوى دلالة 0.01).

### 2.2.3. ثبات المقياس:

- طريقة إعادة التجربة: قام Morrison بإعادة تطبيق المقياس على عينة قوامها 40 فردا خلال مدة زمنية لا تتجاوز 15 يوما، وكانت قيمة معامل الثبات  $r=0.62$  عند مستوى دلالة 0.01، وهي دالة على ثبات الأداة وصلاحيتها.

- طريقة ألفا كورنباخ: تم فحص ثبات المقياس بحساب معامل الاتساق الداخلي بين تنوع المقاس الكلي وكانت قيمة  $\alpha=0.94$  وهو اتساق داخلي قوي جدا.

### 3.3. الإجراءات الاستطلاعية للدراسة:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية تسبق كل تطبيق فعلي للأدوات المستعملة في البحث، حيث أنها تهدف إلى إختيار الجانب المنهجي، وتتيح للباحث التعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وتجربتها وكذا الظروف التي تحيط بالظاهرة المراد دراستها، والتعرف على مدى صلاحية أدوات البحث وتقنيات المعالجة الاحصائية ومعرفة ردود أفعال المفحوصين، وهي بذلك تسمح للباحث بأن يتأكد من كل الشروط المتوفرة للقيام بدراسته وكان الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية هو:

← التحقق من صلاحية الادوات التي يمكن استخدامها في الدراسة الاساسية من حيث مدى وضوح عبارتها وسلامة تعليماتها والخصائص السيكمترية.

← معرفة الزمن المناسب لتطبيق أدوات الدراسة.

← الاطلاع على ميدان البحث والتحقق من إمكانية الاجراء التطبيقي من حيث توفر عينة الدراسة مع

مراعاة الخصائص المطلوبة وامكانية التواصل معها. (مهي محمد سعد، 2000، ص 32)

هدفت هذه الدراسة إلى التأكد من صلاحية ما توفر من أدوات بحثية ملائمة لقياس متغيرات البحث وتعلق الأمر بمقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5، وفيما يلي توضيح لإجراءات ذلك:

### 1.3.3. الدراسة الاستطلاعية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5:

من أجل التأكد من صلاحية استخدام هذا المقياس في هذه الدراسة تم تجريبه على عينة استطلاعية قدرت بـ (25) حالة من مرضى السكري مبتوري الأطراف، اختيروا بطريقة عرضية خلال فترة تواجدهم بالمستشفى في الفترة الزمنية الممتدة من شهر أبريل 2022 الى غاية شهر سبتمبر 2022.

وقد أشار ذلك إلى عدم وجود أية مشكلة تذكر فيما يتعلق بفهم أفراد العينة لعبارات المقياس، أو طريقة الإجابة عليه؛ بحيث لم نتلق أي استفسار من طرفهم على ذلك، وهذا قد يكون مؤشر على ملائمة عبارات المقياس لمجتمع البحث.

ومن أجل الاطمئنان أكثر على صلاحية استخدام هذا المقياس في دراستنا هاته لجأنا إلى إعادة حساب خصائصه السيكومترية من خلال تطبيقه على العينة المذكورة، وذلك على النحو الآتي:

#### 4.3. الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

**1.4.3. صدق الأداة:** يعرف الصدق على أن الأداة المصممة وضعت لقياس ما وضعت أو ما صممت لأجله، ويتم التأكد من صدق الأداة بطرائق متعددة، وفي دراستنا هذه اعتمدنا الطرائق التالية:

أ- **صدق المحكمين:** تم عرض المقياس في صورته الاصلية بعد ترجمته على مجموعة من الخبراء في التخصص ويقدر عددهم بـ 7 خبراء.

ب- **الصدق الداخلي:** تم التأكد من صدق المقياس باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل محور من المقياس والدرجة الكلية لبنود المقياس وكانت نتائجه كالتالي:

**جدول رقم (02):** يوضح معاملات ارتباط المحاور الأربعة للمقياس بالدرجة الكلية له

رقم المحور	معامل الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية	مستوى الدلالة
01	**0.854	** دال عند 0.01
02	*0.425	* دال عند 0.05
03	**0.845	** دال عند 0.01
04	**0.787	** دال عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات (SPSS, V25)

يتضح من الجدول رقم (1) أن كل معاملات الارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 و 0.05 مما يدل على وجود اتساق وارتباط عالي بين محاور المقياس والدرجة الكلية له. ولمزيد من التدقيق تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند ودرجة المحور الذي تنتمي إليه وكانت نتائجه كالتالي:

جدول رقم (03): يوضح معاملات ارتباط البنود مع درجة المحاور التي تنتمي إليها

رقم البند	المحور الأول	رقم البند	المحور الثاني	رقم البند	المحور الثالث	رقم البند	المحور الرابع
01	**0.900	06	**0.905	08	**0.534	15	**0.627
02	**0.784	07	**0.913	09	**0.543	16	0.184
03	**0.772	/	/	10	*0.493	17	0.035
04	**0.806	/	/	11	**0.764	18	0.343
05	**0.636	/	/	12	**0.690	19	**0.651
/	/	/	/	13	**0.593	20	**0.636
/	/	/	/	14	*0.411	/	/

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات (SPSS, V25)

يتضح من الجدول رقم (2) أن كل معاملات الارتباط بين درجة كل بند ودرجة المحور الذي تنتمي إليه موجبة، وأنها دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.01) و(0.05) وذلك يعني أن المقياس يتمتع باتساق داخلي مرتفع، أي أن المقياس صادق لقياس الخاصية التي أعد لقياسها.

ج- **الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):** تم حساب صدق الأداة أيضاً باعتماد طريقة المقارنة الطرفية، (باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS, V25)، حيث تم ترتيب الدرجات الكلية تنازلياً ثم تمت المقارنة بين 30% من المستوى السفلي و30% من المستوى العلوي فكانت قيمة (ت) المحسوبة تساوي 11.363، عند درجة الحرية 12 وهي قيمة دالة عند 0.01، مما يعني أن هناك فروق دالة بين المستوى العلوي والمستوى السفلي للدرجات وبالتالي فإن القياس يميز بين أفراد العينة.

**2.4.3. ثبات الأداة:** ويقصد بها مدى الاتساق واستقرار النتائج فيما لو أعيد تطبيق المقياس على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين (بوسالم، 2012، ص 78)، وتم حساب ثبات الأداة بطريقتين هما:

أ- **طريقة التجزئة النصفية:** تم اعتماد حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية لبنود الأداة، وذلك باستعمال حزمة البرامج الإحصائية (SPSS, V25) حيث كان معامل الثبات كما في الجدول التالي:

جدول رقم (04): يبين قيمة الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأداة الدراسة

عدد العبارات	معامل ارتباط بيرسون	معامل ارتباط سبيرمان براون
20	0.822	0.903

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات (SPSS, V25)

قدرت قيمة ثبات الأداة بـ 0.903 وهي درجة عالية جداً والتي تدل على أن الأداة ثابتة بدرجة مرتفعة جداً وصالحة للاستعمال إذا ما أعيد استخدامها في الدراسة الحالية.

ب- طريقة ألفا كورنباخ: هو معامل لتقدير ثبات درجات الاختبارات والمقاييس، ويسمح بتحديد الاتساق الداخلي لبنية المقياس ويسمى أيضا معامل التجانس ويطلق عليه مصطلح معامل  $(\alpha)$  (بوسالم، 2012، ص 98).

جدول رقم (05): يوضح معامل الثبات بمعادلة ألفا كورنباخ

معامل الثبات $\alpha$	عدد البنود	العينة
0.819	20	25

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات (SPSS, V25)

من خلال الجدول رقم (4) نجد أن قيمة معامل ألفا كورنباخ باستعمال الحزمة الإحصائية قدر بـ 0.819 وهو معامل ثبات عال جدا، مما يعزز مصداقية استخدامه في الدراسة.

#### 4. برنامج التكفل المعرفي السلوكي من تصميم الباحثة:

يعتبر هذا التدخل العلاجي نموذج توجيهي، تعاوني، منظم، ديناميكي يركز بداية على تحديد التشوهات المعرفية والسلوكيات المختلفة وظيفيا، ومن ثم يتدخل المعالج لجعل المفحوص يدرك أفكاره المختلفة وتأثيرها على الجانب الانفعالي، وبعدها يبدأ العمل على تدريب المفحوص على تطبيق فنيات سلوكية وأخرى معرفية لإحداث تعديلات معرفية عقلانية ومنطقية تتجر عنها سلوكيات سوية واستجابات انفعالية متكيفة. ويوضح هذا البرنامج خطوات تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وفق إجراءات منهجية منظمة ومصممة حسب ما أظهرته حالات الدراسة من أفكار مشوهة أثرت على نفسياتها وساهمت في بروز أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومعاناتها.

#### 1.4. الأهداف العامة للبرنامج العلاجي:

يعد هذا البرنامج إحدى عمليات التدخل العلاجي النفسي التي تهدف إلى التكفل النفسي بالحالات التي تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة جراء عملية البتر على إثر الإصابة بمرض السكري بالاعتماد على نوع البنية المعرفية للحالات والمسلمة التي يعتقد ويؤمن بها كل حالة على حد، وعليه سيتم:

- تقديم المساعدة النفسية للحالات للسيطرة على الانفعالات المستثارة والغير مرغوب فيها والناجمة عن الأفكار الآلية التي تعود إلى خبرات سابقة ترسخت مع الوقت وفجرتها تجربة البتر المؤلمة.
- تعديل هذه الأفكار التي ستؤثر بدورها على الانفعالات والسلوك.
- أكساب الحالات طرق جديدة تساعد على السيطرة على الوضعيات الضاغطة والمتجنبة التي من شأنها أن تأزم في حالتهم الصحية.

-تمكين الحالات من تعلم مهارات اجتماعية تساعدهم على الاندماج والتمتع بالحياة من خلال تقبلهم لمرضهم والتعايش معه.

#### 2.4. أهمية البرنامج العلاجي:

يأتي هذا البرنامج العلاجي ليمثل إحدى التدخلات العلاجية النفسية المساهمة في أحداث التوافق والتكيف النفسي كطريقة للمساعدة النفسية بحالات البتر والتخفيف من معاناتهم على إثر الخبرة الصادمة المعاشة وتتمثل أهميته أيضا في:

- يساهم البرنامج في إيجاد طريقة علاج لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وكذا التعايش مع المرض من خلال استخدام الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.
- يساعد التكفل المعرفي السلوكي على مواجهة الوضعيات المتجنبة والمثيرة للقلق والتوتر النفسي لمبتوري الأطراف مرضى السكري.

#### 3.4. الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج:

تم تصميم الصيغة الأولية للبرنامج بعد الاطلاع على الاسس النظرية للعلاج المعرفي - السلوكي وذلك من خلال مجموعة من بعض المراجع العربية والمراجع الاجنبية والاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والارشادية والتدريبية لبعض الاساليب العلاجية المعرفية-السلوكية في إطار الدورات التدريبية المقدمة من طرف الأستاذ المحاضر والمدرّب للعلاج المعرفي السلوكي مستوى 1، 2 الأستاذ عمران لخضر مثل: التحليل الوظيفي وفق شبكة SECCA، وبعض تقنيات إعادة البناء المعرفي، تحديد المسلمات الشرطية واللاشرطية التي تميز كل اضطراب عن غيره (الحصرية والاكنتاب).

#### 4.4. الإطار العلاجي والسيرورة العلاجية:

التكفل النفسي المعرفي السلوكي ذا طابع خاص ومميز، حيث عرفت تطبيقات العلاجات المعرفية السلوكية توسعا في الاستخدام على المستوى الفردي أو الجمعي، مع الأزواج، والأسر. تتميز بالطابع التربوي النفسي واسلوب حل المشكلات الذي شهد دراسات وتطبيقات مع الذهانيين على وجه الخصوص، غالبا ما يتراوح عدد جلساته ما بين 10 الى 25 جلسة، وتدوم كل جلسة حوالي 45 الى 60 دقيقة بمعدل جلسة واحدة كل اسبوع، خصوصا لدى المصابين بالاضطرابات العصابية أو الاكنتاب، أما لدى المصابين باضطرابات الشخصية أو الفصامين فقد تتراوح من 30 الى 60 جلسة حتى المئة. لدى الحديين يشترط ساعة كاملة .

(Jeant Cotraux, 2011, p 6)

أما فيما يخص التكفل المعرفي السلوكي المصمم من طرف الباحثة فقد تم عرضه في صورته الأولية على مجموعة مكونة من سبعة محكمين متخصصين لإبداء رأيهم فيه، وانطلاقاً من ملاحظاتهم قامت الباحثة بالتعديلات اللازمة ليكون في صورته النهائية والذي حددت عدد جلساته بـ 18 جلسة علاجية بواقع جلسة علاجية واحدة أسبوعياً لمدة أربع أشهر متتالية من شهر سبتمبر إلى شهر ديسمبر من عام 2023 بمتوسط زمني ما بين 50 إلى 55 دقيقة للجلسة الواحدة بالإضافة إلى الجلسات الأولية التي سبقت العلاج والتي بلغت أربعة جلسات لكل حالة على حد.

وتمر العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي عبر بروتوكول ونظام مخطط ومنظم يمر عبر المراحل التالية :

#### 1.4.4. التحليل الوظيفي:

هو عنصر أساسي ومميز للعلاج المعرفي السلوكي، وهو نقطة التقاء معلومات البحث العلمي مع تفرد الموضوع (Ayman Murad, 2017, p 25)، كما يوصف بأنه عملية دقيقة تتم عبر ملاحظة السلوكيات بشكل مباشر أو غير مباشر. هدفه ضبط دقيق لعوامل الإثارة وتثبيت السلوكيات المرضية ليس فقط بشكل سطحي لكن عبر تقصي وحصر المشاكل الأساسية لإحداث تعديل فعال ومستمر، حيث يسمح بتحديد وفهم الأداء الفردي للمفحوص في الحاضر والماضي، انه يمثل نهجاً نوعياً. ( Jeant Cottraux, 2011, p )

107

وهو أيضاً تحليل وشرح وظيفة الفرد في نسقه الخاص حيث يقوم على ملاحظة سلوك الفرد المباشر وغير المباشر القابل لقياس. (Ovide et Philippe Fantaine, 2000, p 62)

هنا يستخدم المعالج وسائل عدة: حوار سقراطي، شبكات التحليل كنموذج شبكة سيكا لكوترو Grille de SECCA، نموذج الحلقة المغلقة لكونجي Cungi، بازيك ايديا Basic IDEA للزاروس أو النموذج متعدد النماذج.

ولقد اخترنا في برنامجنا هذا شبكة سيكا 1985 Grille de SECCA de J. Cottraux التي تجمع العناصر المختلفة وتحدد العلاقات بين:

الوضعية Situation S

الانفعال Emotion E

الأفكار الآلية (الصور العقلية) Cognition C

السلوك Comportement C

دور المحيط Anticipation A

هذه الشبكة هدفها تعليمي وتطبيقي، ويتم فيها التحليل على مستويين:

← التحليل الأفقي (العرضي) أي هنا والآن **Synchronique**: وهو تحليل لدينامية العرض في تفاعل العناصر الثلاث: انفعالات، أفكار، سلوك وعلاقتها مع البيئة المحيطة.

← التحليل العمودي للاضطراب (التاريخي) **Diachronique**:

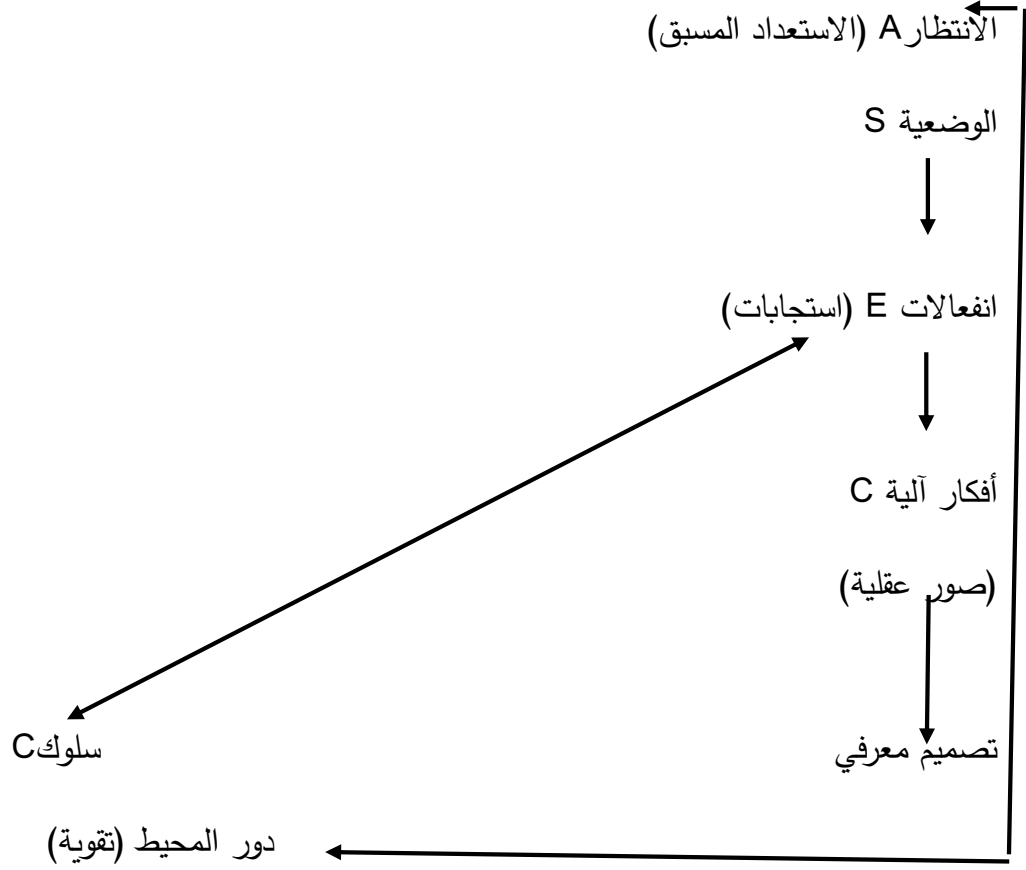
يؤخذ بعين الاعتبار التاريخ الماضي للمفحوص، اذ يدرس المعالج الأفكار، الصور العقلية، الحوارات الداخلية المرافقة أو السابقة للسلوك المشكل. أخيرا يتم تحديد السلوكيات بشقيها الحركي واللفظي.

وتجدر الإشارة الى انه ينبغي التركيز على أن عملية التحليل الوظيفي والتشخيص الدقيق قد تأخذ عدة جلسات.

لذا ينبغي للمعالج أخذ الوقت الكافي لتقادي أخطاء القيام بتشخيص خاطئ ناتج عن تقديرات ذاتية أو أحكام مسبقة.

شبكة التحليل الوظيفي سيكا (J.Cottraux, 1985) الأفقي

✓ التحليل العرضي (هنا والآن):



شبكة التحليل الوظيفي سيكا العمودي

✓ التحليل العمودي (التاريخي):

\* المعطيات البنوية الممكنة:

- وراثة

- شخصية

\* العوامل المثيرة الأولية.

\* العوامل المسرعة للاضطراب.

\* العوامل التاريخية المسببة

\* مشاكل أخرى

\* العلاجات السابقة. (Jeant Cottraux, 2011, p p 112 113)

الشكل رقم: (2) يمثل شبكة التحليل الوظيفي سيكا بمستوييه الأفقي والعمودي (J.Cottraux, 1985)

#### 2.4.4. تحديد الهدف العلاجي:

بما أن العمل تشاركي، فالمعالج والمفحوص يتفقان معا على فرضيات سببية للاضطراب، للمثيرات والمسببات ثم يعقدان اتفاقا علاجيا يتعلق بالهدف المراد تحقيقه، اساليب العلاج مع تقبل المفحوص للانخراط في عمل تفاعلي للمساهمة في خطوات العمل العلاجي، هذا الأخير شرط اساسي ودونه أي محاولة يكون مآلها الفشل.

عند تعدد المشكلات أو الاضطرابات تحدد أولوية المشكلات المراد علاجها بالتشاور وبعد موافقة المفحوص الذي يعد شريك علاجي.

#### 3.4.4. تنفيذ البرنامج العلاجي:

لتحقيق ذلك تستخدم المبادئ والتقنيات المحددة سلفا مع المفحوص وهي ذات صنفين سلوكية ومعرفية. تسمح بتطوير كفاءات، احداث التوازن وتسيير السلوكيات ذاتيا من قبل المفحوص. ذلك أن الهدف دوما تفعيل الاستقلالية والتجريب ثم تعميم الكفاءات المكتسبة خلال الجلسة واستخدامها في الواقع. هذا العمل يحافظ على استقلالية المفحوص ويجنب الانتكاس أو ظهور أعراض بديلة. لأن اكتساب سلوك ايجابي جديد من شأنه حث المفحوص على التصرف بشكل مختلف لأن تعديل السلوك المرضي أكيد من شأنه إحداث التغيير على سيرورة التوظيف برمتها وليس فقط إلغاء سلوك وبرمجة آخر جديد كما يعتقد الكثيرون.

#### 4.4.4. تقييم البرنامج:

يكون التقييم بمقارنة المقاييس المتكررة المطبقة قبل، أثناء وبعد العلاج، وفي حالة المتابعة تكون على الأقل لمدة سنة بعد نهاية العلاج وذلك بوضع نقاط التقييم في الشهر الأول، السادس وبعد سنة.

(Cottraux, 2011, p 06 07)

أما بالنسبة لنا تتم عملية تقييم البرنامج من خلال مرحلتين أساسيتين وهما:

-تقييم أولي ويتمثل في تطبيق القياس القبلي والقياس البعدي.

-تقييم خلال الجلسات من خلال التقييم الذاتي للحالة لشدة قلقه خلال الوضعيات المثيرة للخوف والقلق والتوتر.

## 4.5. الدافعية:

لا يوجد تغير دون دافعية، بمعنى توقع النتيجة أو انتظار فعالية العلاج المستعمل فإن لم تكن هناك دافعية نحو أو انتظار الهدف من العلاج لن يتحقق التغير، لذا فإن فعالية العلاج المعرفي السلوكي يستلزم مستوى معيناً من الدافعية، ومن الأفضل إعلام الحالة مسبقاً بذلك. إن التغير أساساً يستلزم عملية التعلم والتعلم المضاد مهما كانت نوعية العلاج، فالإدراك أو الوعي بالصدمة المسببة للاضطراب والوضعية الشرطية الأولية غالباً ما يكونان كافيين لإحداث التغير في السلوك المضطرب. ومن ثم فإن الأفراد في العلاج المعرفي السلوكي يتعلمون أن يلاحظوا ويقيموا ذاتهم وأن يستعملوا تقنيات يستخدمونها من أجل حل مشكلات مشابهة، مهما كانت بنية الشخصية فأحداث التغير في عنصر من هذه البنية يدخل التعديل على باقي العناصر المكونة لها، عن طريق إعادة تنظيمها، وذلك لأن التغير يحدث التعديل على البنية ككل، وهذا راجع إلى اختيار السلوكيات، الانفعالات، والمعارف المستهدفة في التعديل الذي بدوره ردود فعل متسلسلة وأساسية داخل البنية، ولهذا نجد بعض الأفراد يستفيدون من خبراتهم في حين البعض الآخر لا يتعلمون من ظروف معاشهم، وهذا ما يستدعي طرح السؤال التالي: ما هي مختلف السيرورات المثبتة للسلوكيات التثاؤمية وما هي سيرورات التغيير؟ إن تكرار نفس السلوك يعرقل عملية التغيير فيصبح الشخص حبيس معاشه. (Jeant Cottraux ,2011, p 7)

## 6.4. الجلسات العلاجية:

## 1.6.4. الجلسات الأولى:

أحد الأهداف الرئيسية للمقابلة الأولية هو تخفيف بعض الأعراض من أجل خفض معاناة المفحوص وكذا تنمية التعاون والمشاركة والثقة في العملية العلاجية، كما يسعى المعالج إلى تقديم أساس منطقي للعود بالتحسن، وذلك من خلال تحديد مجموعة من المشكلات وعرض بعض الاستراتيجيات للتعامل معها. حيث يستمر تحديد المشكلات ليصبح هدفاً في المراحل المبكرة من العلاج، ويعمل المعالج مع المفحوص على تحديد المشكلات الخاصة به والتركيز عليها خلال جلسات العلاج. بعدها يحاول المعالج تكوين فكرة واضحة وكاملة قدر المستطاع عن صعوبات المفحوص النفسية والظروف المحيطة بحياته كما يسعى للحصول على تفاصيل حول الانفعالات والاحاسيس التي تتناوبه على إثر الوضعيات المقلقة وكذا تحديد الأفكار اللاعقلانية التي تظهر حينها والأعراض الفيزيولوجية المرافقة، كما يجب أن يهتم بكيفية نظر المفحوص لمشكلاته الشخصية.

وعندها يتم تحديد المشكلات الأولية ويقوم المعالج والمفحوص في وضع أولويات هذه المشكلات. واتخاذ القرارات على أساس القابلية للتغيير.

هدف آخر للجلسة الأولى هو فهم العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان، حيث يجب على المعالج ملاحظة التغيرات الانفعالية على المفحوص (كالبكاء) عند سرده لمعاناته ومحاولة معرفة الأفكار التي تراوده على إثرها. وهنا يقوم المعالج بمعرفة طبيعة هذه الأفكار.

ويبدأ المعالج بإعداد الواجبات المنزلية لمساعدة العميل على فهم العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان والانفعال.

كما أن أحد المتطلبات المهمة جدا في المرحلة الأولى هو جعل المفحوص يألف العلاج المعرفي السلوكي وخاصة إذا جرب علاجاً آخر من قبل.

وأخيراً يتعين على المعالج أن يوضح خلال الجلسة الأولى، أهمية دور المفحوص في العملية العلاجية من خلال اعداده للواجبات المنزلية، حيث يبين له أن إنجاز الواجبات المنزلية أهم في الحقيقة من الجلسة العلاجية نفسها. وبإنجازها يكون التحسن عموماً أسرع.

← **المرحلة الأولى:** والتي تتمثل في مرحلة خفض الاعراض تركز على التغلب على الخوف وتحديد المشكلات وإقرار الأوليات

وتحقيق ألفة المفحوص بالعلاج واقامة علاقة تعاونية وعرض العلاقة بين المعارف والمشاعر وتسمية أخطاء التفكير والوصول إلى تقدم سريع في المشكلة المستهدفة.

ويرتكز العلاج أساساً على أعراض المفحوصة والتكفل بالصعوبات السلوكية والدافعية، وعند حدوث بعض التغيير الجوهرى في هذه المجالات، ينتقل التركيز على مضمون ونمط التفكير.

← **المرحلة الثانية:** وهي مرحلة التركيز على المخططات من أجل فهم أساس الأفكار ونوعها،

وعندما يصرح المفحوص بأنه أقل انفعالا ينتقل الاهتمام الى تحديد الأفكار المختلفة حول المشكلات النوعية التي تقف وراء العديد من صعوبات الحياة وتآزم الوضع الصحي وعند تحديدها، يتم فهم كيفية إدراك المفحوص للعالم وتنظيم معارفه ووضع الأهداف واقامة وتعديل السلوك وفهم أحداث الحياة. ويهدف العلاج إلى إبطال تأثيرات المخططات واستبدال الاساليب والطرق الغير سوية بمناحي جديدة وإذا تغيرت المخططات فإن المفحوص قد يصبح أكثر تكيفا وتقبلاً لمرضه. وفي هذه المرحلة على المفحوص تحمل المسؤولية في تحديد المشكلات واقتراح الحلول التي تناسبه وتطبيقها من خلال الواجبات المنزلية، أما المعالج فيلعب دور

الموجه والمدرّب مع العمل على تعليم المفحوص كيفية تطبيق الأساليب العلاجية دون مساعدة وما أن يصبح قادراً على حل مشكلاته بطريقة فعالة حتى ينخفض عدد الجلسات ويتوقف العلاج.

← **تطور الجلسة العلاجية:** تبدأ كل جلسة بوضع جدول لها، حيث يبدأ جدول الأعمال بموجز عن خبرات المفحوص منذ الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي ثم يسأل المعالج المفحوص عما يريد تناوله خلال الجلسة وعند تحديد قائمة قصيرة من الموضوعات والمشكلات يحدد المفحوص والمعالج ترتيب تغطية هذه الموضوعات والوقت المحدد لكل منها. يبدأ المعالج في مناقشة مشكلات المفحوص الواحدة تلو الأخرى وذلك بتوجيه سلسلة من الأسئلة التي صممت لتوضيح صعوبة المفحوص، حيث يسعى المعالج إلى تحديد ما إذا كانت مخططات سوء التوافق المبكر وسوء تفسير الأحداث أو التوقعات الكارثية والأفكار المشوهة متضمنة في تفكيره، كما يسعى للكشف عن ما إذا كانت كل الحلول الممكنة للمشكلة قد جربت أم لا. حيث سيتبين للمعالج الفكرة والصور العقلية أو السلوك الذي يتعين العمل عليه.

ويطلب المعالج من المفحوص، قرب انتهاء الجلسة، أن يقدم تلخيصاً غالباً ما يكون كتابياً، وذلك حول المضامين الأساسية التي أمكن التوصل إليها خلال الجلسة العلاجية. ثم يعطي له واجباً منزلياً مصمماً لمساعدته على تطبيق المهارات المستخلصة من الجلسة لحل المشكلات خلال الأسبوع التالي.

تطور مضمون الجلسة: إن بنية جلسات العلاج المعرفي السلوكي لا تتغير خلال برنامج العلاج ولكن المضمون غالباً ما يتغير جوهرياً.

يبدأ العلاج المعرفي السلوكي بعملية التقييم المعرفي السلوكي التي تستغرق في الغالب ما بين 1 جلسة إلى 3 جلسات وقد يزيد عدد الجلسات عن هذا العدد وفق ما تتطلبه الحالة، والتي يركز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة المفحوص، وقد تستخدم فيها نوع من الأسئلة المباشرة بشكل أكبر مما يحدث في بقية الجلسات الآتية. (اسماعيل علوي، 2009، ص 95)

تخصص هذه المرحلة للاستماع وفتح المجال للحديث الحر والاصغاء إلى المشاكل التي يعاني منها المفحوص، وفي حالة التوتر والقلق على المعالج أن يخصص على الأقل جلسة إضافية من أجل الوصف الدقيق للمعرفيات والسلوكيات المتعددة والمختلفة التي يقوم بها الفرد ويمارسها في حياته اليومية وبأدق التفاصيل، يمكن كذلك أن يطلب المعالج من المفحوص أن يصف له تفاصيل حياته اليومية منذ الاستيقاظ حتى النوم، وصياغة لائحة من السلوكيات والتصرفات التي تقلقه أكثر.

ففي هذه الجلسة يتم التعامل مع تقييم شخصية المفحوص وتحديد طبيعة مشكلته التي جاء لأجلها، توطيد علاقة تعاونية للوصول إلى علاقة علاجية تعاونية في بداية العلاج تقوم على أساس من الدفء والتقبل.

**2.6.4. مرحلة بداية العلاج:**

تختلف بناء الجلسة العلاجية الاولى عن بقية الجلسات التالية، وذلك أساسا بسبب تقديم مقدمة محدودة عن النموذج المعرفي السلوكي للمفحوص الذي لم يألفه بعد، ودائما ما يتضمن العلاقة بين الافكار والمشاعر والسلوك (بيرني كورين، 2008، ص 108) وفي الغالب لا تختلف الجلسات التي تلي الجلسات التقويمية عن الشكل التالي:

- وضع جدول اعمال الجلسة الجارية (الاهداف والمهام والاتفاقات).
- فحص مزاج المفحوص ومشاعره واثارة الامل في نفسيته.
- توطيد وتنمية علاقة الثقة والالفة عبر التعاطف والتقبل والاصغاء.
- استنباط توقعات المفحوص نحو العلاج والعمل على تصحيحها إذا كان ذلك ضروري.
- مراجعة المهام المنزلية (النتائج والصعوبات) الفائتة.
- تكوين صياغة معرفية عن الحالة باستخدام في الغالب الحوار السقراطي.
- تقديم وشرح النموذج المعرفي السلوكي بجرعة من التعليم النفسي حول اضطراب المفحوص (مساعدته على تعلم العلاقة بين الافكار والمشاعر والسلوك). (طه عبد العظيم، 2008، ص 238)
- تحديد الواجبات المنزلية (الاتفاق على المهام بين الجلسات الموكلة للمفحوص)
- الحصول على عائد من الجلسة feed back من قبل المفحوص. (اسماعيل علوي، 2009، ص 96)

**3.6.4. المرحلة الوسطى من العلاج:**

إن محور إهتمام العلاج يتغير عبر مساره إذ أن هناك تداخل بين المرحلة الوسطى العلاجية ومرحلة نهاية العلاج لكن يركز المعالج اهتمامه في هذه المرحلة على المعاني التي يعطيها المفحوص للحدث الغير ملائم وما له من ارتباط بمشاعره وسلوكه كما تتضمن أيضا تحديد وفحص صدق وصحة أنماط التفكير والاعتقادات الخاطئة لدى المفحوص واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية وتعليم المفحوص أساليب من البدائل التوافقية ومهارات جديدة تساعده في حل مشكلاته. (طه عبد العظيم، 2008، ص 240) وتمثل هذه المرحلة العملية الأساسية في العلاج فهي تتضمن على مستوى العلاقة العلاجية:

- الاستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية التعاونية.
- الاستمرار في تقديم العائد الايجابي والتشجيع. (بيرني كورين، 2008، ص 120)

**4.6.4. مرحلة نهاية العلاج:** في مرحلة البداية والوسطى سوف يعمل المفحوص بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألا ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الاجزاء الموجودة بالفعل، والتي تم إنجازها ومن ثم يكون العمل في هذه المرحلة على تثبيت المكاسب السابقة وتشجيع المفحوص على العمل مستقلا. (بيرني كورين، 2008، ص152) سوف يستمر في استخدام إطار العمل نفسه الذي استخدم في المراحل السابقة بزيادة التركيز على بعض النقاط المهمة لهذه المرحلة ومن ضمن هذه المهام ما يلي:

- إعداد المفحوص لانتهاء العلاج.

- الوقاية من الانتكاسة بوضع خطة للتصدي للمشكلات المحتملة.

- تدريب المفحوص أن يكون معالجا ذاتيا (تعليمه تحديد المشاكل وتقييمها ومواجهتها)

- المعالج يعزز القيمة لجهد المفحوص.

- يلخص المفحوص ما تم تعلمه وفهمه من أساليب وأدوات مناسبة.

#### 7.4. خطوات البرنامج العلاجي:

##### 1.7.4. تحضير المفحوص للعلاج المعرفي السلوكي:

ويتم اتخاذ هذه الخطوة بالأساس في بداية العلاج والتواصل مع المفحوص لأول مرة، لكن هذا لا يعني أن باقي المقابلات العلاجية تتم بمعزل عن هذا الاجراء بل هي خطوة متلازمة ومتدرجة في باقي البرنامج العلاجي حتى نهايته، إنما يكمن الفرق في أن التركيز على هذه الخطوة والتوسع فيها يكون في بداية العلاج ومراحله الاولى حتى نضمن بداية حسنة لسيرورة العلاج في بعده التواصل العائلي، الثقة المتبادلة، الوعي بمدى حقيقة هذا النوع من العلاجات، وإدراك وفهم الهدف المسطر له.

##### 2.7.4. تقديم الفكرة العامة للعلاج:

- أي تزويد المفحوص بمعلومات عن أسلوب العلاج المعرفي السلوكي حتى يتمكن من ان يكون خبيرا.
- الشرح للمفحوص العلاقة بين الافكار والمشاعر والسلوك وذلك باستخدام بعض الامثلة وكيفية تعديل الأفكار الغير منطقية التي تؤثر على الجانب العضوي.

##### 3.7.4. تحديد الأهداف العامة:

وذلك بمناقشة توقعات الحالة نحو العلاج بغية رسم ملامح واقعية وممكنة للأهداف المرجوة من العلاج.

## 4.7.4. بناء العلاقة العلاجية:

تبنى العلاقة العلاجية في إطار تحالف علاجي يمثل علاقة نشطة فعالة ومتبادلة تربط المفحوص بالمعالج من أجل تحديد والوصول الى الأهداف المرجوة من العلاج. (Ovide et Philippe Fontaine, 2000, p 80)

وتتم بترسيخ علاقة مهنية دافئة بآليات منها:

\* الاصغاء النشط (l'écoute actif)

\* المشاركة الوجدانية (Empathy) كما يبينها "روجرز" أنها حالة من التفهم والاحساس المتبادل بدون الذوبان في شخصية الآخر. (A. Bioy et A. Maquet, 2003, p 58)

## 5.7.4. التفاهم على العقد العلاجي: وذلك بالحصول على اتفاق عملي لاختباره في الممارسة الفعلية

بتحديد الخطوات والالتزام بها والاهداف العامة ويمكن ان يكون كتابيا او لفظيا.

6.7.4. ترسيخ مبدأ الأمل: في نفسية المفحوص لدفعه للمتابعة العلاجية وتقديم جرعة تعزيز واستنهاض دافعيته نحو العلاج من خلال توضيح أن هناك أملا واقعيًا.

## 7.7.4. وضع جدول أعمال الجلسة (الأجندة): وهو أمر أساسي وبمثابة تحديد هيكل بناء الجلسة العلاجية

في العلاج المعرفي السلوكي، وهذه الخطوة تعتبر دائما كنقطة بداية لكل جلسة علاجية، وتتضمن مخططا لما سيتم إنجازه أثناء الجلسة العلاجية وهذا بشكل تفاهمي وتوافقي بين المعالج والمفحوص وذلك باقتراح المعالج النقاط التي يراها مهمة في المرحلة العلاجية، ويراعي عند وضع جدول أعمال الجلسة ما يلي:

- أن يكون عدد البنود يتناسب ووقت جلسات العلاج أي يمكن تنفيذه ضمن إطار زمني للجلسة الفردية.

- وضع قائمة الاولويات وفقا لأهمية وإلحاح كل موضوع بالنسبة للمفحوص.

- أن تكون مرونة كافية بين المفحوص والمعالج عند وضع جدول الاعمال وتنفيذه.

-يتضمن تغذية راجعة عن الجلسة السابقة وعن الواجبات المنزلية. (Dattilio Frank and

Freeman arthue, 2000, p 40)

## 8.7.4. وضع خطة علاجية لكل جلسة: هذا الجزء يستغرق الوقت الاكبر من الجلسة وفي كثير من

الاحوال يطلب المعالج من المفحوص أن يحدد هو البنود التي يود البدء العمل عليها وهذا يقدم فرصة للمفحوص ليكون أكثر نشاطا وتوكيدا واتخاذ مزيد من المسؤولية، وأحيانا يقوم المعالج بالاختيار حين يرى أن مناقضة بند معين من بنود الاجندة سيكون له تأثير كبير في التقدم العلاجي أثناء الجلسة، وقد يسهل ذلك

بسؤال مثل: هل تمنع من أن تقوم بمناقشة الموقف (س) في البداية؟ (زيزي السيد إبراهيم، 2006، ص 180).

#### 9.7.4. مهام الواجب المنزلي:

بعد مناقشة بنود العمل الأساسية في الجلسة واعطاء تلخيص دوري لما يقال من قبل المفحوص، يقوم المعالج والمفحوص بتحديد مهام الواجب المنزلي لما بين الجلسات، ويكون مهام الواجب المنزلي أو مهام مساعدة الذات التي تنفذ فيما بين الجلسات أكثر إفادة إذا توفر لها ما يلي:

- مستوحات من أحداث الجلسة العلاجية.
- تحدد بوضوح وعناية.
- أن يكون لها هدف واضح مفهوم ومقبول لدى كل من المعالج والمفحوص.
- قابلية التطبيق من طرف المفحوص.

من الضروري عند تحديد مهام الواجب المنزلي أن نختار المهام التي يثق المعالج أن المفحوص يستطيع القيام بها، لان الفشل في هذه المهام يؤثر في دافعية المفحوص، وفقدانه للأمل، ومن المهم استباق الصعوبات المتوقعة عند التنفيذ يتم مناقشتها مع المفحوص باقتراح طرق التغلب عليها وفي حالة عدم قيام المفحوص بهذه المهام يتم التعرف على دوافع وأسباب ذلك. (زيزي السيد إبراهيم، 2006، ص ص 182 183)

#### 10.7.4. العائد أو التغذية الرجعية (Feed Back):

ونقصد به التغذية الراجعة من المفحوص وهي المهمة الأخيرة للمعالج في كل جلسة وذلك بالحصول على عائد عن ردود أفعال المفحوص عن الجلسة كأن يذكر ملخصاً للأشياء البارزة في الجلسة أو ما تعلمه أثناء الجلسة والعائد يساعد على اكتشاف مشاعر المفحوص حيال الجلسة، وخصوصاً إذا ما أزعجه شيئاً ما، ويساعد على تثبيت العلاقة العلاجية من خلال تشجيع المفحوص على التعبير في أثناء الجلسة على ملاحظاته ومشاعره نحو العلاج والواجب المنزلي والمعالج. (بكري نجيب، 2012، ص 170)

وللحصول على هذا الأخير يطرح المعالج بعض الأسئلة من شأنها ان تساعده في فهم مدى استيعاب المفحوص لمحتوى الجلسة، مثلاً: "هل لديك أي استفسار عن الواجب المنزلي؟" "هل تريد أن تقول شيئاً عن الجلسة السابقة؟" عن الجلسة الحالية مثلاً؟ "هل لديك أي أفكار أو مشاعر عن هذه الجلسة لغاية الآن؟" "هل تشعر بأنك أفضل حال عما بدأت به أم أسوأ."

## 11.7.4. التلخيص:

إن تقديم وتشجيع الملخصات أمر له أهمية في هذا النوع من العلاجات وخاصة أنه يساعد في تقريب الفهم وتحديد الاشكاليات والوقوف على الاسباب والعوامل الكامنة مباشرة وراء ظهور المشكل. فمن المفيد أن يقدم المعالج عبارات مختصرة في أوقات مناسبة خلال الجلسة كل 10 دقائق يلخص ما سبق في سيرورة الجلسة، حيث يقوم المعالج بإعادة صياغة أفكار وكلام المفحوص بشكل جديد على نحو مثلا: "تريد ان تقول: أنك... " أو أن ينقح أقواله فيقول مثلا: "انت تعني أنك...".

## جدول رقم (06): يوضح كيف نبدأ جلسة أولية

توضيح الطلب والتوقعات المتبادلة

السوابق

علاجات أخرى سابقة

تحديد الأجندة: ما الذي جاء بك؟ وما الذي تريد تناوله الآن؟

بناء علاقة تشاركية علاجية

تناول واستغلال مشاكل ومواضيع ملموسة عبر أمثلة واقعية

التلخيص: عبر استراتيجيات التدخل: تلخيص، إعادة للسياق، تقوية، إعادة صياغة ما قيل، دوران مع المقاومة.

تسجيل النقاط: كيف نسجل؟ ماذا؟ ومتى؟

وضع بداية للتشخيص.

مدى إمكانية القيام بالعلاج

تقديم العلاج

نهاية الجلسة: تغذية راجعة

تلخيص محتوى الجلسة

اتخاذ قرار مدروس ووضع أجندة الجلسة المقبلة

## جدول رقم (07): يمثل مخطط جلسة العلاجات المعرفية السلوكية

حوصلة الاسبوع المنقضي: الوظائف

أجندة الحصة: موضوع الجلسة: اختيار موضوع ملموس: وضعية أو مشكل حالي أو قديم

العمل وفق تقنيات: معرفية، سلوكية، انفعالية أو علائقية بين الاشخاص

تلخيص: متكرر كل 10 دقائق

تسجيل نقاط وإعادة قراءتها

نهاية الجلسة: تغذية راجعة: كيف عشت الحصة اليوم؟ ما الذي اعجبك؟ ما الذي لم يعجبك؟

ما هي أهم النقاط التي احتفظت بها؟ هل تريد اضافة اي شيء آخر؟

نلخص الجلسة

الوظائف: المكتوبة

أجندة الحصة المقبلة

الانتباه لآلية القدم

#### 8.4. الأساليب والتقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

تدمج عادة في العلاج المعرفي السلوكي أساليب سلوكية مع إعادة الهيكلة المعرفية (التعديل أو البناء المعرفي) في خطة العلاج الشامل. يمكن إعطاء الاستراتيجيات السلوكية أهمية كبرى في العلاج حيث تساعد هذه التقنيات في تعزيز المعارف الجديدة البديلة والمكتسبة.

وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على التقنيات التالية:

#### 1.8.4. التقنيات السلوكية:

#### 1.1.8.4. التحكم في التنفس:

تستخدم هذه الطريقة في علاج اضطرابات القلق، والتي تتمثل في تعليم المفحوص تمارين التنفس السليم والتي تعتبر ناجعة في التغلب على فرط النشاط التنفسي الزائد وخفض شدة القلق، ثم نباشر في تمرين تعديل التنفس الذي يساهم في توفير كمية من الأكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم في إخراج أكبر قدر ممكن من الفضلات وثاني أكسيد الكربون وينقل العقل والجسم الى حالة استرخاء ويعدل الدورة الدموية. (أحمد عبد

اللطيف، 2014، ص 254)

ان التنفس البطيء والعميق لديه تأثير مهدئ مثله مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي. بعد تدريب المفحوص على التطبيق السليم للمهارات التنفسية نعلمه كيفية استعمالها مع الوضعيات المقلقة أو الوضعيات المشابهة (Edward Friedman et Michael Thase, 2007, p 1931) قامت المعالجة بتدريب الحالات على كيفية التنفس الطبيعي أثناء مواجهة الوضعيات المقلقة المرتبطة بالموقف الصادم، وتعلم الرتم والشكل السليم لعملية التنفس، فيكون هادئ طبيعي على عكس التنفس السريع في الوضعيات المثيرة للخوف والتوتر، كما استعملت أيضا الصور المهدئة الإيجابية أثناء عملية التعديل التنفسي من أجل خفض درجة القلق. في النهاية اقترحت المعالجة ضرورة استخدام هذه الطريقة بشكل منتظم لتعزيز التحكم وتسيير وضعيات القلق المشابهة.

#### 2.1.8.4. الاسترخاء :

هي مجموعة التقنيات التي تسمح للحالة بالوصول إلى استجابة الاسترخاء، واستجابة الاسترخاء هي خفض من درجة التأهب والخطر، والخفض من شدة ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، حيث يشعر الفرد بالراحة. وتستعمل هذه الطريقة خاصة في خفض من الضغط النفسي والقلق. ويركز الاسترخاء على الجانب الجسدي الفيزيولوجي للحالة كالاسترخاء العضلي وإعادة التأهيل التنفسي وكذلك تركز على الجانب العقلي كاستخدام التأمل والتصور. وهناك عدة طرق للاسترخاء. (D. Servant, 2009, p 1 2)

وقد اعتمدنا في بحثنا هذا تقنية الاسترخاء لشولتز التي تركز على عملية التنفس والتأمل في نفس الوقت.

#### 3.1.8.4. التحصين التدريجي (التعريض التدريجي):

يعتبر التحصين التدريجي أو التعريض التدريجي أسلوبا من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية، ويتم في الحالات التي يكون فيها سلوك مثل التجنب قد اكتسب مرتبطا بشيء معين أو حادثة معينة، فنستخدم طريقة التعريض التدريجي المنتظم (إجلال محمد سرى، 2000، ص 174)، الهدف من هذه الاستراتيجية تسريع انطفاء ردود أفعال الخوف التي أدت الى بروز أعراض التجنب أو القلق الشرطي. حسب النظرية السلوكية فإن الخوف معزز عن طريق التجنب والهروب. بما أن القاعدة في الخوف والخوف غير عقلانية، فالاستراتيجية القصوة تبنى على زيادة التعريض للنشاط دون الخشية من النتائج الغير السارة (Edward Friedman et Michael Thase, 2007, p 1932)

#### 4.1.8.4. جدولة الأنشطة:

جدولة الأنشطة في العلاج المعرفي السلوكي لها غرضان:

- احتمال أن الحالة سوف تشارك في الأنشطة التي كان قد تم تجنبها في الحصة السابقة.  
 - لإزالة احتمال أن اتخاذ القرار بوصفه عقبة في الشروع في النشاط.  
 منذ أن تم اتخاذ القرار في مكتب المعالج، فإن على المفحوصة القيام بالأعمال التي قبلت القيام بها عندما لا ينفذ الحالة الأنشطة المتفق عليها، يصبح موضوعا هاما يناقش في الحصة المقبلة. (Dobson Keith, 2010 p 283) يجب على الحالة ان يكون نشطا ومسؤولا عن أعماله وذلك من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة في العلاج

#### 5.1.8.4. حل المشكلات:

وهي مهارة يتم تعلمها للتعامل مع مشكلات الحياة الواقعية وتتضمن أن يقوم المعالج والمفحوص بتقسيم المشكلة الى عناصر فرعية ويتم وضع قائمة بالحلول الممكنة ثم يقوم المفحوص بتجربة وتنفيذ هذه الحلول في الواجب المنزلي وتتم مناقشة النتيجة في الجلسات التالية. (أرنولد لازاروس، 2002، ص 281)

#### 6.1.8.4. الحوار الذاتي:

من الثابت والذي لا نقاش فيه أن ما نفكر فيه ونتخيله يؤثر على الطريقة التي نشعر بها ونتصرف بفعالها، فمدركاتنا وتقييماتنا وتوقعاتها تقرر وتحدد مسلك عمليات تنظيم ذواتنا. (أرنولد لازاروس، 2002، ص 273) وبالتالي فان الاستعمال اللارادي للأحاديث الذاتية الإيجابية، تساعد الى حد كبير في التعامل الناجح التكيفي مع الذات والآخرين

#### 2.8.4. التقنيات المعرفية

في حين تستخدم الإجراءات السلوكية في المقام الأول لتعديل سلوك المفحوص، أما التقنيات المعرفية تهدف إلى التعديل المعرفي، لأن النظرية المعرفية ترى أن التغيير في الانفعال والسلوك يأتي نتيجة التغيرات المعرفية (Dobson Keith, 2010, p 285)

ومن بين التقنيات المعرفية المطبقة في هذا البرنامج نجد:

#### 1.2.8.4. سجل الأفكار الأوتوماتيكية:

وهو جدول يتكون من ثلاث أعمدة هامة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي (الوضعية، الاحاسيس والانفعالات، الأفكار الآلية)، يتم تدريب الحالات على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي تواجه فيه المفحوصة حالة انفعالية غير سارة أو محيرة، يجب أن يكون المعالج متأكد من أن الحالة تفهم ما يقوله لها المعالج من أحاسيس، انفعالات، أو الأنماط، والتعرف على الأحاسيس المختلفة.  
 تمكن هذه التقنية المفحوص من إدراك أفكاره المختلة وتأثيرها على سلوكياته وانفعالاته.

## 2.2.8.4. تعديل الأخطاء المعرفية:

التعديل المعرفي يهدف إلى أخذ الفرد إلى الوعي التام بوضعيته الانفعالية أو التعرف على حديثه اللاعقلاني أثناء مواجهة الوضعيات الانفعالية، مع مساعدة المعالج سوف يتعلم من بعد كيفية إعادة بنائها، بمعنى ان يبدلها بأفكار أكثر منطقية، والتي تكون أكثر نجاعة وموافقة للوضعية. (Dobson Keith, 2010, p p 287 288)

ومن بين تقنيات التعديل المعرفي المستخدمة في هذا البرنامج العلاجي:

## ✓ تقنية السهم النازل:

تفيد هذه الفنية في استثارة المخاوف الكامنة لدى المفحوص والتي لا يكون على وعي بها والاعتقادات الكامنة لديه وتحقيق فهم أعمق لما تعنيه الأفكار التلقائية، أي انها تستخدم في استكشاف الاعتقادات الجوهرية التي تكمن وراء الأفكار التلقائية لدى المفحوص وهي تشير الى ماذا يعني لو كان التفكير صحيحا لدى المفحوص. (طه عبد العظيم، 2008، ص 265)

ويمكن طرح التساؤلات التالية:

ماهي عاقبة الفعل؟

ماذا يمثل لك ذلك؟

كيف ستكون انفعالاتك لو حدث ذلك؟

كيف سيكون سلوكك لو حدث ذلك؟

ما هي انفعالاتك؟

هذا العمل يسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة.

## ✓ سجل الأفكار البديلة:

وهو جدول يتكون من خمسة أعمدة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي (الوضعية، الاحاسيس والانفعالات، الأفكار الآلية)، والعمود الرابع لإيجاد الأفكار الإيجابية البديلة ، أما العمود الخامس والأخير فهو مخصص لوضع آثار هذه الأفكار البديلة التي صاغها المفحوص ووضعها مكان الأفكار المختلة، يتم تدريب المفحوص على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي يواجه فيه المفحوص حالة انفعالية غير سارة أو محيرة، يجب أن يكون المعالج متأكد من أن الحالة تفهم ما يقوله لها المعالج من أحاسيس، انفعالات، أو الأنماط، والتعرف على الأحاسيس المختلفة .وتقديم أحكام مطابقة للوضعيات التي

تعاني منها الحالة .كما يطلب المعالج من الحالة أن نلاحظ الوضع والتيار الفكري الذي ظهر خلال هذا الانفعال. وندرب المفحوص على تطبيق ثلاثة أنواع من الأسئلة حول المعتقدات التي يسجلها:

- ما هو الدليل على صحة أو خطأ المعتقد؟

- ما هي تفسيرات البديلة لهذا الموقف أو الحدث؟

- ما هي الآثار الحقيقية، إذا كان المعتقد صحيح؟

يجب ذكر كل سؤال من الأسئلة بشكل عام، يمكن أن يعدل للتناسب مع وضعية المفحوص أو نمطه .

(Dobson Keith, 2010, pp 285 287)

#### ✓ الأحكام الإيجابية والسلبية:

وهو جدول يتكون من عمودين، تكمن أهميته في مساعدة المفحوص على إعطاء الأدلة الإيجابية التي تكون ضد أفكاره الآلية وفي نفس الوقت تقديم البراهين التي تكون مع أفكاره ثم يقوم المعالج بمناقشة هذه البراهين معه ليتأكد ويدرك تأويلاته الخاطئة إزاء المواقف والوضعيات.

#### 3.2.8.4. الحوار السقراطي:

ويكون من خلال توجيه أسئلة تدور عادة حول الأفكار الآلية السلبية والمختلة وظيفيا لدى المفحوص وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث المريض على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر المعالج. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 194) ونجد منها:

- ما هو الدليل على ان تفكيرك صحيحا؟

- وما هو الدليل الذي يخالف هذا التفكير؟

- هل تستطيع رؤيتها بطريقة أخرى؟ أو من زاوية أخرى؟

- هل هذا خطير جدا؟

- ما هو أسوء شيء تتوقع حدوثه؟

- ما هو الأفضل لديك؟

- ما هو الأكثر احتمالا للوقوع لديك؟ (Jean Goulet et al, 2013, p 37)

هذه الأسئلة وغيرها تنطوي على عدة فوائد منها تسهيل قيام المفحوص بترجمة الأفكار والمعتقدات التي يراها أمورا بديهية لا تقبل النقاش الى فروض يمكن التحقق من صحتها وصدقها مما يسهل عملية التجريد وطرح البدائل من جانب المفحوص. (طه عبد العظيم، 2008، ص 195)

## خلاصة:

من خلال ما تم عرضه يمكننا القول ان الإجراءات المنهجية تعد أهم خطوة يقوم الباحث للإعداد الفعلي للبحث الميداني كون العلاج المعرفي السلوكي يستخدم مجموعة من الطرق والتقنيات والوسائل التي تقوم على أسس علمية ومنهجية مدروسة، كما أنه علاج مخصص وموجه لأغلب الاضطرابات النفسية ان لم نقل كلها، يمتاز بالفعالية والنجاعة كما يتطلب ممارسا متكونا وتمكنا من تقنياته، ويمكن ان يستخدم معه المنهج التجريبي او المنهج شبه التجريبي إما مع تصميم المجموعات او تصميمات المفحوص الواحد، مع الاستعانة بمجموعة من الأدوات والمقاييس للتأكد من نجاح العلاج والوصول الى الصحة النفسية والجسدية للمفحوص او حتى التخفيف من معاناته والتكيف مع حياته الجديدة بعد المرض.

# الفصل السادس

**تمهيد:**

بعد تقديم الإجراءات المنهجية للدراسة الحالية، سنتطرق في هذا الفصل الى التطبيق الميداني للعلاج المعرفي السلوكي الذي تم تصميمه من قبل الباحثة للتعرف على مدى فعاليته في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة المتمثلة في ثلاث حالات، وذلك بتطبيق قياس قبلي لأداة الدراسة المقدمة سلفا ومن ثم الشروع في تنفيذ محتوى البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي خلال ثلاثة أشهر ونصف لنصل بعدها الى تطبيق القياس البعدي.

## 1. عرض الحالة الأولى:

## 1. تقديم الحالة الأولى:

## 1.1. البيانات الأولية:

الاسم: كمال الجنس: ذكر السن: 54 سنة  
المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي المهنة: تاجر (محل بقالة)  
عدد الاخوة: 2 ذكور 3 اناث الرتبة: 1، الأكبر في الذكور  
الاب: على قيد الحياة 82 سنة الام: على قيد الحياة 78 سنة.  
الحالة الاجتماعية: متزوج وأب لبنتان وولد وهو الأصغر.  
الحالة الاقتصادية: ميسورة.

الحالة الصحية: مريض سكري نوع 2 منذ 2001، وتطور سنة 2018 بعد المضاعفات الى سكري نوع 1 مع بتر الاصبع الكبير للقدم اليسرى، ثم بتر لأصبعين من القدم اليمنى وجزء أسفل القدم بتاريخ 22 مارس 2022.

## السوابق المرضية: لا توجد

العامل المفجر للمرض: قام صديقيه بلعبة معه، وهي أنهم أخفوا له سيارته من أمام محله، ثم طلب منه أحدهم أن يصحبه لقضاء بعض الأمور وإذ به لا يجدها، فأحس وقتها ببرودة في كامل جسده وتتمل في أطرافه وأصبح من وقتها يعاني بعض الأعراض دون أن يعلم أنها أعراض مرض السكري حتى ألح عليه صديقه لإجراء التحاليل وتم تشخيصه بمرض السكري.

السوابق المرضية العائلية: الاب لديه سكري، الأم مريضة قلب، الأخ الأصغر فصامي بعد تعرضه للتوقيف عن العمل بتهمة التزوير وبعدها تمت تبرئته.

الجانب العلائقي: يعيش في سكن عائلته رفقة والديه وزجته وأبنائه وهو المسؤول عنهم وعلاقتهم جيدة ولكن علاقته مع الاخوة الذكور متوترة نوعا ما بسبب تحمله وحده مسؤولية والديه، اما علاقته جيدة مع اخوته البنات.

الجانب الوجداني: البكاء والحزن بشكل دائم.

الجانب المعرفي: نظرة مستقبلية تشاؤمية في قوله: " أنا حياتي فضت، وخايف غير على ولدي مزال صغير كيفاه راح يدير بلا باباه"، نظرة سلبية نحو الذات: " تغيضني روحي بزاه، شوفي واش وليت، زايد بلا فايده،

عاجز وفاشل وماني قادر ندير والو، أنا كرهت روجي"، وكذلك من خلال مجمل المقابلات الأولية السابقة للعلاج تمكنا من رصد جملة من المعارف المشوهة لدى المفحوص منها:

**التهويل:** علاه غير أنا مريض ونعاني، الناس كامل لباس بيهم غير أنا.

**أخطاء في التفسير:** "كون جا عندي الزهر ما يصراليش الشيء هذا كل"، "أنا منحوس"

**العجز:** "واحد ما يحس بي"

**السلبية:** "علا بالي بروحي نهايتي قريت"، "وما نيش راح نشوف يوم مليح"

**الملاحظة العامة عن الحالة:** منضم في الهدام، استرسال في الكلام مع التوقف عند الانفعال، مثقف، لباقة، وجه شاحب، البكاء حين يتحدث عن نفسه، جدي ومنضبط وتسلسل في رواية الأحداث بأدق التفاصيل.

## 2. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى:

**1.2. دافع الطلب:** على الرغم من أن الحالة يعاني من مرض مزمن واضح تم تشخيصه ويخضع للعلاج الطبي بشكل دوري منظم إلا أنه صرح برغبته في المساعدة النفسية لأنه لم يعد قادرا على الاستمرار واكمال حياته بنفس هذه الوتيرة والمعاناة النفسية التي يعيشها يوميا، ومنذ اللقاء الأول وهو يأمل في الحصول على العلاج النفسي أين أبد التعاون والرغبة في التغيير وتطبيق كل ما يطلب منه أملا في التحسن وتغيير نمط حياته.

**2.2. التاريخ الشخصي:** لقد عاش الحالة طفولة جميلة ومراحل عمرية عادية، كان خجولا، هادئا، قليل الكلام وكثير الخوف، كان محبوبا لدى الجميع لحسن سلوكه وتصرفاته، اتم أطواره التعليمية الثلاث بسلاسة دون أي مشكل يذكر، لم يتحصل على شهادة البكالوريا. عمل مع والده في محل البقالة خاصتهم في منزلهم العائلي كونه الابن الأكبر، سافر الى فرنسا بحثا عن العمل لمدة 3 سنوات لكنه عاد وأكمل عمله الى جانب والده، تزوج من ابنة عمه التي اختارها له والده وكان يبلغ من العمر 30 سنة، لديه ثلاثة أبناء ابنتان، الكبرى تدرس في الجامعة والثانية في المتوسط والابن الصغير يبلغ من العمر 7 سنوات.

**3.2. التاريخ الأسري:** عاش في كنف عائلة مليئة بالحب والحنان والتقدير والاحترام المتبادل بين جميع الأفراد، كانت له مكانة خاصة عند والده كونه الأكبر، الأم كانت ضعيفة الشخصية ولا تبدي أي اعتراض على ما يطلبه الأب ولا تعارض قرارات الجد والجددة أيضا وفي المقابل مارست لغة التخويف مع أبنائها مع الحرص الدائم على أكلهم وصحتهم، صرح الحالة ان علاقاته كانت جيدة مع عائلته لكن المأساة بدأت سنة 2010 على اثر تعرض أخي الأصغر للمقاضاة بتهمة التزوير ودخل السجن لمدة سنة تقريبا وبعدها تمت تبرئته من التهمة بعد الإسكاف بالمتهمين الحقيقيين الذين كانوا في حالة فرار، لم يتقبل أخاه ما تعرض له

وأصبح يعيش في عزلة تامة هجر عائلته وانتقل الى العيش في الريف وحيدا، وكانت العائلة تعيش تحت وقع هذه الظروف التي أثرت على استقرارها وكان الحالة هو المسؤول عن أسرة أخيه الذي لم يعد في وعيه ولا يهتم لأمرهم. لكن الوضع زاد سوء بعد تعرض الحالة الى البتر للمرة الأولى سنة 2018 نتيجة التراكمات مع اهماله لوضعه الصحي وعدم الالتزام بالحماية الغذائية في ظل الظروف السائدة، وأصبح يأخذ الانسولين بعد أن كان يتناول الدواء فقط وأصبح مقيدا ولا يمكنه الاعتناء بأفراد عائلته ورغم ذلك لم يتقيد بالتعاليم الطبية ففواقم وضعه أكثر ليخضع مرة أخرى الى البتر في القدم الأخرى سنة 2022.

### 3. التشخيص:

يعاني المفحوص من سكري نوع 1 والذي أدى به الى البتر الذي كان مرتين، الأولى على مستوى القدم اليسرى وبالتحديد الاصبع الكبير سنة 2018، والثانية كان على مستوى القدم اليمنى وبالتحديد الاصبع الكبير والمجاور له وجزء أسفل القدم سنة 2022.

ومنذ ذلك الوقت والحالة يعاني من الغضب الشديد والانفعال لأتفه الأسباب مع عدم الرغبة في رؤية الأقارب الذين كانوا يزورونه من حين الى آخر ورفض الالتزام بالتعاليم الطبية من مواعيد وأخذ الأدوية في مواعيدها وكذا اتباع الحماية الغذائية اللازمة له.

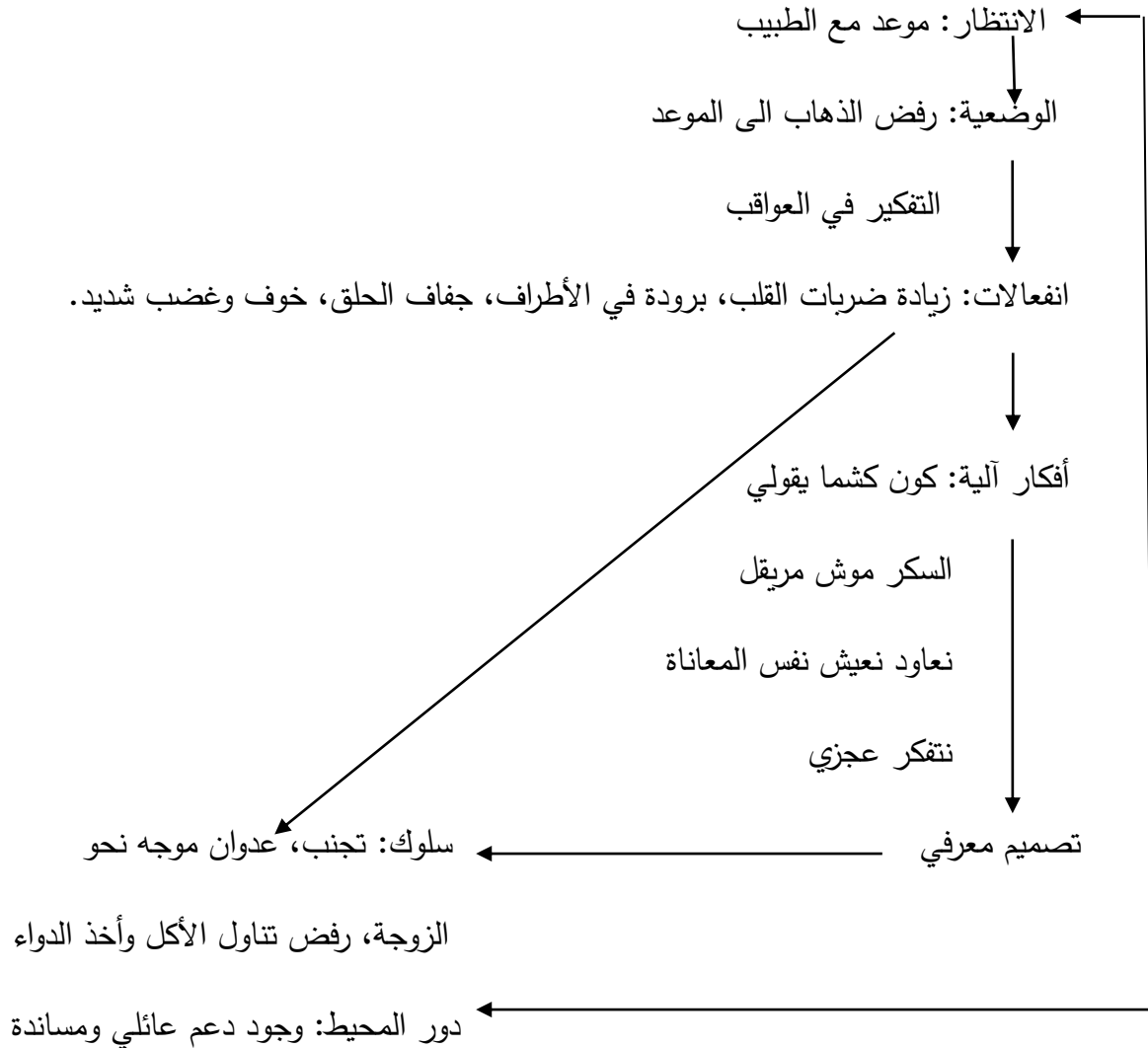
ومع مرور الوقت وبالضبط حوالي شهرين بدأ المفحوص يشعر ببرود عاطفي ولا يتأثر بمعاناة غيره من مرضى يشاهددهم في المشفى، وكذا لا يفرح عند رؤية أهله أو أصدقائه، لا يتأثر عاطفيا (تعطيل عاطفي) بل على العكس ينزعج من رؤيتهم ويرفض زيارتهم والتعامل معهم ويقول: "نشوف الشفقة في عينيهم"، "تغيضني روعي كيما يشوفو لي بهذي النظرة"، "شوفي واش وليت ما نسواش عند والدي لدرجة ولاو يشفقو علي" (أعراض التجنب).

أفكار أخرى يقول " ما نحبش نتلاق بأولادي خلاص، باه ما يشوفونيش عاجز"، " ملي كنت أنا نخدم عليهم ولاو هم يخدمو علي"، "واش راح يصرا لولدي كي يكبار وما يلقاش باباه واقف على رجليه ويوفرلو مطلباتو"، "تحس روعي ميت وأنا حي بلا روح" (تعطيل وظيفي).

ورغم قدرته على المشي مجددا بعد التئام جروحه من العملية الا أنه مازال في نفس السياق بل وأكثر أين عبرت الزوجة أنه كثير الغضب ولا يرضيه أي شيء نقوم به وينفعل ويقلق لكل شيء ولا نعرف كيف نتعامل معه، وهو بدوره أكد ذلك قائلا: "ما عدتتش نعرف نتحكم في روعي، أنا بعد حاير وعلاه وليت هكا" (استشارة عاطفية)، رفض الذهاب للمناسبات العائلية لأنه ليس مستعدا لمواجهة الأهل لأن ذلك يذكره بفقدان طرفه وعجزه الذي يريد أن ينساه (أعراض التكرار).

4. التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (SECCA) بحيث تضمن التحليل العرضي والماضي للسلوك المضطرب للمفحوص (اخترنا أحد الوضعيات التي كانت تثير قلق المفحوص ومخاوفه من بين مجموعة الوضعيات التي جمعناها خلال المقابلات الأولية) كما يلي:

التحليل العرضي: (الآن والحين)



الشكل رقم (03): يوضح التحليل الوظيفي العرضي للحالة الأولى

التحليل التاريخي:

-معطيات بنيوية:

- وراثية: أب يعاني من مرض السكري نوع 1، الأم مريضة بالقلب، الأخ مريض ذهاني.
- شخصية: سمات شخصية منتظمة، منضبطة، كثير الخوف، حساسية زائدة.

• عوامل مشجعة لاستمرار العرض: تحمل مسؤولية والديه المريضين والأخ الأصغر المريض أيضا وعائلته.

• عوامل مسببة ومثيرة: استمرار الضغط عليه.

-العلاجات السابقة:

• علاجات دوائية: مرض السكري.

5. الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي للمفحوص ومحتوى المقابلات الأولية إضافة الى نتائج مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 التي تحصل عليها والتي قدرت بـ 34 درجة، تدل على أن المفحوص يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة جراء البتر.

6. عرض نتائج القياس القبلي للحالة الأولى:

جدول رقم (08): يوضح نتائج القياس القبلي للحالة الأولى

الرقم	الأعراض	أرقام العبارات المرتبطة بها	الدرجة المحصل عليها
01	أعراض التكرار	(1 - 2 - 3 - 4 - 5)	13
02	أعراض التجنب	(6 - 7)	6
03	أعراض معرفية ومزاجية	(8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14)	7
04	أعراض الاستثارة الانفعالية	(15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20)	8
34	المجموع الكلي للدرجات المحصل عليها على المقياس		

المصدر: من اعداد الباحثة

7. تقديم المقابلات العلاجية:

الجلسة الأولى: تمت هذه المقابلة في جو من الألفة والارتياح كون المفحوص اكتسب نوعا من الثقة في المقابلات الأولية، وبالتالي كانت البداية بتقديم البرنامج العلاجي وتوضيح معنى هذا العلاج وهدفه مثل:

- هذا العلاج موجه لتعديل الأفكار الغير المنطقية وجعل السلوك أكثر توافقا وتكيفاً مع أسلوب الحياة، ومن خلال معرفة توقعات المفحوص من هذا العلاج قمنا بتحديد الأهداف العلاجية حسب الأولية وإمكانية تحقيقها، الاتفاق على عدد الجلسات والتي ستكون في حدود 18 جلسة علاجية وموعد ثابت بمعدل جلسة

واحدة في الأسبوع لمدة زمنية لا تتجاوز الساعة مع التأكيد على ضرورة الانضباط والالتزام وكان ذلك هو العقد العلاجي.

- تطبيق القياس القبلي.

- فتحت مجال الحوار للمفحوص للحديث عن خبرة البتر المؤلمة التي عان منها وعاشها، من أجل مساعدته على التعبير عن مشاعره التي لم يستطع أن يعبر عنها حينها ويعيد معايشة الحدث من جديد لاستيعاب الواقعة بصورة واضحة دون غموض وإبهام (وذلك بالطبع كان بعد اعداده المسبق لان يخوض في هذه التجربة) وكان ذلك كما يلي: هل بإمكانك أن تتذكر وتحكي لي عن يوم إجراء العملية. وبالفعل تمكن المفحوص من الحديث لأول مرة عن هذه الخبرة التي سببت له ألما نفسيا عميقا وكان مشحونا وانفعالاته شديدة، مما دفعنا الى تطبيق تقنية تعديل التنفس ثم الاسترخاء التنفسي لخفض هذه الشحنة الانفعالية كما يلي:

اجلس بشكل مريح، ضع إحدى يديك على الصدر والأخرى على البطن. استنشق الهواء (شهيق) بعمق وبطء عن طريق الأنف وأدخله إلى البطن. ابقه في الداخل بضع ثوان أو بقدر ما تستطيع. ثم أخرج الهواء (زفير) ببطء عن طريق الأنف أيضا. دع يدك ترتفع وتنخفض مع حركة البطن دون أن يتحرك الصدر سوى شيئا قليلا جدا...

نعيد عملية التنفس هذه لمدة عشر دقائق، عندما يتقنها ويشعر أنه يقوم بها بالطريقة الصحيحة وتسهل عليه ممارستها، نغير عملية الزفير من الأنف إلى الفم، أي يدخل الهواء عن طريق الأنف ولكن يخرج عن طريق الفم. يجب أن تستغرق عملية الشهيق 5 ثوان وعملية الزفير 15 إلى 20 ثانية.

-كيف تشعر الآن؟

أشعر بالهدوء بعض الشيء.

-هل واجهتك صعوبة خلال أداء التمرين؟

نعم وجدت صعوبة في ادخال الهواء وشعرت بالدوار.

**ملاحظة:** أطبق التقنية أنا أولا أمامه ثم أجعله يطبقها بعدي الى أن يستوعب التقنية.

- تغذية رجعية: كان المفحوص راضيا، خاصة بعدما تمكن من الحديث عن تجربته المؤلمة مع البتر واستحسانه لتقنية التنفس.

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تقنية التنفس مرة أو مرتين خلال الأسبوع حتى خارج الوضعيات المثيرة للقلق.

### الجلسة الثانية:

بعد الترحيب بالمفحوص سألته على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركني الى يوم قدومه، وبعدها سألته عن الواجب المنزلي، أبدأ المفحوص الاستحسان خاصة انه حاول تطبيق عملية التنفس ولكنه وجد بعض الصعوبة فيها فاقترحت عليه أن نعيدها بعد التقنية التي سنطبقها.

ولجعل المفحوص يدرك أخطاء التفكير التي يعاني منها اقترحت عليه تقنية الحوار السقراطي وذلك بطرح مجموعة من الأسئلة، اخترت أحد الوضعيات التي تثير قلقه: كان المفحوص يرفض الذهاب لتهنئة أخته بمناسبة نجاح ابنتها في البكالوريا وتراوده فكرة: يشفقو علي وينظروني نظرة المسكين؟

ما الدليل على هذه الفكرة؟

علايلي بروحي عاجز، أم قصولي صباوعي.

كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

مممكن عندهم بزاف ما شافونيش.

يوليو يسألوني على صحتي. وماذا بعد؟ وأنا تغضني روجي ونعاود نتفكر معاناتي نولي نتعصب وما نعرف نتصرف.

ثم ناقشت معه فكرة ما نعرفش نتصرف: هل فعلا انت لا تتصرف جيدا؟ لا. لماذا قلت هكذا؟ لأنني مريض.

هل المريض هو مسكين ولا يتصرف جيدا؟ لا.

- وبعد مناقشة هذه الوضعية أعدنا تطبيق تقنية تعديل التنفس لتمكين المفحوص من إجادة التقنية وكذا

التخفيف من التوتر الذي ينتابه بين فترة وأخرى.

- تلخيص محتوى الجلسة: قمنا بتلخيص ما تم خلال الجلسة معا.

- التغذية الرجعية: تمكن المفحوص من استيعاب التقنيات حتى انه كان راضيا وأدرك سوء تفسيره للوضعيات.

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم حتى خارج الوضعيات المقلقة وأربع مرات في الأسبوع، ومحاولة تطبيق الاسترخاء التنفسي.

### الجلسة الثالثة:

- استلھينا الجلسة بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي، حيث أمض المفحوص أسبوع متوتر نوعا ما لظرف عائلي. وأخذنا أحد الوضعيات التي طرحها المفحوص وقمنا بتطبيقها وفق التقنية الموالية.

- سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة: من خلال هذا السجل سأطلب من المفحوص ان يصف بدقة وبالتفصيل الوضعية المؤلمة المسببة للتوتر والقلق خلال الأسبوع مع ذكر جميع الأفكار التي تراوده (المونولوج الداخلي) وكذا تحديد كل ما يحس به على المستوى الجسمي (خفقان، اختناق....) ونفسي: خوف، رعب، الخ.

مع تقييم كل من درجة الأفكار والانفعالات وفق سلم متدرج من 0 الى 8 حسب تقديره الخاص ومدى قناعته بها وذلك بتدريب المفحوص على كيفية إنجازه.

مثال تطبيقي لوضعية عرضها المفحوص:

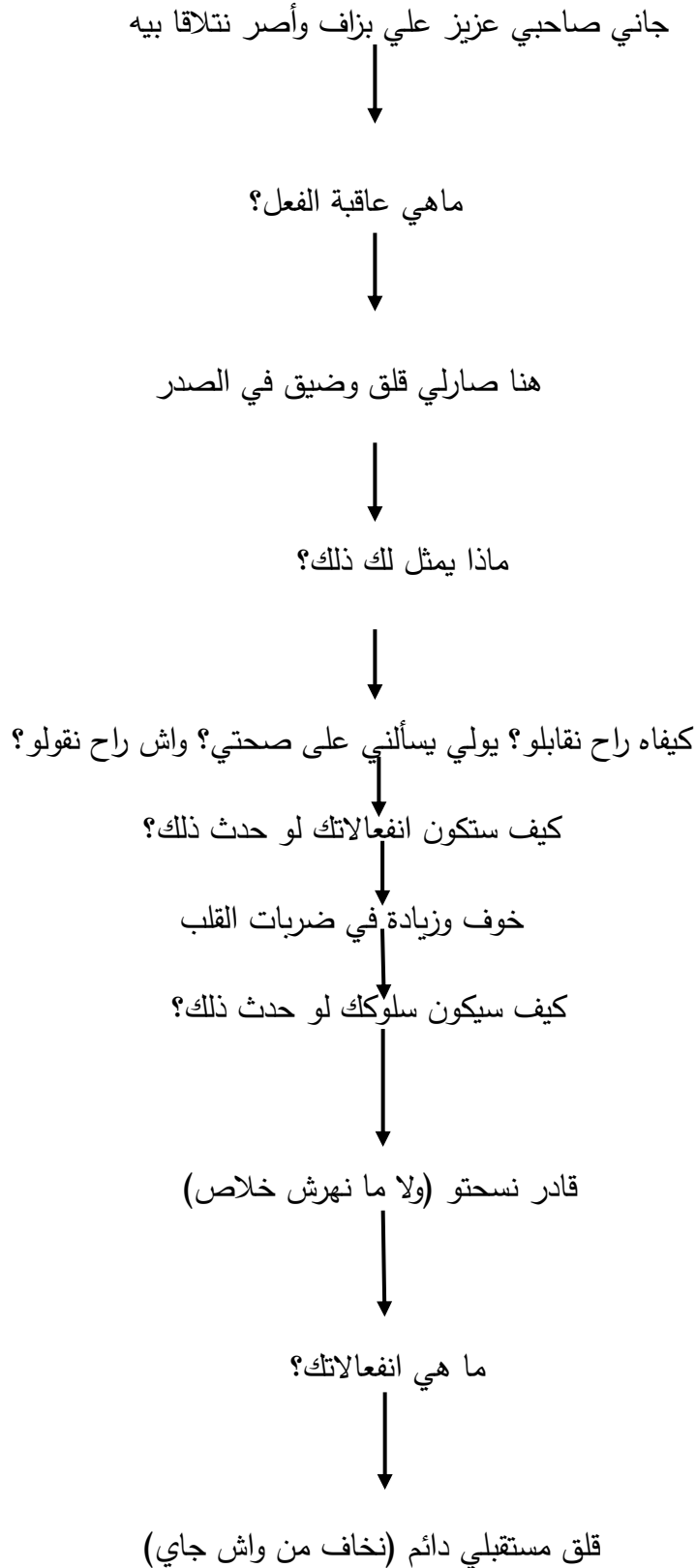
### جدول رقم (09): يوضح سجل الأفكار الآلية للحالة الأولى

الوضعية	الأفكار الآلية	الاحاسيس والانفعالات
الالقاء بالأصدقاء	يشفقو علي أنا عاجز هم لباس بيهم غير أنا صابني ربي	خفقان القلب رعشة جفاف الحلق والدوار، غضب شديد
	التقييم: 8/8	التقييم: 8/8

المصدر: من اعداد الباحثة

نأخذ أحد الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للمفحوص ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي.

- السهم التنازلي: هذه التقنية تسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة كما يلي:



شكل رقم (04): يوضح تقنية السهم التنازلي للحالة الأولى

بعد تطبيق هذه التقنية سألت المفحوص هل استقبلت صديقك فأجاب نعم، لكن أفكاره مبالغ فيها.

التغذية الرجعية: صرح المفحوص بأنه بدأ يعي ان سبب استثارته الانفعالية الشديدة هي أفكاره المتسلطة والالزامية.

الواجب المنزلي: المواصله في تطبيق تمرين تعديل التنفس، إعادة تطبيق سجل الاعمدة الثلاث في الوضعيات المثيرة للقلق حتى يستطيع حصر أفكاره الغير منطقية وملاحظة تصرفاته.

#### الجلسة الرابعة:

بعد الترحيب بالمفحوص سألته على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركني الى يوم قدومه، وبعدها سألته عن الواجب المنزلي، أين وجد المفحوص صعوبة في صياغة أفكاره.

- قمنا بإعادة تدريب المفحوص على تقنية السجل ذو المحاور الثلاث من خلال مناقشتنا لبعض الوضعيات الضاغطة التي واجهها وقام بتسجيلها خلال الأسبوع الفارط ومساعدته في ذكر جميع الأفكار التي تراوده (المونولوج الداخلي) وقتها وعملنا على تحديد أفكاره بالتجربة لجعله يدرك ويلاحظ الأفكار المشوهة التي تتتابه أكثر وتمكينه من إجادة هذه التقنية بطريقة أفضل.

ثم أخذنا أحد هذه الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للمفحوص وقمنا بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي للتعمق أكثر ودحض الأفكار الخاطئة له.

-تلخيص محتوى الجلسة: قدم المفحوص تلخيصا لما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة من مناقشة للأفكار).

التغذية الرجعية: صرح المفحوص بأنه بدأ يعي ان سبب استثارته الانفعالية الشديدة هي حقيقة طريقة تفكيره المشوهة.

الواجب المنزلي: المواصله في تطبيق تمرين تعديل التنفس، إعادة تطبيق سجل الاعمدة الثلاث في الوضعيات المثيرة للقلق حتى يستطيع حصر أفكاره الغير منطقية وملاحظة تصرفاته.

#### الجلسة الخامسة:

بعد الترحيب بالمفحوص سألته على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركني الى يوم قدومه، وبعدها سألته عن الواجب المنزلي، أهد المفحوص هذه المرة الاستحسان خاصة انه استطاع تطبيق تقنية السجل ذو المحاور الثلاث أفضل من المرة الاولى.

- وبعدها قمنا بمناقشة الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، وكذا التقييم الذاتي الذي وضعه لكل من الأفكار الآلية التي راودته خلالها وقمنا بمناقشة احدى هذه الوضعيات باعتماد تقنية إعادة البناء المعرفي كما يلي:

- تقنية اعادة البناء المعرفي: الفكرة: يشفقو علي كل.

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الاخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

### جدول رقم (10): يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية للحالة الأولى

الاحكام السلبية	الاحكام الإيجابية
-كما يخزرولي نقول يشفقو علي. -نحس وحدي بالشفقة. -ما نحش الي قولي راك وليت لباس رحتي، يجيني يتمسخر بي.	-الزوجة تاعي وأولادي يحبوني ما يشفقوش علي. -والذي كيف كيف يحبوني. -خاوتي ديما خايفين علي. -عندي صحابي ثاني يهमे أمري. -حتى بعض الأقارب يسقسو علي ديما

المصدر: من اعداد الباحثة

من خلال هذه الأحكام تبين ان المفحوص يببالغ في أفكاره ويركز على السلبيات أكثر من التركيز على الإيجابيات. وقد أدرك هو أيضا ذلك.

-تدريب المفحوص على كيفية تسجيل الأفكار الالية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكاره بصورة منطقية وايجابية.

مثال تطبيقي مع المفحوص:

## جدول رقم (11): يوضح سجل الأفكار البديلة للحالة الأولى

الوضعية	الانفعالات و الاحاسيس	الأفكار الآلية	الأفكار البديلة الايجابية	العواقب والاثار
الاب مريض	ضيق في الصدر، خفقان القلب وخوف	راح يموت	لم يأخذ الدواء في وقته	ارتياح: 8/6 الأفكار البديلة: 8/8
وصف الوضعية الضاغطة بدقة	وصف وذكر الاحاسيس والانفعالات. تقدير الشدة من: 8/8 0 إلى 8	جرد ووصف الأفكار الآلية: أو المنولوج الذاتي. تقدير مدى قناعتك بهذه الأفكار من 0 إلى 8	وضع أفكار بديلة ايجابية (بدل الأفكار السلبية). تقدير مدى قناعتك بها من: 0 إلى 8 8/8	تقدير الأثر على: الأحاسيس والعواطف من: 0 إلى 8 مدى تغير قناعتك بالأفكار الآلية من: 0 إلى 8

المصدر: من اعداد الباحثة

-تلخيص محتوى الجلسة: قمنا بتلخيص ما تم خلال الجلسة معا.

-التغذية الرجعية: تمكن المفحوص من استيعاب التقنيات حتى انه كان راضيا وزاد ادراكه للتشوهات المعرفية التي كانت لديه.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار الآلية وتطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة)

الجلسة السادسة:

-بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقت الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوص من وضعيات ومقارنة عدد الاحكام الإيجابية مع عدد الاحكام السلبية بهدف زيادة استبصار

المفحوص بنفسه. كما ناقشنا الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه بهدف التعمق أكثر وإدراك المفحوص كيف ان الأفكار هي التي تثير انفعالاته.

### -تطبيق تقنية الحوار الذاتي:

قمت بتدريب المفحوص على محاوره افكاره الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال المثال التطبيقي التالي: المفحوص وهو خارج من بيته شاهد ثلاثة من جيرانه ينظرون اليه واعتمادا على هذه الوضعية قمنا بتطبيق هذه التقنية.

ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

كانوا يهدروا علي، ويشفقوا علي ويقولوا مسكين.

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

أم كانوا يشوفوا معايا.

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

نعم المرض

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

عندهم بزاف ما شافونيش واقف ونمشي.

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

ممكن تعجبوا كي شافوني واقف.

هل من فكرة أخرى؟

ممكن يتساءلوا ويقولوا رتاح.

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

بعد هذا التفسير قدمت للمفحوص سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى يتمكن من السيطرة على الأفكار اللاعقلانية التي تراوده وتعويضها بأفكار بديلة ملائمة وتدريبه عليه بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفا ومساعدته على إيجاد أفكار أكثر منطقية.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: استيعاب المفحوص للتقنية والرضا على ما تم تقديمه خلالها.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة.

### الجلسة السابعة:

- بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقنا الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوص من وضعيات بهدف زيادة استبصار المفحوص بنفسه. كما ناقشنا الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه بهدف التعمق أكثر وإدراك المفحوص كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته.

### - إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي:

قمت بإعادة تدريب المفحوص على محاورة افكاره الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال الوضعية التي قام بطرحها خلال الجلسة كما يلي: المفحوص وهو في قاعة الانتظار لإجراء الفحص الدوري مع الطبيب المتابع لحالته، واعتمادا على هذه الوضعية قمنا بتطبيق هذه التقنية.

ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

الخوف من المستقبل، نخاف كشما يقولي الطبيب.

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

المرّة لي فانتت قالي عاود التحاليل وجيبهم، مالا كشما كايين.

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

نعم المرض

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

ديما يطلب مني التحاليل باه يتأكد من سلامتي.

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

أنا أني لباس، وما عندي حتى عرض أو ألم.

هل من فكرة أخرى؟

المريض يحتاج الالتزام بتناول الأدوية في مواعيدها واتباع الحماية الغذائية وطلب المساعدة والمساندة من الأهل.

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية. بعد هذا التفسير قدمت للمفحوص سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى يتمكن من السيطرة على الأفكار السلبية التي تراوده وتعويضها بأفكار بديلة ملائمة وتدريبه عليه بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفاً ومساعدته على إيجاد أفكار أكثر منطقية.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: استيعاب المفحوص للتقنية والرضا على ما تم تقديمه خلالها.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة.

### الجلسة الثامنة:

- الاطلاع على مجريات الأسبوع الماضي

- ثم ناقشنا الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قام بتسجيلها أين أبدأ المفحوص التفاوض كونه تعرض لوضعيات مقلقة وتمكن من السيطرة على انفعالاته نوعاً ما وذلك بتطبيق الاسترخاء والأفكار البديلة، التقييم الذاتي الذي وضعه المفحوص لكل من الأفكار الآلية والاحاسيس المصاحبة كان 8/6 وبالاطلاع على البدائل التي وضعها. كان أدائه جيد ومتقدم (تقييم الأفكار البديلة 8/7)

-تطبيق تقنية حل المشكلات:

من خلال هذه التقنية نساعد المفحوص على النظر الى الوضعيات المقلقة المرتبطة بخبرة البتر على انها مشكلة تستدعي الحل، حيث يقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم يقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها وبعدها يقوم بترتيبها حسب الأولوية ويختار الأفضل بالنسبة له. وفي هذا الخصوص طرح المفحوص المشكل التالي:

يريد إيجاد حل فيما يتعلق تجنبه رؤية أصدقائه المقربين.

تم تحديد الحلول الممكنة التي اقترحها المفحوص مع إمكانية تطبيقها وأولها هي عرض المشكل على أصدقائه وطلب المساعدة منهم على تفهم سبب رفضه للزيارة وهو أنهم يسألونه دائما عن وضعه الصحي وهو لا يرغب في الحديث عن هذا الموضوع لأنه يذكره بخبرة البتر التي يحاول نسيانها، مع تعليم المفحوص طريقة الحوار والمناقشة.

- تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

- وفي التغذية الرجعية أبدأ المفحوص استعدادا لمواجهة أصدقائه وطلب المساعدة.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات.

### الجلسة التاسعة:

- بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقنا الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوص من وضعيات بهدف زيادة استبصاره بنفسه. كما ناقشنا الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه بهدف التعمق أكثر وزيادة إدراكه.

ناقشت معه محاولته لتطبيق تقنية حل المشكلات، حيث أن المفحوص تمكن من الالتقاء بصديق واحد فقط ولكنه لم يستطع أن يواجهه بما يعاينه. ومن هنا أعدنا ممارسة التقنية من جديد حتى يتمكن من تطبيقها الى جانب الاسترخاء لتخفيف انفعالاته.

- تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

- وفي التغذية الرجعية أبدأ المفحوص استعدادا حقيقيا هذه المرة للمواجهة.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات.

### الجلسة العاشرة:

- دائما نستهل الجلسة بمعرفة مجريات الأسبوع الماضي.

- ومن ثم تطرقنا لمناقشة الواجبات المنزلية، تمكن المفحوص من تسجيل وضعية مثيرة للقلق قبل اخبار أصدقائه بسبب رفضه لزيارتهم وطلب المساعدة منهم في تفهمه وعدم سؤاله عن حالته الصحية وتمكن من وضع أفكار بديلة كما أنه واجههم ولقي الاستحسان منهم في صراحته معهم.

- **تطبيق تقنية العرض التخيلي:** وهي تقنية سلوكية تهدف الى العرض التدريجي للمفحوص في الوسط الاجتماعي بعد انسحابه والهدف منها هو جعل المفحوص قادرا على مواجهة مشكلاته والسيطرة على الوضعيات الضاغطة المرتبطة بالبتير والمثيرة لخوفه والاندماج اجتماعيا.

أغمض عينيك واسترخي خذ نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في البيت مع عائلتك تستقبل الضيوف احتفالا بنجاح ابنتك في شهادة التعليم المتوسط. وهم يسألونك عن صحتك. صف لـ ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاول تقييمها؟

انت مع الضيوف دائما خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا مرة أخرى تنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا تبادل الحضور ابتسامة وأنت تتحدث عن صحتك بكل ثقة وقناعة خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احساسيسك؟ حاول تقييمها؟ خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا انت مستعد دائما للحديث معهم بكل طلاقة ابدأ وتنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا

تحدث وانت كلك ثقة بنفسك احسنت انت تتحدث بحرية ودون خوف خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا لقد كنت ممتازا وانت تبتمس لأنك مقتنع بنفسك وبكل ما تقوله تنفس وانت مرتاح، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحس؟ ما تقييمك؟ تنفس براحة لقد انهيت حديثك بامتياز وانت مرتاح تنفس براحة وأنت تنظر الى الضيوف بنظرة ثقة وتناول بنجاحك تنفس براحة وافتح عينك ببطء انت مرتاح الآن.

كيف حالك؟ قال انه اندمج مع الوضعية وعاش الموقف حقيقة، كانت الصعوبة الكبرى في كيفية الاستعداد للقاء وليس بقية الموقف.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة أبد المفحوص الارتياح وقال ان التقنية أعجبتة.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة.

### الجلسة الحادية عشرة:

- بدأت بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث لمست تمكن المفحوص من استخدام التقنيات التي تعلمها في كل المواقف التي تواجهه وتجاوز العديد من الوضعيات والمشاكل العائلية حتى أنه كان متفائل بذلك لكنه جاء بالجديد وهو أنه رغم كل ما حققه، أمض هذا الأسبوع منزعجا دون أي سبب يذكر رغم تغلبه على كل المتاعب التي اعترضته في هذه الفترة.

- من خلال الطرح الذي قدمه والصعوبات التي واجهها قمنا بتحديد عمل هذه الجلسة وذلك كما يلي: إعادة مناقشة أفكار المفحوص: وبالتالي ناقشنا هذا القلق مع بعضنا فتبين أنه لم يتمكن من مواجهة مخاوفه مع ذاته ودليل ذلك أنه لم يتمكن من مشاهدة مقاطع فيلم عرض فيها معاناة شخص مريض.

من خلال هذا السرد قمنا بإعادة تطبيق تقنية العرض التخيلي لهذا المشهد لتمكين المفحوص من مواجهة نفسه وتقبل مرضه.

- وبعد تلخيص محتوى الجلسة تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، طلبت من المفحوص محاولة تطبيق التعريض الحقيقي ومحاولة مشاهدة المقاطع التي يتجنبها.

### الجلسة الثانية عشرة:

- من خلال المردود الأسبوعي قال المفحوص أنه كان لا بأس به.

- وعند مناقشة الواجبات المنزلية تمكن المفحوص من مشاهدة المقاطع المثيرة لقلقه والتي تحتوي على معاناة شخص مريض ولكنه كان منفصلا ويرتجش بين الحين والآخر، وانطلاقا من هذه الوضعية أعدنا تطبيق تقنية العرض التخيلي للمشهد مع دمج تقنية الاسترخاء التنفسي للسيطرة على الانفعالات المصاحبة وفي نفس الوقت استخدام الأفكار البديلة الإيجابية للتغلب على الأفكار المشوهة المسيطرة على المفحوص في الوضعية كما يلي حيث قام بتسجيل الوضعيات ومنها التالية:

## جدول رقم (12): يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلها المفحوص الأول

الوضعية	الأحاسيس والانفعالات	الأفكار الآلية	الأفكار البديلة	العواقب والآثار
مشاهدة مقاطع من فيلم	توتر وخوف. رعشة	مسكين، سيتفقم وضعه الصحي، سيموت	أنا لست ذلك الشخص وأنا لم أدخل الإنعاش، ولست عاجزا كلياً مثله، أنا أفضل منه.	الإحساس بالراحة والطمأنينة.
	8/3	8/3	8/8	8/8

## المصدر من اعداد الباحثة

- بعدها قمت بدعمه وتقويته من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لعشرة مرات.
  - بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.
  - الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي في جميع الوضعيات، سجل الأفكار البديلة.
- الجلسة الثالثة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نظرا للإنجاز الكبير الذي تمكن المفحوص من القيام به.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية تمكن المفحوص من مشاهدة المقاطع المثيرة لقلقه، مع تطبيق تقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية. ومن ثم اقترحت عليه إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي لمساعدته في مواجهة المواقف المرتبطة بخبرة البتر.
- **تطبيق تقنية الحوار الذاتي:** في هذه الجلسة طرح المفحوص فكرة أنه شخص ضعيف وفاشل وبعد مناقشة هذه الفكرة طبقنا تقنية الحوار الذاتي باستعمال الأفكار البديلة. وذلك للتعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار التي تؤدي إلى القلق في مواجهة المواقف المتجنبة.
- **تطبيق تقنية حسن إدارة الوقت:** قمنا بإعداد أجندة للمهام وذلك بتقسيم وقته في تناول الوجبات الغذائية بشكل منتظم مع اتباع الحمية الصحية المفروضة عليه من طرف الطبيب وذلك حسب الأولوية، وعليه يقوم بتحديد المهام التي يتطلب عليه أداؤها كل يوم في اليوم الذي يسبقه ومن ثم يحدد المدة اللازمة لكل مهمة مع تحديد أيها أهم ولا يمكن تأجيلها كموعده أخذ الدواء أو قياس السكري ساعة قبل الافطار وساعتين بعده،

موعد الطبيب أو موعد الفحص الدوري وهكذا يتم تنظيم وقته بشكل دوري، وفي حالة المفاجأة فلا بأس بتأجيل المهام التي يمكن تأجيلها حتى يتجنب حدوث مضاعفات المرض.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام

#### الجلسة الرابعة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نظرا للتقدم الكبير الذي تمكن المفحوص من القيام به.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية تمكن المفحوص من السيطرة على بعض المواقف المثيرة لقلقه وذلك بتطبيقه لتقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.

كما أعد أجندة للمهام لوحده وحاول ضبط منبها يذكره بأوقات تناول الأدوية، وهنا تدخلت الزوجة وبادرت بتذكيره بموعد الدواء فوق شجار بينهما.

- ومن هنا قمنا بمناقشة هذه الوضعية باستخدام الحوار والمناقشة، حيث عبر عن رغبته في الاهتمام بأموره الشخصية دون تدخل الغير حتى لا يشعر بالعجز أو الشفقة، وبالتالي أعدنا مناقشة هذه الأفكار لتصحيح الأخطاء التفسيرية التي يتبناها الحالة من جهة، ومن جهة أخرى اعتماد طريقة حل المشكلات في معالجة الموقف للخفض من الانفعالات وتجنب الاستثارة العاطفية، مع الاستعانة دائما بتقنية الاسترخاء التنفسي، وأعدنا هذا الموقف بطريقة العرض التخيلي.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام

#### الجلسة الخامسة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيدا نظرا للتحسن الملحوظ على المفحوص والذي عبر عنه.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكن المفحوص من تفسير الموقف لزوجته وذلك في رغبته في الاعتماد على نفسه حتى تتعزز ثقته بنفسه أكثر، مع تطبيق تقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.

- ومن هنا وانطلاقا من الوضعية ولتخفيف يقظة المفحوص قمنا بتطبيق تقنية صرف الانتباه التي تساعد في عدم إعطاء أهمية للمثيرات المزعجة سواء كانت مواقف أو أفكار سلبية وكان ذلك كما يلي:

- تطبيق تقنية **سرف الانتباه**: اعتمدنا على وضعية طرحها المفحوص من قبل وهي صعوبة الدخول في النوم ومنه شرحنا له أهمية هذه التقنية وكيفية تنفيذها، حيث عند ما يخلد المفحوص الى النوم تتبادر الى ذهنه صور وأفكار اقتحامية تدور في مجملها حول ما آلت اليه حالته الصحية مما يزيد من نسبة اليقظة لديه، وفي هذه الحالة وبدل أن يفسح المجال لهذه الأفكار الى البروز مباشرة وبمجرد الاستلقاء على الفراش يبدأ في عملية التنفس شهيق وزفير مع تركيز سمعه على عملية دخول الهواء وخروجه دون يركز سمعه لأفكاره، ستحاول هذه الأفكار في الظهور إذا اخفت صوت تنفسه ولذلك كان له أن يتنفس بصوت عال يمكنه من سماعه.

قمنا بأداء تجريبي لهذه التقنية حتى يتمكن المفحوص من إجادتها.

تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية **سرف الانتباه**.

#### الجلسة السادسة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيدا دائما وفي تحسن مستمر.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكن من تطبيق تقنية **سرف الانتباه** للأفكار التسلطية التي تقتحم تفكيره وقت النوم واستطاع التغلب عليه ولكن أتعبته بعض الشيء.

- ومن هنا وانطلاقا من الطرح الذي قدمه ولتخفيف نسبة اليقظة لديه أعدنا تطبيق التقنية مرة أخرى حتى يتدرب عليها جيدا.

- إعادة تطبيق تقنية **سرف الانتباه**: هذه المرة أخذنا وضعية أخرى، وهي عندما يكون في البيت ولا يرغب في التركيز لما يدور من حوله من مواقف أو وضعيات تثير انفعالاته فيلجأ الى سماع الموسيقى أو قراءة كتاب.

تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية **سرف الانتباه**.

## الجلسة السابعة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيدا نظرا للتحسن الملحوظ على المفحوص والذي عبر عنه.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكن المفحوص من استعادة قدرته على النوم بشكل مريح أين تعززت ثقته بنفسه أكثر، مع استعانته بتقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.
- ومن هنا أعدنا جدولا يحتوي على عمودين بهدف إجراء مقارنة لوضعية الحالة قبل خضوعه للبرنامج العلاجي النفسي وبعد خضوعه له لزيادة ثقته بنفسه وتحفيزه على الحفاظ على المكتسبات المحققة خلال سيرورة العلاج ومدى التحسن الذي حققه وكان كما يلي:

## جدول رقم (13): يوضح حالة المفحوص الأول قبل وبعد العلاج النفسي

قبل العلاج النفسي	بعد العلاج النفسي
نقلق طول	وليت نتحكم في القلق تاعي كي ننتفس
مانيش حامل روحي	وليت راضي على روحي
نحس روحي عاجز	أنا ماشي عاجز ونقدر نمشي ونحافظ على
نحس روحي بلا فائدة	صحتي باه ما تسوءش حالتي
نتعصب ليه ليه وماني حامل حتى واحد....	عدت نقدر نتحكم في روحي .....

## المصدر: من اعداد الباحثة

- ثم طبقنا الاسترخاء التنفسي لدعم الحالة وتمكينه من التخلص من الانفعالات السلبية المتبقية.
- تلخيص محتوى الجلسة: ما قدمناه خلال الجلسة.
- التغذية الرجعية: أعرب الحالة عن اعجابه لما حققه من تقدم وعبر قائلا: أحس بأنني ولدت من جديد.
- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة.

## الجلسة الثامنة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نتيجة التحسن المستمر الذي تمكن المفحوص من الوصول اليه.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث صرح المفحوص أنه تمكن حتى من مواجهة مخاوفه عند الذهاب الى الطبيب لإجراء الفحص الدوري وذلك بتطبيق الاسترخاء والحوار الذاتي وهو في قاعة الانتظار، وبالتالي تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب المحققة ومنع الانتكاسة.
- قمنا بتقييم كل الجلسات حيث عرضت عليه تقييماته التي قدمها خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى التحسن الذي حققه.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب الحالة لما تم تقديمه من تقنيات خلال كل الجلسات.
- تطبيق القياس البعدي.
- تحديد كيفية للتواصل ان استلزم الأمر، مع الاستمرار في تطبيق التقنيات التي تعلمها.
- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تعلمها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات المفحوص.

### 8. القياس البعدي:

تم تقديم مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 للمفحوص كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض لديه بعد أربعة أشهر من آخر جلسة علاجية في التكفل العلاجي المقترح سلفاً، وذلك لتقييم فعالية هذا البرنامج العلاجي، وقدرت درجات القياس البعدي كما هي موضحة في الجدول التالي بـ 13 درجة

#### جدول رقم: (14) يوضح نتائج القياس البعدي للحالة الأولى

الرقم	الأعراض	أرقام العبارات المرتبطة بها	الدرجة المحصل عليها
01	أعراض التكرار	(1 - 2 - 3 - 4 - 5)	6
02	أعراض التجنب	(6 - 7)	2
03	أعراض معرفية ومزاجية	(8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14)	2
04	أعراض الاستثارة الانفعالية	(15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20)	3
13	المجموع الكلي للدرجات المحصل عليها على المقياس		

المصدر: من اعداد الباحثة

### II. عرض الحالة الثانية:

#### 1. تقديم الحالة الثانية:

##### 1.1. البيانات الأولية:

الاسم: حسان الجنس: ذكر السن: 43 سنة  
 المستوى الدراسي: ثلاثة ثانوي المهنة: دركي (تم تسريحه من العمل بسبب المرض)  
 عدد الاخوة: 1 ذكور 2 اناث الرتبة: 4، الأصغر  
 الاب: متوفي الام: على قيد الحياة 82 سنة.  
 الحالة الاجتماعية: متزوج وأب لبننت واحدة.

الحالة الاقتصادية: مقبولة.

الحالة الصحية: مريض سكري نوع 2 منذ 2008، وعلى إثر المضاعفات التي بدأت بالتقرحات المتواصلة منذ 2018 وتفاقت في القدم اليسرى والتي ظلت كذلك لمدة سنة والتي تحولت الى الغرغرينا ورغم محاولات عديدة للأطباء الا أنا البتر كان هو الحل لمنع انتشار التقرح في الطرف، وخلال هذه الفترة أصبح سكري نوع 1.

السوابق المرضية: لا توجد

العامل المفجر للمرض: بحكم عمله كدركي تعرض لانفجار لغم إرهابي مميت مع بداية مشواره في العمل لكن اصابته كانت خفيفة مقارنة بزملائه أين فقد أعز صديق له ويعبر قائلاً أنه شعر بخوف رهيب لم يشعر به في حياته، وبعد فترة من الزمن أصبحت تظهر عليه بعض الأعراض المرضية من حين الى آخر ورغم اجرائه للتحاليل لم يظهر لديه أي مرض ومع مرور الوقت ازدادت الأعراض الى أن شخص أن لديه مرض السكري نوع 2.

السوابق المرضية العائلية: الاب متوفي على إثر مرض الزهايمر، العم مريض سكري.

الجانب العلائقي: يعيش في سكن عائلته رفقة والدته وأخيه المتزوج في الطابق السفلي، هو وزجته وابنته في الطابق العلوي، على علاقة لا بأس بها مع جميع أفراد الأسرة.

الجانب الوجداني: الحزن الشديد بشكل دائم، والشعور بالخوف والضييق في أغلب الأوقات.

الجانب المعرفي: أفكار تشاؤمية في قوله: " أنا انتهيت، وين كنت ووين وليت"، نظرة سلبية نحو الذات: " تغيضني روعي، وعلاه غير أنا، وعلاه صابني ربي هكا، مالا أنا كश्ما درت في حياتي، أنا كرهت روعي"، وكذلك من خلال مجمل المقابلات الأولية السابقة للعلاج تمكنا من رصد جملة من المعارف المشوهة لدى المفحوص منها:

التهويل: ألي تعيس يبقى تعيس طول حياتو، والي يحبو ربي يمدلو ولي ما يحبوش كما حالتني هكا يعاقبو.....

أخطاء في التفسير: "كश्ما درت في حياتي عليها صابني ربي".

العجز: "ما عدتش عندي قيمة"، "طول عمري وأنا نعاني"

السلبية: "من نهار العملية وأنا نحس روعي ميت"، " حياتي ما عندها حتى معنى"

الملاحظة العامة عن الحالة: منضم في الهدام، قليل الكلام مع التوقف والانفعال، مثقف، لباقة، متدلي الكتفين، وطأة الرأس، وجه شاحب، التتهد حين يتحدث عن نفسه، جدي وتسلسل زمني في رواية الأحداث.

## 2. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثانية:

**1.2. دافع الطلب:** على الرغم من أن الحالة يعاني من مرض مزمن واضح تم تشخيصه ويخضع للعلاج الطبي بشكل دوري منظم الا أن التصريح برغبته في المساعدة النفسية كان في البداية من طرف الزوجة، فهي من اتصلت بي وأعربت عن رغبة زوجها في العلاج النفسي، وبعد لقائنا كان كعادته قليل الكلام ولم يطل المقابلة وكانت في حدود نصف ساعة، وأبد استعداده في الخضوع للعلاج ابتداء من موعدنا المقبل وغادر وهو يأمل في الحصول على العلاج النفسي، أملا في التحسن وتغيير نمط حياته.

**2.2. التاريخ الشخصي:** لقد عاش الحالة طفولة فقيرة ومراحل عمرية قاسية، كان خجولا، هادئا، قليل الكلام وكثير الخوف، كان يخاف اللعب مع اقرانه وغالبا ما يتجنبهم خوفا من أن يضحكوا عليه من لباسه البالي ومظهره المثير للشفقة، اتم أطواره التعليمية الثلاث بسلاسة دون أي مشكل يذكر، لم يجتز شهادة البكالوريا لأنه كان يرغب في العمل لتحسين ظروفه الحياتية القاسية. تم قبوله في صفوف الدرك الوطني، وكانت فرحته كبيرة لأنه سيتخلص من الفقر الذي كان يعيشه، عمل سنوات ولم ينفق على نفسه وادخر ماله واشترى سكنا لأهله وبدأ بترميمه شيئا فشيئا، وبعدها فكر في الزواج من جارتهم التي كان يرغب فيها منذ الصغر، تزوج وأنجب طفلة تبلغ من العمر 7 سنوات.

**3.2. التاريخ الأسري:** عاش في كنف عائلة طيبة تعيش يومها بيومها كأبي عائلة فقيرة تسعى لأن تجد قوت أبنائها، كان الولد الأصغر في العائلة وبالتالي كان يشاهد معاناة بقية الأفراد، الأب كان يعمل في الحقول، يخرج صباحا ويعود مساء، ويقول: "كنا نستتاو العودة تاعو بفارغ الصبر باه نشوفو واش جابلنا خاطر ما عندناش حتى واش ناكلو"، الأم كانت لاهول لها ولا قوة تحاول إرضاء أبنائها بما توفر لديها في البيت الذي يصفه بالقديم قائلا: " الدرا الي كنا نسكنو فيها قريب السقف يطيح على ريساننا، وفي الشتاء ما نحكيكش نعواموا"، صرح الحالة ان علاقاته كانت جيدة مع عائلته لكن حالة الفقر التي عاشها كانت قاسية جدا دفعته في البداية الى محاولة الالتحاق بصفوف الجيش الوطني الشعبي ولكنه رفض لصغر سنه، فأتى دراسته حتى بلغ من العمر 18 سنة أين تخلى عن اجتياز شهادة البكالوريا وانضم الى الدرك الوطني، عمل لمدة 6 سنوات وفي احدى الأيام واثر اجراء دورية مراقبة في الحدود تعرضوا لانفجار لغم زرع من طرف الارهاب، تعرض لبعض الجروح والكسور ولكنها لم تكن بليغة الخطورة على عكس زملائه أين خسر أعز أصدقائه حينها قائلا: "شعرت بخوف لم أشعر به في حياتي ، على الرغم ما عانيته في طفولتي ، ولكن ذلك اليوم أحسست بالرعب"، أخذ عطلة لمدة 3 أشهر وتجاوز الحادثة وعاد الى العمل مجددا مع بروز بعض الأعراض بين الحين والآخر لم تكن لديه من قبل، لجأ الى الطبيب ولم يشخص بأي مرض يذكر، استمر

على هذه الحالة لمدة سنتين حيث أن الأعراض تزداد أكثر، طلب منه إجراء المزيد من التحاليل الطبية المتتالية وشخص أن لديه مرض السكري، هذا الأخير الذي تعامل معه بطريقة عادية كونه مرض لا يمثل خطراً على حياة الفرد ولم يعطيه أي أهمية. استمرت حياته بطريقة عادية كما خطط لها، حتى مرض أباه فجأة وقالوا أن أصابه الخرف ولم يعد يدري من هو، أخذ إلى الطبيب وشخص أن مريض بالزهايمر ولا بد من مراقبته وعدم تركه لوحده، فاضطر إلى اسكان أخيه معهم حتى يقوم بمراقبة أبيه عن كثب. توفي والده بعد 5 سنوات من معاناة المرض، لكن الوضع الصحي للحالة زاد سوء بعد إصابته بتقرحات في القدم كونه لم يتعب التعاليم الطبية ولا يلتزم بالحمية الغذائية، وهنا لم يعد بإمكانه العمل فتم منحه عطلة مرضية طويلة المدى وعندما لم يشفى تم تسريحه من العمل، ظلت حالته الصحية تتدهور شيئاً فشيئاً وتلك التقرحات تحولت إلى الغرغرينا والتي أوصلته إلى البتر الذي مس أصابع قدمه اليسرى ما عدى الأصبع الكبير وكان ذلك في شهر ديسمبر من السنة 2021.

### 3. التشخيص:

يعاني المفحوص من مرض السكري نوع 2 منذ 2008 والذي تطور وأدى إلى مضاعفات التقرحات المتتالية على المدى الطويل والتي لم تشفى وتطورت هي الأخرى إلى الغرغرينا أدت به إلى البتر الذي كان على مستوى القدم اليسرى وبالتحديد جميع أصابع القدم اليسرى ما عدا الأصبع الكبير سنة 2021. ومنذ ذلك الوقت وبالتحديد بعد التئام جروح العملية التي استغرقت فترة ثلاثة أشهر وهي فترة طويلة والحالة يعاني من العزلة التامة والانفعال الشديد لأتفه الأسباب (استثارة عاطفية)، ورفض كل أشكال الزيارات أو المشاركة في المناسبات العائلية ورفض الالتزام بالتعاليم الطبية من مواعيد وأخذ الأدوية في مواقيتها وكذا اتباع الحمية الغذائية اللازمة له (أعراض التجنب).

بالإضافة إلى تغيير المشاعر عنده وعدم احساسه بالحب اتجاه ابنته ولا الفرح عند رؤيتها وهي ترتدي في أحضانه (تعطيل عاطفي)، حيث يقول: " وليت بارد وما نحس بوالو اتجاه بنتي، تخيلي هي تحضن في وأنا عييت نتقبل هذاك التحضان، ما قدرتش حاير في روحي".

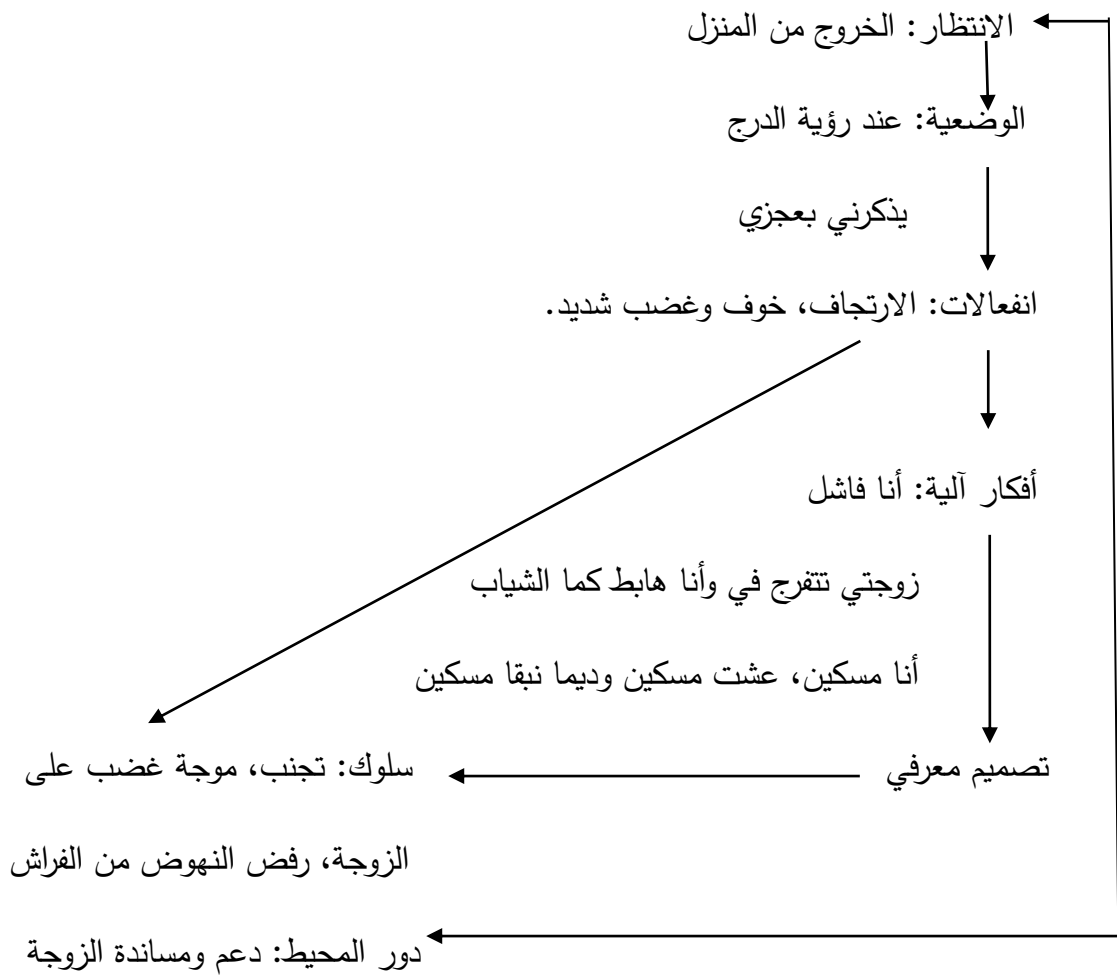
أفكار أخرى يقول " ما عدتش قادر نتحرك خلاص، نحس روحي ديما عيان، وما نقدرش نوض من فراشي حتى باه نقضي حاجتي"، "باه ما نشرش الدواء ولازم نأكل ونزيد نقيس السكر، هذا الروتين أكل باه ما نديروش، نفضل نقعد راقد في الفراش"، "واش الفائدة تاع حياتي، ما عندها حتى معنى" (تعطيل وظيفي).

الحالة استعاد قدرته على المشي ولكنه يتجنب حتى الوقوف على الرغم من أن الطبيب أكد له أنه يمكنه الوقوف على قدمه مع تجنب ارتداء أحذية صلبة فلا بد من استخدام احذية مخصصة لمثل حالته حتى لا

يؤدي قدمه ويتورم الجرح، الا أنه كثير الخوف ويتحدث قائلاً: " موش مستعد نعيش نفس المعاناة الي عشتها، أنا ضاغط على روحي بالسيف باه ننسا وما نيش قادر ننسى الأيام الي سوفريت فيها حتى النوم موش قادر نرقد كما العباد" (أعراض التكرار).

4. **التحليل الوظيفي:** قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (SECCA) بحيث تضمن التحليل العرضي والماضي للسلوك المضطرب للمفحوص (اخترنا أحد الوضعيات التي كانت تثير قلق المفحوص ومخاوفه من بين مجموعة الوضعيات التي جمعناها خلال المقابلات الأولية) كما يلي:

**التحليل العرضي: (الآن والحين)**



الشكل رقم (05): يوضح التحليل الوظيفي العرضي للحالة الثانية

التحليل التاريخي:

-معطيات بنيوية:

- وراثية: أب مريض بالزهايمر، العم مريض سكري.

- شخصية: سمات شخصية خوافية حريصة، حذر، حساسية زائدة.
- عوامل مشجعة لاستمرار العرض: حالة الفقر التي كان يعيشها.
- عوامل مسببة ومثيرة: القيود التي فرضها عليه المرض.

-العلاجات السابقة:

- علاجات دوائية: مرض السكري.

5. الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي للمفحوص ومحتوى المقابلات الأولية إضافة الى نتائج مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 التي تحصل عليها والتي قدرت بـ 27 درجة، تدل على أن المفحوص يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة جراء البتر.

6. عرض نتائج القياس القبلي للحالة الثانية:

جدول رقم (15): يوضح نتائج القياس القبلي لحالة الثانية

الرقم	الأعراض	أرقام العبارات المرتبطة بها	الدرجة المحصل عليها
01	أعراض التكرار	(1 - 2 - 3 - 4 - 5)	4
02	أعراض التجنب	(6 - 7)	3
03	أعراض معرفية ومزاجية	(8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14)	12
04	أعراض الاستثارة الانفعالية	(15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20)	11
30	المجموع الكلي للدرجات المحصل عليها على المقياس		

المصدر: من اعداد الباحثة

7. تقديم المقابلات العلاجية:

الجلسة الأولى: تمت هذه المقابلة في جو من الألفة والارتياح كون المفحوص اكتسب نوعاً من الثقة في المقابلات الأولية، وبالتالي كانت البداية بتقديم البرنامج العلاجي وتوضيح معنى هذا العلاج وهدفه مثل:

- هذا العلاج موجه لتعديل الأفكار الغير المنطقية وجعل السلوك أكثر توافقاً وتكيفاً مع أسلوب الحياة، ومن خلال معرفة توقعات المفحوص من هذا العلاج قمنا بتحديد الأهداف العلاجية حسب الأولوية وإمكانية تحقيقها، الاتفاق على عدد الجلسات والتي ستكون في حدود 18 جلسة علاجية وموعد ثابت بمعدل جلسة

واحدة في الأسبوع لمدة زمنية لا تتجاوز الساعة مع التأكيد على ضرورة الانضباط والالتزام وكان ذلك هو العقد العلاجي.

- تطبيق القياس القبلي.

- فتحت مجال الحوار للمفحوص للحديث عن خبرة البتر المؤلمة التي عان منها وعاشها، من أجل مساعدته على التعبير عن مشاعره التي لم يستطع أن يعبر عنها حينها ويعيد معايشة الحدث من جديد لاستيعاب الواقعة بصورة واضحة دون غموض وإبهام (وذلك بالطبع كان بعد اعداده المسبق لان يخوض في هذه التجربة) وكان ذلك كما يلي: هل بإمكانك أن تتذكر وتحكي لي عن يوم إجراء العملية. تردد في البداية ولكنه تمكن من الحديث لأول مرة عن هذه التجربة التي تركت فيه ألما نفسيا عميقا وكان شديد الانفعال في تعبيراته الوجهية ومتأثر كثيرا بهذه الخبرة، مما دفعنا الى تطبيق تقنية تعديل التنفس ثم الاسترخاء التنفسي لخفض هذه الشحنة الانفعالية كما يلي:

اجلس بشكل مريح، ضع إحدى يديك على الصدر والأخرى على البطن. استنشق الهواء (شهيق) بعمق وببطء عن طريق الأنف وأدخله إلى البطن. ابقه في الداخل بضع ثوان أو بقدر ما تستطيع. ثم أخرج الهواء (زفير) ببطء عن طريق الأنف أيضا. دع يدك ترتفع وتنخفض مع حركة البطن دون أن يتحرك الصدر سوى شيئا قليلا جدا...

نعيد عملية التنفس هذه لمدة عشر دقائق، عندما يتقنها ويشعر أنه يقوم بها بالطريقة الصحيحة وتسهل عليه ممارستها، نغير عملية الزفير من الأنف إلى الفم، أي يدخل الهواء عن طريق الأنف ولكن يخرج عن طريق الفم. يجب أن تستغرق عملية الشهيق 5 ثوان وعملية الزفير 15 إلى 20 ثانية.

-كيف تشعر الآن؟

مانيش مليح.

-هل واجهتك صعوبة خلال أداء التمرين؟

اياه حسيت روحي مخنوق وموش قادر نتنفس مليح.

**ملاحظة:** أطبق التقنية أنا أولا أمامه ثم أجعله يطبقها بعدي الى أن يستوعب التقنية.

- تغذية رجعية: كان المفحوص راضيا، خاصة بعدما تمكن من الحديث عن تجربته المؤلمة مع البتر واستحسانه لتقنية التنفس رغم الصعوبة التي واجهها.

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تقنية التنفس مرة أو مرتين خلال الأسبوع حتى يجيدها خارج الوضعيات المثيرة للقلق.

### الجلسة الثانية:

بعد الترحيب بالمفحوص سألته على ما تم خلال الأسبوع منذ يوم تركني الى يوم قدومه، وبعدها سألته عن الواجب المنزلي، حاول تطبيقها ولكنه وجد صعوبة في إجادتها فاقترحت عليه أن نعيدها بعد التقنية التي سنطبقها.

ولجعل المفحوص يدرك أخطاء التفكير التي يعاني منها اقترحت عليه تقنية الحوار السقراطي وذلك بطرح مجموعة من الأسئلة، اخترت أحد الوضعيات التي تثير قلقه: كان المفحوص كلما نظر الى قدميه تراوده فكرة: كشما درت في حياتي عليها صابني ربي؟

ما الدليل على هذه الفكرة؟

من صغري وأنا نعاني والناس كل لباس بيهم.

كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

ممکن موش عاجبتني روجي هكا.

ومانيش راض خلاص على حالتي. وماذا بعد؟ تغيضني روجي وعلاه غير أنا.

ثم ناقشت معه فكرة ما غير أنا: هل فعلا انت فقط من يعني؟ لا. لماذا قلت هكذا؟ لأنني مريض.

هل المريض فقط من يعني؟ لا.

- وبعد مناقشة هذه الوضعية أعدنا تطبيق تقنية تعديل التنفس لتمكين المفحوص من إجادة التقنية وكذا التخفيف من التوتر الذي ينتابه بين فترة وأخرى.

- تلخيص محتوى الجلسة: قمنا بتلخيص ما تم خلال الجلسة معا.

- التغذية الرجعية: تمكن المفحوص من استيعاب التقنيات حتى انه كان راضيا وأدرك سوء تفسيره للوضعيات.

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم حتى خارج الوضعيات المقلقة وأربع مرات في الأسبوع، ومحاولة تطبيق الاسترخاء التنفسي.

## الجلسة الثالثة:

-استلھنا الجلسة بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي، حيث عرض علي المفحوص أحد الوضعيات التي اعترضته وسببت له قلقا شديدا. وأخذنا هذه الوضعية التي طرحها وقمنا بتطبيقها وفق التقنية الموالية.

-سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة: من خلال هذا السجل سأطلب من المفحوص ان يصف بدقة وبالتفصيل الوضعية المؤلمة المسببة للتوتر والقلق خلال الأسبوع مع ذكر جميع الأفكار التي تراوده (المونولوج الداخلي) وكذا تحديد كل ما يحس به على المستوى الجسمي (خفقان، اختناق....) ونفسي: خوف، رعب، الخ.

مع تقييم كل من درجة الأفكار والانفعالات وفق سلم متدرج من 0 الى 8 حسب تقديره الخاص ومدى قناعته بها وذلك بتدريب المفحوص على كيفية إنجازه.

مثال تطبيقي لوضعية عرضها المفحوص:

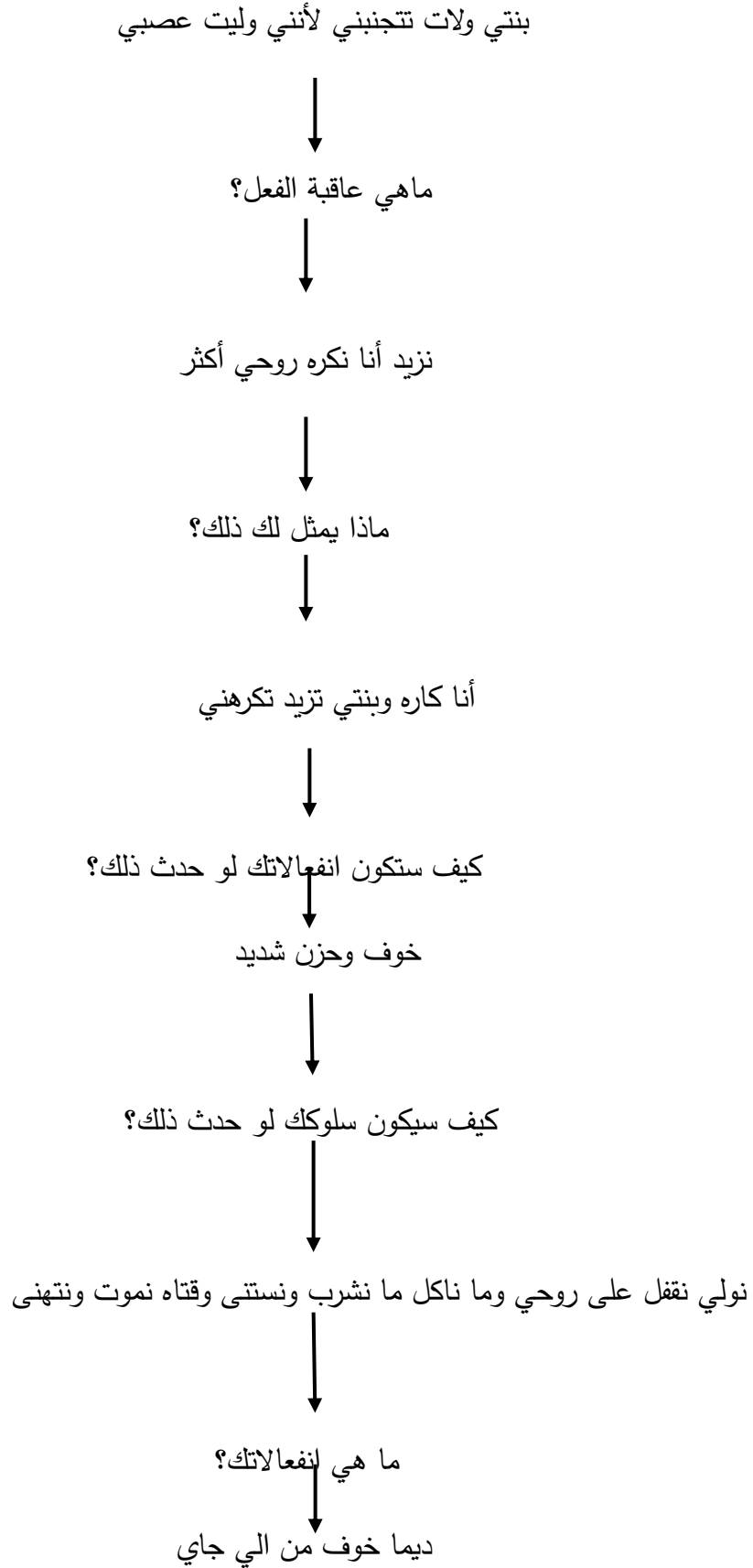
## جدول رقم (16): يوضح سجل الأفكار الآلية للحالة الثانية

الوضعية	الأفكار الآلية	الاحاسيس والانفعالات
احتضنته ابنته وارادت ان يلعب معها	أنا منيش أب وما عنديش مشاعر أنا ديما هك سلمي غير أنا صابني ربي	خفقان القلب سخونة واحمرار الوجه، توتر وغضب شديد
	التقييم: 8/8	التقييم: 8/8

المصدر: من اعداد الباحثة

نأخذ أحد الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للمفحوص ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي.

-السهم التنازلي: هذه التقنية تسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة كما يلي:



الشكل رقم (06): يوضح تقنية السهم التنازلي للحالة الثانية

بعد تطبيق هذه التقنية سألت المفحوص هل ابنتك تتجنبك فعلا فأجاب أحيانا، لكنني خائف تولي تخاف مني شفتي كيفاه نفكر. فشرحت له أن أصل الفكرة هي الخوف من الموت الذي عايش خبرته أثناء عملية البتر ويربط كل الأحداث بطريقة تجنب للآخر الذي يذكره بمعاناته وخوفه، فالخوف هنا من أن يترك ابنته لأنه مريض وسيموت وبالتالي وهذا ما أكده المفحوص بقوله هذا هو بالضبط.

التغذية الرجعية: صرح المفحوص بأنه بدأ يعي ان سبب استثارته الانفعالية الشديدة هي أفكاره المتسلطة والالزامية.

الواجب المنزلي: المواصلة في تطبيق تمرين تعديل التنفس، إعادة تطبيق سجل الاعمدة الثلاث في الوضعيات المثيرة للقلق حتى يستطيع حصر أفكاره الغير منطقية وملاحظة تصرفاته.

#### الجلسة الرابعة:

بعد الترحيب بالمفحوص سألته على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركني الى يوم قدومه، وبعدها سألته عن الواجب المنزلي، أين وجد المفحوص صعوبة في صياغة أفكاره.

- قمنا بإعادة تدريب المفحوص على تقنية السجل ذو المحاور الثلاث من خلال مناقشتنا لبعض الوضعيات الضاغطة التي واجهها وقام بتسجيلها خلال الأسبوع الفارط ومساعدته في ذكر جميع الأفكار التي تراوده (المونولوج الداخلي) وقتها وعملنا على تحديد أفكاره بالتجربة لجعله يدرك ويلاحظ الأفكار المشوهة التي تتتابه أكثر وتمكينه من إجادة هذه التقنية بطريقة أفضل.

ثم أخذنا أحد هذه الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للمفحوص وقمنا بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي للتعلم أكثر ودحض الأفكار الخاطئة له.

-تلخيص محتوى الجلسة: قدم المفحوص تلخيصا لما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة من مناقشة للأفكار).

التغذية الرجعية: صرح المفحوص بأنه بدأ يعي ان سبب استثارته الانفعالية الشديدة هي حقيقة طريقة تفكيره المشوهة.

الواجب المنزلي: المواصلة في تطبيق تمرين تعديل التنفس، إعادة تطبيق سجل الاعمدة الثلاث في الوضعيات المثيرة للقلق حتى يستطيع حصر أفكاره الغير منطقية وملاحظة تصرفاته.

الجلسة الخامسة:

بعد الترحيب بالمفحوص دائما سألته على الجديد منذ يوم تركني الى يوم قدومه، وبعدها سألته عن الواجب المنزلي، أبدأ المفحوص هذه المرة الاستحسان خاصة انه استطاع تطبيق تقنية السجل ذو المحاور الثلاث أفضل من المرة الاولى.

- وبعدها قمنا بمناقشة الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، وكذا التقييم الذاتي الذي وضعه لكل من الأفكار الآلية التي راودته خلالها وقمنا بمناقشة احدى هذه الوضعيات باعتماد تقنية إعادة البناء المعرفي كما يلي:

- تقنية إعادة البناء المعرفي: الفكرة: واش الفائدة تاع حياتي ما عندها حتى معنى.

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الاخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

جدول رقم (17): يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية للحالة الثانية

الأحكام الإيجابية	الأحكام السلبية
-الزوجة وبنتي يحتاجوني -أمي كيف كيف كبيرة وتخمم غير في. -ولد خالي ديما يسأل علي ويتفقدني ويقولني نحتاجك بجنبي. -عندي خواتي ثاني يقولولي أنت الي تسقسي علينا واحنا محتاجينك سند لنا.	-كما مرضت نشوف في روحي زايد عليهم. -نحس حياتي فضت. -ما عدتش كما قبل.

من خلال هذه الأحكام تبين ان المفحوص يبالغ في أفكاره ويركز على السلبيات أكثر من التركيز على الإيجابيات. وقد أدرك هو أيضا ذلك.

-تدريب المفحوص على كيفية تسجيل الأفكار الآلية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكاره بصورة منطقية وايجابية.

مثال تطبيقي مع المفحوص:

## جدول رقم (18): يوضح سجل الأفكار البديلة للحالة الثانية

الوضعية	الانفعالات و الاحاسيس	الأفكار الآلية	الأفكار البديلة الإيجابية	العواقب والاثار
كي نحب نتوضا ونمس رجلي	اختناق، تتمل في كامل الجسد، خفقان القلب، ارتعاش وخوف	أنا مشوه الي يشوفني يزعف مني ويهرب	جمسي موش مشوه كامل، أنا راني نمشي على رجلي	ارتياح: 8/4 الأفكار البديلة: 8/6
وصف الوضعية الضاغطة بدقة	وصف وذكر الاحاسيس والانفعالات. تقدير الشدة	جرد ووصف الأفكار الآلية: أو المنولوج الذاتي. تقدير مدى قناعتك بهذه الأفكار	وضع أفكار بديلة ايجابية (بدل الأفكار السلبية). تقدير مدى قناعتك بها من: 0 إلى 8	تقدير الأثر على: الاحاسيس والعواطف من: 0 إلى 8 مدى تغير قناعتك بالأفكار الآلية من: 0 إلى 8

المصدر: من اعداد الباحثة

- تلخيص محتوى الجلسة: قمنا بتلخيص ما تم خلال الجلسة معا.

-التغذية الرجعية: تمكن المفحوص من استيعاب التقنيات حتى انه كان راضيا وزاد ادراكه للتشوهات المعرفية التي كانت لديه.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار الآلية وتطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة)

## الجلسة السادسة:

-بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقت الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوص من وضعيات ومقارنة عدد الاحكام الإيجابية مع عدد الاحكام السلبية بهدف زيادة استبصار المفحوص بنفسه. كما ناقشنا الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه بهدف التعمق أكثر وإدراك المفحوص كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته.

## - تطبيق تقنية الحوار الذاتي:

قمت بتدريب المفحوص على محاورة افكاره الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال المثال التطبيقي التالي: المفحوص كما نلبس بليغة ونشوف رجلي واعتمادا على هذه الوضعية قمنا بتطبيق هذه التقنية.

ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

نعاف روعي، مالا الناس اكل يعافوني.

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

أم يبانوا صباوعي مكانش.

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

نعم، كما يزورنا واحد على غدره ونكون مانيش لابس تقاشر نشوفوا يخزر معايا

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

هو أو ينظر لي موش لرجلي.

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

أو جاء يزورني أنا بالطبع ينظر لي.

هل من فكرة أخرى؟

كما يتحدث معايا لازم يشوف لي.

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

بعد هذا التفسير قدمت للمفحوص سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى يتمكن من السيطرة على الأفكار والتفسيرات الغير منطقية التي تراوده وتعويضها بأفكار بديلة ملائمة وتدريبه عليه بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفا ومساعدته على إيجاد أفكار أكثر عقلانية.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: استيعاب المفحوص للتقنية والرضا على ما تم تقديمه خلالها.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة.

**الجلسة السابعة:**

- بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقنا الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوص من وضعيات بهدف زيادة استبصار المفحوص بنفسه. كما ناقشنا الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه بهدف التعمق أكثر وإدراك المفحوص كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته.

- إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي:

قمت بإعادة تدريب المفحوص على محاوره افكاره الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال الوضعية التي قام بطرحها خلال الجلسة كما يلي: وعلاه ما نقدرش نرقد في الليل ونبقا نخم، واعتمادا على هذه الوضعية قمنا بتطبيق هذه التقنية.

ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

كيفاه راح نكمل حياتي بهاذ الحالة، حتى النوم تحرمت منو.

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

كما تغيضني روحي ونقلق من روحي.

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

نعم المرض

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

كما نرقد في النهار ما نقدرش نرقد في الليل.

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

أنا الأطباء أكدولي بلي حالتي في تحسن.

هل من فكرة أخرى؟

كما نهتم بصحتي ماتصرافي حتى مضاعفات

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

بعد هذا التفسير قدمت للمفحوص سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى يتمكن من السيطرة على الأفكار السلبية التي تراوده وتعويضها بأفكار بديلة ملائمة وتدريبه عليه بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفاً ومساعدته على إيجاد أفكار أكثر منطقية.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: استيعاب المفحوص للتقنية والرضا على ما تم تقديمه خلالها.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذي المحاور الخمسة.

**الجلسة الثامنة:**

- الاطلاع على مجريات الأسبوع الماضي

- ثم ناقشنا الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قام بتسجيلها أين تمكن المفحوص التعامل مع وضعيات ضاغطة وتمكن من السيطرة على انفعالاته نوعاً ما وذلك بتطبيق الاسترخاء والأفكار البديلة، التقييم الذاتي الذي وضعه المفحوص لكل من الأفكار الآلية والاحاسيس المصاحبة كان 8/5 وبالاطلاع على البدائل التي وضعها. كان أدائه جيد ومتقدم (تقييم الأفكار البديلة 8/6)

-تطبيق تقنية حل المشكلات:

من خلال هذه التقنية تساعد المفحوص على النظر الى الوضعيات المقلقة المرتبطة بخبرة البتر على انها مشكلة تستدعي الحل، حيث يقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم يقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها

وبعدها يقوم بترتيبها حسب الأولوية ويختار الأفضل بالنسبة له. وفي هذا الخصوص طرح المفحوص المشكل التالي:

يريد إيجاد حل فيما يتعلق بوضعية رفض النهوض من الفراش لتجنب الروتين اليومي.

تم تحديد الحلول الممكنة التي اقترحها المفحوص مع إمكانية تطبيقها وأولها هي عرض المشكل على زوجته وطلب المساعدة منها على تفهم سبب رفضه للنهوض من الفراش لتجنب تناول الدواء وقياس نسبة السكر لان هذا الموضوع يذكره بمرضه ومعاناته التي يحاول نسيانها، مع تعليم المفحوص طريقة الحوار والمناقشة.

- تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

- وفي التغذية الرجعية أبد المفحوص استعدادا لمواجهة أصدقائه وطلب المساعدة.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات.

#### الجلسة التاسعة:

- بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقنا الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوص من وضعيات بهدف زيادة استبصاره بنفسه. كما ناقشنا الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه بهدف التعمق أكثر وزيادة إدراكه.

ناقشت معه محاولته لتطبيق تقنية حل المشكلات، حيث أن المفحوص لم يتمكن من طرح المشكل على زوجته بما يعانیه لأنه يرى في ذلك ضعفا. ومن هنا أعدنا ممارسة التقنية من جديد حتى يتمكن من تطبيقها الى جانب الاسترخاء لتخفيف انفعالاته.

- تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

- وفي التغذية الرجعية أبدا المفحوص استعدادا حقيقيا هذه المرة للمواجهة.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات.

## الجلسة العاشرة:

- دائما نستهل الجلسة بمعرفة مجريات الأسبوع الماضي.

- ومن ثم تطرقنا لمناقشة الواجبات المنزلية، استطاع المفحوص اخبار زوجته بالمشكل الذي يعاني منه وطلب المساعدة منها ولقي ترحيبا كبيرا منها وأحس بالرضا فيما فعل.

- **تطبيق تقنية العرض التخيلي:** وهي تقنية سلوكية تهدف الى العرض التدريجي للمفحوص في الوسط الاجتماعي بعد انسحابه والهدف منها هو جعل المفحوص قادرا على مواجهة مشكلاته والسيطرة على الوضعيات الضاغطة المرتبطة بالبتير والمثيرة لخوفه والاندماج اجتماعيا.

أغض عينيك واسترخي خذ نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في البيت مع زوجتك وابنتك التي تلعب في بهو البيت وهي تحاول الاقتراب منك لاحتضانك. صف لـ ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاول تقييمها؟

انت دائما في البهو وتتنظر اليها وهي تلعب خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا مرة أخرى تنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا تحدث معها وهي تلعب وحاول أن تشاركها في اللعب خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احساسك؟ حاول تقييمها؟ خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا انت أنت تلعب معها وتلامس يديها بكل حنان وانتما تضحكان وسعيدان جدا تنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا أنت تلعب دائما معها وتقربها الى حضنك بحرية وانت سعيد بذلك خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا لقد كنت ممتازا وانت تبتسم لأنك احتضنت ابنتك تنفس وانت مرتاح، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحس؟ ما تقييمك؟ تنفس براحة لقد انهيت اللعب مع ابنتك بامتياز وانت مرتاح تنفس براحة وأنت تتنظر اليها بنظرة ثقة وتقاؤل بنجاحك تنفس براحة وافتح عينك ببطء انت مرتاح الآن.

كيف حالك؟ قال انه اندمج مع الوضعية وعاش الموقف حقيقة، كانت الصعوبة الكبرى في كيفية ملامسة ابنته بحنان حتى أنه ارتعش أثناء التعريض وليس بقية الموقف.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة أبد المفحوص الارتياح وقال ان التقنية أعجبتة كثيرا وشعر بالعطف.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة.

## الجلسة الحادية عشرة:

- بدأت بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث لمست تمكن المفحوص من استخدام التقنيات التي تعلمها في كل المواقف التي تواجهه وتجاوز العديد من الوضعيات والمشاكل العائلية حتى أنه كان متفائل بذلك لكنه جاء بالجديد وهو أنه رغم كل ما حققه، كان الأسبوع عاديا ولكنه كان منزعجا.

- من خلال الطرح الذي قدمه قمنا بتحديد عمل هذه الجلسة وذلك كما يلي: إعادة مناقشة أفكار المفحوص: وبالتالي ناقشنا هذا الانزعاج مع بعضنا لتحديد مصدره فتبين أنه لم يتمكن من مواجهة مخاوفه مع ذاته ودليل ذلك أنه لم يتمكن من احتضان ابنته وانما اكتفى باللعب معها فقط.

من خلال هذا السرد قمنا بإعادة تطبيق تقنية العرض التخيلي لنفس الموقف لتعزيزه وتمكينه من تطبيقه حقيقة.

- وبعد تلخيص محتوى الجلسة تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، طلبت من المفحوص محاولة تطبيق التعريض الحقيقي.

## الجلسة الثانية عشرة:

- من خلال المردود الأسبوعي قال المفحوص أنه كان لا بأس به.

- وعند مناقشة الواجبات المنزلية تمكن المفحوص من احتضان ابنته مع شعوره لأول مرة منذ العملية بمشاعر العطف الممزوجة بالخوف، وانطلاقا من هذه الوضعية اقترحت عليه التقنية التالية:

- تطبيق تقنية الحوار الذاتي: استخدمنا طريقة الحوار الذاتي الايجابي أثناء تعامله مع الموقف مع دمج تقنية الاسترخاء التنفسي للسيطرة على الانفعالات المصاحبة وذلك بإيقاف الأفكار السلبية واستخدام الأفكار البديلة الإيجابية للسيطرة على الوضعية كما يلي حيث قام بتسجيل الوضعيات ومنها التالية:

## جدول رقم: (19) يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلها المفحوص الثاني

الوضعية	الأحاسيس والانفعالات	الأفكار الآلية	الأفكار البديلة	العواقب والآثار
اللعب مع ابنتي واحتضانها	خوف ورعشة.	أنا ضعيف، خايف نموت وبنتي تولي بلا أب	أنا انسان، مرة ضعيف ومرة قوي، حتى أنا عندي مشاعر ونتاجثر.	الإحساس بالراحة والطمأنينة.
	8/4	8/5	8/8	8/8

## المصدر من اعداد الباحثة

- بعدها قمت بدعمه وتقويته من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لعشرة مرات.
- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه أفضل من ذي قبل.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي في جميع الوضعيات، سجل الأفكار البديلة.

## الجلسة الثالثة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نظرا للإنجاز الكبير الذي تمكن المفحوص من القيام به.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية تمكن المفحوص هذه المرة من احتضان ابنته وهو جد سعيد وكانت مشاعره أفضل ولم يكن قاسيا على حد قوله وذلك بالتأكيد رفقة تطبيق تقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية. ومن ثم اقترحت عليه إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي الإيجابي لمساعدته في مواجهة المواقف المرتبطة بخبرة البتر والتغلب عليها.

- إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي: في هذه الجلسة طرح المفحوص فكرة أنه شخص ضعيف وفاشل وبعد مناقشة هذه الفكرة طبقنا تقنية الحوار الذاتي باستعمال الأفكار البديلة الايجابية. وذلك للتعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار التي تؤدي إلى القلق في مواجهة المواقف المتجنبة.

- تطبيق تقنية حسن إدارة الوقت: قمنا بإعداد أجندة للمهام وذلك بتقسيم وقته في تناول الوجبات الغذائية بشكل منتظم مع اتباع الحمية الصحية المفروضة عليه من طرف الطبيب وذلك حسب الأولوية، وعليه يقوم بتحديد المهام التي يتطلب عليه أداؤها كل يوم في اليوم الذي يسبقه ومن ثم يحدد المدة اللازمة لكل مهمة مع تحديد أيها أهم ولا يمكن تأجيلها كموعده أخذ الدواء أو قياس السكري ساعة قبل الافطار وساعتين بعده،

موعد الطبيب أو موعد الفحص الدوري وهكذا يتم تنظيم وقته بشكل دوري، وفي حالة المفاجأة فلا بأس بتأجيل المهام التي يمكن تأجيلها حتى يتجنب حدوث مضاعفات المرض.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام

#### الجلسة الرابعة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نظرا للتقدم الكبير الذي تمكن المفحوص من القيام به.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية تمكن المفحوص من السيطرة على بعض المواقف المثيرة لقلقه وذلك بتطبيقه لتقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.

كما أعد أجندة للمهام لوحده وحاول الالتزام بها ولكنه لم يتمكن من النهوض كما خطط له.

- ومن هنا قمنا بمناقشة هذه الوضعية باستخدام الحوار والمناقشة، حيث عبر عن رغبته في الاهتمام بأموره الشخصية كما رتب لها، فأكدت له بأنه يستطيع فعلها ولكن بالتدرج، التفكير فالاستعداد ثم التخطيط وبداية التنفيذ كل يوم حتى يتم تنفيذها كلها، وبالتالي أعدنا مناقشة هذه الأفكار لتصحيح الأخطاء التفسيرية التي يتبناها الحالة من جهة (قوله: كما رتب لها)، ومن جهة أخرى اعتماد طريقة حل المشكلات في معالجة الموقف للخفض من الانفعالات وتجنب الاستثارة العاطفية، مع الاستعانة دائما بتقنية الاسترخاء التنفسي، واقترحنا عليه أن يطلب المساعدة من زوجته في ذلك.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام

#### الجلسة الخامسة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيدا نظرا للتحسن الملحوظ على المفحوص والذي عبر عنه.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكن المفحوص من طلب المساعدة من زوجته في تطبيق أجندة المهام لكنه كان منزعجا لأنه يريد الاعتماد على نفسه، رغم تطبيق تقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.

- ومن هنا وانطلاقا من الوضعية ولتخفيف يقظة المفحوص قمنا بتطبيق تقنية صرف الانتباه التي تساعد في عدم إعطاء أهمية للمثيرات المزعجة سواء كانت مواقف أو أفكار سلبية وكان ذلك كما يلي:

- تطبيق تقنية **صرف الانتباه**: اعتمدنا على وضعية طرحها المفحوص من قبل وهي البقاء المطول في الفراش، ومنه شرحنا له أهمية هذه التقنية وكيفية تنفيذها، حيث عند ما يستيقظ المفحوص من النوم ويبقى في فراشه تتبادر الى ذهنه صور وأفكار اقتحامية تدور في مجملها حول ما آلت اليه حالته الصحية مما يزيد من نسبة اليقظة لديه ورغبته في البقاء نائماً هروباً من مواجهة واقعه، وفي هذه الحالة وبدل أن يفسح المجال لهذه الأفكار الى البروز مباشرة وبمجرد الاستيقاظ يبدأ في عملية التنفس شهيق وزفير مع تركيز سمعه على عملية دخول الهواء وخروجه دون أن يركز سمعه لأفكاره، ستحاول هذه الأفكار في الظهور إذا اخفت صوت تنفسه ولذلك كان له أن يتنفس بصوت عال يمكنه من سماعه ويبادر في مغادرة الفراش مباشرة.

قمنا بأداء تجريبي لهذه التقنية حتى يتمكن المفحوص من إجادتها.

تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية **صرف الانتباه**.

#### الجلسة السادسة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيداً دائماً وفي تحسن مستمر.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكن من تطبيق تقنية **صرف الانتباه** للأفكار التسلطية التي تقتحم تفكيره وقت النوم واستطاع التغلب عليه ولكن أتعبته بعض الشيء.

- ومن هنا وانطلاقاً من الطرح الذي قدمه ولتخفيف نسبة اليقظة لديه أعدنا تطبيق التقنية مرة أخرى حتى يتدرب عليها جيداً.

- إعادة تطبيق تقنية **صرف الانتباه**: هذه المرة أخذنا وضعية أخرى، وهي عندما يكون في البيت ولا يرغب في التركيز لما يدور من حوله من مواقف أو وضعيات تثير انفعالاته فيلجأ الى سماع الموسيقى أو ممارسة نشاط.

تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوص لما تم خلال الجلسة، وارتياحه بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية **صرف الانتباه**.

## الجلسة السابعة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيدا نظرا للتحسن الملحوظ على المفحوص والذي عبر عنه.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكن المفحوص من التغلب على نفسه والاستيقاظ مع تطبيق تقنية صرف الانتباه واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار ايجابية.
- ومن هنا أعدنا جدولا يحتوي على عمودين بهدف إجراء مقارنة لوضعية الحالة قبل خضوعه للبرنامج العلاجي النفسي وبعد خضوعه له لزيادة ثقته بنفسه وتحفيزه على الحفاظ على المكتسبات المحققة خلال سيرورة العلاج ومدى التحسن الذي حققه وكان كما يلي:

## جدول رقم (20): يوضح حالة المفحوص الثاني قبل وبعد العلاج النفسي

قبل العلاج النفسي	بعد العلاج النفسي
عصبي بزاف ونثور لأتفه الأشياء	وليت نتحكم في روحي خير من قبل
تغيضني روحي ياسر	نحس روحي أحسن ومرتاح
نشوف روحي ديما عاجز وفاشل	أنا لباس وفي تحسن
كنت ما نحمل روحي لا زوجتي لا بنتي	عدت مليح وقدرت نحضن بنتي وانا مرتاح

## المصدر من اعداد الباحثة

- ثم طبقنا الاسترخاء التنفسي لدعم الحالة وتمكينه من التخلص من الانفعالات السلبية المتبقية.
- تلخيص محتوى الجلسة: ما قدمناه خلال الجلسة.
- التغذية الرجعية: أعرب الحالة عن اعجابه لما حققه من تقدم وعبر قائلا: وين كنت وين وليت.
- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة.

## الجلسة الثامنة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نتيجة التحسن المستمر الذي تمكن المفحوص من الوصول اليه.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث صرح المفحوص أنه تمكن من تنفيذ المهام التي أعدها في الأجدنة بمساعدة زوجته وذلك بتطبيق الاسترخاء والحوار الذاتي لكي لا يتعصب وأعرب عن نجاحه الذي لم يكن ينتظره، وبالتالي تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات في كل مجالات الحياة لتثمين المكاسب المحققة ومنع الانتكاسة.
- قمنا بتقييم كل الجلسات حيث عرضت عليه تقييماته التي قدمها خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى التحسن الذي حققه.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب الحالة لما تم تقديمه من تقنيات خلال كل الجلسات.

-تطبيق القياس البعدي.

-تحديد كيفية للتواصل ان استلزم الأمر، مع الاستمرار في تطبيق التقنيات التي تعلمها.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تعلمها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات المفحوص.

### 8. القياس البعدي:

تم تقديم مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 للمفحوص كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض لديه بعد أربعة أشهر من آخر جلسة علاجية في التكفل العلاجي المقترح سلفاً، وذلك لتقييم فعالية هذا البرنامج العلاجي، وقدرت درجات القياس البعدي كما هي موضحة في الجدول التالي بـ 12 درجة

#### جدول رقم: (21) يوضح نتائج القياس البعدي للحالة الثانية

الرقم	الأعراض	أرقام العبارات المرتبطة بها	الدرجة المحصل عليها
01	أعراض التكرار	(1 - 2 - 3 - 4 - 5)	1
02	أعراض التجنب	(6 - 7)	2
03	أعراض معرفية ومزاجية	(8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14)	4
04	أعراض الاستثارة الانفعالية	(15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20)	4
11	المجموع الكلي للدرجات المحصل عليها على المقياس		

المصدر: من اعداد الباحثة

### III. عرض الحالة الثالثة:

#### 1. تقديم الحالة الثالثة:

##### 1.1. البيانات الأولية:

الاسم: بية الجنس: انثى السن: 46 سنة  
المستوى الدراسي: اولى ثانوي المهنة: بطالة  
عدد الاخوة: 3 ذكور الرتبة: 1، الأكبر  
الاب: متوفي الام: على قيد الحياة 70 سنة.

الحالة الاجتماعية: عازبة.

الحالة الاقتصادية: متوسطة.

الحالة الصحية: مريضة سكري نوع 2 منذ 2006، وتطور سنة 2021 بعد مضاعفات الغرغرينا الى سكري نوع 1، ولكن الحالة ساءت أكثر ما أدى بها الى بتر اصبعين من القدم اليسرى بتاريخ 18 أبريل 2022.

السوابق المرضية: لا توجد

العامل المفجر للمرض: شجار عنيف بين أخيها وجارهم، فأحست حينها ببرودة وتجمد في الاطراف ولم تستطع التحرك، وبعد هذه الحادثة والحالة تعاني من التعرق الغير عادي والاحساس بالجوع وكثرة التبول دون أن تلجأ الى الطبيب الى أن أغمي عليها في أحد الأيام ونقلت على وجه السرعة الى المستشفى وبعد اجراء التحاليل تم تشخيصها بمرض السكري.

السوابق المرضية العائلية: الأب متوفي بعد معاناته مع مرض سرطان الرئة، الأم مريضة بارتفاع ضغط الدم والروماتيزم.

الجانب العلائقي: تعيش في سكن العائلة رفقة أمها وأخويها المتزوجين، أما الأخ الأكبر فيعيش في منزله الخاص، بحكم أنه البنت الوحيدة والكبرى فكل أعباء الأعمال المنزلية تقع على عاتقها، الأم تعمل وهي من تولت مسؤولية اخوتها خلال الصغر ولازالت تقوم بذلك الى حد الساعة بطلب من الأم، والعلاقة جد مضطربة بينها وبين جميع أفراد أسرتها.

الجانب الوجداني: تبدل عاطفي كبير والحزن في ملامحها.

الجانب المعرفي: بروز أفكار لوم الذات وجلدها وتتمثل في قولها: "ماعنديش الزهر حتى في شيء، كون جيت مليحة ما يصراش في هذا كل"، أفكار سلبية عن الآخرين والمستقبل في قولها: "واحد ما علبالو بي، أمي تفكر غير في أولادها وما هيش حاسة بي، ما عندي حتى مستقبل وحياتي توقفت ملي صارالي هك (البتر).... ومن خلال مجمل المقابلات الأولية السابقة للعلاج تمكنا من رصد جملة من المعارف المشوهة لدى المفحوصة منها:

التهويل: واحد ما علبالو بي، حياتي فضت.....

أخطاء في التفسير: "تهتم غير بأولادها وأنا تقول خاطي بنتها"، "كون نقول لأمي غلبت على عمل البيت علبالي ما يعجبهاش الحال".

العجز: "واحد ما يحبني"

السلبية: "شكون راح يهتم لأمرى وأنا كما هك".

الملاحظة العامة عن الحالة: هندام مرتب ومنسق، طريقة الكلام مصحوبة بنوع من الخجل مع التوقف من حين الى آخر، نقص في الرصيد اللغوي، صعوبة في التعبير عن نفسها ومشاعرها، وجه شاحب.

## 2. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثالثة:

1.2. دافع الطلب: لجأت الحالة الى طلب العلاج النفسي منذ اللقاء الأول الذي تحدثت فيه معها، وحسب قولها منذ العملية وهي لم تعد هي الانسانة السابقة ولم تعد تستطيع التعامل لا مع عائلتها ولا مع الآخرين وتعاني من غياب الدعم والمساندة لإكمال حياتها كما أبدت الاستعداد للالتزام بالعلاج والتعاليم المطلوبة منها لاستعادة الأمن والاستقرار النفسي وحتى تتمكن من تقبل مرضها وتحسن التعامل معه.

2.2. التاريخ الشخصي: لقد عاشت الحالة طفولة عادية، كانت تمتاز بالهدوء، وكانت قليلة الصحة وحجمها لا يعكس سنها حتى أقرانها لا يرغبون باللعب معها لاعتقادهم أنها أصغر منهم، كان تحصيلها الدراسي متوسط وكانت لا تحب الدراسة، اجتازت المرحلة الابتدائية ولكنها وجدت صعوبة في المرحلة المتوسطة أعادت السنة الثالثة متوسط مرتين حتى تمكنت من النجاح ولكنها لم تكمل المرحلة الثانوية لأنها لم ترغب في ذلك. بعد انقطاعها عن الدراسة حلت محل أمها في البيت وتكفلت بمسؤولية الأعمال المنزلية وكذا اخوتها بحكم عمل والدتها، أما والدها توفي وهي صغيرة في عمر 8 سنوات ولا تتذكر عنه سوى القليل لأنه كان يعمل طوال اليوم ويعود الى البيت ليلا فقط.

3.2. التاريخ الأسري: عاشت في كنف عائلة بسيطة تعمل للحصول على قوت يومها، لا تعرف حنان الأب ولا عطف الاخوة، أما الأم فكانت تصارع يوميا من أجل الحصول على رزق أبنائها وكانت علاقتها بانتهنا عادية حيث لا تتذكر الحالة ان والدتها سألتها يوما عن ما تحب أو تريد أن تفعل على عكس من ذلك كان جل اهتمامها منصبا على أبنائها وتعمل جاهدة لإرضائهم واسعادهم. وعلى هذا الأساس لعبت الحالة دور الأم مع اخوتها وكانت هي الساهرة على راحتهم وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم دون ان يكثر لها أحدا، وحتى بعد زواج اخوتها كانت تراعاهم وزوجاتهم وحتى ابناؤهم دون أن تقول لا لأي طلب أو أمر يوجه لها، بدأت معاناة الحالة مع المرض على اثر شجار طحين دار بين أخيها وجارهم أين أصبحت تعاني من أعراض لم تكن لديها من قبل ولكنها لم تعطي للأمر أهمية الى أن أغمي عليها ونقلت الى المستشفى وتبين أنها تعاني من السكري ومنذ ذلك الوقت والحالة تعالج طبيا ولكنها لم تكن منضبطة وغير ملتزمة للتعاليم الطبية ولا تطبق الحمية الغذائية مما أدى مع مرور الوقت الى مضاعفات الغرغرينا أين ساءت حالتها الصحية ولم تشفى بل تقاوم وضعها مما اخضعها لبتن اصبعين من القدم اليسرى سنة 2022.

**3. التشخيص:**

تعاني المفحوصة من سكري نوع 1 والذي أدى بها الى بتر اصبعين من القدم اليسرى سنة 2022، وبعد العملية بحوالي شهر بدأت معاناة الحالة خاصة وأن جروحها لم تلتئم بسرعة أين بقيت في المستشفى مدة شهرين ونصف، حيث تغيرت تصرفاتها وأصبحت كثيرة الغضب وسريعة الانفعال لأنفه الأسباب كما لا ترغب في رؤية أحد.

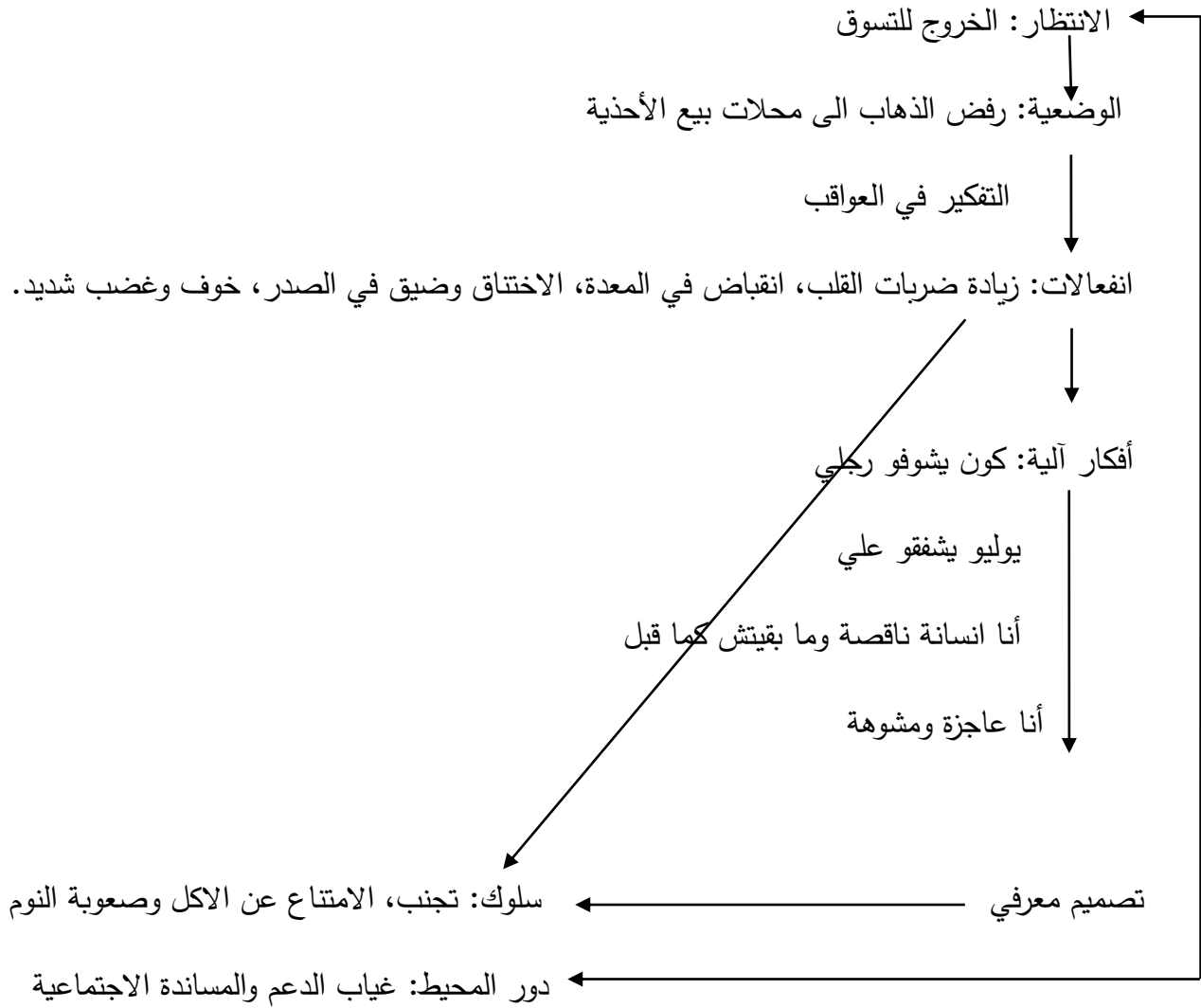
كما تبادرت لديها أيضا أعراض العزلة والابتعاد عن الآخرين من خلال تجنب اللقاءات أو المحادثات حتى العائلية (أعراض التجنب)، وتقول "نخاف يشوفو رجلي ولا يسألوني على صحتي أنا ما نحبش نجبد هذا الموضوع"، "كون نصيب واحد ما يذكرني بحالتي"، "ما نقدرش نلبس سندالة كما النساء"، "حتى كون نخم نورح نشري حذاء ونتذكر حالتي نتبدل ونولي عبد آخر" (أعراض التكرار)

الغضب على غير العادة والعدوان الموجه نحو الذات: في قولها " وليت نقلق بزاف، وسعات نقول ما ناكل ما نشرب باه نتنها و فرات" (الاستثارة العاطفية).

أفكار أخرى تقول " وليت ديما فاشلة وعيانا وما نقدر ندير والو"، " حتى خدمة البيت بسيف باه نديرها"، (تعطيل وظيفي).

**4. التحليل الوظيفي:** قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (SECCA) بحيث تضمن التحليل العرضي والماضي للسلوك المضطرب للمفحوصة (اخترنا أحد الوضعيات التي كانت تثير قلق المفحوصة ومخاوفها من بين مجموعة الوضعيات التي جمعناها خلال المقابلات الأولية) كما يلي:

التحليل العرضي: (الآن والحين)



الشكل رقم (06): يوضح التحليل الوظيفي العرضي للحالة الثالثة

التحليل التاريخي:

-معطيات بنيوية:

- وراثية: أب متوفي على إثر مرض سرطان الرئة، الأم مريضة بالروماتيزم وارتفاع ضغط الدم.
- شخصية: سمات شخصية انطوائية، خجولة وكتومة، كثيرة الخوف، حساسية زائدة.
- عوامل مشجعة لاستمرار العرض: تحمل مسؤولية البيت وأهلها منذ صغرها.
- عوامل مسببة ومثيرة: استمرار الضغط عليها.

-العلاجات السابقة:

- علاجات دوائية: مرض السكري.

5. الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي للحالة الثالثة ومحتوى المقابلات الأولية إضافة الى نتائج مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 التي تحصلت عليها والتي قدرت بـ 20 درجة، تدل على أن المفحوصة تعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة جراء البتر.

6. عرض نتائج القياس القبلي للحالة الثالثة:

جدول رقم (22): يوضح نتائج القياس القبلي للحالة الثالثة

الرقم	الأعراض	أرقام العبارات المرتبطة بها	الدرجة المحصل عليها
01	أعراض التكرار	(1 - 2 - 3 - 4 - 5)	4
02	أعراض التجنب	(6 - 7)	2
03	أعراض معرفية ومزاجية	(8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14)	7
04	أعراض الاستثارة الانفعالية	(15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20)	7
20	المجموع الكلي للدرجات المحصل عليها على المقياس		

المصدر: من اعداد الباحثة

7. تقديم المقابلات العلاجية:

الجلسة الأولى: تمت هذه المقابلة في جو من الألفة والارتياح كون المفحوصة اكتسبت نوعاً من الثقة في المقابلات الأولية، وبالتالي كانت البداية بتقديم البرنامج العلاجي وتوضيح معنى هذا العلاج وهدفه مثل:

- هذا العلاج موجه لتعديل الأفكار الغير المنطقية وجعل السلوك أكثر توافقاً وتكيفاً مع أسلوب الحياة، ومن خلال معرفة توقعات المفحوصة من هذا العلاج قمنا بتحديد الأهداف العلاجية حسب الأولوية وإمكانية تحقيقها، الاتفاق على عدد الجلسات والتي ستكون في حدود 18 جلسة علاجية وموعد ثابت بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع في الشهر الأول ثم جلستين في الأسبوعين التاليين ليصبح جلسة علاجية واحدة في المدة المتبقية لمدة زمنية لا تتجاوز الساعة مع التأكيد على ضرورة الانضباط والالتزام وكان ذلك هو العقد العلاجي.

- تطبيق القياس القبلي.

- فتحت مجال الحوار للمفحوصة للحديث عن خبرة البتر المؤلمة التي عانت منها وعاشتها، من أجل مساعدتها على التعبير عن مشاعرها التي لم تستطع أن تعبر عنها حينها وتعيد معايشة الحدث من جديد

لاستيعاب الواقعة وتكوين صورة عقلية واضحة (وذلك بالطبع كان بعد اعدادها المسبق لان تخوض في هذه التجربة) وكان ذلك كما يلي: هل بإمكانك أن تتذكرى وتحكي لي عن يوم إجراء العملية. البداية كانت صعبة بالنسبة لها حيث تتكلم ثم تقول لقد نسيت ما حدث بالضبط، لكنها ذكرت لحظات مهمة عن هذه الخبرة التي سببت لها ألماً نفسياً عميقاً وكانت جد منفعة، مما دفعنا الى تطبيق تقنية تعديل التنفس ثم الاسترخاء التنفسي لخفض هذه الانفعالات السلبية كما يلي:

اجلسي بشكل مريح، ضعي إحدى يديك على الصدر والأخرى على البطن. استنشقي الهواء (شهيق) بعمق وبطء عن طريق الأنف وأدخليه إلى البطن. ابقه في الداخل بضع ثوان أو بقدر ما تستطيعين. ثم أخرجي الهواء (زفير) ببطء عن طريق الأنف أيضاً. دع يديك ترتفع وتخفض مع حركة البطن دون أن يتحرك الصدر سوى شيئاً قليلاً جداً...

نعيد عملية التنفس هذه لمدة عشر دقائق، عندما تتقنها وتشعر أنها تقوم بها بالطريقة الصحيحة وتسهل عليها ممارستها، نغير عملية الزفير من الأنف إلى الفم، أي يدخل الهواء عن طريق الأنف ولكن تخرجه عن طريق الفم. يجب أن تستغرق عملية الشهيق 5 ثوان وعملية الزفير 15 إلى 20 ثانية.

-كيف تشعرين الآن؟

أشعر بالراحة.

-هل واجهتك صعوبة خلال أداء التمرين؟

نعم وجدت صعوبة في اخال الهواء من الأنف واخراجه من الفم مع انقباض في جهة الرقبة.

**ملاحظة:** أطبق التقنية أنا أولاً أمامها ثم أجعلها تطبقها بعدي الى أن تستوعب التقنية.

- تغذية رجعية: أعجبت المفحوصة بالتقنية، خاصة بعدما تمكنت من التفريغ الانفعالي التكلم عن تجربتها المؤلمة مع البتر ولو قليلاً.

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تقنية التنفس مرة أو مرتين خلال الأسبوع حتى تجيدها.

**الجلسة الثانية:**

بعد الترحيب بالمفحوصة سألتها على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركتني الى يوم قدومها، وبعدها سألتها عن الواجب المنزلي، أبدت المفحوصة الاستحسان خاصة انها حاولت تطبيق عملية التنفس في كل وقت فراغها، فاقترحت عليها أن نعيدها بعد التقنية التي سنطبقها.

ولجعل المفحوصة تدرك أخطاء التفكير التي تعاني منها اقترحت عليها تقنية الحوار السقراطي وذلك بطرح مجموعة من الأسئلة، اخترت أحد الوضعيات التي تثير قلقها: أي موقف تتعرض له تراودها فكرة: ما عنديش الزهر حتى في شيء، كون جيت مليحة ما يصراش في هذا كل؟

ما الدليل على هذه الفكرة؟

شوفي أني مريضة بالسكر وزادوا قصولي زوز صوابع.

كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

ممکن كما تغيضني روجي برك، خاطر خاوتي وأمي ما علبالهمش بي.

ثم ناقشت معها فكرة ما عنديش الزهر حتى في شيء: هل فعلا ما عندكش الزهر حتى في شيء؟ لا. لماذا قلت هكذا؟ لأنني نحس هك.

ما هو الشيء الي خلاك تحسي هك؟ المرض. هل المرض يجعلك ما عندكش الزهر؟ لا.

- وبعد مناقشة هذه الوضعية أعدنا تطبيق تقنية تعديل التنفس لتمكين المفحوصة من إجادة التقنية وكذا التخفيف من التوتر الذي ينتابها بين فترة وأخرى.

- تلخيص محتوى الجلسة: قمنا بتلخيص ما تم خلال الجلسة معا.

- التغذية الرجعية: تمكنت المفحوصة من استيعاب التقنيات حتى انها أدركت المبالغة في أفكارها وتضخيمها للمواقف.

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم حتى في المواقف العادية للتمكن من التقنية جيدا وأربع مرات في الأسبوع، ومحاولة تطبيق الاسترخاء التنفسي.

### الجلسة الثالثة:

- استلھينا الجلسة بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي، حيث أمضت المفحوصة أسبوعا متوترا كالعادة لخلاف عائلي. وأخذنا أحد الوضعيات التي طرحتها وقمنا بتطبيقها وفق التقنية الموالية.

- سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة: من خلال هذا السجل سأطلب من المفحوصة ان تصف بدقة وبالتفصيل الوضعية المؤلمة المسببة للتوتر والقلق خلال الأسبوع مع ذكر جميع الأفكار التي تراودها

(المونولوج الداخلي) وكذا تحديد كل ما تحس به على المستوى الجسمي (خفقان، اختناق....) ونفسي: خوف، رعب، الخ.

مع تقييم كل من درجة الأفكار والانفعالات وفق سلم متدرج من 0 الى 8 حسب تقديرها الخاص ومدى قناعتها بها وذلك بتدريب المفحوصة على كيفية إنجازها.

مثال تطبيقي لوضعية عرضتها المفحوصة:

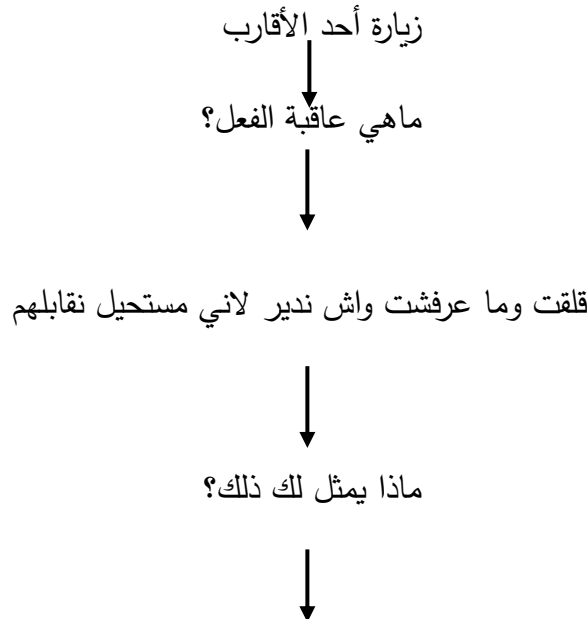
**جدول رقم: (23) يوضح سجل الأفكار الآلية للحالة الثالثة**

الاحاسيس والانفعالات	الأفكار الآلية	الوضعية
التعب وصعوبة الوقوف والدوار، خوف وغضب شديد	تولي تشفا في يوليو يتهامسوا علي هم لباس بيهم وأنا صابني ربي	زيارة والدة زوجة أخيها لهم في البيت
التقييم: 8/8	التقييم: 8/8	

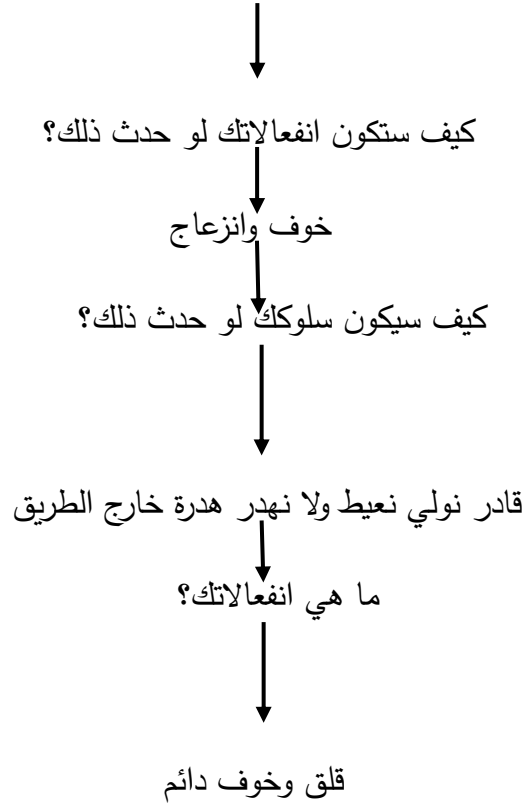
**المصدر: من اعداد الباحثة**

نأخذ أحد الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للمفحوصة ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي.

-**السهم التنازلي:** هذه التقنية تسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة كما يلي:



كيفاه راح نقابلهم؟ يوليوي يشوفو لي ويحوسو يفهمو على صحتي وأنا نكره الموضوع هذا والهدرة عليه؟



### شكل رقم: (08) يوضح تقنية السهم التنازلي للحالة الثالثة

بعد تطبيق هذه التقنية سألت المفحوصة هل استقبلت الزوار فأجابت نعم، لكنني ما زلت منزعجة من زيارتهم ونبقى نخم ديمًا في الموضوع نطلع ونهبط. وبعدها ناقشت معها الوضعية لتمكينها من استيعاب طريقة تفكيرها المبالغ فيها وما أحدثته هذه الأفكار من سلوكيات غير سوية وانفعالات سلبية تؤثر على صحتها وحياتها.

التغذية الرجعية: صرحت المفحوصة بأنها بدأت تعي ان سبب استثارته الانفعالية الشديدة هي أفكارها المتسلطة والالزامية.

الواجب المنزلي: المواصلة في تطبيق تمرين تعديل التنفس، إعادة تطبيق سجل الاعمدة الثلاث في الوضعيات المثيرة للقلق حتى تستطيع حصر أفكارها المشوهة وملاحظة تصرفاتها.

### الجلسة الرابعة:

بعد الترحيب بالمفحوصة سألتها على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركتني الى يوم قدمها، وبعدها سألتها عن الواجب المنزلي، أين وجدت صعوبة في صياغة أفكارها.

- قمت بإعادة تدريب المفحوصة على تقنية السجل ذو المحاور الثلاث من خلال مناقشتنا لبعض الوضعيات الضاغطة التي واجهتها وقامت بتسجيلها خلال الأسبوع الفارط ومساعدتها في ذكر جميع الأفكار التي تراودها (المونولوج الداخلي) وقتها وعملنا على تحديد أفكارها بالتجربة لجعلها تدرك وتلاحظ الأفكار المشوهة التي تتبناها وتمكينها من إجادة التقنية بطريقة أفضل.

ثم أخذنا أحد هذه الأفكار حسب الأولوية بالنسبة لها وقمنا بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي للتعلم أكثر ودحض الأفكار الخاطئة لها.

-تلخيص محتوى الجلسة: قدمت المفحوصة تلخيصا لما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة من مناقشة للأفكار).

التغذية الرجعية: صرحت المفحوصة بأنها بدأت تعي ان سبب استثارها الانفعالية الشديدة هي حقيقة طريقة تفكيرها الخاطئة.

الواجب المنزلي: المواصلة في تطبيق تمرين تعديل التنفس، إعادة تطبيق سجل الاعمدة الثلاث في الوضعيات المثيرة للقلق حتى تستطيع حصر أفكارها المشوهة وملاحظة تصرفاتها.

### الجلسة الخامسة:

بعد الترحيب بالمفحوصة سألتها على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركتني الى يوم قدومها، وبعدها سألتها عن الواجب المنزلي، أبدت المفحوصة هذه المرة الاستحسان خاصة انها تمكنت من تطبيق تقنية السجل ذو المحاور الثلاث وتحديد أفكارها الآلية وكذا انفعالاتها المصاحبة.

- وبعدها قمنا بمناقشة الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، وكذا التقييم الذاتي الذي وضعته لكل من الأفكار الآلية التي راودتها خلالها وقمنا بمناقشة احدى هذه الوضعيات باعتماد تقنية إعادة البناء المعرفي كما يلي:

- تقنية إعادة البناء المعرفي: الفكرة: ما عنديش الزهر حتى في شيء .

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الاخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

## جدول رقم: (24) يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية للحالة الثالثة

الأحكام السلبية	الأحكام الإيجابية
<p>-نحس أمي تحب خاوتي خير مني.</p> <p>-المرض خلاني ما عنديش الزهر.</p>	<p>-عندي أم وهي التي تعمل وتتكفل بمصروف البيت.</p> <p>-عندي خاوتي وكما مرضت هم الي نقلوني للمستشفى.</p> <p>-عندنا بيت وأبي هو ألي خلاهونا.</p> <p>-عندي أهل وأقارب ونزورو بعضنا.</p> <p>-حتى في المستشفى لقيت الرعاية الطبية اللازمة</p>

المصدر: من اعداد الباحثة

من خلال هذه الأحكام تبين ان المفحوصة لديها أفكار التهويل والمبالغة. وقد أدركت هي أيضا ذلك.

-تدريب المفحوصة على كيفية تسجيل الأفكار الالية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكارها بصورة عقلانية وإيجابية.

مثال تطبيقي مع المفحوص:

## جدول رقم: (25) يوضح سجل الأفكار البديلة للحالة الثالثة

الوضعية	الانفعالات و الاحاسيس	الأفكار الآلية	الأفكار البديلة الايجابية	العواقب والاثار
النظر الى المرأة	اختناق وضيق في الصدر وانقباض في المعدة، حزن وخوف	حياتي ضاعت المرض غيري لحياتي ماعنديش الزهر	أنا واني واقفة على رجلي أنا راني نشوف ونسمع ونهدر ونمشي ونخدم في الدار كما كنت من قبل	ارتياح: 8/6 الأفكار البديلة: 8/8
وصف الوضعية الضاغطة بدقة	وصف وذكر الاحاسيس والانفعالات. تقدير الشدة من: 8/8 0 إلى 8	جرد ووصف الأفكار الآلية: أو المنولوج الذاتي. تقدير مدى قناعتك بهذه الأفكار من: 8/8 0 إلى 8	وضع أفكار بديلة ايجابية (بدل الأفكار السلبية). تقدير مدى قناعتك بها من: 0 إلى 8 8/8	تقدير الأثر على: الأحاسيس والعواطف من: 0 إلى 8 مدى تغير قناعتك بالأفكار الآلية من: 0 الى 8

## المصدر: من اعداد الباحثة

-تلخيص محتوى الجلسة: قامت المفحوصة بتلخيص ما تم خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: تمكنت المفحوصة من استيعاب التقنيات حتى اناه كانت جد سعيدة بالأفكار البديلة التي صاغتها وزاد ادراكها للتشوهات المعرفية التي كانت لديها.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار الآلية وتطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة)

## الجلسة السادسة:

-بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقت الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوصة من وضعيات ومقارنة عدد الاحكام الإيجابية مع عدد الاحكام السلبية بهدف زيادة استبصارها

بنفسها. كما ناقشنا الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته بهدف التعمق أكثر وإدراك المفحوصة لأفكارها المختلفة التي تثير انفعالاتها. ثم عرضت عليها الفنية الموالية:

### -تطبيق تقنية الحوار الذاتي:

قمت بتدريب المفحوصة على محاورة افكارها الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال المثال التطبيقي التالي: المفحوصة في البيت لاستقبال الضيوف واعتمادا على هذه الوضعية قمنا بتطبيق هذه التقنية.

ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

نخاف يشوفو رجلي ويسألوني على صحتي وأنا ما نحبش نجبد هذا الموضوع.

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

أم يبقاو يشوفوا معايا.

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

يشوفوا معايا ومن بعد يهدروا مع بعضاهم.

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

يهدروا على حاجة أخرى.

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

ممكن حاروا كي شافوني لباس.

هل من فكرة أخرى؟

ممكن يتساءلوا ويقولوا رتاحت.

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

بعد هذا التفسير قدمت للمفحوصة سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى تتمكن من السيطرة على الأفكار المختلفة التي تراودها وتعويضها بأفكار ملائمة وتدريبها عليها بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفا ومساعدتها على إيجاد أفكار أكثر منطقية.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: استيعاب المفحوصة للتقنية والرضا على ما تم تقديمه خلالها.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة.

### الجلسة السابعة:

- بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقنا الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوصة من وضعيات بهدف زيادة استبصارها بنفسها. كما ناقشنا الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته بهدف التعمق أكثر وإدراكها لأفكارها الناقدة التي تثير انفعالاتها.

### - إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي:

قمت بإعادة تدريب المفحوصة على محاور افكارها الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال الوضعية التي قامت بطرحها خلال الجلسة كما يلي: هي وعائلتها في البيت، واعتمادا على هذه الوضعية قمنا بتطبيق هذه التقنية.

ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

أمي تهتم غير بأولادها وأنا تقول خاطي بنتها، نحاف نبقا وحدي.

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

قادر يكرهوا مني وما عدوش يحملوني.

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

نعم، خاطر عدت طول مريضة.

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

ممكن لان الأم تشوفني عاقلة خير منهم تولي ترعى الذكور أكثر لتجنب حدوث المشاكل مع الجيران.

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

أنا عمري ما درتلها مشكل، على عكس الذكور.

هل من فكرة أخرى؟

أنا ديما في الدار تولي ما تخافش علي، وهم ديما برا على هذاك تهتم بيهم وتحوس عليهم

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

بعد هذا التفسير قدمت للمفحوصة سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى تتمكن من السيطرة على الأفكار السلبية التي تراودها وتعويضها بأفكار بديلة ملائمة وتدريبها عليه بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفا ومساعدتها على إيجاد أفكار أكثر منطقية.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: استيعاب المفحوصة للتقنية والرضا على ما تم تقديمه خلالها.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذي المحاور الخمسة.

### الجلسة الثامنة:

- الاطلاع على مجريات الأسبوع الماضي

- ثم ناقشنا الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها أين أبدت المفحوصة التفاؤل كونها تمكنت من السيطرة على انفعالاتها نوعا ما وذلك بتطبيق الاسترخاء والأفكار البديلة، التقييم الذاتي الذي وضعته لكل من الأفكار الآلية والاحاسيس المصاحبة كان 8/5 وبالاطلاع على البدائل التي وضعتها. كان أدائها جيد (تقييم الأفكار البديلة 8/6)

-تطبيق تقنية حل المشكلات:

من خلال هذه التقنية نساعد المفحوصة على النظر الى الوضعيات المقلقة المرتبطة بخبرة البتر على انها مشكلة تستدعي الحل، حيث تقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم تقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها وبعدها تقوم بترتيبها حسب الأولوية وتختار الأفضل بالنسبة لها. وفي هذا الخصوص طرحت المشكل التالي:

تريد إيجاد حل فيما يتعلق كثرة أعمال البيت.

تم تحديد الحلول الممكنة التي اقترحها المفحوصة مع إمكانية تطبيقها وأولها هي عرض المشكل على أمها وطلب المساعدة منها في وضع دور بينها وبين زوجة أخيها للقيام بالأعمال المنزلية، مع تعليم المفحوصة طريقة الحوار والمناقشة.

- تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

- وفي التغذية الراجعة أبدت المفحوصة استعدادا لمواجهة أمها وطلب المساعدة.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات.

#### الجلسة التاسعة:

- بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقنا الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوصة من وضعيات بهدف زيادة استبصارها بنفسها. كما ناقشنا الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته بهدف التعمق أكثر وزيادة إدراكها.

ناقشت معها محاولتها لتطبيق تقنية حل المشكلات، حيث أن المفحوص تمكنت من طرح المشكل على والدتها وطلبت منها المساعدة ورحبت الأم بالفكرة، ولم تتوقع المفحوصة ردة فعل أمها هذه. ومن هنا أعدنا ممارسة التقنية من جديد حتى تتمكن من تطبيقها في وضعيات مشابهة الى جانب الاسترخاء لتخفيف انفعالاتها.

- تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

- وفي التغذية الراجعة أعجبت المفحوصة جدا بالتقنية وأبدت استعدادها لتعميمها فيما يعترضها من مشكلات ضاغطة.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تعميم تطبيق تقنية حل المشكلات.

#### الجلسة العاشرة:

- دائما نستهل الجلسة بمعرفة مجريات الأسبوع الماضي.

- ومن ثم تطرقنا لمناقشة الواجبات المنزلية، تمكنت المفحوصة من التحكم في بعض المواقف الضاغطة واستطاعت وضع أفكار بديلة كما أنها واجهت اخوتها وطلبت منهم مساعدتها في تجاوز مرضها ولقيت الاستحسان من أخيها الأصغر الذي أبد تعاونه وتقهمه على خلاف البقية الذين أثاروا انفعالاتها وأثروا عليها سلبا.

- **تطبيق تقنية العرض التخيلي:** وهي تقنية سلوكية تهدف الى العرض التدريجي للمفحوصة في تقبل صورتها الجديدة بعد البتر والهدف منها هو جعلها قادرة على مواجهة مشكلتها والسيطرة على الوضعية الضاغطة المرتبطة بالبتر والمثيرة لخوفها وتقبل وضعها الجديد.

أغمضي عينيك واسترخي خذي نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في البيت تتزينين أما المرأة. وأنت ترين رجلك. صف لـ ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاول تقييمها؟

انت دائما أمام المرأة وتظن الى جسدك كاملا من الأعلى الى الأسفل خذي نفسا عميقا لمدة 5ثا احبسي انفاسك 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا مرة أخرى تنفسي بعمق لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا أنت تتأملين كمال جسدك بكل ثقة وقناعة حتى رجلك خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احساسك؟ حاولي تقييمها؟ خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا انت مستعدة للنظر في رجلك فقط بكل ثقة ابدئي وتنفسي بعمق لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، انت تتمعين في كامل جسدك بكل ثقة بنفسك احسنت انت تتقبلين جسدك هذا كما هو بحب كما هو خذي نفسا عميقا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا لقد كنت ممتازة انت تبسمين لأنك مقتنعة بنفسك وبكل جسدك كما هو تنفسي وانت مرتاحة، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحسني؟ ما تقييمك؟ تنفسي براحة لقد تمعنت النظر في جسدك بامتياز وانت مرتاحة وراضية تنفسي براحة وأنت تنظرين الى كل جسدك بنظرة ثقة وقبول لصورتك كما هي تنفسي براحة وافتحي عينك ببطء انت مرتاحة الآن.

كيف حالك؟ قال انها اندمجت فعلا مع الوضعية وعاشت الموقف حقيقة، كانت الصعوبة في كيفية النظر الى رجليها المبتورة ولكن عند الحديث عن الجسد ككل أحست بالراحة أكثر.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة أبدت المفحوصة الارتياح وقالت ان التقنية أعجبتها حقا.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة.

## الجلسة الحادية عشرة:

- بدأت بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث لمست تمكن المفحوصة من استخدام التقنيات التي تعلمها في كل المواقف التي تواجهها وتجاوزت العديد من الوضعيات والمشاكل العائلية حتى أنها كانت متفائلة بذلك، وجاءت بالجديد وهو أنها في هذا الأسبوع تشاجرت مع زوجة أخيها ولم تعرها اهتماما لكن هذه الأخيرة نهتها بالعاجزة والمشوهة مما أدى بها الى الانفعال الشديد.

- من خلال الطرح الذي قدمته قمنا بتحديد عمل هذه الجلسة وذلك كما يلي: إعادة مناقشة أفكار المفحوص: وبالتالي ناقشنا هذا القلق مع بعضنا فتبين أنها لم تتمكن من مواجهة مخاوفها مع ذاتها وولم تتقبل ما قالته لها زوجة أخيها لأنها الحقيقة.

من خلال هذا السرد قمنا بإعادة تطبيق تقنية العرض التخيلي لهذا الموقف لتمكين المفحوصة من مواجهة نفسها وتقبل صورتها الجديدة.

- وبعد تلخيص محتوى الجلسة تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوصة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، طلبت من المفحوصة محاولة تطبيق التعريض الحقيقي ومحاولة مشاهدة رجلها في المرأة.

## الجلسة الثانية عشرة:

- من خلال المردود الأسبوعي قالت المفحوصة أنها بحالة أفضل.

- وعند مناقشة الواجبات المنزلية تمكنت من رؤية رجلها في المرأة مع استخدام الأفكار البديلة ولكن انتابها خوف كبير، ومن هنا أعدنا تطبيق تقنية العرض التخيلي للوضعية مع دمج تقنية الاسترخاء التنفسي للسيطرة على الانفعالات المصاحبة وفي نفس الوقت استخدام الأفكار البديلة الإيجابية المسيطرة عليها في الوضعية كما يلي حيث قامت بتسجيل الوضعيات ومنها التالية:

## جدول رقم (26): يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلتها الحالة الثالثة

الوضعية	الأحاسيس والانفعالات	الأفكار الآلية	الأفكار البديلة	العواقب والآثار
رؤية رجلها في المرأة	توتر وخوف كبير.	أنا عاجزة ومشوهة أي يشوفني يعافني	أنا لباس بي واقفة على رجلي ونمشي أنا ما نيش عاجزة. أنا بصحة وفي تحسن.	الإحساس بالراحة والطمأنينة. 8/8
	8/5	8/4	8/8	

## المصدر: من اعداد الباحثة

- بعدها قمت بدعمها وتقويتها من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية عشرة مرات.
  - بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوصة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.
  - الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي في جميع الوضعيات، سجل الأفكار البديلة.
- الجلسة الثالثة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نظرا للتطور الكبير الذي تمكنت المفحوصة من القيام به.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية تمكنت من السيطرة على مخاوفها ورؤية رجلها دون مرآة وكانت بحالة أفضل، مع تطبيق تقنية الاسترخاء وإيقاف الأفكار الناقدة للذات بأفكار بديلة ايجابية. ومن ثم اقترحت عليها إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي لمساعدتها في مواجهة كل المواقف المرتبطة بخبرة البتر.
- إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي: في هذه الجلسة طرح المفحوص فكرة أنها انسانة ضعيفة، وبعد مناقشة هذه الفكرة طبقنا تقنية الحوار الذاتي باستعمال الأفكار البديلة. وذلك للتعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار التي تؤدي إلى الانفعالات السلبية في مواجهة المواقف المتجنبة.
- تطبيق تقنية حسن إدارة الوقت: قمنا بإعداد أجندة للمهام وذلك بتقسيم وقتها في تناول الوجبات الغذائية بشكل منتظم مع اتباع الحمية الصحية الموصي بها من طرف الطبيب وذلك حسب الأولوية، وعليه تقوم بتحديد المهام التي يتطلب عليها أداؤها كل يوم في اليوم الذي يسبقه ومن ثم تحدد المدة اللازمة لكل مهمة مع تحديد أيها أهم ولا يمكن تأجيلها كموعده أخذ الدواء أو قياس السكري ساعة قبل الافطار وساعتين بعده،

موعد الطبيب أو موعد الفحص الدوري وهكذا يتم تنظيم وقتها بشكل دوري، وفي حالة المفاجأة فلا بأس بتأجيل المهام التي يمكن تأجيلها حتى تتجنب حدوث صعوبات أو مضاعفات تؤثر على صحتها.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوصة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها أكثر.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام

**الجلسة الرابعة عشرة:**

- كان المردود الأسبوعي جيد نظرا للتقدم الكبير الذي تمكنت المفحوصة من القيام به.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية استطاعت المفحوصة السيطرة على بعض المواقف المثيرة لقلقها وذلك بتطبيقها لتقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.

كما أعدت أجندة المهام وحاولت التقيد بها، ولكن تعدد المهام المنزلية وعدم التزام زوجة أخيها بمساعدتها منعها من تنفيذ المهام المعدة في الأجنحة.

- ومن هنا قمنا بمناقشة هذه الوضعية باستخدام الحوار والمناقشة، حيث عبرت عن رغبتها في الاهتمام بصحتها وتنظيم حياتها دون أن يؤثر الغير عليها حتى لا تشعر بالعجز أو الضعف، وبالتالي أعدنا مناقشة هذه الأفكار لتصحيح الأخطاء التفسيرية التي تتابها من جهة، ومن جهة أخرى اعتماد طريقة حل المشكلات في معالجة الموقف للخفض من الانفعالات وتجنب الاستثارة العاطفية، مع الاستعانة دائما بتقنية الاسترخاء التنفسي، وأعدنا هذا الموقف بطريقة العرض التخيلي.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوصة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام

**الجلسة الخامسة عشرة:**

- كان المردود الأسبوعي جيدا نظرا للتحسن الملحوظ على المفحوص والذو عبر عنه.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكنت المفحوصة من تسيير أمور البيت دون ضغط، مع تطبيقها لتقنية الاسترخاء واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.

- ومن هنا وانطلاقا من الوضعية ولتخفيف يقظة المفحوصة قمنا بتطبيق تقنية صرف الانتباه التي تساعد في عدم إعطاء أهمية للمثيرات المزعجة سواء كانت مواقف أو أفكار سلبية وكان ذلك كما يلي:

- تطبيق تقنية صرف الانتباه: اعتمدنا على وضعية طرحتها المفحوصة من قبل وهي صعوبة الدخول في النوم ومنه شرحنا لها أهمية هذه التقنية وكيفية تنفيذها، حيث عند ما تخلد الى النوم تتبادر الى ذهنها صور وأفكار اقتحامية تدور في مجملها حول ما آلت اليه حالتها الصحية مما يثير انفعالاتها ويزيد من نسبة يقظتها، وفي هذه الحالة وبدل أن تفسح المجال لهذه الأفكار الى البروز مباشرة وبمجرد الاستلقاء على الفراش تبدأ في عملية التنفس شهيق وزفير مع تركيز سمعها على عملية دخول الهواء وخروجه دون أن تركز سمعها لأفكارها، ستحاول هذه الأفكار في الظهور إذا اخفتت صوت تنفسها ولذلك كان لها أن تنتفس بصوت عال يمكنها سماعه.

قمنا بأداء تجريبي لهذه التقنية حتى تتمكن المفحوصة من إجادتها.

تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعابها لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية صرف الانتباه.

#### الجلسة السادسة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيدا دائما وفي تحسن مستمر.

- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكنت من تطبيق تقنية صرف الانتباه للأفكار التسلطية التي تقتحم تفكيرها وقت النوم تمكنت من النوم بطريقة أفضل من ذي قبل.

- ومن هنا وانطلاقا من الطرح الذي قدمته ولتخفيف نسبة اليقظة لديها دائما أعدنا تطبيق التقنية مرة أخرى حتى تتدرب عليها جيدا.

- إعادة تطبيق تقنية صرف الانتباه: هذه المرة أخذنا وضعية أخرى، وهي عندما تقوم بأعمال البيت تراودها أفكار انهزامية تثير انفعالاتها ورغم وضع الأفكار البديلة تتغلب عليها أحيانا وعليه تلجأ الى صرف انتباهها بسماع الموسيقى حتى تتغلب كل الأفكار المتبقية.

تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوصة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.

- الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية صرف الانتباه.

## الجلسة السابعة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيدا نظرا للتحسن الملحوظ على المفحوصة.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث تمكنت المفحوصة من القيام بأعمال البيت دون ضغط، مع تطبيقها لتقنية صرف الانتباه واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية.
- ومن هنا أعدنا جدولاً يحتوي على عمودين بهدف إجراء مقارنة لوضعية الحالة قبل خضوعها للبرنامج العلاجي النفسي وبعد خضوعها له لزيادة ثقتها بنفسها وتحفيزها على الحفاظ على المكتسبات المحققة خلال سيرورة العلاج ومدى التحسن الذي حققته وكان كما يلي:

## جدول رقم (27): يوضح حالة المفحوصة الثالثة قبل وبعد العلاج النفسي

قبل العلاج النفسي	بعد العلاج النفسي
نقل ونخاف طول انسانة ضعيفة انسانة عاجزة ومشوهة واحد ما يحبني ما عندي حتى قيمة نتعصب ونولي نغلي وحدي.	رحمة ربي وليت انسانة عاقلة وليت راضية بقسمتي وليت نشوف ونركز على الأشياء الي عندي عدت نقدر نتحكم في روحي.

## المصدر: من اعداد الباحثة

- ثم طبقنا الاسترخاء التنفسي لدعم الحالة وتمكينها من التخلص من الانفعالات السلبية المتبقية.
- تلخيص محتوى الجلسة: ما قدمناه خلال الجلسة.
- التغذية الرجعية: أعربت الحالة عن اعجابها الكبير لما حققته من تقدم وعبر قائلة: نشوف في روحي وليت انسانة.
- الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة.

## الجلسة الثامنة عشرة:

- كان المردود الأسبوعي جيد نتيجة التحسن المستمر الذي تمكنت المفحوصة من الوصول اليه.
- قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث صرحت أنها تمكنت من مواجهة مخاوفها عند زيارة الأقارب وذلك بتطبيق الاسترخاء والحوار الذاتي وهي معهم، وبالتالي تشجيعها على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتتميم المكاسب المحققة ومنع الانتكاسة.

- قمنا بتقييم كل الجلسات حيث عرضت عليها تقييماتها التي قدمتها خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى التحسن الذي حققته.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب الحالة لما تم تقديمه من تقنيات خلال كل الجلسات.

-تطبيق القياس البعدي.

-تحديد كيفية للتواصل ان استلزم الأمر، مع الاستمرار في تطبيق التقنيات التي تعلمتها.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تعلمتها في مختلف المواقف الحياتية لتعزيز سلوكيات المفحوصة.

### 8. القياس البعدي:

تم تقديم مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 للمفحوصة الثالثة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض لديها بعد ثلاثة أشهر ونصف من آخر جلسة علاجية في التكفل العلاجي المقترح سلفاً، وذلك لتقييم فعالية هذا البرنامج العلاجي، وقدرت درجات القياس البعدي كما هي موضحة في الجدول التالي بـ 06 درجات

#### جدول رقم: (28) يوضح نتائج القياس البعدي للحالة الثالثة

الرقم	الأعراض	أرقام العبارات المرتبطة بها	الدرجة المحصل عليها
01	أعراض التكرار	(1 - 2 - 3 - 4 - 5)	1
02	أعراض التجنب	(6 - 7)	0
03	أعراض معرفية ومزاجية	(8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14)	2
04	أعراض الاستثارة الانفعالية	(15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20)	3
6	المجموع الكلي للدرجات المحصل عليها على المقياس		

المصدر: من اعداد الباحثة

## خلاصة:

بعد إعدادنا للإجراءات المنهجية التي على الباحث اتباعها انتقلنا في هذا الفصل الى عرض الصفحة النفسية التي رسمت لكل حالة من الحالات التي خصت بها هذه الدراسة بطريقة مفصلة مع تقديم نتائج القياس القبلي وكذا محتوى كل الجلسات العلاجية لكل حالة على حدة وكذا نتائج القياس البعدي المتحصل عليها بعد تطبيق المحتوى العلاجي المبرمج، لنقوم بتحليل ومناقشة ما تم التوصل اليه من نتائج في الفصل الموالي تبعا لفرضيات الدراسة واعتمادا على الجانب النظري وما توصلت اليه الدراسات السابقة.

# الفصل السابع

**تمهيد:**

بعد عرض النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق البرنامج العلاجي المصمم لهدف خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري ستقوم الباحثة في هذا الفصل بتحليل ما تم التوصل اليه من نتائج ومن ثم مناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة للإجابة على تساؤلاتها وكذا مناقشتها بالرجوع الى الدراسات السابقة والأدب النظري المستند اليه في هذه الدراسة لنقوم في الأخير بوضع استنتاج عام يتضمن التوصيات والمقترحات التي خلص اليها هذا البحث.

1. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضيات:

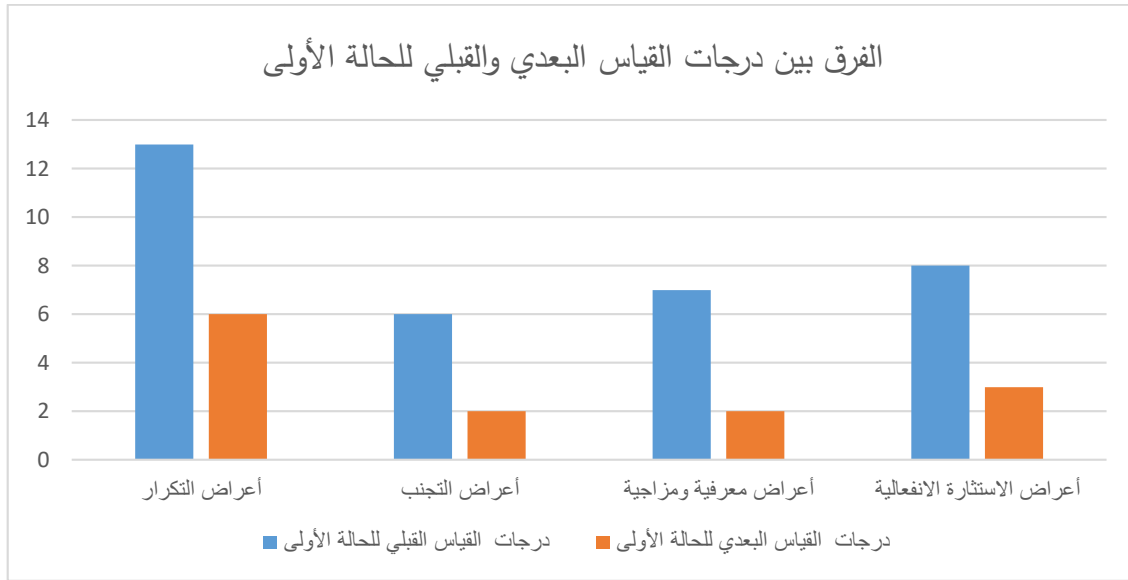
1.1 تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الرئيسية:

تتص الفرضية الرئيسية على أن "البرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري" وللتحقق من صحة هذه الفرضية نعرض الجدول والمخطط التاليين:

جدول رقم: (29) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الأولى وقيمة التحسن

الأعراض	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
أعراض التكرار	13	6	7
أعراض التجنب	6	2	4
أعراض معرفية ومزاجية	7	2	5
أعراض الاستثارة الانفعالية	8	3	5
المجموع الكلي للدرجات	34	13	21

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (09) يوضح الفرق بين درجات القياس البعدي والقبلي للحالة الأولى

حسب النتائج الموضحة في الجدول رقم (29) نجد أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة خفت بعد أن كانت في القياس القبلي تقدر بـ 34 درجة لدى المفحوص الأول لتصبح بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي 13 درجة، أي أن المفحوص الأول سجل تحسنا ملحوظا في كل أبعاد المقياس، وما هذا الا دليل على نجاعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وفعاليتة التي أدت الى انخفاض الأعراض المرضية التي ظهرت لدى المفحوص جراء عملية البتر الصادمة التي اختبرها جراء مضاعفات مرض السكري، ويتبين لنا

جليا من خلال نتائج الجدول رقم (29) والرسم البياني رقم (09) أن هناك فرق واضح وكبير بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي حيث يعني هذا أن هناك تراجع في كل الأعراض المرضية التي سجلناها لدى المفحوص الأول، أين نجد في أعراض التكرار التي كانت تقدر بـ 13 درجة انخفضت الى 6 درجات، في حين نجد أن أعراض التجنب التي سجلت 6 درجات أصبحت بعد العملية العلاجية درجتين، هذا الى جانب الأعراض المعرفية والمزاجية التي قدرت في القياس القبلي بـ 7 درجات انخفضت لتصبح درجتين هي الأخرى كما عرفت أعراض الاستثارة الانفعالية نقصا معتبرا فبعدما كانت 8 درجات نزلت الى 3 درجات، وما هذه النتائج الا تأكيد على نجاح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي طبق على المفحوص الأول وقدرته على خفض الأعراض الباتولوجية وتحسين الحالة النفسية له، ومن هنا يمكننا القول بأن الفرضية الرئيسية حققت وأن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعال في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

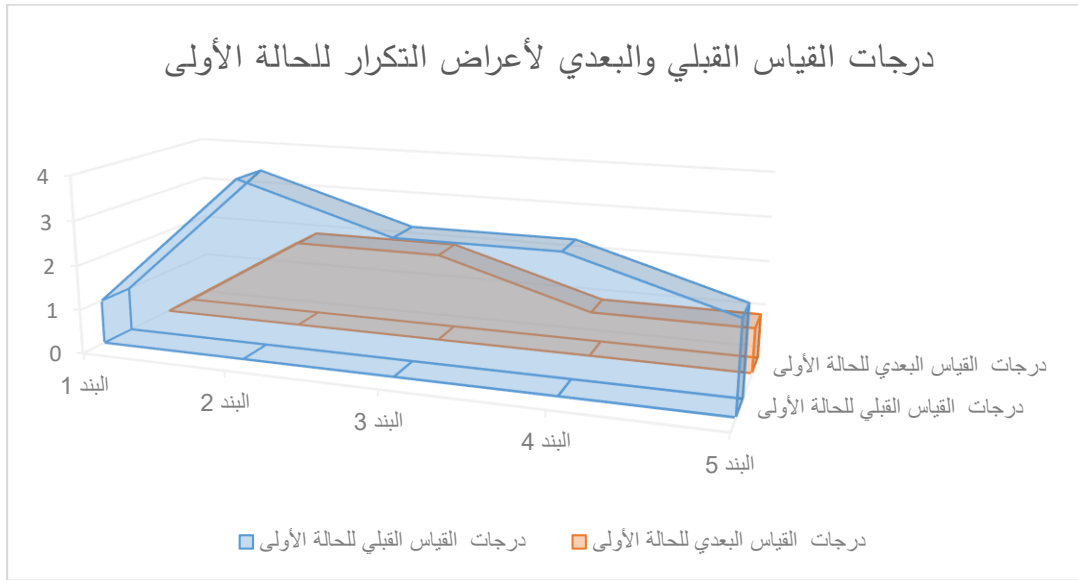
## 2. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

تنص الفرضية الفرعية الأولى على أنه لتقنية الاسترخاء دور في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (30) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الأولى وقيمة التحسن

أعراض التكرار	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 1	1	0	1-
البند 2	4	2	2-
البند 3	3	2	1-
البند 4	3	1	2-
البند 5	2	1	1-

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (10) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الأولى

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (30) والرسم البياني رقم (10) نلاحظ أن هناك تحسن ملحوظ وانخفاض بارز في أعراض التكرار أين سجل المفحوص الأول 13 درجة في القياس القبلي والتي انخفضت بعد تنفيذ الخطة العلاجية إلى 6 درجات وما هذا إلا دليل على نجاعة العلاج النفسي المعرفي السلوكي الذي يسعى إلى تحسين حياة المفحوص وتيسيرها، وبالنظر دائماً إلى النتائج المقدمة من نفس الجدول نجد أن المفحوص سجل أعلى درجة والمقدرة بـ 4 درجات والتي تقابلها عبارة دائماً في البند الثاني المتضمن وجود أحلام مزعجة ومتكررة مرتبطة بالخبرة المؤلمة والتي عان منها كثيراً وكان يجهل مصدرها ومعناها، إضافة إلى تسجيله 3 درجات في البند الثالث والذي يتضمن الشعور أو التصرف فجأة كما لو أن التجربة المؤلمة تحدث فعلاً مجدداً، إلى جانب البند الرابع الذي سجل نفس الدرجة والمتضمن الشعور بالضيق الشديد عندما يذكر شيء ما بتجربة مرهقة دون أن ننسى بروز ردود فعل جسدية عند تذكر شيء من التجربة المرهقة والتي مثلت في البند الخامس وحصل فيها المفحوص على درجتين في القياس القبلي، وبعد تقديم التفسير والمعاني الكامنة وراء هذه الأحلام والشعور المفاجئ الذي يظهر من حين إلى آخر وكذا معاني ردود الفعل الجسدية خلال سيرورة الجلسات العلاجية إضافة إلى تطبيق تقنية الاسترخاء والتعديل المعرفي التي عملت على تصحيح بعض المعارف السلبية وتخفيف القلق المرتبط بهذه الأخيرة مع تعزيز المكاسب المحققة ومحاولة تعميمها تمكن المفحوص الأول مع نهاية البرنامج العلاجي من تجاوز هذه الأحلام لتتخفف الدرجة في القياس البعدي إلى درجتين وكذلك بالنسبة للبند الثالث وكان التحسن أفضل بالنسبة للبند الرابع حيث انخفضت إلى درجة واحدة والتي تعبر عن أحياناً بعد أن كانت كثيراً، هذا مع نقص الاستجابة الجسدية الناتجة عن الأفكار المختلفة المتعلقة بالخبرة الصادمة التي عايشها المفحوص، ومع تنفيذ

التكفل النفسي وتطبيق الفنيات العلاجية المتمثلة في تقنية الاسترخاء والتعديل التنفسي وكذا تقنيات التعديل المعرفي جنباً الى جنب، والتي تتناسب مع الأعراض المفصلة المعروضة لدى المفحوص توصلنا في نهايته الى تحقيق تقدم واستحسان وفي المستوى الذي تمكن من إنجاز المفحوص أين عبر عن ارتياحه وأن أعراضه خفت وأصبح يدرك جوانب القصور التي لديه مع إمكانية ادارتها وأصبح قادراً على التعامل مع الوضعيات المشابهة. ومن هنا ومن خلال ما تم تقديمه يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الأولى محققة وأن لتقنية الاسترخاء فعالية في خفض أعراض التكرار لدى المفحوص الأول.

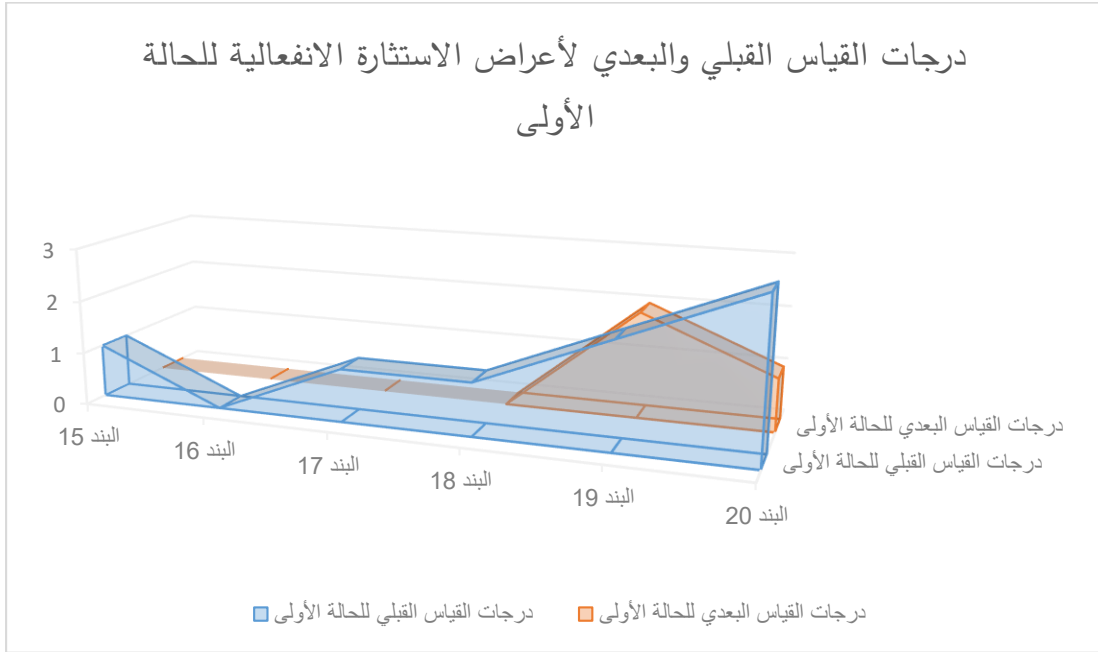
### 3. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية الفرعية الثانية على أنه لتقنية الاسترخاء والحوار الذاتي الإيجابي دور في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (31) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الأولى وقيمة التحسن

أعراض الاستثارة الانفعالية	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 15	1	0	1-
البند 16	0	0	0
البند 17	1	0	1-
البند 18	1	0	1-
البند 19	2	2	0
البند 20	3	1	2-

المصدر: من اعداد الباحثة



#### رسم بياني رقم: (11) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الأولى

يتضح لنا من الجدول رقم (31) والرسم البياني رقم (11) ان هناك انخفاض محسوس في أعراض الاستثارة الانفعالية، فبعد أن كانت درجة هذا البعد في القياس القبلي تقدر بـ 8 درجات تقلصت وأصبحت 3 درجات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وما هذا الا دليل على نجاحه ونجاعته وخاصة فعالية تقنية الاسترخاء التنفسي وما لها من دور بارز في إعادة التوازن الى الجسم والعضوية التي تكون في حالة استنفار بسبب القلق الناتج عن زيادة المشاعر السلبية المرتبطة بالخبرة المؤلمة والتي غالبا ما تكون مبهمة وغير واضحة المعالم لدى المفحوص، وبالنظر دائما الى نتائج الجدول رقم (31) نجد أن المفحوص تراجع درجاته في كل البنود المتضمنة في هذا البعد المرضي حيث سجل أعلى درجة في البنود 20 المقدره بـ 3 درجات والمتضمن اضطراب عادات النوم أو صعوبة البقاء نائما وهو ما عبر عنه في المقابلات الأولية في كونه يعاني من صعوبة الدخول في النوم على غير العادة، الى جانب تسجيله درجتين على البنود 19 المتضمن وجود صعوبة في التركيز وكذا حصوله على درجة واحدة على البنود 18 المتعلق بالشعور بالتعب أو الذهول والذي أشار اليه المفحوص خلال المقابلة بشعوره بالتعب من حين الى آخر، مع تسجيله لدرجة واحدة على البنود 17 الذي يدور حول سرعة اليقظة والاستعداد والتأهب لتجنب وقوع أي خطر وكذا درجة واحدة على البنود 15 المرتبط ب بروز سلوك عصبي أو نوبات غضب أو التصرف بعنوانية وهو أيضا مع عبر عنه المفحوص خلال جلسات المقابلات الأولية أين أفصح عن عدوانيته الغير مبررة والتي لم يستطع فهمها ولا فهم سببها، وبهذا ومن خلال تطبيق فنية الاسترخاء التنفسي بالتنسيق مع فنية التعديل المعرفي اللتان تعملان بشكل مترابط على تعديل الاختلال المعرفي الذي تتجر عنه مشاعر محبطة وهازمة للنفس تؤدي

بالمفحوص الى انتهاج السلوك العدواني كتفريغ للشحنات الانفعالية السلبية التي تزيد من نشاط الجهاز العصبي وتنجر عنها سرعة اليقظة والتأهب الدائم خوفا من المجهول وتجنباً لحدوثه خاصة مع عمليات العلاج والاصابة بالمرض المزمن الذي يتطلب المتابعة الصحية والنفسية وحالة الاستنفار هذه تؤدي في نهاية المطاف الى الشعور بالتعب لاستنزاف الطاقة. ومع فهم المفحوص لهذه السيرورة وادراكه لتفسيراته المعرفية المشوهة ومشاعره المبالغ فيها من خلال تطبيق الفنيات السالفة الذكر تمكن المفحوص من التغلب على ما لديه من أعراض الاستثارة الانفعالية وتمكن في نهاية العلاج النفسي من السيطرة بشكل كبير على هذه الأعراض وهذا ما يتضح في النتائج المقدمة في الجدول رقم (31) أين انخفضت درجة البند 20 الى درجة واحدة في القياس البعدي وكذا درجة كل من البنود 15 و17 و18 الى 0 درجة وما هذا الا تأكيد على فعالية تقنية الاسترخاء التنفسي في خفض أعراض الاستثارة الانفعالية وبذلك تكون الفرضية الفرعية الثانية قد تحققت.

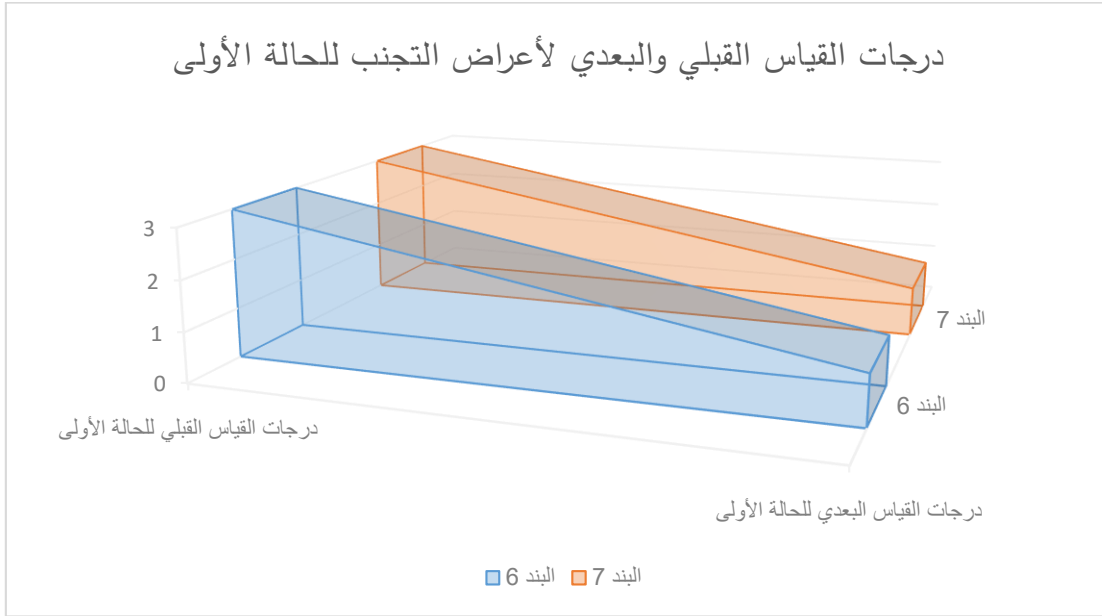
#### 4. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

تنص الفرضية الفرعية الثالثة على أنه لتقنية العرض التخيلي دوراً في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من صحة هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (32) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الأولى وقيمة التحسن

أعراض التجنب	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 6	3	1	2-
البند 7	3	1	2-

المصدر: من اعداد الباحثة



#### رسم بياني رقم: (12) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الأولى

حسب النتائج الموضحة في الجدول رقم (32) والرسم البياني رقم (12) يمكننا القول بأن أعراض التجنب التي سجلت لدى المفحوص الأول في القياس القبلي و التي قدرت بـ 6 درجات انخفضت بعد الانتهاء من تنفيذ العلاج النفسي المصمم لهذا الغرض لتصبح درجتين في القياس البعدي، وهذا يعني نجاح الخطة العلاجية المقترحة وفعاليتها في خفض أعراض التكرار لدى الحالة، حيث نلاحظ حسب النتائج المقدمة دائما في الجدول أعلاه بأن المفحوص الأول عرف تحسنا كبيرا فيما يتعلق بالبند 6 والمتضمن تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة بخبرة البتر والتي سجل فيها 3 درجات والمعبر عنها بكثيرا أين عبر المفحوص عن ذلك في المقابلات الأولية من كونه يعاني من أفكار تكرارية تراوده من فترة الى أخرى ترتبط بعملية البتر والتي يحاول جاهدا تجنبها دون جدوى والتي كانت تزعجه وتؤثر على مزاجه فتزيد من مشاعره السلبية واللوم الدائم للذات، وكذا تسجيله لـ 3 درجات في البند السابع 7 والذي يشير الى كثيرا هو الآخر والمتعلق بتجنب كل ما يذكر بخبرة البتر من أشخاص أو أماكن أو مواقف أو أشياء وهو ما برز فعليا خلال الجلسات الأولية أين عبر المفحوص عن تجنبه مقابلة الأقراب والأصدقاء تجنباً للحديث عن خبرته التي يحاول نسيانها، وخلال سيرورة الجلسات العلاجية وتطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة بالأخص في تقنية العرض التخيلي التي ساعدت كثيرا المفحوص من التغلب على الأعراض المرضية التي برزت لديه إذ عملت هذه التقنية على جعله يتعامل مع الوضعيات المتجنبة من خلال عملية التخيل والمدمجة مع الاسترخاء التنفسي لتقليل الانفعال والمشاعر المصاحبة لتمكينه تدريجيا من مواجهة هذه المواقف والتعامل معها على أرض الواقع وهو ما توصل اليه فعلا المفحوص في نهاية العلاج إذ تمكن من تجاوز الصعوبات التي كانت تعترضه في مواجهة الأصدقاء وتخلص منها واستطاع مقابلة أصدقائه الذين كان يتجنبهم ويتحجج لتفادي

لقائهم وقد أفاد بقوله لم أتوقع أن أحقق هذا الإنجاز، وهذا يبدو جليا في نتائج القياس البعدي الموضحة في الجدول رقم (32) أين انخفضت درجة البند السادس والسابع الى درجة واحدة وما هذا الا دليل على فعالية التقنية العلاجية المطبقة في خفض الأعراض المسجلة، وبذلك يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الثالثة محققة وأن لتقنية العرض التخيلي دور فعال في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

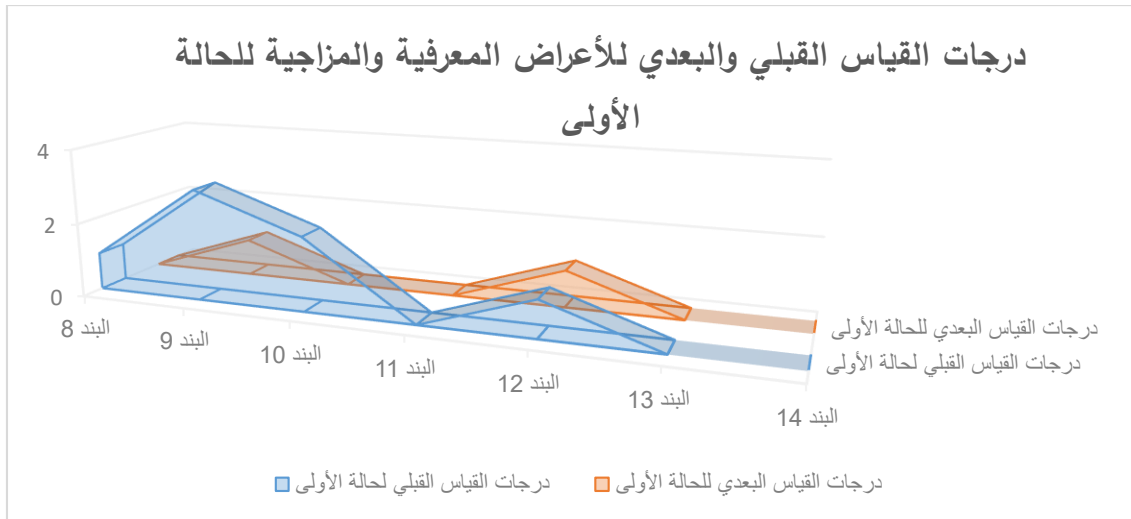
#### 5. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء الفرضية الفرعية الرابعة:

تنص الفرضية الفرعية الرابعة على أنه لتقنية التعديل المعرفي دور في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من صحة هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (33) يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الأولى وقيمة التحسن

أعراض معرفية ومزاجية	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 8	1	0	1-
البند 9	3	1	2-
البند 10	2	0	2-
البند 11	0	0	0
البند 12	1	1	0
البند 13	0	0	0
البند 14	0	0	0

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (13) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الأولى

نلاحظ من النتائج المقدمة في الجدول رقم (33) والرسم البياني رقم (13) أن الأعراض المعرفية والمزاجية التي كان يعاني منها المفحوص الأول والتي قدرت بـ 7 درجات في القياس القبلي انخفضت وتحسنت حالته لتصبح بعد عملية التكفل النفسي المطبق الى درجتين في القياس البعدي والتي تدل على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم ونجاحه في تحقيق تحسن ملموس لدى المفحوص الأول، فمن خلال النتائج الموضحة سلفا دائما نلمس أن هناك فرق واضح بين ما كان عليه المفحوص قبل الخضوع للعملية العلاجية وبين ما أصبح عليه بعد تنفيذ الخطة النفسية المبرمجة ففي البند الثامن نجده تحصل على درجة واحدة في القياس القبلي والمتضمن صعوبة تذكر أجزاء مهمة من خبرة البتر والتي برزت في بداية الجلسات الأولية أين عبر عن عدم قدرته في تذكر ما حدث خلال فترة العملية الجراحية والتي تدل على عدم استيعاب المفحوص للواقعة وعدم تقبله لما حدث له من تغيرات مست جسده وتهدد سلامته الصحية، هذا الى جانب حصوله على أعلى درجة في البند التاسع والمقدرة بـ 3 درجات والتي تشير الى كثيرا والمتضمن معتقدات وأفكار سلبية عن النفس والآخرين والعالم والتي ظهرت في الأخرى في محتوى التعبير اللفظي له خلال الجلسات الأولية وبقوة بالإضافة الى تسجيله درجتين على البند العاشر المتضمن اللوم الدائم للنفس والآخرين لما حدث له وحقا يلوم نفسه في ما وصلت اليه صحته من تدهور، وكذا حصوله على درجة واحدة في البند 12 المتضمن فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كان يستمتع بها والذي عبر عنها قائلا لم أعد اهتم لأي شيء حتى للأشياء التي كنت أحبها من قبل لم أعد أكثر لها، ولكن وبعد تطبيقنا للخطة العلاجية النفسية المعدة للتخفيف من هذه الأعراض المرضية وبالأخص تقنيات التعديل المعرفي المتعددة والتي طبقت خلال سيرورة الجلسات العلاجية مع مراعاة التسلسل المنطقي والتدريجي، فالبدائية كانت بالتقنية السقراطية لما لها من فائدة في ادراك التشوه المعرفي والأخطاء المعرفية التي يتبناها المفحوص والتي لا تستند الى أدلة واقعية بل نابعة من وجهة نظره الخاصة، وبعد هذا انتقلنا الى تطبيق تقنية السهم النازل للتعلم أكثر والتعرف على نوعية الأفكار التي يلجأ اليها المفحوص وتحديد أصلها ومصدرها لنتمكن المفحوص من معرفة أسباب ظهور هذه المعارف المشوهة وكيفية تأثيرها على حالته الصحية ولتمكينه أكثر من فهم ذلك طبقنا جدول الأعمدة الثلاث مع تحديد الوضعيات المؤثرة عليه والتي تبرز خلالها هذه الأفكار اللامنطقية وما تولده من أحاسيس وانفعالات مصاحبة وبذلك تتكون لديه القدرة على الملاحظة الذاتية والتعرف أكثر على أفكاره المسيطرة عليه ويقيم درجتها لننتقل بعدها الى تطبيق الجدول ذو الأعمدة الخمسة لتعديل هذه الأفكار وذلك بعد اختبارها واقعا أي تطبيق أفكار بديلة قابلة للتجسيد الفعلي وليست مجرد أفكار وهمية وكل هذه التقنيات مكنت المفحوص من فهم نوعية معتقداته المتبناة وكيفية تقييمها ومدى تأثيرها على حياته وصحته من خلال تنفيذها في الواجب المنزلي ثم اعتمادها على أرض الواقع حتى تترسخ وتصبح لديه بنية معرفية إيجابية تبعث على الأمل والراحة النفسية، وهذا ما تدل عليه نتائج القياس البعدي أين انخفضت درجة البند الثامن والتاسع الى

درجة الصفر وكذا درجة البند التاسع أصبحت درجة واحدة وما هذا الا دليل على فعالية تقنيات التعديل المعرفي في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري وبذلك يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الرابعة تحققت.

II. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضيات:

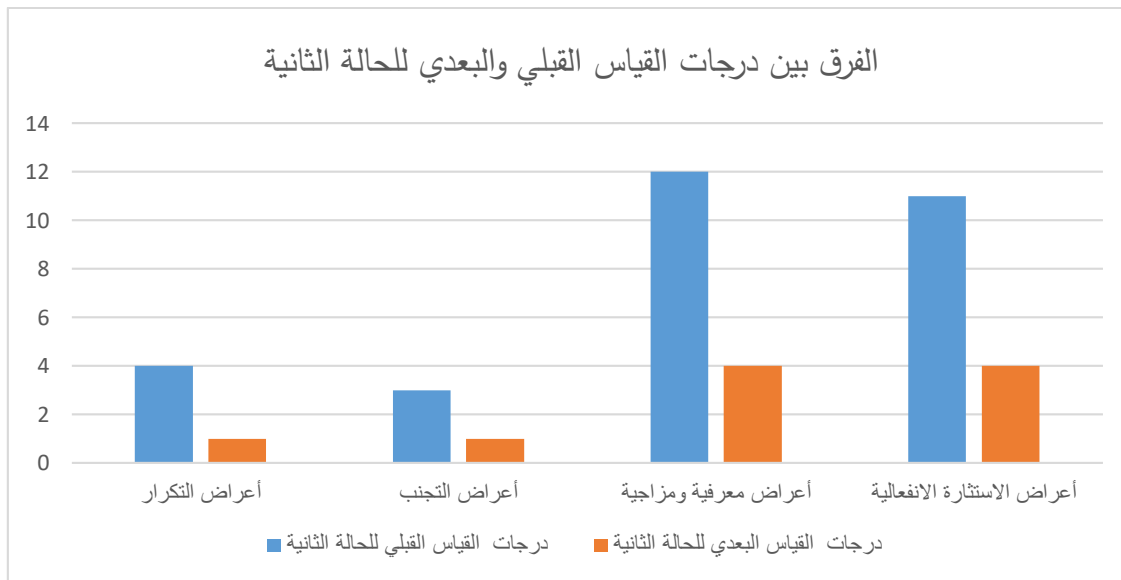
1. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الرئيسية:

تتص الفرضية الرئيسية على أن "لبرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري" وللتحقق من صحة هذه الفرضية نعرض الجدول المخطط التاليين:

جدول رقم: (34) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الثانية وقيمة التحسن

الأعراض	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	الفرق بين القياسين
أعراض التكرار	4	1	3
أعراض التجنب	3	1	2
أعراض معرفية ومزاجية	12	4	8
أعراض الاستثارة الانفعالية	11	4	7
المجموع الكلي للدرجات	30	10	20

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (14) يوضح الفرق بين درجات القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (34) نجد أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة خفت بعد أن كانت في القياس القبلي تقدر بـ 30 درجة لدى المفحوص الثاني لتصبح بعد التطبيق الميداني للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي 10 درجات، أي أن المفحوص سجل تحسنا ملحوظا في كل أبعاد المقياس، وما هذا الا دليل على نجاعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وفعاليتها التي أدت الى انخفاض الأعراض المرضية التي ظهرت لدى المفحوص جراء خبرة البتر الصادمة التي اختبرها جراء مضاعفات مرض السكري، ويتبين لنا جليا من خلال نتائج الجدول رقم (34) والرسم البياني رقم (14) أن هناك فرق واضح وكبير بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي حيث يعني هذا أن هناك تراجع في كل الأعراض المرضية التي سجلناها لدى المفحوص الثاني، أين نجد في أعراض التكرار التي كانت تقدر بـ 4 درجات انخفضت الى درجة واحدة، في حين نجد أن أعراض التجنب التي سجلت 3 درجات أصبحت بعد العملية العلاجية درجة واحدة هي الأخرى، هذا الى جانب الأعراض المعرفية والمزاجية التي قدرت في القياس القبلي بـ 12 درجة انخفضت لتصبح أربع درجات، كما عرفت أعراض الاستثارة الانفعالية نقصا معتبرا فبعدها كانت 11 درجة تراجعت الى 4 درجات، وما هذه النتائج الا تأكيد على نجاح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي طبق على المفحوص الثاني وقدرته على خفض الأعراض الباتولوجية وتحسين الحالة النفسية له، ومن هنا يمكننا القول بأن الفرضية الرئيسية حققت وأن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعال في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الحالة الثانية.

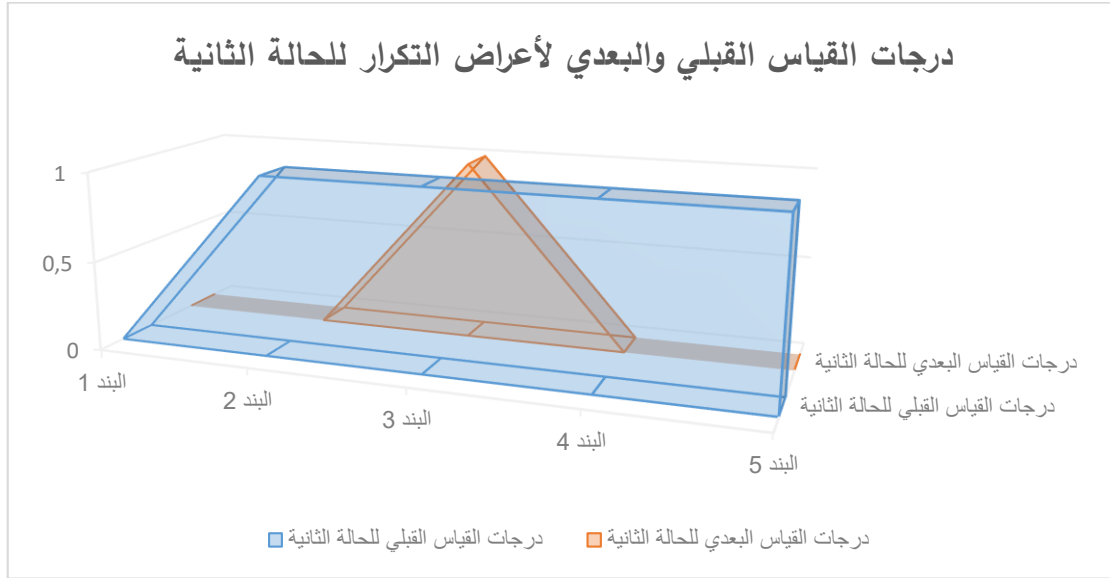
## 2. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

تنص الفرضية الفرعية الأولى على أنه لتقنية الاسترخاء دور في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (35) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الثانية وقيمة التحسن

أعراض التكرار	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 1	0	0	0
البند 2	1	0	1-
البند 3	1	1	0
البند 4	1	0	1-
البند 5	1	0	1-

المصدر من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (15) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الثانية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (35) والرسم البياني رقم (15) نلاحظ أن هناك تحسن ملحوظ وانخفاض بارز في أعراض التكرار أين سجل المفحوص الثاني 4 درجات في القياس القبلي والتي انخفضت بعد تنفيذ الخطة العلاجية الى درجة واحدة وما هذا إلا دليل على نجاعة العلاج النفسي المعرفي السلوكي الذي يسعى الى تحسين حياة المفحوص وتيسيرها، وبالعودة دائما الى النتائج المقدمة ضمن نفس الجدول السابق نجد أن المفحوص سجل درجة واحدة في البند الأول المتضمن ذكريات متكررة ومزعجة وغير مرغوب فيها من تجربة مؤلمة والتي تدل على المعاناة التي عايشها وعان منها كثيرا وكان يجهل مصدرها ومعناها، إضافة الى تسجيله درجة واحدة في البند الثالث والذي يتضمن الشعور أو التصرف فجأة كما لو أن التجربة المؤلمة تحدث فعلا مجددا، الى جانب البند الرابع الذي سجل نفس الدرجة والمتضمن الشعور بالضيق الشديد عندما يذكره شيء ما بالتجربة المرهقة دون أن ننسى بروز ردود فعل جسدية عند تذكر شيء من التجربة المرهقة والتي مثلت في البند الخامس وحصل فيها المفحوص على درجة واحدة أيضا في القياس القبلي، وبعد تقديم التفسير والمعاني الكامنة وراء هذه الذكريات والمشاعر وما تحمل في طياتها وكذا معاني ردود الفعل الجسدية خلال سيرورة الجلسات العلاجية إضافة الى تطبيق تقنية الاسترخاء والتعديل المعرفي التي عملت على تصحيح بعض المعارف السلبية وتخفيف القلق المرتبط بهذه الأخيرة مع تعزيز المكاسب المحققة ومحاولة تعميمها تمكن المفحوص الثاني مع نهاية البرنامج العلاجي من تجاوز هذه الذكريات لتتخفف الدرجة في القياس البعدي الى صفر درجة وكذلك بالنسبة للبند الرابع والخامس التي انخفضت أيضا الى صفر درجة، أي نقص الاستجابة الجسدية المفرطة الناجمة عن الأفكار المختلفة المتعلقة بالخبرة الصادمة التي عايشها المفحوص أيضا، ومع تنفيذ التكفل النفسي وتطبيق الفنيات

العلاجية المتمثلة في تقنية الاسترخاء والتعديل التنفسي وكذا تقنيات التعديل المعرفي جنباً إلى جنب، والتي تتناسب مع الأعراض المفصلة المعروضة لدى المفحوص توصلنا في نهاية التطبيق إلى تحقيق تقدم وانخفاض لا بأس به لأعراض التكرار مع استحسان المفحوص للتقنية والذي عبر عن ارتياحه وأن أعراضه خفت وأصبح يدرك جوانب الخلل التي كانت لديه والتي أثرت على صحته وسير حياته، مع أصبح بإمكانه ادارتها وقادراً على التعامل مع الوضعيات المشابهة. ومن هنا ومن خلال ما تم تقديمه يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الأولى محققة وأن لتقنية الاسترخاء فعالية في خفض أعراض التكرار لدى المفحوص الثاني.

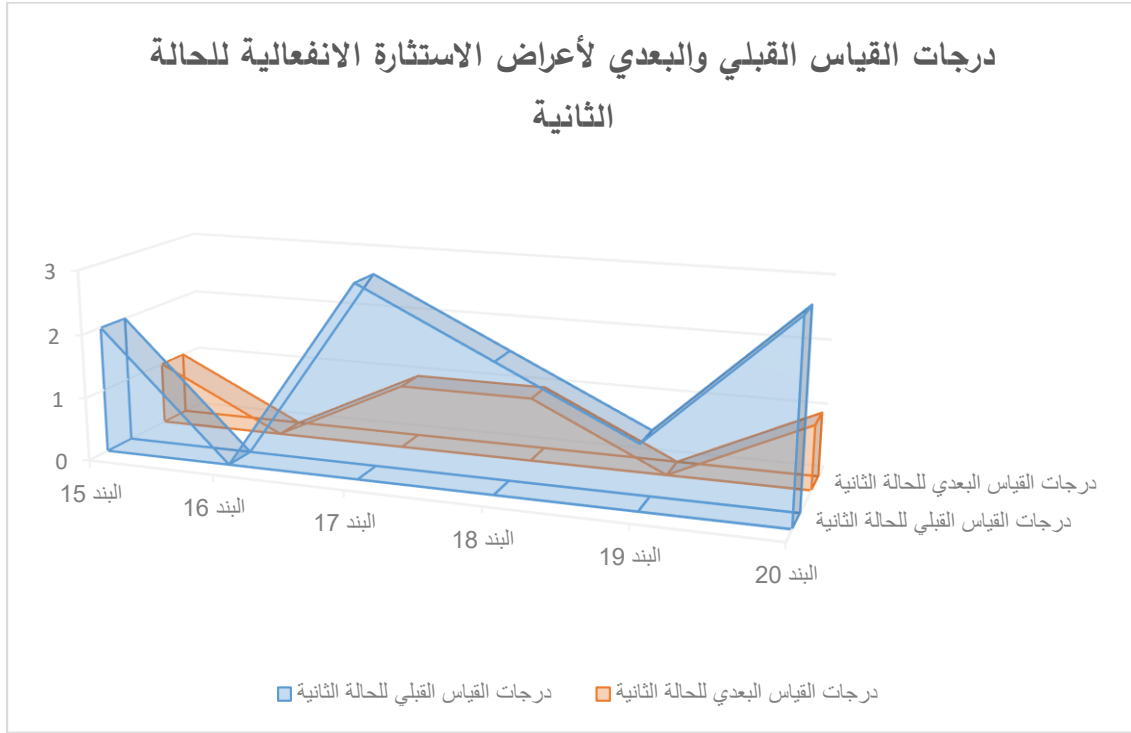
### 3. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية الفرعية الثانية على أنه لتقنية الاسترخاء والحوار الذاتي الإيجابي دور في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (36) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الثانية وقيمة التحسن

أعراض الاستثارة الانفعالية	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 15	2	1	1-
البند 16	0	0	0
البند 17	3	1	2-
البند 18	2	1	1-
البند 19	1	0	1-
البند 20	3	1	2-

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (16) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الثانية

يتضح لنا من الجدول رقم (36) والرسم البياني رقم (16) ان هناك انخفاض محسوس في أعراض الاستثارة الانفعالية، فبعد أن كانت درجة هذا البعد في القياس القبلي تقدر بـ 10 درجات تراجع وأصبحت 4 درجات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وما هذا الا تأكيد على نجاحه ونجاعته وخاصة فعالية تقنية الاسترخاء التنفسي وما لها من دور بارز في إعادة التوازن الى الجسم أين يزداد تردد موجات ألفا التي ترتبط بوجود الانسان في حالة من الهدوء والاستقرار وخفض القلق الناتج عن زيادة المشاعر السلبية المرتبطة بالخبرة المؤلمة والتي غالبا ما تكون مبهمة وغير واضحة المعالم لدى المفحوص، ومن خلال نتائج الجدول رقم (36) أيضا نجد أن المفحوص تراجع درجاته في كل البنود المتضمنة في هذا البعد المرضي حيث سجل أعلى درجة في البند 20 المقدر بـ 3 درجات والمتضمن اضطراب عادات النوم أو صعوبة البقاء نائما وهو ما عبر عنه في المقابلات الأولية لأين يقضي معظم الوقت نائما على غير العادة، رفقة البند 17 الذي تحصل فيه على نفس الدرجة والذي يدور حول سرعة اليقظة والاستعداد والتأهب لتجنب وقوع أي خطر الى جانب تسجيله درجة واحدة على البند 19 المتضمن وجود صعوبة في التركيز وكذا حصوله على درجتين على البند 18 المتعلق بالشعور بالتعب أو الذهول والذي أشار اليه المفحوص خلال المقابلة بشعوره بالتعب لأقل جهد يقوم به، وكذا درجتين على البند 15 المرتبط ببروز سلوك عصبي أو نوبات غضب أو التصرف بعدوانية وهو أيضا ما عبر عنه المفحوص خلال جلسات المقابلات الأولية أين أفصح عن عدوانيته خاصة اتجاه زوجته دون مبرر أو سبب يذكر والتي لم يستطع فهمها، وبهذا ومن خلال تطبيق فنية الاسترخاء

التنفيسي بالتنسيق مع فنية التعديل المعرفي اللتان تعملان بشكل مترابط على تعديل الاختلال المعرفي الذي تتجر عنه مشاعر محبطة وهازمة للنفس تؤدي بالمفحوص الى انتهاج السلوك العدوانى كتنفريغ للشحنات الانفعالية السلبية التي تزيد من نشاط الجهاز العصبي فتتجر عنها سرعة اليقظة والتأهب الدائم خوفا من المجهول وتجنبنا لحدوثه خاصة مع عمليات العلاج والاصابة بالمرض المزمن الذي يتطلب المتابعة الصحية والنفسية وحالة الاستنفار هذه تؤدي في نهاية المطاف الى الشعور بالتعب والارهاق. ومع فهم المفحوص لهذه السيرورة وادراكه لتفسيراته المعرفية المشوهة ومشاعره المبالغ فيها من خلال تطبيق الفنيات السالفة الذكر تمكن المفحوص من التغلب على ما لديه من أعراض الاستثارة الانفعالية وتمكن في نهاية العلاج النفسى من السيطرة بشكل كبير على هذه الأعراض وهذا مل يتضح في النتائج الموضحة في الجدول رقم (36) أين انخفضت درجة البند 20 الى درجة واحدة في القياس البعدي وكذا درجة كل من البنود 15 و 17 و 18 الى درجة واحدة وكذا البند 19 تراجع الى صفر درجة وما هذا الا تأكيد على فعالية تقنية الاسترخاء التنفسي في خفض أعراض الاستثارة الانفعالية وبذلك تكون الفرضية الفرعية الثانية قد تحققت.

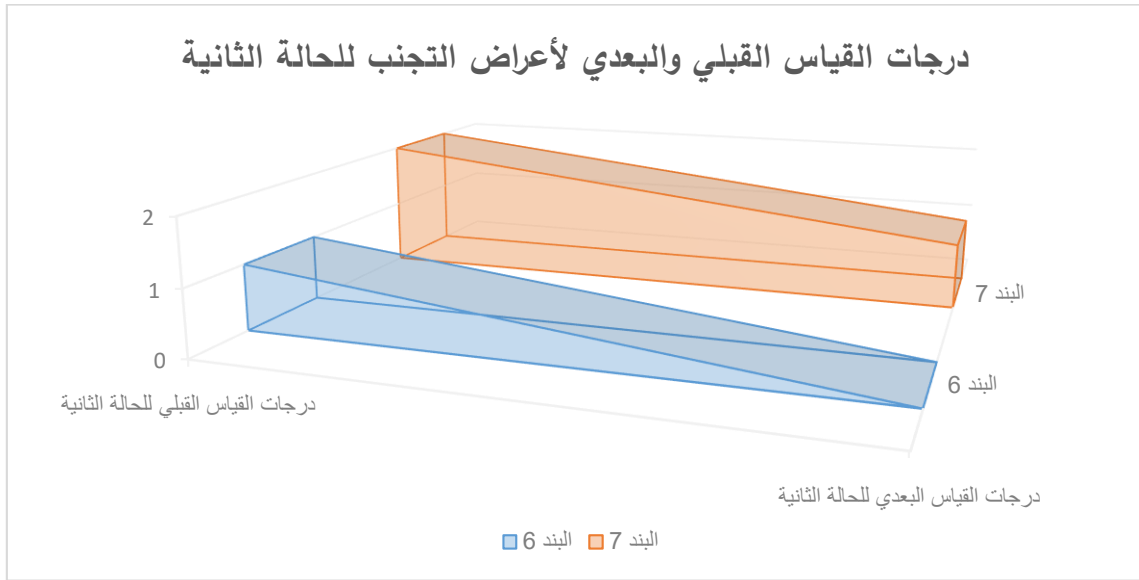
#### 4. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

تنص الفرضية الفرعية الثالثة على أنه لتقنية العرض التخيلي دورا في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من صحة هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (37) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الثانية وقيمة التحسن

أعراض التجنب	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 6	1	0	1-
البند 7	2	1	1-

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (17) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الثانية

حسب النتائج الموضحة في الجدول رقم (37) والرسم البياني رقم (17) يمكننا القول بأن أعراض التجنب التي سجلت لدى المفحوص الثاني في القياس القبلي و التي قدرت بـ 3 درجات انخفضت بعد الانتهاء من تنفيذ العلاج النفسي المصمم لهذا الغرض لتصبح درجة واحدة في القياس البعدي، وهذا يعني نجاح الخطة العلاجية المقترحة وفعاليتها في خفض أعراض التكرار لدى الحالة الثانية، حيث نلاحظ حسب النتائج المقدمة دائما في الجدول أعلاه بأن المفحوص عرف تحسنا كبيرا فيما يتعلق بالبنء 6 والتمتصن تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة بخبرة البتر والتي سجل فيها درجة واحدة وهذا ما تؤكد محتوى المقابلات الأولية أين عبر من كونه يعاني من أفكار قهرية وضاغطة تقتحم تفكيره دون سابق انذار ترتبط بخبرة البتر والتي يحاول جاهدا تجنبها ولكنه يعجز عن ذلك مما يؤثر على مزاجه فتزيد من مشاعره السلبية، وكذا تسجيله لـ درجتين في البنء السابع 7 والذي يشير الى غالبا والمتعلق بتجنب كل ما يذكر بخبرة البتر من أشخاص أو أماكن أو مواقف أو أشياء وهو ما برز فعليا خلال الجلسات الأولية أين عبر المفحوص عن تجنبه مقابلة الأهل والأقارب الذين يذكرونه بألمه ومعاناته التي يحاول نسيانها ولكن بسؤالهم يعيدون اليه أيام الألم، وخلال سيرورة الجلسات العلاجية وتطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة بالأخص في تقنية العرض التخيلي التي ساعدت كثيرا المفحوص من التغلب على الأعراض المرضية التي برزت لديه إذ عملت هذه التقنية على تهيئته للتعامل مع الوضعيات المتجنبة من خلال عملية التخيل والمدمجة مع الاسترخاء التنفسي لتقليل الانفعال والمشاعر المصاحبة وبذلك تمكينه تدريجيا من مواجهة هذه المواقف والتكيف معها ومواجهتها واقعا وهو ما توصل اليه فعلا المفحوص في نهاية العلاج إذ تمكن من تجاوز الصعوبات التي كانت تعترضه في مواجهة الأهل وتخلص منها واستطاع لقاء البعض من الذين كان يتجنبهم ويتحجج بالنوم

لتقادي رؤيتهم وقد أفاد قائلًا بأنه هو ذاته متعاجئ مما حققه، وهذا ما تؤكدته نتائج القياس البعدي الموضحة في الجدول رقم (37) أين انخفضت درجة البند السادس الى درجة الصفر في حين تراجعت درجة البند السابع الى درجة واحدة وما هذا الا دليل على فعالية التقنية العلاجية المطبقة في خفض الأعراض المسجلة، وبذلك يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الثالثة محققة وأن لتقنية العرض التخيلي دور فعال في خفض أعراض التجنب لدى المفحوص الثاني من مبتوري الأطراف مرضى السكري.

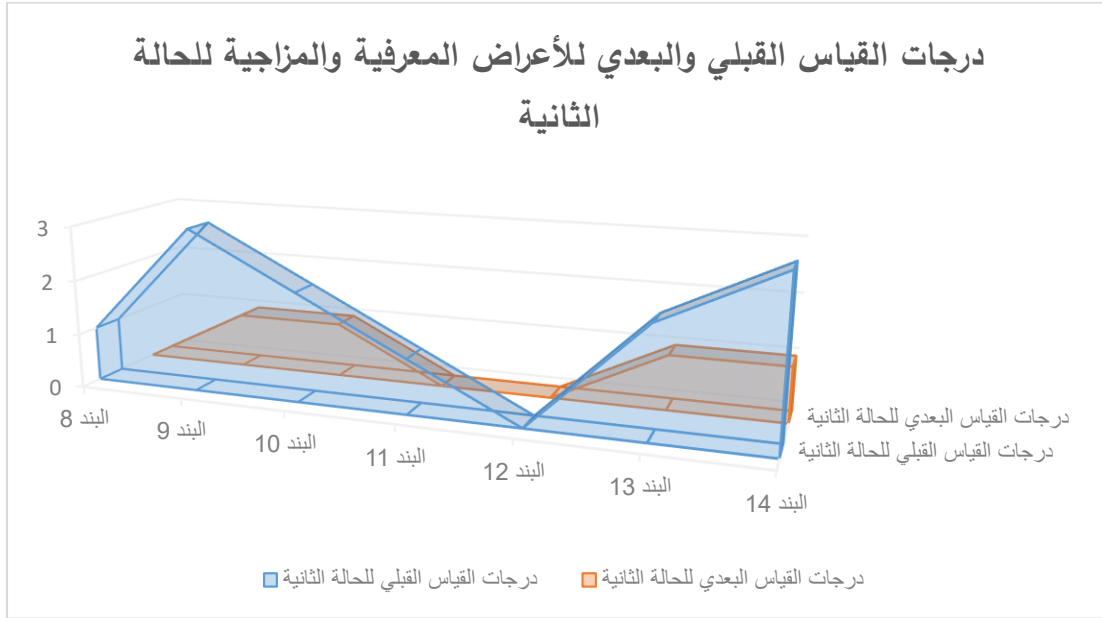
#### 5. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية على ضوء الفرضية الفرعية الرابعة:

تنص الفرضية الفرعية الرابعة على أنه لتقنية التعديل المعرفي دور في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من صحة هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (38) يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الثانية وقيمة التحسن

أعراض معرفية ومزاجية	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 8	1	0	1-
البند 9	3	1	2-
البند 10	2	1	1-
البند 11	1	0	1-
البند 12	0	0	0
البند 13	2	1	1-
البند 14	3	1	2-

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (18) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الثانية

نلاحظ من النتائج الموضحة في الجدول رقم (38) والرسم البياني رقم (18) أن الأعراض المعرفية والمزاجية التي كان يعاني منها المفحوص الثاني والتي قدرت بـ 12 درجة في القياس القبلي انخفضت لتصبح بعد عملية التكفل النفسي المطبق الى أربع درجات في القياس البعدي والتي تدل على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم ونجاحه في تحقيق تحسن ملموس لدى المفحوص الثاني، فمن خلال النتائج المبينة سلفاً نلمس أن هناك فرق واضح بين ما كان عليه المفحوص قبل الخضوع للعملية العلاجية وبين ما أصبح عليه بعد تنفيذ الخطة النفسية المبرمجة ففي البند الثامن نجده تحصل على درجة واحدة في القياس القبلي والمتضمن صعوبة تذكر أجزاء مهمة من خبرة البتر والتي برزت في بداية الجلسات الأولية أين عبر قائلاً بأنه لا يتذكر فترة ما بعد العملية الجراحية والتي تدل على عدم تقبل المفحوص للحادثة ورفضه للخوض في هذه الذكرى من جديد، هذا الى جانب حصوله على أعلى درجة في البند التاسع والمقدرة بـ 3 درجات والتي تشير الى كثيراً والمتضمن معتقدات وأفكار سلبية عن النفس والآخرين والعالم والتي ظهرت هي الأخرى في محتوى التعبير اللفظي له خلال الجلسات الأولية أين أظهر جملة من الأفكار الناقدة للذات وللعالم ولماذا يكون هو دائماً من يعاني، بالإضافة الى تسجيله درجتين على البند العاشر المتضمن اللوم الدائم للنفس والآخرين لما حدث له وحقاً يلوم نفسه في ما وصلت اليه صحته من تدهور، وكذا حصوله على درجة واحدة في البند 11 المتضمن وجود مشاعر سلبية قوية مثل الخوف، الرعب، الغضب، الذنب أو الخجل وهي الأخرى برزت في العبارات التي سردها المفحوص أين أفصح عن خوفه الشديد مما سيكون عليه حاله مستقبلاً، بالإضافة الى تسجيله درجتين على البند 13 والمتضمن الشعور بالبعد والانعزال عن الآخرين أين كان يجد في النوم مهرباً له، وكذا عان من عدم قدرته على اختبار مشاعر الشعور بالسعادة أو الحب اتجاه الآخرين المتمثلة في البند 14 مسجلاً بذلك درجتين والتي تشير الى غالباً ما تؤكد العبارة

التي أفصح بها خلال مقالاتنا بقوله لم أعد أقدر على احتضان ابنتي وأشعر ببرودة في عواطفني وهو أكثر ما ألمه ولم يتمكن من استيعابه، ولكن وبعد تطبيقنا للخطة العلاجية النفسية المعدة للتخفيف من هذه الأعراض المرضية وبالأخص تقنيات التعديل المعرفي المتعددة والتي طبقت خلال سيرورة الجلسات العلاجية مع مراعاة التسلسل المنطقي والتدريجي، فالبدائية كانت بالتقنية السقراطية لما لها من فائدة في ادراك التشوه المعرفي والأخطاء المعرفية التي يتبناها المفحوص والتي لا تستند الى أدلة واقعية بل نابعة من وجهة نظره الخاصة، وبعد هذا انتقلنا الى تطبيق تقنية السهم النازل للتعلم أكثر والتعرف على نوعية الأفكار المترسخة لديه وتحديد أصلها ومصدرها لنمكنه من معرفة أسباب ظهور هذه المعارف المشوهة وكيفية تأثيرها على حالته الصحية ولتمكينه أكثر من فهم ذلك طبقنا جدول الأعمدة الثلاث مع تحديد الوضعيات المؤثرة عليه والتي تبرز خلالها هذه الأفكار اللامنطقية وما تولده من أحاسيس وانفعالات مصاحبة وبذلك تتكون لديه القدرة على الملاحظة الذاتية والتعرف أكثر على أفكاره المسيطرة عليه ويقيم درجتها لننتقل بعدها الى تطبيق الجدول ذو الأعمدة الخمسة لتعديل هذه الأفكار وذلك بعد اختبارها واقعياً أي تطبيق أفكار بديلة قابلة للتجسيد الفعلي وليست مجرد أفكار وهمية وكل هذه التقنيات مكنت المفحوص من فهم نوعية معتقداته المتبناة وكيفية تقييمها ومدى تأثيرها على حياته وصحته من خلال تنفيذها في الواجب المنزلي ثم اعتمادها على أرض الواقع حتى تترسخ وتصبح لديه بنية معرفية إيجابية تبعث على الأمل والراحة النفسية، وهذا ما تدل عليه نتائج القياس البعدي أين انخفضت درجة البند الثامن الى درجة الصفر رفقة البند الحادي عشر أما البند التاسع فتراجع الى درجة واحدة الى جانب البنود الأخرى وما هذا الا دليل على فعالية تقنيات التعديل المعرفي في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى المفحوص الثاني من مبتوري الأطراف مرضى السكري وبذلك يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الرابعة تحققت.

### III. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضيات:

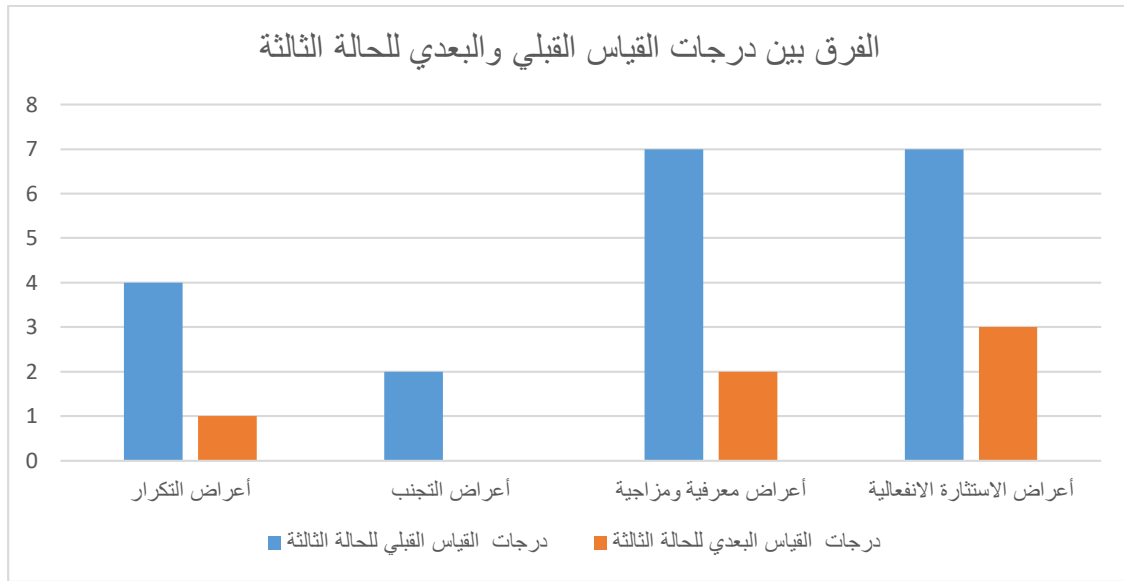
#### 1. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الرئيسية:

تنص الفرضية الرئيسية على أن "البرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري" وللتحقق من صحة هذه الفرضية نعرض الجدول والمخطط التاليين:

جدول رقم: (39) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الثالثة وقيمة التحسن

الأعراض	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	الفرق بين القياسين
أعراض التكرار	4	1	3
أعراض التجنب	2	0	2
أعراض معرفية ومزاجية	7	2	5
أعراض الاستثارة الانفعالية	7	3	4
المجموع الكلي للدرجات	20	6	14

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (19) يوضح الفرق بين درجات القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة

حسب النتائج الموضحة في الجدول رقم (39) نجد أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة خفت بعد أن كانت في القياس القبلي تقدر بـ 20 درجة لدى المفحوصة الثالثة لتصبح بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي 6 درجات، أي أن المفحوصة عرفت تحسناً ملحوظاً في كل أبعاد المقياس، وما هذا إلا دليل على نجاعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وفعاليتها التي أدت إلى انخفاض الأعراض المرضية التي ظهرت لدى المفحوصة جراء عملية البتر الصادمة التي اختبرتها جراء مضاعفات مرض السكري، ويتبين لنا جلياً من خلال نتائج الجدول رقم (39) والرسم البياني رقم (19) أن هناك فرق واضح وكبير بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي حيث يعني هذا أن هناك تراجع وانخفاض في كل الأعراض المرضية التي سجلناها لدى المفحوصة، أين نجد أن أعراض التكرار التي كانت تقدر بـ 4 درجات انخفضت إلى درجة واحدة، في حين نجد أن أعراض التجنب التي سجلت درجتين اختفت بعد العملية

العلاجية، هذا الى جانب الأعراض المعرفية والمزاجية التي قدرت في القياس القبلي بـ 7 درجات انخفضت لتصبح درجتين هي الأخرى كما عرفت أعراض الاستثارة الانفعالية نقصا معتبرا فبعدها كانت 7 درجات تراجعت الى 3 درجات، وما هذه النتائج الا تأكيد على نجاح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي طبق على المفحوصة وقدرته على خفض الأعراض الباتولوجية وتحسين الحالة النفسية لها، ومن هنا يمكننا القول بأن الفرضية الرئيسية حققت وأن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعال في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

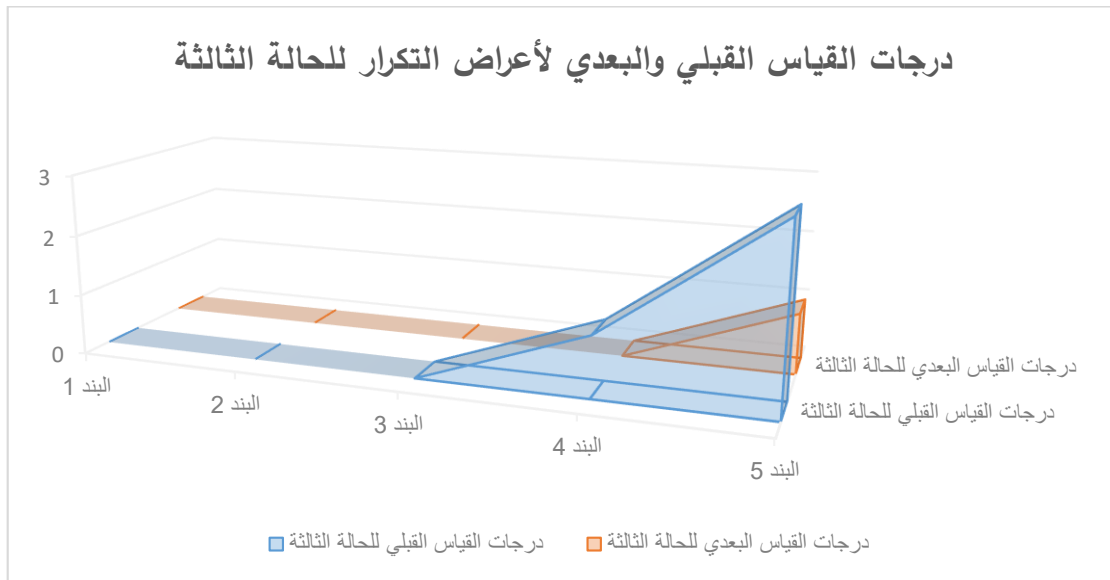
## 2. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

تنص الفرضية الفرعية الأولى على أنه لتقنية الاسترخاء دور في خفض أعراض التكرار لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (40) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الثالثة وقيمة التحسن

أعراض التكرار	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 1	0	0	0
البند 2	0	0	0
البند 3	0	0	0
البند 4	1	0	1-
البند 5	3	1	2-

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (20) درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التكرار للحالة الثالثة

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (40) والرسم البياني رقم (20) نلاحظ أن هناك تحسن ملحوظ وانخفاض معتبر في أعراض التكرار، أين سجلت المفحوصة 4 درجات في القياس القبلي والتي انخفضت بعد تنفيذ الخطة العلاجية الى درجة واحدة وما هذا إلا دليل على نجاعة العلاج النفسي المعرفي السلوكي الذي يسعى الى تحقيق الراحة النفسية للمفحوصة وتيسير حياتها، وبالعودة دائما الى النتائج المقدمة ضمن نفس الجدول السابق نجد أن المفحوصة سجلت أعلى درجة في القياس القبلي لأعراض التكرار والمقدرة بـ 3 درجات والتي تقابلها عبارة كثيرا في البند الخامس المتضمن بروز ردود فعل جسدية عند تذكر شيء من تجربة البتر المرهقة والتي كانت تشكو منها غالبا والمتمثلة في زيادة ضربات القلب وانقباض في المعدة وكانت تعتقد بأن هذه الأعراض الجسدية هي نتيجة المرض والبتر وتجهلها مصدرها الحقيقي، إضافة الى تسجيلها درجة واحدة في البند الرابع والمتضمن الشعور بالضيق الشديد عندما يذكرها شيء ما بالتجربة المرهقة، وبعد تقديم التفسير والتوضيح للمعاني الكامنة وراء ردود الأفعال الجسدية والشعور بالضيق الذي يظهر عندما يذكرها شيء ما بخبرة البتر المؤلمة خلال سيرورة الجلسات العلاجية، إضافة الى تطبيق تقنية الاسترخاء والتعديل المعرفي التي عملت على تصحيح بعض المعارف الخاطئة وتخفيف حدة القلق المرتبط بهذه الأخيرة مع تعزيز المكاسب المحققة ومحاولة تعميمها تمكنت المفحوصة مع نهاية البرنامج العلاجي من تجاوز هذه الأعراض لتتخفف الدرجة في القياس البعدي الى درجة واحدة في البند الخامس أما بالنسبة للبند الرابع انخفضت الى درجة الصفر، وبهذا تناقصت الاستجابات الجسدية المفرطة والناجمة عن الأفكار المختلة المتعلقة بالخبرة الصادمة التي عايشتها المفحوصة، ومنه ومع تنفيذ التكفل النفسي وتطبيق الفنيات العلاجية المتمثلة في تقنية الاسترخاء والتعديل التنفسي وكذا تقنيات التعديل المعرفي جنباً الى جنب، والتي تناسبت مع الأعراض المفصلة المعروضة لدى المفحوصة توصلنا في نهايته الى تحقيق تقدم وتحسن ملحوظ في أداء المفحوصة أين عبرت عن ارتياحها واحساسها بالطمأنينة أكثر بعد ما أدركت طريقة تفكيرها الغير منطقية وجوانب القصور التي لديها وأعربت عن إمكانية ادارتها وقدرتها على التعامل مع الوضعيات المشابهة. ومن هنا ومن خلال ما تم تقديمه يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الأولى محققة وأن لتقنية الاسترخاء فعالية في خفض أعراض التكرار لدى المفحوصة.

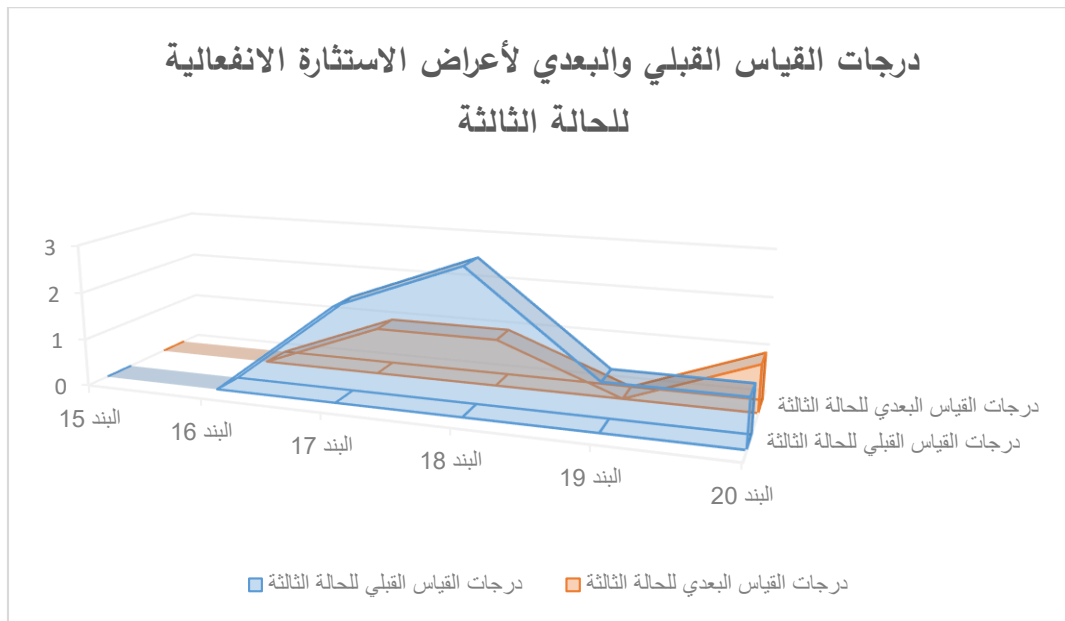
### 3. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية الفرعية الثانية على أنه لتقنية الاسترخاء والحوار الذاتي الإيجابي دور في خفض الاستثارة الانفعالية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (41) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الثالثة وقيمة التحسن

أعراض الاستثارة الانفعالية	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 15	0	0	0
البند 16	0	0	0
البند 17	2	1	1-
البند 18	3	1	2-
البند 19	1	0	1-
البند 20	1	1	0

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (21) درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض الاستثارة الانفعالية للحالة الثالثة

يتضح لنا من الجدول رقم (41) والرسم البياني رقم (21) ان هناك انخفاض محسوس في أعراض الاستثارة الانفعالية، فبعد أن كانت درجة هذا البعد في القياس القبلي تقدر بـ 7 درجات تراجع وأصبحت 3 درجات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وما هذا الا دليل على نجاحه ونجاعته وخاصة فعالية تقنية الاسترخاء التنفسي وما لها من دور بارز في إعادة التوازن الى الجسم والعضوية التي تكون في حالة استنفار بسبب القلق الناتج عن زيادة المشاعر السلبية المرتبطة بالخبرة المؤلمة والتي غالبا ما تكون مبهمة وغير واضحة المعالم لدى المفحوصة، وبالنظر دائما الى نتائج الجدول رقم (41) نجد أن المفحوصة تراجع درجاتها في كل البنود المتضمنة في هذا البعد المرضي حيث سجلت أعلى درجة في البند 18

المقدرة بـ 3 درجات والمتضمن الشعور بالتعب والذهول وهو ما أفصحت عنه في المقابلات الأولية أين قالت أنها تحس بالتعب والعياء لأقل جهد تقوم به على غير عاداتها، الى جانب تسجيلها درجتين في البند 17 الذي يدور حول سرعة اليقظة والاستعداد والتأهب لتجنب وقوع أي خطر فالمفحوصة أعربت عن استعدادها الدائم وأخذها الحيطة والحذر في كل ما تقوم به للتمكن من مواجهة ما يمكن أن يعترضها من خطر مستقبلي، أما فيما يخص البند 19 المتضمن وجود صعوبة في التركيز فتحصلت على درجة واحدة وكذا حصولها على درجة واحدة في البند 20 المتعلق باضطراب عادات النوم أو صعوبة البقاء نائما وهو ما عبرت عنه قائلة بأنها تبقى ساعة متأخرة من الليل حتى تتمكن من النوم ولكنها لا تنزعج من الوضع لان لا عمل ينتظرها في الصباح الباكر، ومن هنا ومن خلال تطبيق فنية الاسترخاء التنفسي بالتنسيق مع فنية التعديل المعرفي اللتان تعملان بشكل مترابط على تعديل الاختلال المعرفي الذي تتجر عنه مشاعر محبطة وهزيمة للنفس تؤدي بالمفحوصة الى زيادة نسبة اليقظة ومنه نشاط الجهاز العصبي الذي ينجر عنه التأهب الدائم خوفا من المجهول وتجنباً لحدوثه خاصة مع الإصابة بالمرض المزمن الذي يتطلب المتابعة الصحية والنفسية وحالة الاستنفار هذه تؤدي في نهاية المطاف الى الشعور بالتعب والعياء الجسدي والنفسي. ومع فهم المفحوصة لهذه السيورة وادراكها لتفسيراتها المعرفية المشوهة ومشاعرها المبالغ فيها من خلال تطبيق الفنيات السالفة الذكر تمكنت المفحوصة من التغلب على ما لديها من أعراض الاستثارة الانفعالية وتمكنت في نهاية العلاج النفسي من السيطرة بشكل كبير على هذه الأعراض وهذا ما يتضح في النتائج المقدمة في الجدول رقم (41) أين انخفضت درجة البند 19 الى درجة الصفر في القياس البعدي وكذا درجة كل من البنود 17 و 18 و 20 الى درجة واحدة وما هذا الا تأكيد على فعالية تقنية الاسترخاء التنفسي في خفض أعراض الاستثارة الانفعالية وبذلك تكون الفرضية الفرعية الثانية قد تحققت.

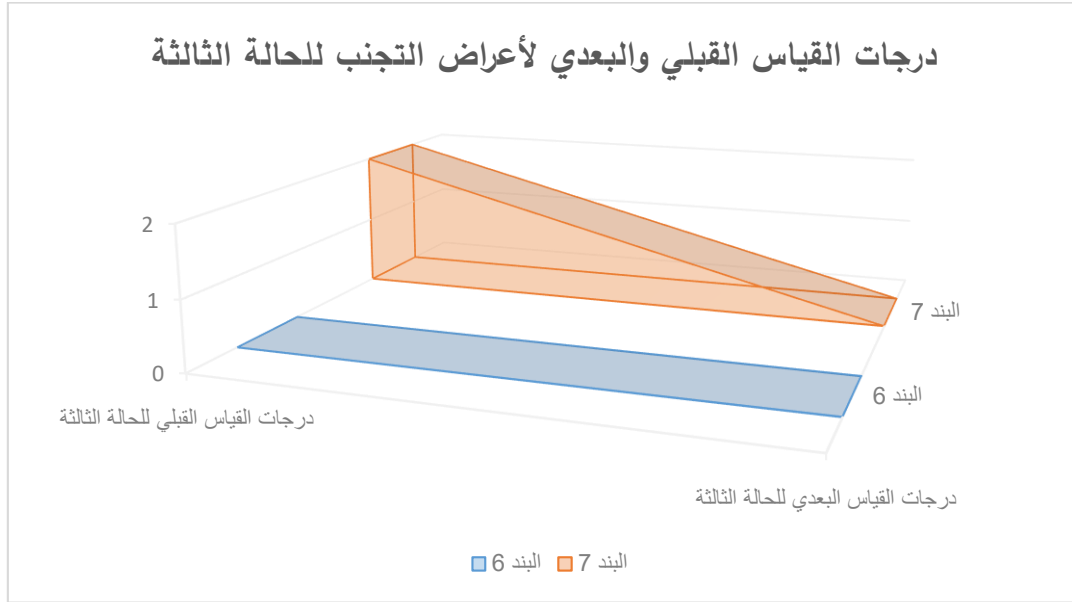
#### 4. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

تنص الفرضية الفرعية الثالثة على أنه لتقنية العرض التخيلي دورا في خفض أعراض التجنب لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من صحة هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (42) يبين درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الثالثة وقيمة التحسن

أعراض التجنب	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 6	0	0	0
البند 7	2	0	2-

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (22) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لأعراض التجنب للحالة الثالثة

حسب النتائج الموضحة في الجدول رقم (42) والرسم البياني رقم (22) يمكننا القول بأن أعراض التجنب التي سجلت لدى المفحوصة في القياس القبلي و التي قدرت بـ درجتين انخفضت بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج العلاج النفسي المصمم لهذا الغرض لتصبح 0 درجة في القياس البعدي، وهذا يعني نجاعة الخطة العلاجية المقترحة وفعاليتها في خفض أعراض التكرار لدى مفحوصتنا التي خصت بهذا التكفل، حيث نلاحظ حسب النتائج المقدمة في الجدول أعلاه بأن المفحوصة عرفت تحسنا كبيرا فيما يتعلق بالبند السابع 7 الذي تحصلت فيه على 3 درجات والذي يشير الى كثيرا المتعلق بتجنب كل ما يذكر بخبرة البتر من أشخاص أو أماكن أو مواقف أو أشياء وهو ما برز فعليا خلال الجلسات الأولية أين عبرت المفحوصة عن تجنبها مقابلة الأقارب تقاديا للحديث عن مرضها وخبرتها التي تحاول نسيانها، وكذا تجنبها رؤية قدمها أو النظر الى المرأة لأن ذلك يذكرها بتجربة البتر التي مرت بها ولا تزال تعاني منها، وخلال سيرورة الجلسات العلاجية وتطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة بالأخص في تقنية العرض التخيلي التي ساعدت كثيرا المفحوصة من التغلب على الأعراض المرضية التي برزت لديها إذ عملت هذه التقنية على جعلها تتعامل مع الوضعيات المتجنبة من خلال عملية التخيل والمدمجة مع الاسترخاء التنفسي لتقليل الانفعالات والمشاعر المصاحبة لتمكينها تدريجيا من مواجهة هذه المواقف والتعامل معها على أرض الواقع وهو ما توصلت اليه فعلا في نهاية العلاج إذ تمكنت من تجاوز الصعوبات التي كانت تعترضها في مواجهة الأهل وتخلصت منها واستطاعت النظر للمرأة مع التركيز على ما لديها من مواطن قوة وليس التركيز على بترها الذي ترى فيه عجزها وقد أفادت بإعجابها بالتقنية وبأنها أصبحت انسانة ولديها طموحات في الاستمتاع

بالحياة بشكل أفضل، وهذا يبدو جليا في نتائج القياس البعدي الموضحة في الجدول رقم (42) أين انخفضت درجة البند السابع الى درجة الصفر وما هذا الا دليل على فعالية التقنية العلاجية المطبقة في خفض الأعراض المسجلة، وبذلك يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الثالثة محققة وأن لتقنية العرض التخيلي دور فعال في خفض أعراض التجنب لدى الحالة الثالثة.

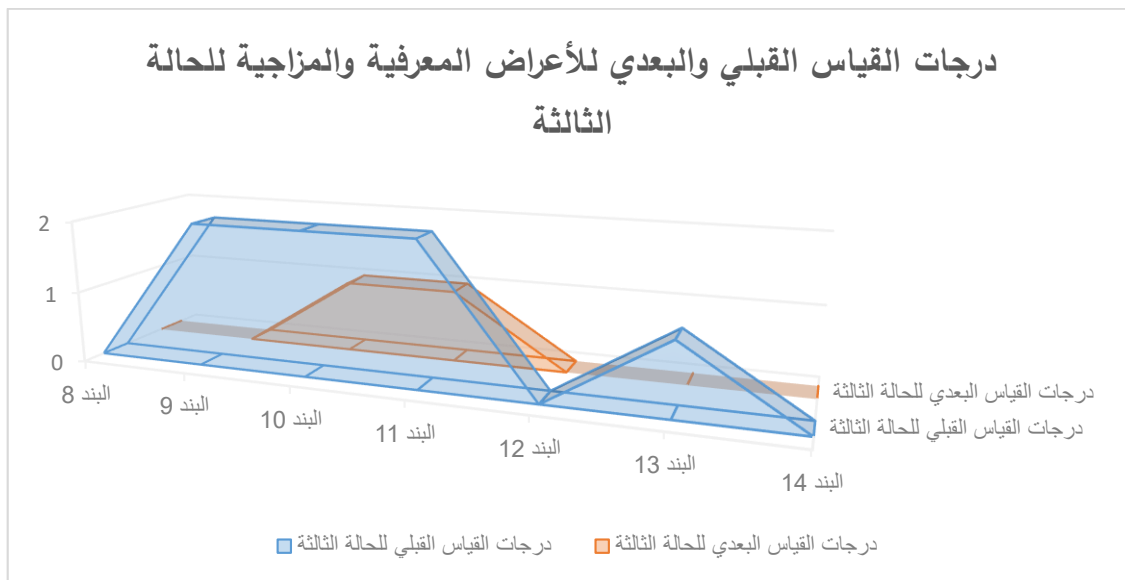
#### 5. تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة على ضوء الفرضية الفرعية الرابعة:

تنص الفرضية الفرعية الرابعة على أنه لتقنية التعديل المعرفي دور في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري. وللتحقق من صحة هذه الفرضية نقدم الجدول التالي:

جدول رقم: (43) يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الثالثة وقيمة التحسن

أعراض معرفية ومزاجية	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
البند 8	0	0	0
البند 9	2	0	2-
البند 10	2	1	1-
البند 11	2	1	1-
البند 12	0	0	0
البند 13	1	0	1-
البند 14	0	0	0

المصدر: من اعداد الباحثة



رسم بياني رقم: (23) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي للأعراض المعرفية والمزاجية للحالة الثالثة

نلاحظ من النتائج المقدمة في الجدول رقم (43) والرسم البياني رقم (23) أن الأعراض المعرفية والمزاجية التي كانت تعاني منها المفحوصة والتي قدرت بـ 7 درجات في القياس القبلي انخفضت وتحسنت حالتها لتصبح بعد عملية التكفل النفسي المطبق الى درجتين في القياس البعدي والتي تدل على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم ونجاحه في تحقيق تحسن ملموس لدى المفحوصة، فمن خلال النتائج الموضحة سلفا دائما نلمس أن هناك فرق واضح بين ما كانت عليه المفحوصة قبل الخضوع للعملية العلاجية وبين ما أصبحت عليه بعد تنفيذ الخطة النفسية المبرمجة ففي البند التاسع نجدها تحصلت على درجتين في القياس القبلي والمتضمن معتقدات وأفكار سلبية عن النفس والآخرين والعالم والتي ظهرت في محتوى التعبير اللفظي لها خلال سيرورة الجلسات الأولية وبقوة بالإضافة الى تسجيلها درجتين على البند العاشر المتضمن اللوم الدائم للنفس والآخرين لما حدث لها وحقا فهي تلوم نفسها في كل ما آلت اليه صحتها من تدهور، وكذا حصولها على درجتين في البند الحادي عشر المتضمن وجود مشاعر سلبية قوية مثل الخوف، الرعب، الغضب، الذنب أو الخجل وهذه المشاعر رصدت لدى المفحوصة في المقابلات الأولية أين عبرت عن خوفها الشديد من المستقبل وخجلها من صورتها الجديدة بعد عملية البتر، الى جانب حصولها على درجة واحدة في البند الثالث عشر والمتضمن الشعور بالبعد والانزغال عن الآخرين وفي هذا السياق قالت المفحوصة أنها لم تعد تشعر بأنها مثل بقية النساء وأنها أصبحت تشعر بالعزلة نتيجة هذا الشعور، ولكن وبعد تطبيقنا للخطة العلاجية النفسية المعدة للتخفيف من هذه الأعراض المرضية وبالأخص تقنيات التعديل المعرفي المتعددة والتي طبقت خلال سيرورة الجلسات العلاجية مع مراعاة التسلسل المنطقي والتدريجي، فالبداية كانت بالتقنية السقراطية لما لها من فائدة في ادراك التشوه المعرفي والأخطاء المعرفية التي تتبناها المفحوصة والتي لا تستند الى أدلة واقعية بل نابعة من وجهة نظرها الخاصة ومن معاناتها النفسية التي أثرت فيها وهزت كيانها، وبعد هذا انتقلنا الى تطبيق تقنية السهم النازل للتعمق أكثر والتعرف على نوعية الأفكار التي تلجأ اليها المفحوصة وتحديد أصلها ومصدرها لنمكنها من معرفة أسباب ظهور هذه المعارف المشوهة وكيفية تأثيرها على حالتها الصحية ولتمكينها أكثر من فهم ذلك طبقنا جدول الأعمدة الثلاث مع تحديد الوضعيات الضاغطة التي تبرز خلالها هذه التشوهات المعرفية وما تولده من أحاسيس وانفعالات مصاحبة وبذلك تتكون لديها القدرة على الملاحظة الذاتية والتعرف أكثر على أفكارها المختلفة وتقييم درجتها لنتنقل بعدها الى تطبيق الجدول ذو الأعمدة الخمسة لتعديل هذه الأفكار وذلك بعد اختبارها واقعيًا أي تطبيق أفكار بديلة قابلة للتجسيد الفعلي وليست مجرد أفكار وهمية وكل هذه التقنيات مكنت المفحوصة من فهم نوعية معتقداتها المتبناة وكيفية تقييمها ومدى تأثيرها على حياتها وصحتها من خلال تنفيذها في الواجب المنزلي ثم اعتمادها على أرض الواقع حتى تترسخ وتصبح لديها بنية معرفية إيجابية تبعث على الأمل والراحة النفسية، وهذا ما أكدته نتائج القياس البعدي أين انخفضت درجة البند التاسع الى

درجة الصفر وكذا درجة البند العاشر والحادي عشر أصبحت درجة واحدة في حين تراجعت درجة البند الثالث عشر الى درجة الصفر، وما هذا الا دليل على فعالية تقنيات التعديل المعرفي في خفض الأعراض المعرفية والمزاجية لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري وبذلك يمكننا القول بأن الفرضية الفرعية الرابعة تحققت.

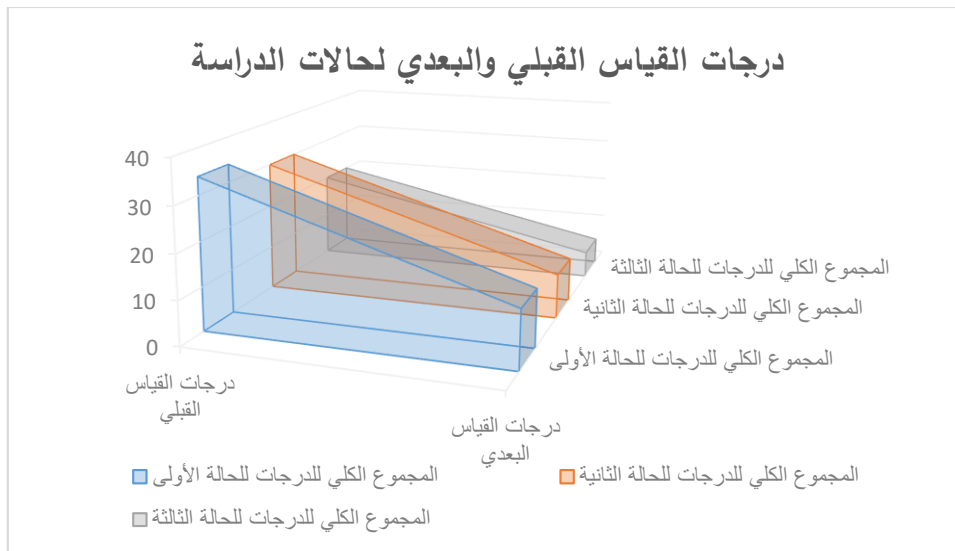
#### IV. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري:

بعد ضبط البرنامج العلاجي الذي تم بناؤه وعرضه على مجموعة من المحكمين وتعديله على ضوء ذلك، ومن ثم تطبيقه تجريبيا على الحالات الثلاث، حيث تم تطبيق قياس قبلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 وبعد الانتهاء من تنفيذ محتوى التكفل المعرفي السلوكي الذي دام أربعة أشهر، تم إجراء القياس البعدي تحصلنا على النتائج التي سنحللها ونناقشها حسب الدراسات السابقة وعلى ضوء الإطار النظري المعتمد في هذه الدراسة كما يلي:

#### جدول رقم: (44) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة

المجموع الكلي للدرجات	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	قيمة التحسن
المجموع الكلي للدرجات للحالة الأولى	34	13	21
المجموع الكلي للدرجات للحالة الثانية	30	10	20
المجموع الكلي للدرجات للحالة الثالثة	20	6	14

المصدر: من اعداد الباحثة



#### رسم بياني رقم: (24) يوضح درجات القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة

تنص الفرضية الرئيسية على أن: " لبرنامج علاجي معرفي سلوكي فعالية لخفض اعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري" فمن خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق القياس البعدي لأداة الدراسة مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5 الصادر من النسخة الخامسة للجمعية الأمريكية للطب العقلي ومقارنتها وتحليلها مع القياس القبلي والموضحة سلفا في الجدول رقم (44) والرسم البياني رقم (24) يمكن القول وببساطة بان العلاج المعرفي السلوكي يساعد المفحوص في تغيير الطريقة التي يفكر بها وكذلك الطريقة التي يسلك بها (حسين فايد، 2005، ص 69)، فنجاعة التكفل النفسي المعرفي السلوكي تكمن في انه موجه نحو الأفكار والبنية المعرفية المشوهة والمختلة وظيفيا ومالها من تأثير سلبي على السلوكيات ونوعية الاستجابات الانفعالية المستثيرة بفعل الخبرات المعاشة، وكذا التأثير على المعاش النفسي والاجتماعي للفرد مما يؤدي الى سوء التوافق والتكيف، فهذا النوع من التكفل العلاجي يركز على الأفكار اللامنطقية القهرية التي تسيطر على المريض والخبرات المؤلمة التي مر بها وترسخت في ذاكرته بفعل التجربة الصادمة ويعمل على تصحيح المعتقدات اللاعقلانية لإحداث التغيير في البناء المعرفي لطالب العلاج، كما يهتم بمساعدة المفحوص على فهم العلاقة التفاعلية بين ما يفكر فيه وما يقوم به من سلوكيات وانفعالات تؤثر على عضويته فيتقادم وضعه الصحي ويتأزم. ومن ثم يمكن تحديد الاختلالات المعرفية ومعرفة نوعيتها وتسميتها ليتسنى لنا اقتراح الحلول الممكنة واختيار الفنيات المناسبة حتى يحدث تعديل وتغيير المعارف الغير صحيحة التي تزيد من معاناة الفرد النفسية الى جانب اصابته العضوية التي يواجهها، وتمكين المفحوص من تقييم مساهماته الخاصة في مشاكله وتعليمه سلوكيات بديلة صحية (حسين فايد، 2005، ص 97)، ومن النتائج الموضحة في الجداول السابقة نجد ان حالات الدراسة الثلاث أظهرت تحسنا معتبرا خاصة فيما يتعلق بأعراض الاستثارة الانفعالية، ويفسر ذلك بالتأثير الايجابي لتقنية الاسترخاء التي ساعدتهم في التخفيف من القلق والتوتر فالاسترخاء يتيح الدخول في العلاج وإعطاء وسيلة للمفحوص للحد من الاستجابات العصبية (Jeant Cottreaux, 2011, p 195) حيث هناك علاقة واضحة بين استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 161)، كما ان الفكرة أو التصور المرضي يختفي باستخدام مبدأ الكف المتبادل، حيث لا يمكن للمفحوص ان يكون قلقا ومطمئنا في نفس الوقت (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 370) كما عبرت حالات الدراسة عن ارتياحها منذ تطبيقنا لها في الجلسة الأولى وهو ما يدل على فعالية التقنية السلوكية، فالتدريب على الاسترخاء يؤدي الى تغيير في مفاهيم المرضى عن نواتهم ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمهم من قدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغيرات الجسمية (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 167)، فهذه الفنية أعادت الحالات

الى وضعية الراحة وخلصتهم من اليقظة المفرطة وحالة التأهب الدائم. ولان الاسترخاء يعمل على التقليل من الشحنات المتتالية من الكهرباء ويرجع الجسم والهيبيوثلاموس الى حالة التوازن (أحمد عبد الطيف، 2014، ص 254) يطلب من الحالات تطبيق الاسترخاء في الوضعيات الضاغطة والمثيرة للقلق ويمكنهم تعميمها في كل المواقف التي يجدون صعوبة في التعامل معها. هذا الى جانب عملية التفريغ الانفعالي التي اتاحت للحالات التعبير عن خبرة البتر المؤلمة التي لم يتمكنوا من استيعابها ولا تمثيلها ذهنيا وبالتالي إعادة معايشة الحادثة وتفسير معاني الأعراض ومحتواها والتي تجسدت في أعراض التكرار، فالدور التوعوي للعلاج الذي يقوم على تعليم وتثقيف الحالات على تأثير الأفكار السلبية والمشاعر المؤلمة ذات الصلة بتجربة البتر والتي كانت تعيق حياة المريض الصحية، ساهم في تراجع هذه الأعراض وعرفت تحسنا ملحوظا هي الأخرى ويعود ذلك للبرنامج العلاجي القائم على تنفيذ التأويلات الخاطئة والكارثية المرتبطة بخبرة البتر المفجعة وتعويضها بأخرى منطقية وأكثر واقعية بالمحاذاة مع تقنية الاسترخاء التي كان لها حصة الأسد في الخطة العلاجية المطبقة. كما ان نجاعة تقنية إعادة البناء المعرفي التي مكنتهم من تحديد أفكارهم المشوهة والمبالغ فيها واستبدالها وتعديلها بأخرى أكثر منطقية وعقلانية، حيث يمكن ليوميات الأعمدة الخمسة ان تخدم كعجلات تدريب يعتمد عليها المفحوص لحفظ توازنه وهو يتعلم التفكير بصورة أكثر منطقية (أندرو بوميرانز، 2018، ص 454)، حيث يكتشف الفرد من خلال ملاحظاته الذاتية الشروط الرئيسية التي تساهم في تشكيل جوانب سلوكه وبالتالي فمثل هذا التغيير سيكون بمثابة التدعيم الذاتي لممارسة تعديلات إضافية، كما ان التدريب على اكتساب المهارات في العلاقات الاجتماعية من خلال تعديل تفكيرهم الخاطئ اللاعقلاني القائم على الفلسفة الاجترارية ذات الطابع الالزامي الناقد للذات (أرنولد لازاروس، 2002، ص 14) أسهم في تحسين أداء الحالات وجعلهم أكثر توافقا وتكيفا مع الوسط الذي يعيشون فيه وبذلك خفت الأعراض المعرفية والمزاجية التي سجلت لديهم. كما مكنتهم فنية العرض التخيلي والحوار الذاتي في التخلص من أعراض التجنب والخوف من مواجهة الآخرين وتجاوز جميع المشكلات والصعوبات التي كانت تعترضهم وتشوب علاقتهم الأسرية والعائلية، حيث يبين البحث النفسي أن الخوف من تأكيد الذات والعجز من التعبير الانفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق ويؤدي النجاح في تنمية القدرة على التعبير الانفعالي الى تخفيض القلق وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 221)، وحتى مخاوفهم الذاتية المتعلقة بالمرض استطاعوا مواجهتها، وأصبحوا أكثر إدراكا للدور الذي كانت تؤثر فيه أفكارهم وتصوراتهم المرتبطة بالمرض على سلوكياتهم وبالأخص على انفعالاتهم التي كانت مستتارة بشكل كبير، فالفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التي أدت الى أنماطه السلوكية واثارة انفعالاته ومن ثم يرغب في

تعديلها فهو حتما سيقوم بعملية غربلة وانتقاء للأسباب التي أدت الى ظهور الأعراض المرضية وبالتالي ستمكنه من تحديد الأفكار التي يتطلب تعديلها أو ضبطها لتحقيق التغير ومنه يصبح واعيا ومستتبصرا بمواقف الحياة المؤثرة (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 357). دون ان ننسى أهمية تقنية حل المشكلات التي كان لها دور كبير في تجاوز الحالات لأغلب الصعوبات الحياتية. ولتغيير الاتجاهات الذهنية لا يجب ان نتجاهل ونقل من شأن استخدام التغيير في البيئة الاجتماعية لإحداث التغيير في الشخصية وتعتبر الواجبات المنزلية الطريق لذلك (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 318)، حيث ان احدي الطرق المفيدة لكشف معتقد ما على أنه غير منطقي هي ان نعرضه للاختبار في الحياة الواقعية ويكون ذلك في شكل واجب منزلي مصمم لترسيخ أو رفض أفكار ومعتقدات المفحوص (أندرو بومرنتر، 2018، ص 459)، وبذلك ساهمت هذه التقنية في عمل ومثابرة الحالات على تعديل تفكيرهم واستخدام أنماط تفكير بديلة وناجحة. وقد جاءت هذه النتائج مطابقة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت وتناولت العلاج المعرفي السلوكي وأكدت فعاليته مثل دراسة الصبوة محمد نجيب ومحمد سماح نبيل أحمد (2018) حول فعالية برنامج علاجي معرفي -سلوكي في خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي. ودراسة مارش (March, 1998) الذي استخدم الارشاد المعرفي في مساعدة (15) طفلا من الاناث والذكور وتتراوح أعمارهم ما بين (10 و15 سنة)، تعرضوا الى حدث صادم أدى الى ظهور أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لديهم، والذين تعرضوا لحادث سيارة أو مرض خطير أو حريق، وهذا ما خلصت اليه أيضا دراسة آدم محمد حليلة إبراهيم (2011) حول فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم ، ودراسة (2011) Reginald David Nixon and all التي كانت حول تجربة عشوائية للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي للأطفال والراشدين الذين يعانون من إجهاد ما بعد الصدمة وتوصلت الى فعالية العلاج المعرفي السلوكي بنسبة 99% مقابل 95% لصالح العلاج المعرفي، و دراسة أحمد يونس محمود البجاري وعلى عليج خضر أجميلي (2018) التي بحثت في أثر برنامج إرشادي وفق العلاج المعرفي السلوكي للتخفيف من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة من طلبة جامعة تكريت ، ودراسة دراسة عايد محمد الحموز وأنور أحمد راشد (2019) حول فاعلية برنامج قائم على الاسترخاء العضلي لخفض أعراض ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال الفلسطينيين، ودراسة Emilie Frenette (2022) التي هدفت الى تحديد أثر العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت الموجه نحو خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والأرق والاكتئاب على إثر التعرض للكوارث الطبيعية، ولقد أثبتت هذه

الدراسات كلها مدى فعالة العلاج المعرفي السلوكي وأثره في تحقيق النتيجة العلاجية المرجوة لدى عينات الدراسة وأكدت صحة فرضياتها وما لهذا التكفل من دور بارز في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتعديل وتصحيح البنية المعرفية والحد من الانفعالات السلبية المصاحبة لها.

ومنه يمكن الإجابة على مشكلة الدراسة حيث تدل النتائج المتحصل عليها على أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق فعال لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري، فمن النتائج المعروضة في الجدول رقم (42) نجد ان هناك فروق واضحة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي وهو ما يدل على تحسن تفكير الحالات الى تفكير إيجابي وانخفاض انفعالاتهم المستثارة الى جانب انتهاجهم لسلوكيات صحية تتناسب ومرضهم لتجنب مضاعفات جديدة للسكري، وبالرجوع الى الجداول السابقة دائما نجد ان الأعراض المرضية التي سجلت لدى حالات الدراسة تراجعت وانخفضت والتي أظهروا فيها تحسنا معتبرا، ويفسر ذلك بنجاعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وتأثيره الفعال على الأفكار والسلوك وكذا الانفعال.

#### ٧. استنتاج عام:

- بعد استخدام أدوات الدراسة وعرض النتائج المتوصل اليها، وتحليل ومناقشة فرضيات الدراسة على ضوء النتائج واستنادا الى الإطار النظري وبالرجوع الى الدراسات السابقة، نستخلص أهم النتائج في النقاط التالية:
- التكفل النفسي المعرفي السلوكي فعال لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.
- وجود فروق بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي والتي تدل على نجاعة العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المرضية لدى عينة الدراسة.
- بلوغ الهدف العلاجي النهائي المستهدف من هذا التكفل النفسي المعرفي السلوكي.
- وبالتالي نستخلص ان هذه المساهمة العلاجية المستخدمة انطلاقا من العلاج النفسي المعرفي السلوكي كان لها فعالية لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف مرضى السكري.

## خاتمة:

بما ان العلاج المعرفي السلوكي أصبح أحد التدخلات العلاجية النفسية الشائعة والمنتشرة بشكل كبير، ونظرا لما حققه من نتائج مذهلة مع عدد كبير من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية، حيث أنه كان في البداية يقتصر على الاضطرابات الحصرية خاصة الاكتئاب والقلق، لكن تطوره عم ليشمل اضطرابات أخرى كالرهاب الاجتماعي واضطراب الهلع، الوسواس القهري، توهم المرض، الألم النفسي، ليصل الى حد تطبيقه مع اضطرابات الشخصية وإجهاد ما بعد الصدمة، وأروع ما حققه هذا التكفل النفسي من انجاز هو انه صار له نجاعة حتى مع الاضطرابات العقلية، فاصبح يطبق جنبا الى جنب العلاج الدوائي كحالات الفصام وثنائي القطب، واعتماد تقنيات سلوكية لتعليم ذوي التخلف العقلي الخفيف بعض المهارات الاجتماعية، وتصحيح بعض المعارف السلبية الموجهة نحو ذواتهم وذلك بتنمية أحاديث ذاتية إيجابية يمارسها المعالجون مع المفحوصين في شكل حوار ذاتي ينمي القدرة لهم على التوافق مع البيئة المحيطة، كما استخدم كذلك للمساجين والأطفال، ووجد انه فعال مع المرضى على اختلافهم من حيث التعليم والخلفية الاجتماعية، حتى أنه كيف ليعمل مع جميع الفئات العمرية من أطفال ومسنين، وحوار ليستعمل فرديا أو جماعيا وكذا علاج مشاكل الأزواج والعلاج الأسري. ان العلاج المعرفي السلوكي يعلم المفحوص كيف يتعرف ويقيم ويستجيب لأفكاره المختلفة، وبالتالي يعتمد المعالج على أساليب مختلفة لتغيير طريقة تفكير المفحوص وتعديل مفاهيمه الخاطئة بهدف إحداث تعديل دائم في مشاعره وسلوكه.

لكن ان تمعنا في التطور الجد مذهل الذي حققه فنجد محدود، حيث ان الدول العربية بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة، لازال تطبيقه يقتصر على الاضطرابات الحصرية أو لتخفيف الضغوط النفسية الناجمة عن الامتحانات أو العمل، فمعظم الدراسات والبحوث سواء أكانت عربية أو جزائرية لم تشهد هذا التقدم.

ولهذا كان هدفنا من هذه الدراسة هو إدخال ما هو جديد والتعامل مع الحالات الطبية التي تخضع للعلاج الدوائي وتعاني آلاما نفسية لا حدود لها. وبذلك تمثل الدراسة الحالية أحد المواضيع الجد الهامة وهو العلاج النفسي المعرفي السلوكي على فئة مبتوري الأطراف مرضى السكري الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، فالتفكير يجعل الفرد منا يضطرب ويغضب لأنفه الأسباب، فماذا لو ارتبط ذلك بالتصورات التي يحملها الفرد عن مرض مزمن تسبب له في بتر أطرافه اما كليا أو جزئيا ويهدد حياته ويفقده التوازن باستمرار، ومنه كان التعامل مع هذه الفئة من أجل احداث التوافق وإعادة التكيف الى حياتهم مع وضعيتهم الجديدة وتقبلها، وذلك باعتماد تقنيات معرفية تعمل بداية على ادراك واستبصار الحالات بأفكارهم اللامنطقية ومن ثم تساهم تقنيات معرفية لاحقة في إعادة البناء المعرفي المشوه وتعديله بإيجاد أفكار بديلة جديدة، دون

ان ننسى دور التقنيات السلوكية التي من شأنها تخفيف القلق الناجم عن الإصابة بالمرض وكذلك مساهمتها في تعزيز المكاسب المحققة لتعمم في جميع مواقف الحياة لاحقا. ومنه كان العمل مرتكزا على خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة - فنقص الأعراض المرضية بمثابة مؤشر للصحة النفسية - لدى هذه الفئة والتي وجدنا إجحاف كبير في حقها وارتأينا ان نقدم بعض التوصيات لمرضى السكري عامة وكذا المختصين والقائمين على القطاع من مسؤولين وإدارات عامة ومنها:

- نوصي كل فرد يعاني من أعراض توجي له أنه يعاني من السكري، بضرورة اجراء فحوص دورية كل ستة أشهر للتأكد من الإصابة أو عدمها فكلما كان الفحص مبكرا كان التحكم في المرض بطريقة أفضل.
- نوصي كل فرد مصاب بالسكري بالالتزام بالعلاج الدوائي واللجوء الى أخصائي التغذية والأخصائي النفسي لمساعدته على التأقلم مع المرض وتقبله لتجنب مضاعفاته.
- توعية الأسرة والمجتمع بخطورة مرض السكري وما له من تداعيات صحية ونفسية على المدى الطويل.
- انشاء مكتب خاص بالأخصائي النفسي وتزويده بالأدوات اللازمة للقيام بمهامه على أكمل وجه.
- زيادة عدد مناصب الأخصائيين النفسيين في المصلحة لان عدد الأخصائيين النفسيين الفعليين لا يكفي للتكفل بكل الحالات.
- اجراء تكوين للنفسانيين الموجهين لهذه الفئة لتمكينهم من تقديم المساعدة النفسية اللازمة وتوعيتهم بخطورة مرض السكري ومضاعفاته.
- كما نقترح من خلال هذه الدراسة بضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع نظرا لما تعانيه على المستوى النفسي وما يخلفه من آثار سلبية على الجوانب المعرفية، السلوكية، الانفعالية والاجتماعية:
- ان التكفل النفسي بمثل هذه الحالات لا بد ان يستمر بالموازاة مع العلاج الدوائي.
- يمكن إجراء علاج معرفي سلوكي جماعي لنفس الفئة (تعاني نفس المرض) وذلك لزيادة عدد الحالات المتكفل بها.
- العمل على تطوير العلاج المعرفي السلوكي المقترح والذي كان له دور في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة.
- استثمار التكفل النفسي المقترح في علاج الأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة بصفة عامة واضطراب ما بعد الصدمة بصفة خاصة.

# قائمة المراجع

### قائمة المراجع:

1. إبراهيم، السيد زيزي. (2006). العلاج المعرفي للاكتئاب. القاهرة. دار عرين.
2. البجاري، أحمد يونس محمود. وأجميلي، علي عليج خضر. (2018). أثر برنامج إرشادي للتخفيف من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة من طلبة جامعة تكريت. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية. المجلد 14. العدد 2. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-836999>
3. البلاد. (16 نوفمبر 2023). الجزائر تحصي 4 مليون مصاب بالسكري. تم الاسترجاع من الموقع: <https://www.elbilad.net/national/121258>
4. الحضرائي، أحمد محمد. (2007). مرض السكر بين المرجعية التاريخية وثقافة العصر. مجلة جامعة ذمار للدراسات والبحوث. اليمن. المجلد 2007. العدد 5. ص ص 13 - 17. تم الاسترجاع من الموقع: <https://search.emarefa.net/detail/BIM-276291>
5. الحموز، عايد محمد. وراشد، أنور أحمد. (2019). فاعلية برنامج قائم على الاسترخاء العضلي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال الفلسطينيين. مجلة العلوم التربوية والنفسية -المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث. المجلد 3. العدد 11. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-890119>
6. الزغبى، عبد الله ابتسام. (2009). الموسوعة العربية للإرشاد والعلاج النفسي. عمان. دار الميسرة.
7. الزيود، فهمي نادر. (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ط1. عمان. دار الفكر.
8. الشناوي، محروس محمد. (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة. دار غريب.
9. الشناوي، محروس محمد. عبد الرحمن، السيد محمد. (2008). العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته. القاهرة. دار قباء.
10. الصبوة، محمد نجيب أحمد محمود. ومحمد، سماح نبيل أحمد. (2018). فعالية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي. المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والإرشادي. المجلد 8. العدد 1. ص 150.

11. الضمور، رشا عبد الحميد سلمان. (2017). فاعلية التدريب على التخيل في خفض التفكير الكارثي واضطراب ما بعد الصدمة لدى حوادث الحروب في الأردن. أطروحة دكتوراه. جامعة مودة. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-778853>
12. العربية CNN، (14 فبراير 2022). بالأرقام هذه ه الدول العربية الأعلى بإصابات ووفيات مرض السكري. تم الاسترجاع من الموقع: <https://arabic.cnn.com/health/article/2022/02/14/worldwide-8diabetes-cases-infographic>
13. المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، (1997). الداء السكري: لمحة عامة. تعريب الطب، المجلد 1، العدد 4، ص ص 14-16، أكتوبر 1997.
14. آدم، حليلة محمد إبراهيم. (2011). فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم. أطروحة ماجستير. جامعة أم درمان الإسلامية. السودان. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-337274>
15. أحمد، رافات أحمد. (2019). فاعلية العلاج المعرفي المستند الى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة PTSD. مجلة العلوم النفسية والتربوية. المجلد 5. العدد 2. الصفحات 254-276. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-903367>
16. أنجيس، مورييس. (2006). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية. دار القصبه.
17. بحر، فريد خضر. (2017). وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية غزة. قاعدة البيانات العربية الرقمية "معرفة".
18. بدوي، سعدية السيد. وقعير، فتحي عوض. (2018). فاعلية برنامج إرشادي لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من الأطفال اللبيين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. دراسات الطفولة. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-916877>
19. بكيري، نجيبه. (2012). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين. أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة باتنة. الجزائر.
20. بلميهوب، كلثوم. (2008). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة. دراسات نفسية. المؤتمر الدولي الحادي عشر لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب حول الصدمة النفسية. جامعة الجزائر.

21. بوسالم، عبد العزيز. (2014). القياس في علم النفس والتربية الأسس النظرية والمبادئ التطبيقية. ط1. الجزائر. دار قرطبة.
22. بوفج، وسام. ونحوي، عائشة. (2017). بعض تظاهرات تناذر الإجهاد التالي للصدمة لدى ضحايا حوادث المرور فئة الراشدين. مجلة دراسات وأبحاث. العدد 27، المجلد 09، عدد الصفحات 208-221.
23. بومرنتر، أندرو. (2018). علم النفس الاكلينيكي (العلوم والممارسة والثقافة). ترجمة تيسير، الياس شاوش. وأحمد، إسماعيل هاشم. ط1. دار الفكر. عمان.
24. بومصباح، ابتسام. (2018). التكفل النفسي في حالة خطر من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على حالة حامل مصابة بداء السكري. دراسات نفسية. المجلد 9. العدد 1. الصفحات 35-43. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/66879>
25. بيك، جوديت. (2007). العلاج المعرفي الأسس والأبعاد. ترجمة طلعت مطر. ط1. القاهرة. المركز القومي.
26. تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. ط1. عمان. دار الحامد للنشر والتوزيع.
27. ثابت، عبد المنعم ابراهيم. (2020, janvier 31). مرض السكري. 2020/01/31, 54
28. حسين، عبد العظيم طه. (2008). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. ط1. الإسكندرية دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
29. زهران، عبد السلام حامد. (2001). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة. عالم الكتب.
30. سري، محمد إجلال. (1998). علم النفس العلاجي. ط2. عمان. دار عالم الكتب.
31. سعد، محمد مهى. (2000). كيفية كتابة الأبحاث والإعداد للمحاضرات. ط2. مصر. المكتب العربي الحديث.
32. سكارنه، هاجر عبد الجليل. وغيث، سعاد منصور. (2019). فاعلية برنامج قائم على نموذج العقل والجسم في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الصدمات من النساء السوريات اللاجئات الى الأردن. مجلة الدراسات التربوية والنفسية. المجلد 28. العدد 6. ص ص 821-840. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-127678>

33. شادلي، عبد الرحيم. (2017). انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف. أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
34. شاهين، محمد أحمد. (2007). فعالية برنامج تدريبي معرفي في تحسين التفكير العقلاني وتقدير الذات وخفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين في فلسطين. أطروحة دكتوراه. جامعة عمان العربية للدراسات العليا. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-527119>
35. شكران، ماهر. (2006). استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال. مصر. مجلة كلية التربية. جامعة طنطا م 1. ع 35.
36. ضمرة، جلال كايد مصطفى. (2014). فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الجماعي والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينية من الأطفال اللاجئين . مجلة الدراسات التربوية والنفسية. المجلد 8. العدد 2. ص ص 290-303. تم الاسترجاع من الموقع: <https://search.emarefa.net/detail/BIM-371528>
37. عادل، عبد الله محمد. (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة. دار الرشاد.
38. عبد الستار، إبراهيم. (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه. ط1. القاهرة. دار الفجر للنشر والتوزيع.
39. عبد الستار، إبراهيم. (2008). عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني-الإيجابي. ط1. القاهرة. دار الكاتب.
40. عبد القادر، خليل منى. (2001). التغذية العلاجية. ط1. القاهرة. مجموعة النيل العربية.
41. عثمان، لحياني. (14 نوفمبر 2022). 2.8 مليون مصاب بداء السكري في الجزائر. العري الجديد. تم الاسترجاع من الموقع: 2.8 مليون-مصاب-بداء-السكري-في-الجزائر <https://www.alaraby.co.uk/society/28->
42. علوي، إسماعيل. وزغبوب، بن عيسى. (2009). العلاج النفسي المعرفي. ط1. عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع إربد الأردن.
43. غانم، حسن محمد. (2007). اتجاهات حديثة في العلاج النفسي. [www.kotobarabia.com](http://www.kotobarabia.com)
44. قائد، علي حسين. (2008). العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته وأخلاقياته. ط1. القاهرة. مؤسسة طبية للطباعة والنشر والتوزيع.

45. كفاي، علاء الدين. (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري. ط1. القاهرة. دار الفكر.
46. كورين، بيرني. وزملاءه. (2008). العلاج المعرفي-السلوكي المختصر. ط1. القاهرة. دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
47. لازاروس، أرنولد. (دون سنة). العلاج النفسي الشامل الحديث. ترجمة ممد حمدي الحجار. Obelkandel.com.
48. مصطفى، محمد مصطفى عبد الرزاق. (2020). فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا التمر الإلكتروني. المجلة التربوية. المجلد 73. العدد 73. الصفحات 873-968. DOI: 10.12816/EDUSOHAG. 2020.
49. معمريّة، بشير. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. ج1. منشورات الحبر. الجزائر.
50. مفتاح، عبد العزيز. (2001). علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة. ط1. القاهرة. دار قباء.
51. مليكة، كامل لويس. (1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. القاهرة. الهيئة العامة لدار الكتب.
52. منظمة الصحة العالمية. (5 أبريل 2023). داء السكري. تم الاسترجاع من الموقع: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
53. منظمة الصحة العالمية. (سبتمبر 2023). السكري. تم الاسترجاع من الموقع: <https://www.emro.who.int/ar/health-topics/diabetes/index.html>
54. منظمة الصحة العالمية. (16 سبتمبر 2023). الأمراض الغير سارية. تم الاسترجاع من الموقع: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
55. مؤمن، داليا. (2004). الأسرة والعلاج الأسري. ط1. عمان. دار السحاب للنشر والتوزيع.
56. هوفمان، إس جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. ترجمة مراد علي عيسى. ط1. القاهرة. دار الفجر.
57. وزارة الصحة، (14 نوفمبر 2022). الأيام الصحية لعام 2022: اليوم العالمي للسكري. تم الاسترجاع

من

الموقع:

<https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/HealthDay/2022/Pages/HealthDay-2022-11-14-001.aspx>

58. Abrams, Michael. and Ellis, Albert. (1994). Rational Emotive Behavior Therapy in the Treatment of Stress, *British Journal of Guidance and Counselling*, Vol. 22, No. 1
59. Antoine, Bioy. Et Maquet, Anne. (2003). *Se former à la relation d'aide Concepts, méthodes, Applications*, Paris, Dunod.
60. Antoine, C. (2006). *Larousse médical*. 4th édition. Impression grafia. Bologne. Italie.
61. American Diabetes Association. (2021). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: *Standards of Medical Care in Diabetes—2021. Diabetes Care*, 44(Supplement\_1), S15- S33. <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>
62. Auxemery, Y. (2013). L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *L'information psychiatrique*, 89(8), 641. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8908.0641>
63. Auxéméry, Y. (2014). Vers une possible évolution fiable et valide de la nosographie Psychiatrique moderne ? Analyse critique des origines du DSM-III aux hypothèses Actuelles. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(1), 79- 94. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.07.002>
64. Beaudeau, A., Beaumier, É., Bodson, S., Brivet, S., Khorramian, M., & Robieux, L. (2013). Chapitre 7. Le diabète de type 2. In *Les interventions en psychologie de la santé* (p. 127- 148). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2013.01.0127>
65. Beck, Aaron. (2010). *La Thérapie Cognitive et Les Troubles Emotionnels*, Traduction de Bernard Pascal, 1<sup>ière</sup> édition, Bruxelles, Edition de Boeck Université.
66. Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du Traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 9. <https://doi.org/10.3917/pcp.016.0009>
67. Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : Traumatisme, traumatique, trauma. *Le Carnet PSY*, 155(6), 41. <https://doi.org/10.3917/lcp.155.0041>
68. Boon, S., Steele, K., Hart, O. van der, Hopchet, M., Goffinet, S., & Depré, M. (2017). *Gérer La dissociation d'origine traumatique : Exercices pratiques pour patients et thérapeutes* (2e éd). De Boeck supérieur.

69. Busch, F. N., & Milrod, B. L. (2018). Trauma-Focused Psychodynamic Psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 277- 287.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.01.005>
70. CEED, Centre européen d'étude du diabète. (2023). Diabète et Complications, <https://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>.
71. Chahraoui, K. (2013). 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme : Vulnérabilités Et sens du trauma psychique. Dunod.
72. Chahraoui, K. (2014a). Psychopathologie clinique des syndromes psychotraumatiques. *Psycho Sup*, 3- 30.
73. Chahraoui, K. (2014b). Psychopathologie clinique des syndromes psychotraumatiques. *Psycho Sup*, 3- 30.
74. Cottet, S. (2014). Freud et l'actualité du trauma. *La Cause Du Désir*, N° 86(1), 27.  
<https://doi.org/10.3917/lcdd.086.0027>
75. Cottraux, Jean. (2011). Les psychothérapie comportementales et cognitives, 5ème édition, Paris, Elsevier Masson.
76. Cottraux, Jean. (2002). Les thérapies comportementales et cognitives, 3ème édition, Paris Masson.
77. Dattilio, Frank. and Freeman, arthue. (2000). Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, New York, The Guilford press.
78. David, Daniel Steven Jay Lin. and Ellis, Albert. (2010). Rational and Irrational Beliefs, New York, Oxford University Press.
79. Dégeilh, F., Viard, A., Dayan, J., Guénolé, F., Egler, P.-J., Baleyte, J.-M., Eustache, F., & Guillery-Girard, B. (2013). Altérations mnésiques dans l'état de stress post-Traumatique : Résultats comportementaux et neuro-imagerie. *Revue de neuropsychologie*, 5(1), 45. <https://doi.org/10.3917/rne.051.0045>
80. Diamond, J. (2015). Chapitre XI. Sel, sucre, graisses et paresse. In *Le monde jusqu'à hier*: Vol. 2e éd. (P. 620- 682). Gallimard. <https://www.cairn.info/le-monde-jusqu-a-hier--9782070462599-p-620.htm>.
81. Dobson, S Keith. (2010). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies, 3rd edition, New York, The Guilford Press.

82. DSM5(APA, 2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, New School. Library, Washington, DC, L.
83. Ellis, Albert, (1977). Rational - Emotive Therapy - Research Data That Supports the Clinical and Personality Hypotheses of R.E.T and Other Modes of Cognitive Behavior Therapy, The Counseling Psychologists, Vol 7, 3 - 155.
84. Ellis, Albert. (1979 C). Discomfort Anxiety a New Cognitive Behavioural Construct, Rational Living, Vol 14, No 2, Part 1, 3 - 8.
85. Ellis, Albert. (1987 A). The Impossibility of Achieving Consistently Good Mental Health, American Psychologists, Vol 42, No 4, 364 - 375.
86. Ellis, Albert. (1987 B). The Evaluation of Rational - Emotive Therapy and Cognitive Behavior Therapy, New York, in K, zeig (Ed) The Evaluation of Psychotherapy.
87. Evelyne Josse, L'évènement traumatique, Article dans Le Traumatisme Psychique, 2019, Pages 19 à 64,
88. Freeman, Arthur. (2005). Enciclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer.
89. Friedman, S Edward. et Thase, E Michael. (2007). Cognitive and Behavioral Therapies, <http://www.researchgate.net/publication/225266557>. Chapter DOI: 10.1007/978-1-59745-252-6\_35. considering: 27 mars 2019.
90. Frenette, É. (2022). L'effet de la thérapie cognitive comportementale sur internet et de la Sévérité des symptômes psychologiques sur le soutien émotionnel et tangible post-Traitement. 2022, 107.
91. Ferreri, F., Adrien, V., & Cagnone, V. (2021). Psychotraumatisme et psychiatrie de Catastrophe. In *Guide Pratique des Urgences Psychiatriques* (p. 113- 125). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76698-5.00008-X>
92. Fresco, J.-P. (2016). *Stress, traumatismes et insomnies*. EDK, Groupe EDP Sciences.
93. Fontaine, Ovide. et Fontaine, Philippe. (2002). Guide Pratique de thérapie comportementale et Cognitive, Paris, édition RETZ.
94. Goulet, Jean. Chaloult, Louis. et Ngo, Thanh-Lan. (2013). Guide de pratique pour l'évaluation

et le traitement cognitive- comportemental de trouble, panique avec ou sans agoraphobie

(TPA), Cité de la santé de Laval Polyclinique médicale Concorde. Hôpital du Sacré – Cœur de Montréal.

95. Guelfi, J. D., Rouillon, T., & Mallet, L. (2021). *Manuel de psychiatrie* (4<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
96. Javier, R. Art., Owen, E. A., & Maddux, J. A. (Éds.). (2020). *Assessing Trauma in Forensic Contexts*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33106-1>
97. Joanna Smith. (2021). *Psychoterapy De La Dissociation Et Du Trauma 2E ED*. Dunod.
98. Josse, É. (2019). 1. L'événement traumatique. *Comprendre*, 2, 19- 64.
99. Khanna, A. K., & Tiwary, S. K. (Éds.). (2016). *Ulcers of the Lower Extremity*. Springer India.  
<https://doi.org/10.1007/978-81-322-2635-2>.
100. Leahy, Robert. and Dowd, Thomas. (2002). *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy Theory and Application*, Springer Publishing Company
101. Lermuzeaux, C. (2012). Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien. *L'information psychiatrique*, 88(5), 345.  
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0345>
102. Lyons, L. and Woods, P. (1991). The Efficacy of Rational Emotive Therapy A quantitative Review of Outcome Research, *Clinical Psychology Review*, Vol 11, 357 – 369.
103. Lyse, Turgeon. et Sophie, Parent. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des Enfants et des adolescents*, Tome2, Presse de l'université du Québec.
104. Maercker, A. (Éd.). (2022). *Trauma Sequelae*. Springer.
105. Marty, F. (2009). *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*.
106. Meichenbaum, Donald. (1977). *Cognitive Behavior Modifications*, New York, Plenum Press.
107. Murad, Ayman. (2017). *TCC dans l'autisme et le retard mental*, France, Elsevier Masson.

- national institute of Diabetes and Digestive and Kidney Dis. (2023, février). Diabetes Statistics—NIDDK. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/diabetes-statistics>
108. Noel, J. M., & Curtis, J. L. (2013). The Pharmacological Management of Stress Reactions. In G. S. Everly, & J. M. Lating, *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response* (p. 317- 329). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5538-7\\_16](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5538-7_16)
109. Norbert, sillamy. (1999). Dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris, P269.
110. Pagel, J. F. (2021). *Post-Traumatic Stress Disorder: A Guide for Primary Care Clinicians and Therapists*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-55909-0>.
111. Pedada, S. (2022, novembre 14). Understanding Diabetes : Types, Symptoms, and Management. *Mind the Graph Blog*. <https://mindthegraph.com/blog/understanding-diabetes/>
112. Pedras, S., Preto, I., Carvalho, R., & Graça Pereira, M. (2019). Traumatic stress symptoms following a lower limb amputation in diabetic patients: A longitudinal study. *Psychology & Health, 34*(5), 535- 549. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1545907>.
113. Perlini, C., Donisi, V., Rossetti, M. G., Moltrasio, C., Bellani, M., & Brambilla, P. (2020). The potential role of EMDR on trauma in affective disorders: A narrative review. *Journal of Affective Disorders, 269*, 1- 11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.001>
114. Pignol, P., & Hirschelmann, A. (2014). La querelle des névroses : Les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l’hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L’information psychiatrique, 90*(6), 427. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9006.0427>

115. Quebre, K. (2015). Chapitre 10. Amputations de membres. *Reussir en IFSI*, 214- 220.
116. Redican, E., Cloitre, M., Hyland, P., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2022). The latent structure of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a general population sample from USA: A factor mixture modelling approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 85, 102497.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102497>
117. Reginald David Vandervord, N., Sterk, J., & Pearce, A. (2012). *Sci-Hub / A Randomized Trial of Cognitive Behaviour Therapy and Cognitive Therapy for Children with Posttraumatic Stress Disorder Following Single-Incident Trauma | 10.1007/s10802-011-9566-7*. <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s10802-011-9566-7>
118. Ronson, A. (2005). Réponses post-traumatiques et dissociation en oncologie. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(1), 53- 59. <https://doi.org/10.1007/s10332-005-0056-4>
119. Roush, Douglas. (1984). Rational Emotive Therapy and Youth, Some New Techniques for Counselors, *The Personnel and Guidance Journal*, Vol 62 No 7, 414 - 421.
120. Tarquinio, C. (2019). *Pratique de la psychothérapie EMDR: fondements et principes de Base, approfondissements pratiques et psychopathologiques*.
121. Sajus, N. (2021). Le traumatisme psychique : Dialogue entre psychanalyse et neurosciences: *Le Journal des psychologues*, n° 390(8), 60- 64.  
<https://doi.org/10.3917/jdp.390.0060>
122. Sibony, D. (2020). La névrose traumatique ou état de stress post-traumatique à l'épreuve de La psychosomatique relationnelle. *Psychosomatique relationnelle*, N°9(1), 87.  
<https://doi.org/10.3917/psyr.009.0087>
123. Silverstein, M. W., Petri, J. M., Kramer, L. B., & Weathers, F. W. (2020). An item response theory analysis of the PTSD checklist for DSM-5: Implications for DSM-5 and ICD-11. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102190.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102190>

124. Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). Chapitre 14. Conséquences réactionnelles et psychotraumatiques liées à la survenue des maladies chroniques. In Manuel des Troubles psychotraumatiques (p. 445- 472). Dunod. <https://www.cairn.info/manuel-des-troubles-psychotraumatiques--9782100796342-p-445.htm>
125. Tordjman, S. (2019). Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique. *Perspectives Psy*, 58(4), 287- 292. <https://doi.org/10.1051/ppsy/201954287>.
126. University of California San Francisco. Diabetic Foot Ulcers. Retrieved on the 20th of June, 2021, from: <https://surgery.ucsf.edu/conditions--procedures/diabetic-foot-ulcers.aspx>.
127. Vaiva, G. (2005). Réactions immédiates psychotraumatiques : Angoisse ou effroi ? *Savoirs Et clinique*, 6(1), 229. <https://doi.org/10.3917/sc.006.0229>
128. Verma, Djayabala. (2016). *Hypno Thérapie (une approche intégrative)*, L'harmattan.
- Wagner Hirschfeld, E., & Wagner Hirschfeld, P. (Éds.). (2022). *Foot and Ankle Disorders: A Comprehensive Approach in Pediatric and Adult Populations*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-95738-4>
129. Windy, Dryden. (1979). Rational-Emotive therapy and its contribution to careers counselling, *British Journal of Guidance and Counselling*, Department of Educational Enquiry, University of Aston in Birmingham, Vol 7, No 2, 181-187.
130. Young, E Jeffrey. Janet, Klosko. Et Marjorie, E Weishaar. (2003). *La Thérapie de schémas (Approche cognitive des troubles de la personnalité)*, Guilford Press. <https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2013/10/24>,

ملحق رقم: (1) قائمة بأسماء السادة المحكمين

الرقم	أسماء المحكمين	التخصص	مكان العمل
01	أ. د مقاوسي كريمة	أستاذ التعليم العالي - علم النفس العيادي	جامعة باتنة
02	أ. د خشخوش صالح	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة الوادي
03	أ. د إغمين نديرة	أستاذ التعليم العالي - علم النفس التربوي	جامعة 8 ماي 1945 قالمة
04	أ. د هيام موسى التاج	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة عمان العربية المملكة الأردنية الهاشمية
05	أ. د عمارة سميرة	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة الوادي
06	أ. د قدوري يوسف	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة غرداية
07	أ. د شهرزاد نوار	أستاذ محاضر - علم النفس العيادي	جامعة ورقلة

ملحق رقم: (2) مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5

**تعليمية:** فيما يلي سيدي القارئ أو القارئة قائمة بالمشكلات التي يواجهها الأشخاص أحيانا استجابة لتجربة مؤلمة للغاية.

لو سمحت اقرأ كل عبارة بعناية ثم ضع رمز (X) في الخانة المناسبة للإشارة الى مقدار شدة ما وصلت اليه من انزعاج من هذه المشكلة في الشهر الماضي.

إجابتك ستكون موضع دراسة علمية، ولن تستعمل لغير ذلك، فنتمنى الدقة والأمانة في الإجابة.

السن:

الجنس:

الرقم	العبارات	نادرا	أحيانا	غالبا	كثيرا	دائما
01	ذكريات متكررة ومزعجة وغير مرغوب فيها من تجربة مؤلمة.					
02	وجود أحلام مزعجة ومتكررة للتجربة المؤلمة.					
03	الشعور أو التصرف فجأة كما لو أن التجربة المؤلمة تحدث					

					فعلا مجددا.
					04 الشعور بالضيق الشديد عندما يذكرك شيء ما بتجربة مرهقة
					05 وجود ردود فعل جسدية قوية عند تذكر شيء من التجربة المرهقة مثل زيادة ضربات القلب، صعوبة في التنفس، التعرق...
					06 تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالتجربة
					07 تجنب كل ما يذكر بالتجربة المجهدة (على سبيل المثال، الأشخاص أو الأماكن أو المحادثات أو الأنشطة أو الأشياء أو مواقف)
					08 صعوبة تذكر أجزاء مهمة من الخبرة المؤلمة
					09 لديك معتقدات وأفكار سلبية عن نفسك والآخرين والعالم مثل (أنا سيء، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير جدا)
					10 اللوم الدائم للنفس أو للآخرين لما حدث لك
					11 وجود مشاعر سلبية قوية مثل: الخوف، الرعب، الغضب، الذنب، أو الخجل.
					12 فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كنت تستمتع بها.
					13 الشعور بالبعد أو الانعزال عن الآخرين.
					14 عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية على سبيل المثال (عدم القدرة على الشعور بالسعادة أو عدم الشعور بالحب تجاه الآخرين).
					15 لديك سلوك عصبي أو نوبات غضب أو أصبحت تتصرف بعدوانية.
					16 المجازفة والمخاطرة كالقيام بأشياء قد تسبب الضرر.
					17 أصبحت سريع اليقظة وعلى استعداد تام تجهزا لتجنب وقوع أي خطر.
					18 الشعور بالتعب أو الدمول.
					19 تواجه صعوبة في التركيز.
					20 لديك اضطراب في عادات النوم أو صعوبة في البقاء نائما.

ملحق رقم: (3) البرنامج العلاجي المصمم في صورته الآلية للتحكيم

رقم الجلسات	أهدافها	فنياتها
الجلسة الأولى	-التعريف بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. -تمكين الحالة من التعبير عن انفعالاته دون قيد أو حكم. -تفريغ الانفعالات السلبية المرتبطة بصدمة البتر.	-الحوار والمناقشة. -تقنية تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي.
الجلسة الثانية	-استبصار الحالة بمشكلاته. -ضبط توقعات الحالة بصورة واقعية تخدم الأهداف المسطرة. -تقوية العلاقة مع الحالة وكسب ثقته وحثه على بذل جهد للوصول الى الأهداف المرجوة.	-تقنية تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي. -تقنية الحوار السقراطي. -الواجب المنزلي.
الجلسة الثالثة	-التعرف على البنية المعرفية للحالة. -استبصار الحالة بأفكاره المبالغ فيها وكيفية تأثيرها على انفعالاته. -شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.	- تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة). -تقنية السهم التنازلي. -الواجب المنزلي.
الجلسة الرابعة	-التعرف على البنية المعرفية للحالة. -استبصار الحالة بأفكاره المبالغ فيها وكيفية تأثيرها على انفعالاته. -شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.	- تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة). -تقنية السهم التنازلي. -الواجب المنزلي.
الجلسة الخامسة	-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية مكان الأفكار الآلية.	- تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية). -تقنية الأفكار البديلة (سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة). -الواجب المنزلي.
الجلسة السادسة	-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية	- تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية).

<p>-تقنية الأفكار البديلة (سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة). -الواجب المنزلي.</p>	<p>مكان الأفكار الآلية.</p>	
<p>-تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-مناقشة الأفكار الآلية للحالة وتحليلها. -الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكاره الآلية. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.</p>	<p>الجلسة السابعة</p>
<p>-تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-مناقشة الأفكار الآلية للحالة وتحليلها. -الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكاره الآلية. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>
<p>-تقنية حل المشكلات. - الواجب المنزلي</p>	<p>-تدريب الحالة الى النظر للوضعيات المتجنبة والمقلقة على انها مشكلة تتطلب الحل. -تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.</p>	<p>الجلسة التاسعة</p>
<p>-تقنية حل المشكلات. - الواجب المنزلي</p>	<p>-تدريب الحالة على التحكم في الوضعيات المقلقة ودعمها وتعزيزها لتمكينها من إيجاد الحلول. -تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.</p>	<p>الجلسة العاشرة</p>
<p>-تقنية العرض التخيلي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-تدريب الحالة على مواجهة الوضعيات المقلقة ومواجهة المواقف المتجنبة عن طريق التعريض التدريجي. -تدريب الحالة على المهارات الاجتماعية.</p>	<p>الجلسة الحادية عشرة</p>
<p>-تقنية العرض التخيلي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-الزيادة في تعزيز ودعم الحالة سلوكيا لتمكينها من مواجهة المواقف الضاغطة عن طريق التعريض الحقيقي. -تمكين الحالة من الفهم الأكثر لحالتها وتقييمها الذاتي باستمرار لوضعياتها.</p>	<p>الجلسة الثانية عشرة</p>
<p>-تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي. -تقنية حسن إدارة الوقت</p>	<p>-السيطرة على الأفكار السلبية المتبقية. -تحفيز الحالة وتشجيعها على القيام بالمواجهة الحقيقية وتقادي التجنب الذي يثير انفعالاته السلبية. -تعليم الحالة حسن إدارة الوقت من خلال تحديد</p>	<p>الجلسة الثالثة عشرة</p>

	الأولويات.	
الجلسة الرابعة عشرة	-مناقشة بعض استفسارات الحالة. -ترقية فنية الاسترخاء. -تهيئة الحالة لإنهاء الجلسات العلاجية. -دعم وتقوية الحالة.	-الحوار والمناقشة. -تقنية التنفس العميق. -الواجب المنزلي.
الجلسة الخامسة عشرة	-اجراء مقارنة للتقييمات الذاتية التي قدمها الحالة خلال الجلسات الأولى وتقييماته لذاته خلال الجلسات الأخيرة لزيادة وعيه بنفسه وتقوية ادراكه بذاته. -تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي لامتصاص الانفعالات السلبية المتبقية.	-تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي. - منح الأمل للحالة والتشجيع لضمان الاستقرار الصحي وتقادي مضاعفات المرض.
الجلسة السادسة عشرة	-تقييم شامل لكل الجلسات. -تثمين المكاسب. -تطبيق القياس البعدي. -اعلام الحالة بإنهاء البرنامج العلاجي. -الاتفاق مع الحالة على موعد لإجراء جلسة متابعة.	-تطبيق القياس البعدي. -التشجيع - ثناء الحالة على المجهودات المبذولة وتقديم الدعم له على مواصلة ما تعلمه.
الجلسة السابعة عشرة تتبعية	- تثمين المكاسب - تدعيم الحالة وتشجيعه على تطبيق ما تم تعلمه في كل الوضعيات الحياتية	- إعادة تطبيق بعض التقنيات لترسيخها وتبيان أهميتها.
الجلسة الثامنة عشرة تتبعية	- تثمين المكاسب - تدعيم الحالة وتشجيعه على تطبيق ما تم تعلمه في كل الوضعيات الحياتية. - الحفاظ على المكتسبات	- إعادة تطبيق بعض التقنيات لترسيخها وتبيان أهميتها.

ملحق رقم: (4) استمارة تحكيم فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي

لخفض اعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف -مرضى السكري-

(دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم عقبي -قالمة-)

بعد اطلاعكم على محتوى البرنامج نرجو من سيادتكم ابداء رأيكم فيه:

ملاحظات	النسبة %	الحكم		المجالات المراد تحكيمها	الرقم
		غير مناسب	مناسب		
				عنوان موضوع التحكيم	1
				اهداف البرنامج	2
				محتوى الجلسات	3
				اهداف الجلسات	4
				التقنيات المستخدمة	5
				سيرورة الجلسات	6
لقب واسم المحكم: رتبته العلمية ومكان العمل:					

ملحق رقم: (5) البرنامج العلاجي في صورته النهائية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

دكتوراه علم النفس العيادي

قسم علم النفس

السنة الجامعية: 2023/2022

الموضوع:

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري

الأطراف -مرضى السكري-

دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم عقبي - قالمة-

من اعداد طالبة الدكتوراه:

بلفتني منيرة

البرنامج العلاجي:

1- التحليل الوظيفي حسب سلم (SECCA):

1-1- التحليل العرضي: (الآن والحين)

الانتظار: الصعود في درج البيت

الوضعية: (تجنب الوضعيات التي تذكره بالبتن) كيفاه نطلع في الدروج لان داري في الطابق الثاني

واش ندير في التجارة تااعي وأنا عاجز

انفعالات واحساسات: شحوبة الوجه، انقباضات في المعدة، رعشة، خوف، توتر، قلق، بكاء، حزن.

أفكار الية: وليت عاجز، تغيضني روحي، ولات ما عنديش قيمة، ما عندي حتى فائدة وليت زايد وبلا نفع

~~الناس يستشفوا في~~

~~كشما درت عليها صابني ربي~~

~~أنا انسان سيء~~

~~ضرك عايلتي تكره مني وأولادي يلبو يحشمو بي~~

~~ضرك نرجع لحالة الفقر ألي كنت فيها لانني ما نقدرش نرجع نخدم وتجارتي توقفت.....~~

تصميم معرفي ← سلوك: الضجر الدائم، التتهيدات المتكررة، الامتناع عن الكلام،

سرعة الاستشارة

← دور المحيط: وجود مساندة عائلية من قبل الزوجة والاصدقاء

### 1-2- التحليل التاريخي:

#### - معطيات بنيوية:

- وراثية: أب يعاني من ارتفاع ضغط الدم، 2 من الاخوة يعانون من السكري، بنات الخالة لديهن سرطان الثدي.
- شخصية: سمات شخصية خوافية، ملتزمة، طموحة.
- عوامل مشجعة لاستمرار العرض: الخوف من خسارة تجارته بسبب توقفه عن العمل، والخوف من العودة الى حالة الفقر التي عانى منها في الصغر وكذا الخوف من العجز الدائم.
- عوامل مسببة ومثيرة: الشجار مع والده الذي يذكره دائما أنه فاشل وطرده من البيت الذي أسسه من حر ماله.

#### - العلاجات السابقة:

- علاجات دوائية: السكري من نوع الثاني.
- اعتمادا على التحليل الوظيفي السابق والذي يعتبر كأداة مساعدة لتحديد مواطن العجز وطريقة تقييم الحالة للوضعيات التي تعترضه وتحول بينه وبين تكيفه مع حياته الجديدة، من خلال تحديد أفكاره الآلية والانفعالات المصاحبة وكذا السلوكيات الناتجة اخترت التقنيات العلاجية التي سيتم عرضها ضمن محتوى البرنامج العلاجي المصمم والذي كان خاضعا لمبادئ العلاج المعرفي السلوكي.

### 2- أهمية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

- يساهم البرنامج في إيجاد طريقة علاج لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال استخدام الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.
- يساهم البرنامج العلاجي في خفض أعراض التجنب من خلال استخدام تقنيات المواجهة والتعريض التدريجي للوضعيات المثيرة للرعب والعجز والمرتبطة بصدمة البتر.
- يساهم البرنامج العلاجي في استيعاب أعراض التكرار المرتبطة بصدمة البتر والتي تراود المصدوم بين الحين والآخر.
- يساعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مواجهة الوضعيات المثيرة للقلق والخوف النفسي لمبتوري الأطراف مرضى السكري.

### 3- الأهداف العامة للبرنامج العلاجي:

يعد هذا البرنامج احدى عمليات التدخل العلاجي النفسي التي تهدف الى التكفل النفسي بالحالة التي تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة جراء عملية البتر مريض السكري بالاعتماد على نوع البنية المعرفية للحالة حسب شدة الاضطراب وحدة الأعراض، وعليه سيتم:

-تقديم المساعدة النفسية للحالة للسيطرة على الانفعالات السلبية والاستثارة العاطفية المبالغ فيها والناجمة عن الأفكار الالية التي تعود الى خبرات صدمة البتر التي ترسخت في ذهن الحالة.

-تعديل هذه الأفكار التي ستؤثر بدورها على الانفعالات والسلوك.

-اكتساب الحالة طرق جديدة تساعده على السيطرة على الوضعيات المؤلمة التي من شأنها ان تأزم من حالته الصحية.

-تمكين الحالة من تعلم مهارات اجتماعية تساعده على التكيف والتمتع بمباهج الحياة من خلال تقبله لوضعيته الجديدة والتعايش مع المرض.

#### 4- الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج:

تم تصميم الصيغة الاولية للبرنامج بعد الاطلاع على الاسس النظرية للعلاج المعرفي - السلوكي وذلك من خلال مجموعة من بعض المراجع العربية والمراجع الأجنبية إضافة الى الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة مع الاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والارشادية والتدريبية لبعض الاساليب العلاجية المعرفية-السلوكية في إطار الدورات التدريبية الميدانية التي قامت بها الباحثة (مجهوداتها الخاصة) مثل: التحليل الوظيفي وفق شبكة SECCA، وبعض تقنيات إعادة البناء المعرفي، والسلوكية كالاسترخاء والتعريض التخيلي.

#### 5-تقييم البرنامج: تتم عملية تقييم البرنامج من خلال ثلاث مراحل:

-تقييم أولي باستخدام القياس القبلي (أقوم بتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5، تم التأكد من صدقه وثباته بتطبيقه على عينة استطلاعية).

-تقييم خلال الجلسات من خلال التقييم الذاتي للحالة لشدة قلقها خلال الوضعيات المثيرة للخوف والقلق والتوتر.

-تقييم نهائي من خلال تطبيق القياس البعدي في الجلسة الأخيرة.

وللتعرف على العوامل والوضعيات التي تؤزم وتزيد في تقاوم الاعراض المرضية للحالة عمدت الى جمع المعلومات عن الظروف المحيطة بها من خلال المقابلة مع الحالة، التحليل الافقي الآن والحين، التحليل التاريخي.

ومن خلال التحليل الوظيفي للحالة وتحديد الوضعيات التي يزيد فيها قلقه والتي تؤثر على حالته الصحية اخترت التقنيات التالية: إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية، سجل الأفكار البديلة الإيجابية، سجل الاحكام السلبية والايجابية)، السهم التنازلي، الحوار السقراطي، الاسترخاء التنفسي، الحوار الذاتي، العرض التخيلي، تقنية حسن إدارة الوقت، الواجب المنزلي.

### 6-محتوى الجلسات:

#### الجلسة الأولى:

#### اهداف الجلسة 1:

-التعريف بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

-تمكين الحالة من التعبير عن انفعالاته دون قيد أو حكم.

-تفريغ الانفعالات السلبية المرتبطة بصدمة البتر.

مدة الجلسة 1: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 1:

-فنيات الجلسة 1:

-الحوار والمناقشة.

-تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي.

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 1:

-اعرفه بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كما يلي:

العلاج المعرفي السلوكي: هو نوع من أنواع العلاج النفسي، الذي يركز على الوقت الحالي، يهتم بحل المشكلات، ويتم فيه تعلم مهارات محددة يتم استعمالها في بقية الحياة، كما تهتم هذه المهارات في ابراز

التفكير المشوه، وتعديل الاعتقادات الخاطئة، والتعامل مع الآخرين بطرق جديدة، وتعديل السلوك الغير مرغوب فيه وكيف أن الأفكار والمشاعر تؤثر على صحتنا وأجسامنا مع إعطائه أمثلة واقعية تجعله يثق في كفاءة هذا العلاج ونجاعته.

هذا العلاج يركز على تقنيات معرفية وتقنيات سلوكية، التقنيات المعرفية تهدف الى استخراج الأفكار والمدرجات المشوهة التي ترسخت عبر الزمن وتعديلها وبناء افكار بديلة أكثر ملائمة تيسر الحياة وسبل التعامل، اما التقنيات السلوكية فهي عبارة عن تعلم طرق جديدة للتغلب على الوضعيات المقلقة وحل المشكلات والسيطرة على الانفعالات المصاحبة. 10د

-توضيح عدد جلسات البرنامج التي تتراوح ما بين 15 الى 20 جلسة بمعدل جلستين كل أسبوع لمدة 60 د بالنسبة لعشرة جلسات الأولى والبقية ستقدم جلسة كل أسبوع.

-التوقيع على العقد السلوكي الذي يتضمن ضرورة الالتزام واحترام المواعيد مع انجاز الواجبات التي ستقدم للحالة. 5د

-من بين التقنيات التي سنستخدمها خلال هذه الجلسة:

**الاسترخاء التنفسي:** تدريب الحالة على تقنية التنفس العميق درس "هيربرت بينسون" كيفية تغير الجسم عندما يكون الشخص في حالة استرخاء. لقد لاحظ " بينسون" أنه خلال الحالة التي أطلق عليها " استجابة الاسترخاء" تنخفض ضربات القلب، وسرعة التنفس، وضغط الدم والشد العضلي وسرعة الأيض واستهلاك الأكسجين وقابلية الجلد لتوصيل التيار الكهربائي. على الجانب الاخر فقد ازداد تردد موجات ألفا والتي ترتبط بوجود الإنسان في حالة من الهدوء والاستقرار.

**محتوى التقنية:** اجلس بشكل مريح، ضع إحدى يديك على الصدر والأخرى على البطن. استنشق الهواء (شهيق) بعمق وبطء عن طريق الأنف وأدخله إلى البطن. ابقه في الداخل بضع ثوان أو بقدر ما تستطيع. ثم أخرج الهواء (زفير) ببطء عن طريق الأنف أيضا. دع يدك ترتفع وتنخفض مع حركة البطن دون أن يتحرك الصدر سوى شيئا قليلا جدا...

نعيد عملية التنفس هذه لمدة عشر دقائق، عندما يتقنها ويشعر أنه يقوم بها بالطريقة الصحيحة وتسهل عليه ممارستها، نغير عملية الزفير من الأنف إلى الفم، أي يدخل الهواء عن طريق الأنف ولكن يخرج عن طريق الفم. يجب أن تستغرق عملية الشهيق 5 ثوان وعملية الزفير 15 إلى 20 ثانية.

-كيف تشعر الآن؟

**ملاحظة:** أطبق التقنية أنا أولاً أمامه ثم أجعله يطبقها بعدي الى أن يستوعب التقنية.

- تلخيص محتوى الجلسة: تلخيص ما قمنا به معا (الأهداف التي حددها الحالة، تحديدها حسب الأولوية، التقنيات المستخدمة). 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما قدم خلال الجلسة، هل تريد إضافة شيء ما؟ ما رأيك في الجلسة العلاجية؟ 5د

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم وأربع مرات في الأسبوع. 5د

### الجلسة الثانية:

#### اهداف الجلسة 2:

-استبصار الحالة بأفكاره الآلية.

-ضبط توقعات الحالة بصورة واقعية تخدم الأهداف المسطرة.

-تقوية العلاقة مع الحالة وكسب ثقته وحثه على بذل جهد للوصول الى الأهداف المرجوة.

مدة الجلسة 2: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 2:

-فنيات الجلسة 2:

-تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي.

-تقنية الحوار السقراطي.

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 2:

-المردود الأسبوعي: اسأل الحالة كيف أمض الأسبوع؟ وما الجديد فيه؟ 5د

مناقشة الواجب المنزلي: معرفة مدى قدرة الحالة على تطبيق تقنية تعديل التنفس لوحده والصعوبات التي واجهته.

- معرفة توقعات الحالة من البرنامج بطرح السؤال الموالي: ما الفوائد التي تتوقعها من هذا البرنامج؟ وذلك من اجل ضبط توقعاته لتكون أكثر واقعية حسب اهداف البرنامج. 10د

- استبصار الحالة بمشكلته: جعل الحالة يفهم مشكلته، لديك أفكار غير منطقية مبالغ فيها وتضخيم في الوضعيات وسنعمل معا على تغييرها والجهد الأكبر سيكون من طرفك من خلال انجازك للواجبات باستمرار. 5د

- من بين التقنيات التي سنستخدمها خلال هذه الجلسة:

الاسترخاء التنفسي: نعيد تطبيق هذه التقنية لتدريب الحالة على عملية التنفس الصحيح وخفض انفعالاته السلبية أكثر لتمكينه من التعبير عن مشاعره. 10د

### التقنيات المعرفية:

- تقنية الحوار السقراطي: هي استخدام التساؤل كأداة عامة خلال العلاج حيث يقوم المعالج بتوجيه المريض لان يختبر معتقد في وضعية محددة ونوعية، ويقود هذا الاخير الى دليل قيم ينفي المعتقد في هذه الوضعية ويمكن ان يمتد الى وضعيات عديدة. 15د

حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

1- ما هي الدلائل على معتقدك؟

2- كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

3- إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني لك؟

- تلخيص محتوى الجلسة: تلخيص ما قمنا به معا (الأهداف التي حددها الحالة، تحديدها حسب الأولوية، التقنيات المستخدمة). 5د

- التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما قدم خلال الجلسة، هل تريد إضافة شيء ما؟ ما رأيك في الجلسة العلاجية؟ 5د

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم حتى خارج الوضعيات المقلقة وأربع مرات في الأسبوع، ومحاولة تطبيق الاسترخاء التنفسي. 5د

### الجلسة الثالثة:

#### اهداف الجلسة 3:

- التعرف على البنية المعرفية للحالة.

- وعي الحالة بأفكاره ومعتقداته المشوهة وكيفية تأثيرها على انفعالاته.

- شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.

مدة الجلسة 3: 60 دقيقة.

### فنيات الجلسة 3:

تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة).

- تقنية السهم التنازلي.

- الواجب المنزلي.

### سيرورة الجلسة 3:

- المردود الأسبوعي: اسأل الحالة كيف أمض الأسبوع؟ وما الجديد فيه؟ 5د

مناقشة الواجب المنزلي: معرفة مدى قدرة الحالة على تطبيق تقنية تعديل التنفس والصعوبات التي واجهته.

- سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة: من خلال هذا السجل سأطلب من الحالة ان يصف بدقة

وبالتفصيل الوضعية الضاغطة المسببة للتوتر والقلق خلال الأسبوع مع ذكر جميع الأفكار التي تراوده

(المونولوج الداخلي)

وكذا يحدد كل ما يحس به على المستوى الجسمي (خفقان، اختناق....) ونفسي: خوف، رعب، الخ.

مع تقييم كل من درجة الأفكار والانفعالات وفق سلم متدرج من 0 الى 8 حسب تقديره الخاص ومدى

قناعته بها وذلك بتدريب الحالة على كيفية إنجازها (مثال تطبيقي). 5د

الاحاسيس والانفعالات	الأفكار الآلية	الوضعية
----------------------	----------------	---------

التقييم: 8/	التقييم: 8/	

نأخذ أحد الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للحالة ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي

-السهم التنازلي: هذه التقنية تسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة كما يلي: 15د

ماهي عاقبة الفعل؟

ماذا يمثل لك ذلك؟

كيف ستكون انفعالاتك لو حدث ذلك؟

كيف سيكون سلوكك لو حدث ذلك؟

ما هي انفعالاتك؟ 15د

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة والتقنيات التي تم عرضها خلالها).

-تغذية رجعية: رأي الحالة عن ما تعلمه خلال الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، التقييم الذاتي باستعمال سجل الأفكار الآلية، اطلب من الحالة ان يقوم بتسجيل مختلف الوضعيات التي تثير قلقه وخوفه خلال هذا الأسبوع وضرورة التقييم الذاتي.

### الجلسة الرابعة:

#### اهداف الجلسة 4:

- الاستمرار في التعرف على البنية المعرفية للحالة.
- استبصار الحالة بأفكاره ومعتقداته المشوهة وكيفية تأثيرها على انفعالاته.
- شرح وتفسير لكيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.

مدة الجلسة 4: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 4:

تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة).

-تقنية السهم التنازلي.

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 4:

-المردود الأسبوعي: اسأل الحالة كيف أمض الأسبوع؟ وما الجديد فيه؟ 5د

مناقشة الواجب المنزلي: معرفة مدى قدرة الحالة على تطبيق سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاث لوحده والصعوبات التي واجهته. (15د)

- من خلال هذا السجل سنحاول مناقشة بعض الوضعيات الضاغطة التي واجهها خلال الأسبوع الفارط مع ذكر جميع الأفكار التي تراوده (المونولوج الداخلي) خلالها لجعل الحالة يدرك ويلاحظ الأفكار المشوهة التي تنتابه (15د)

ثم نأخذ أحد هذه الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للحالة ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي للتعلم أكثر ودحض الأفكار الخاطئة له. (15د)

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة من مناقشة للأفكار).

-تغذية رجعية: رأي الحالة عن ما تعلمه خلال الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، التقييم الذاتي باستعمال سجل الأفكار الآلية، اطلب من الحالة ان يستمر في تسجيل مختلف الوضعيات التي تثير قلقه وخوفه خلال الأسبوع.

### الجلسة الخامسة:

#### أهداف الجلسة 5:

-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة.

-تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية مكان الأفكار الآلية.

مدة الجلسة 5: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 5:

- تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية).

-تقنية الأفكار البديلة (سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة).

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 5:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجب المنزلي: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الآلية التي راودته خلالها وسنحاول مناقشة احدى هذه الوضعيات باعتماد تقنية إعادة البناء المعرفي كما يلي: 10د

-تقنية اعادة البناء المعرفي: 15د

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الاخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

الاحكام السلبية	الاحكام الإيجابية

-تدريب الحالة على كيفية تسجيل الأفكار الالية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكاره بصورة منطقية وإيجابية. 10د

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا. 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيه عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، وان يضع الأحكام السلبية التي تدعم افكاره وكذا الاحكام الايجابية التي لا تدعم افكاره باستعمال السجل التالي: 5د

الاحكام السلبية	الاحكام الايجابية	الوضعيات
ماهي الأدلة التي تدعم هذه الأفكار؟	ما هي الأدلة التي تعارض هذه الأفكار؟	وصف الوضعية بدقة و الأفكار الالية المصاحبة لها و كذا الانفعالات

### الجلسة السادسة:

#### أهداف الجلسة 6:

-مناقشة الأفكار الالية للحالة وتحليلها.

-الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكاره الالية.

-تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.

مدة الجلسة 6: 60 دقيقة

فنيات الجلسة 6:

-تقنية الحوار الذاتي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 6:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،  
التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك  
الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-تطبيق تقنية الحوار الذاتي: 25د

تدريب الحالة على محاورة افكاره الالية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من  
خلال؟

مثال: ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير قلقك؟

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

هل من فكرة أخرى؟

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي  
المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي. 5د

### الجلسة السابعة:

نعيد تطبيق التقنيات التي تم اعتمادها في الجلسة السادسة لتمكين الحالة من فهم أفكارها أكثر وقدرتها على  
إيجاد أفكار بديلة تحل محل الأفكار السلبية مع اعتماد طريقة دحض الأفكار المشوهة والمبالغة التي يلجأ  
اليها من خلال التركيز على عملية الحوار الذاتي.

### الجلسة الثامنة:

#### أهداف الجلسة 8:

- تدريب الحالة الى النظر للوضعيات المرتبطة بالبتير والمقلقة على انها مشكلة تتطلب الحل.
- تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.

#### -مدة الجلسة 8: 60 دقيقة

#### -فنيات الجلسة 8:

-تقنية حل المشكلات.

- الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 8:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،  
التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك  
الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

#### -تطبيق تقنية حل المشكلات:

من خلال هذه التقنية نساعد الحالة على النظر الى الوضعيات المرتبطة بالبتير والمقلقة على انها مشكلة  
تستدعي الحل، حيث يقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم يقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها وبعدها يقوم  
بترتيبها حسب الأفضلية ويختار الأفضل بالنسبة له. 20د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الراجعة: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي  
المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات. 5د

### الجلسة التاسعة:

نعيد ما قمنا به من تقنيات وفنيات في الجلسة السابقة للحد من الانفعالات السلبية التي تعترى الحالة خاصة  
فيما يرتبط بالوضعيات التي يتجنبها والمرتبطة بالبتن وتمكينه من تجاوزها من خلال ما تم تعلمه خلال  
الجلسات السابقة.

### الجلسة العاشرة

-أهداف الجلسة 10:

-تدريب الحالة على مواجهة الوضعيات المتجنبة والمقلقة.

-تدريب الحالة على المهارات الاجتماعية.

-مدة الجلسة 10: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 10:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 10:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،  
التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك  
الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-تطبيق تقنية العرض التخيلي: وهي تقنية سلوكية تهدف الى العرض التدريجي للحالة للوضعيات الضاغطة والمتجنبة في الوسط الاجتماعي أو الطبي والهدف منها هو جعل الحالة قادر على مواجهة مشكلاته ومخاوفه والسيطرة على الوضعيات المثيرة لقلقه والاندماج اجتماعيا مع تقبل وضعيته الجديدة.

أغض عينيك واسترخي خذي نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في البيت مع عائلتك تستقبل الضيوف احتفالا بنجاح ابنتك في شهادة التعليم المتوسط. وهم يسألونك عن صحتك. صف لـ ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاول تقييمها؟

انت مع الضيوف دائما خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا مرة أخرى تنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا تبادل الحضور ابتسامة وأنت تتحدث عن صحتك بكل ثقة وقناعة خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احساسيك؟ حاول تقييمها؟ خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا انت مستعد دائما للحديث معهم بكل طلاقة ابدأ وتنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا

تحدث وانت كلك ثقة بنفسك احسنت انت تتحدث بحرية ودون خوف خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا لقد كنت ممتازا وانت تبتسم لأنك مقتنع بنفسك وبكل ما تقوله تنفس وانت مرتاح، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحس؟ ما تقييمك؟ تنفس براحة لقد انهيت حديثك بامتياز وانت مرتاح تنفس براحة وأنت تنظر الى الضيوف بنظرة ثقة وتقاؤل بنجاحك تنفس براحة وافتح عينك ببطء انت مرتاح الآن.

كيف حالك؟ 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لتقنية العرض التخيلي، ورأيه عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء والتنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية العرض التخيلي للوضعيات التي يتجنبها الحالة.

5د

الجلسة الحادية عشرة:

أهداف الجلسة 11:

-الزيادة في تعزيز ودعم الحالة سلوكيا لتمكينه من التعريض الحقيقي.

-تمكين الحالة من الفهم الأكثر لحالته وتقييمه الذاتي باستمرار لوضعيته.

-مدة الجلسة 11: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 11:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 11:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-من خلال الطرح الذي سيقدمه الحالة والصعوبات التي واجهته سيتم تحديد عمل هذه الجلسة مثلا: نعيد تطبيق تقنية العرض التخيلي لإعداد الحالة للعرض الحقيقي ومحاولة مواجهة المواقف المتجنبة. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما الذي تم تناوله خلال الجلسة وهل هناك إضافات يقترحها الحالة؟ 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة؟ ورأيه عنها؟ 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي

المحاور الخمسة، نطلب من الحالة ان يحاول مواجهة المواقف المثيرة لمخاوفه. 5د

**الجلسة الثانية عشرة:**

نعيد تطبيق فنيات الجلسة السابقة لتمكين الحالة من الفهم الجيد من التقنية العلاجية وتدريبه على حسن استخدامها في الوضعيات المشابهة خلال المعاش الحياتي اليومي.

**الجلسة الثالثة عشرة:**

-أهداف الجلسة 13:

-السيطرة على الأفكار السلبية المتبقية.

-تحفيز الحالة وتشجيعه على القيام بالواجهة الحقيقية.

-تعليمه حسن إدارة الوقت عن طريق تحديد الأولويات.

-مدة الجلسة 13: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 13:

-تقنية الحوار الذاتي.

-تقنية حسن إدارة الوقت.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 13:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،  
التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك  
الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي: سأطلب من الحالة ان يقوم بمحاورة افكاره الآلية ومحاولة الحد منها  
واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية خلال الجلسة. التعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من  
السيطرة على الأفكار التي تؤدي إلى القلق في مواجهة المواقف الضاغطة الاجتماعية والعائلية.  
15د

-تطبيق تقنية حسن إدارة الوقت: بحكم ان الحالة مريض سكري نوع2 سأعلمه كيفية تقسيم وقته في تناول  
الوجبات الغذائية بشكل منتظم مع اتباع الحمية الصحية المفروضة عليه من طرف الطبيب وذلك حسب  
الألوية، بحيث نقوم بإعداد أجندة للمهام التي يتطلب عليه أدائها كل يوم في اليوم الذي يسبقه ومن ثم يحدد  
المدة اللازمة لكل مهمة مع تحديد أيها أهم ولا يمكن تأجيلها كموعد أخذ الدواء أو قياس السكري ساعة قبل  
الافطار وساعتين بعده، موعد الطبيب أو موعد الفحص الدوري وهكذا يتم تنظيم وقته بشكل دوري، وفي حالة  
المفاجأة فلا بأس بتأجيل المهام التي يمكن تأجيلها حتى يتجنب حدوث مضاعفات المرض. 15د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم عرضه خلال الجلسة. 5د

-تغذية رجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيه عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية التنفس العميق، سجل الأفكار البديلة. 5د

### الجلسة الرابعة عشرة:

#### -أهداف الجلسة 14:

-مناقشة بعض استفسارات الحالة.

-دعم وتقوية الحالة.

-مدة الجلسة 14: 60 دقيقة

#### -فنيات الجلسة 14:

-الحوار والمناقشة.

-تقنية التنفس العميق.

-الواجب المنزلي.

#### -سيرورة الجلسة 14:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سننظر الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،

التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك

الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-نسال الحالة حول ما إذا كان لديه أي اسئلة، ومنها نقوم بمناقشة الوضعية المطروحة باستخدام الحوار

والمناقشة، للتقليل من الشعور بالعجز أو الشفقة، وبالتالي أعدنا مناقشة هذه الأفكار لتصحيح الأخطاء

التفسيرية التي يتبناها الحالة من جهة، ومن جهة أخرى اعتماد طريقة حل المشكلات في معالجة الموقف

للخفض من الانفعالات وتجنب الاستثارة العاطفية.

-دعمه وتقويته من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لمدة 10 مرات مع العرض

التخلي. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام.

5د

### الجلسة الخامسة عشرة:

#### أهداف الجلسة 15:

- التخلص من الأفكار التكرارية المتبقية التي نقتحم تفكيره فجأة.

- تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي لامتصاص الانفعالات السلبية المتبقية.

- مدة الجلسة 15: 60 دقيقة

-الأدوات المستخدمة:

- تقنية صرف الانتباه.

- تقنية الاسترخاء التنفسي.

-سيرورة الجلسة 15:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سننظر الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة للأفكار مع تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة.

10د

- ومن هنا وانطلاقا من أحد الوضعيات المقدمة سلفا ولتخفيف يقظة المفحوص قمنا بتطبيق تقنية صرف الانتباه التي تستند الى نظرية الكف المتبادل ومبدؤها لا يمكن القيام بعمليتين معرفتين في آن واحد، والتي تساعد في عدم إعطاء أهمية للمثيرات المزعجة سواء كانت مواقف أو أفكار سلبية ترتبط بخبرة البتر وكان ذلك كما يلي:

- تطبيق تقنية صرف الانتباه: اعتمدنا على وضعية طرحها المفحوص من قبل وهي صعوبة الدخول في النوم ومنه شرحنا له أهمية هذه التقنية وكيفية تنفيذها، حيث عند ما يخذل المفحوص الى النوم تتبادر الى ذهنه صور وأفكار اقتحامية تدور في مجملها حول ما آلت اليه حالته الصحية مما يزيد من نسبة اليقظة لديه، وفي هذه الحالة وبدل أن يفسح المجال لهذه الأفكار الى البروز مباشرة وبمجرد الاستلقاء على الفراش يبدأ في عملية التنفس شهيق وزفير مع تركيز سمعه على عملية دخول الهواء وخروجه دون أن يركز سمعه لأفكاره، ستحاول هذه الأفكار في الظهور إذا اخفت صوت تنفسه ولذلك كان له أن يتنفس بصوت عال يمكنه من سماعه.

قمنا بأداء تجريبي لهذه التقنية حتى يتمكن المفحوص من إجادتها.

نطبق الاسترخاء التنفسي لدعم الحالة وتمكينه من التخلص من الانفعالات السلبية المتبقية.

25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية صرف الانتباه.

د5

الجلسة السادسة عشرة:

-أهداف الجلسة 16:

-مناقشة بعض استفسارات الحالة.

-الاستمرار في التقليل من نسبة اليقظة وخفض الأفكار الاجترارية المرتبطة بتجربة البتر.

-دعم وتقوية الحالة.

-مدة الجلسة 16: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 16:

-الحوار والمناقشة.

-تقنية التنفس العميق.

- إعادة تطبيق تقنية صرف الانتباه.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 16:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ د5

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،

التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك

الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. د10

-نسال الحالة حول ما إذا كان لديه أي اسئلة وانطلاقا من الطرح الذي يقدمه ولتخفيف نسبة اليقظة لديه

نعيد تطبيق تقنية صرف الانتباه مرة أخرى حتى يتدرب عليها جيدا.

-دعمه وتقويته من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لمدة 10 مرات.

د25

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. د5

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. د10

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية صرف الانتباه.

د5

الجلسة السابعة عشرة:

### أهداف الجلسة 17:

- إجراء مقارنة للحالة بين وضعيته السابقة قبل الخضوع للجلسات العلاجية وبعد خضوعه للجلسات العلاجية أي إجراء الموازنة بين ما كان عليه سلوكه وأفكاره وما أصبح عليه لزيادة ثقته بنفسه وتقوية ادراكه بذاته.

-تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي لامتناس الانفعالات السلبية المتبقية.

- مدة الجلسة 15: 60 دقيقة

- الأدوات المستخدمة:

- تقنية الاسترخاء التنفسي.

-سيرورة الجلسة 17:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة للأفكار مع تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة.

10د

-نقوم بإجراء مقارنة لوضعية الحالة قبل خضوعه للبرنامج العلاجي النفسي وبعد خضوعه له لزيادة ثقته بنفسه وتحفيزه على الحفاظ على المكتسبات المحققة خلال سيرورة العلاج ومدى التحسن الذي حققه. نطبق الاسترخاء التنفسي لدعم الحالة وتمكينه من التخلص من الانفعالات السلبية المتبقية.

25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة.

5د

الجلسة الثامنة عشرة:

أهداف الجلسة 18:

-تقييم شامل لكل الجلسات.

-تثبيت المكاسب.

-تطبيق القياس البعدي.

-اعلام الحالة بإنهاء البرنامج العلاجي.

-الاتفاق مع الحالة على إمكانية تحديد مواعيد لإجراء جلسات متابعة أن تطلب الأمر.

-مدة الجلسة 18: 60 دقيقة.

-الأدوات المستخدمة:

-مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5.

-سيرورة الجلسة 18:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة للأفكار مع تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة.

10د

-نقوم بتقييم كل الجلسات حيث اعرض عليه تقييمه الذي قدمه خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى

التحسن الذي حققه. 10د

-تطبيق القياس البعدي. 20د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في البرنامج. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة.

5د

-الحفاظ على المكتسبات المتعلمة.

ملحق رقم: (1) قائمة بأسماء السادة المحكمين

الرقم	أسماء المحكمين	التخصص	مكان العمل
01	أ. د مقاوسي كريمة	أستاذ التعليم العالي - علم النفس العيادي	جامعة باتنة
02	أ. د خشخوش صالح	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة الوادي
03	أ. د إغمين نديرة	أستاذ التعليم العالي - علم النفس التربوي	جامعة 8 ماي 1945 قالمة
04	أ. د هيام موسى التاج	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة عمان العربية المملكة الأردنية الهاشمية
05	أ. د عمارة سميرة	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة الوادي
06	أ. د قدوري يوسف	أستاذ محاضر أ - علم النفس العيادي	جامعة غرداية
07	أ. د شهرزاد نوار	أستاذ محاضر - علم النفس العيادي	جامعة ورقلة

ملحق رقم: (2) مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5

**تعليمية:** فيما يلي سيدي القارئ أو القارئة قائمة بالمشكلات التي يواجهها الأشخاص أحيانا استجابة لتجربة مؤلمة للغاية.

لو سمحت اقرأ كل عبارة بعناية ثم ضع رمز (X) في الخانة المناسبة للإشارة الى مقدار شدة ما وصلت اليه من انزعاج من هذه المشكلة في الشهر الماضي.

إجابتك ستكون موضع دراسة علمية، ولن تستعمل لغير ذلك، فنتمنى الدقة والأمانة في الإجابة.

السن:

الجنس:

الرقم	العبارات	نادرا	أحيا نا	غالبا	كثي را	دائما
01	ذكريات متكررة ومزعجة وغير مرغوب فيها من تجربة مؤلمة.					
02	وجود أحلام مزعجة ومتكررة للتجربة المؤلمة.					
03	الشعور أو التصرف فجأة كما لو أن التجربة المؤلمة تحدث فعلا مجددا.					

					04 الشعور بالضيق الشديد عندما يذكرك شيء ما بتجربة مرهقة
					05 وجود ردود فعل جسدية قوية عند تذكر شيء من التجربة المرهقة مثل زيادة ضربات القلب، صعوبة في التنفس، التعرق...
					06 تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالتجربة
					07 تجنب كل ما يذكر بالتجربة المجهدة (على سبيل المثال، الأشخاص أو الأماكن أو المحادثات أو الأنشطة أو الأشياء أو مواقف)
					08 صعوبة تذكر أجزاء مهمة من الخبرة المؤلمة
					09 لديك معتقدات وأفكار سلبية عن نفسك والآخرين والعالم مثل (أنا سيء، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير جدا)
					10 اللوم الدائم للنفس أو للآخرين لما حدث لك
					11 وجود مشاعر سلبية قوية مثل: الخوف، الرعب، الغضب، الذنب، أو الخجل.
					12 فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كنت تستمتع بها.
					13 الشعور بالبعد أو الانعزال عن الآخرين.
					14 عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية على سبيل المثال (عدم القدرة على الشعور بالسعادة أو عدم الشعور بالحب تجاه الآخرين).
					15 لديك سلوك عصبي أو نوبات غضب أو أصبحت تتصرف بعدوانية.
					16 المجازفة والمخاطرة كالقيام بأشياء قد تسبب الضرر.
					17 أصبحت سريع اليقظة وعلى استعداد تام تجهزا لتجنب وقوع أي خطر.
					18 الشعور بالتعب أو الدمول.
					19 تواجه صعوبة في التركيز.
					20 لديك اضطراب في عادات النوم أو صعوبة في البقاء نائما.

ملحق رقم: (3) البرنامج العلاجي المصمم في صورته الأولية للتحكيم

رقم الجلسات	أهدافها	فنياتها
الجلسة الأولى	-التعريف بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. -تمكين الحالة من التعبير عن انفعالاته دون قيد أو حكم. -تفريغ الانفعالات السلبية المرتبطة بصدمة البتر.	-الحوار والمناقشة. -تقنية تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي.
الجلسة الثانية	-استبصار الحالة بمشكلاته. -ضبط توقعات الحالة بصورة واقعية تخدم الأهداف المسطرة. -تقوية العلاقة مع الحالة وكسب ثقته وحثه على بذل جهد للوصول الى الأهداف المرجوة.	-تقنية تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي. -تقنية الحوار السقراطي. -الواجب المنزلي.
الجلسة الثالثة	-التعرف على البنية المعرفية للحالة. -استبصار الحالة بأفكاره المبالغ فيها وكيفية تأثيرها على انفعالاته. -شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.	- تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة). -تقنية السهم التنازلي. -الواجب المنزلي.
الجلسة الرابعة	-التعرف على البنية المعرفية للحالة. -استبصار الحالة بأفكاره المبالغ فيها وكيفية تأثيرها على انفعالاته. -شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.	- تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة). -تقنية السهم التنازلي. -الواجب المنزلي.
الجلسة الخامسة	-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية مكان الأفكار الآلية.	- تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية). -تقنية الأفكار البديلة (سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة). -الواجب المنزلي.
الجلسة السادسة	-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية	- تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية).

<p>-تقنية الأفكار البديلة (سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة). -الواجب المنزلي.</p>	<p>مكان الأفكار الآلية.</p>	
<p>-تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-مناقشة الأفكار الآلية للحالة وتحليلها. -الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكاره الآلية. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.</p>	<p>الجلسة السابعة</p>
<p>-تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-مناقشة الأفكار الآلية للحالة وتحليلها. -الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكاره الآلية. -تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>
<p>-تقنية حل المشكلات. - الواجب المنزلي</p>	<p>-تدريب الحالة الى النظر للوضعيات المتجنبة والمقلقة على انها مشكلة تتطلب الحل. -تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.</p>	<p>الجلسة التاسعة</p>
<p>-تقنية حل المشكلات. - الواجب المنزلي</p>	<p>-تدريب الحالة على التحكم في الوضعيات المقلقة ودعمها وتعزيزها لتمكينها من إيجاد الحلول. -تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.</p>	<p>الجلسة العاشرة</p>
<p>-تقنية العرض التخيلي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-تدريب الحالة على مواجهة الوضعيات المقلقة ومواجهة المواقف المتجنبة عن طريق التعريض التدريجي. -تدريب الحالة على المهارات الاجتماعية.</p>	<p>الجلسة الحادية عشرة</p>
<p>-تقنية العرض التخيلي. -الواجب المنزلي.</p>	<p>-الزيادة في تعزيز ودعم الحالة سلوكيا لتمكينها من مواجهة المواقف الضاغطة عن طريق التعريض الحقيقي. -تمكين الحالة من الفهم الأكثر لحالتها وتقييمها الذاتي باستمرار لوضعياتها.</p>	<p>الجلسة الثانية عشرة</p>
<p>-تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي. -تقنية حسن إدارة الوقت</p>	<p>-السيطرة على الأفكار السلبية المتبقية. -تحفيز الحالة وتشجيعها على القيام بالمواجهة الحقيقية وتقادي التجنب الذي يثير انفعالاته السلبية. -تعليم الحالة حسن إدارة الوقت من خلال تحديد</p>	<p>الجلسة الثالثة عشرة</p>

	الأولويات.	
<p>-الحوار والمناقشة.</p> <p>-تقنية التنفس العميق.</p> <p>-الواجب المنزلي.</p>	<p>-مناقشة بعض استفسارات الحالة.</p> <p>-ترقية فنية الاسترخاء.</p> <p>-تهيئة الحالة لإنهاء الجلسات العلاجية.</p> <p>-دعم وتقوية الحالة.</p>	<p>الجلسة الرابعة عشرة</p>
<p>-تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي.</p> <p>- منح الأمل للحالة والتشجيع لضمان الاستقرار الصحي وتقادي مضاعفات المرض.</p>	<p>-اجراء مقارنة للتقييمات الذاتية التي قدمها الحالة خلال الجلسات الأولى وتقييماته لذاته خلال الجلسات الأخيرة لزيادة وعيه بنفسه وتقوية ادراكه بذاته.</p> <p>-تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي لامتناس الانفعالات السلبية المتبقية.</p>	<p>الجلسة الخامسة عشرة</p>
<p>-تطبيق القياس البعدي.</p> <p>-التشجيع</p> <p>- ثناء الحالة على المجهودات المبذولة وتقديم الدعم له على مواصلة ما تعلمه.</p>	<p>-تقييم شامل لكل الجلسات.</p> <p>-تثمين المكاسب.</p> <p>-تطبيق القياس البعدي.</p> <p>-اعلام الحالة بإنهاء البرنامج العلاجي.</p> <p>-الاتفاق مع الحالة على موعد لإجراء جلسة متابعة.</p>	<p>الجلسة السادسة عشرة</p>
<p>- إعادة تطبيق بعض التقنيات لترسيخها وتبيان أهميتها.</p>	<p>- تثمين المكاسب</p> <p>- تدعيم الحالة وتشجيعه على تطبيق ما تم تعلمه في كل الوضعيات الحياتية</p>	<p>الجلسة السابعة عشرة</p> <p>عشرة تتبعية</p>
<p>- إعادة تطبيق بعض التقنيات لترسيخها وتبيان أهميتها.</p>	<p>- تثمين المكاسب</p> <p>- تدعيم الحالة وتشجيعه على تطبيق ما تم تعلمه في كل الوضعيات الحياتية.</p> <p>- الحفاظ على المكتسبات</p>	<p>الجلسة الثامنة عشرة</p> <p>عشرة تتبعية</p>

ملحق رقم: (4) استمارة تحكيم فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي

لخفض اعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف -مرضى السكري-

(دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم عقبي -قالمة-)

بعد اطلاعكم على محتوى البرنامج نرجو من سيادتكم ابداء رأيكم فيه:

ملاحظات	النسبة %	الحكم		المجالات المراد تحكيمها	الرقم
		غير مناسب	مناسب		
				عنوان موضوع التحكيم	1
				اهداف البرنامج	2
				محتوى الجلسات	3
				اهداف الجلسات	4
				التقنيات المستخدمة	5
				سيرورة الجلسات	6
لقب واسم المحكم: رتبته العلمية ومكان العمل:					

ملحق رقم: (5) البرنامج العلاجي في صورته النهائية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

دكتوراه علم النفس العيادي

قسم علم النفس

السنة الجامعية: 2023/2022

الموضوع:

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري

الأطراف -مرضى السكري-

دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم عقبي - قالمة-

تحت اشراف:

من اعداد طالبة الدكتوراه:

د. غدايفي هند

بلفتني منيرة

يشرفني أساتذتي الأفاضل، أستاذاتي الفضليات أن أقدم لكم هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم من طرف الباحثة لأبداء رأيكم فيه من حيث ملائمته وإمامه بالجوانب المراد معالجتها، مع كل عبارات التقدير والاحترام.

البرنامج العلاجي:

1- التحليل الوظيفي حسب سلم (SECCA):

1-1- التحليل العرضي: (الآن والحين)

الانتظار: الصعود في درج البيت

الوضعية: (تجنب الوضعيات التي تذكره بالبتن) كيفاه نطلع في الدروج لان داري في الطابق الثاني

واش ندير في التجارة تاغي وأنا عاجز

انفعالات واحساسات: شحوبة الوجه، انقباضات في المعدة، رعشة، خوف، توتر، قلق، بكاء، حزن.

أفكار الية: وليت عاجز، تغيضني روحي، ولات ما عنديش قيمة، ما عندي حتى فائدة وليت زايد وبلا نفع

~~الناس يستشفوا في~~

~~كشما درت عليها صابني ربي~~

~~أنا انسان سيء~~

~~ضرك عايلتي تكره مني وأولادي يلبو يحشمو بي~~

~~ضرك نرجع لحالة الفقر ألي كنت فيها لانني ما نقدرش نرجع نخدم وتجارتي توقفت.....~~

تصميم معرفي ← سلوك: الضجر الدائم، التتهيدات المتكررة، الامتناع عن الكلام،

سرعة الاستشارة

← دور المحيط: وجود مساندة عائلية من قبل الزوجة والاصدقاء

### 1-2- التحليل التاريخي:

#### - معطيات بنيوية:

- وراثية: أب يعاني من ارتفاع ضغط الدم، 2 من الاخوة يعانون من السكري، بنات الخالة لديهن سرطان الثدي.
- شخصية: سمات شخصية خوافية، ملتزمة، طموحة.
- عوامل مشجعة لاستمرار العرض: الخوف من خسارة تجارته بسبب توقفه عن العمل، والخوف من العودة الى حالة الفقر التي عانى منها في الصغر وكذا الخوف من العجز الدائم.
- عوامل مسببة ومثيرة: الشجار مع والده الذي يذكره دائما أنه فاشل وطرده من البيت الذي أسسه من حر ماله.

#### - العلاجات السابقة:

- علاجات دوائية: السكري من نوع الثاني.
- اعتمادا على التحليل الوظيفي السابق والذي يعتبر كأداة مساعدة لتحديد مواطن العجز وطريقة تقييم الحالة للوضعيات التي تعترضه وتحول بينه وبين تكيفه مع حياته الجديدة، من خلال تحديد أفكاره الآلية والانفعالات المصاحبة وكذا السلوكيات الناتجة اخترت التقنيات العلاجية التي سيتم عرضها ضمن محتوى البرنامج العلاجي المصمم والذي كان خاضعا لمبادئ العلاج المعرفي السلوكي.

### 2- أهمية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

- يساهم البرنامج في إيجاد طريقة علاج لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال استخدام الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.
- يساهم البرنامج العلاجي في خفض أعراض التجنب من خلال استخدام تقنيات المواجهة والتعريض التدريجي للوضعيات المثيرة للرعب والعجز والمرتبطة بصدمة البتر.
- يساهم البرنامج العلاجي في استيعاب أعراض التكرار المرتبطة بصدمة البتر والتي تراود المصدوم بين الحين والآخر.
- يساعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مواجهة الوضعيات المثيرة للقلق والخوف النفسي لمبتوري الأطراف مرضى السكري.

### 3- الأهداف العامة للبرنامج العلاجي:

يعد هذا البرنامج احدى عمليات التدخل العلاجي النفسي التي تهدف الى التكفل النفسي بالحالة التي تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة جراء عملية البتر مريض السكري بالاعتماد على نوع البنية المعرفية للحالة حسب شدة الاضطراب وحدة الأعراض، وعليه سيتم:

-تقديم المساعدة النفسية للحالة للسيطرة على الانفعالات السلبية والاستثارة العاطفية المبالغ فيها والناجمة عن الأفكار الالية التي تعود الى خبرات صدمة البتر التي ترسخت في ذهن الحالة.

-تعديل هذه الأفكار التي ستؤثر بدورها على الانفعالات والسلوك.

-اكتساب الحالة طرق جديدة تساعده على السيطرة على الوضعيات المؤلمة التي من شأنها ان تأزم من حالته الصحية.

-تمكين الحالة من تعلم مهارات اجتماعية تساعده على التكيف والتمتع بمباهج الحياة من خلال تقبله لوضعيته الجديدة والتعايش مع المرض.

#### 4- الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج:

تم تصميم الصيغة الاولى للبرنامج بعد الاطلاع على الاسس النظرية للعلاج المعرفي - السلوكي وذلك من خلال مجموعة من بعض المراجع العربية والمراجع الأجنبية إضافة الى الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة مع الاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والارشادية والتدريبية لبعض الاساليب العلاجية المعرفية-السلوكية في إطار الدورات التدريبية الميدانية التي قامت بها الباحثة (مجهوداتها الخاصة) مثل: التحليل الوظيفي وفق شبكة SECCA، وبعض تقنيات إعادة البناء المعرفي، والسلوكية كالاسترخاء والتعريض التخيلي.

#### 5-تقييم البرنامج: تتم عملية تقييم البرنامج من خلال ثلاث مراحل:

-تقييم أولي باستخدام القياس القبلي (أقوم بتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5، تم التأكد من صدقه وثباته بتطبيقه على عينة استطلاعية).

-تقييم خلال الجلسات من خلال التقييم الذاتي للحالة لشدة قلقها خلال الوضعيات المثيرة للخوف والقلق والتوتر.

-تقييم نهائي من خلال تطبيق القياس البعدي في الجلسة الأخيرة.

وللتعرف على العوامل والوضعية التي تؤزم وتزيد في تقاوم الاعراض المرضية للحالة عمدت الى جمع المعلومات عن الظروف المحيطة بها من خلال المقابلة مع الحالة، التحليل الافقي الآن والحين، التحليل التاريخي.

ومن خلال التحليل الوظيفي للحالة وتحديد الوضعيات التي يزيد فيها قلقه والتي تؤثر على حالته الصحية اخترت التقنيات التالية: إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية، سجل الأفكار البديلة الإيجابية، سجل الاحكام السلبية والايجابية)، السهم التنازلي، الحوار السقراطي، الاسترخاء التنفسي، الحوار الذاتي، العرض التخيلي، تقنية حسن إدارة الوقت، الواجب المنزلي.

### 6-محتوى الجلسات:

#### الجلسة الأولى:

#### اهداف الجلسة 1:

-التعريف بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

-تمكين الحالة من التعبير عن انفعالاته دون قيد أو حكم.

-تفريغ الانفعالات السلبية المرتبطة بصدمة البتر.

مدة الجلسة 1: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 1:

-فنيات الجلسة 1:

-الحوار والمناقشة.

-تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي.

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 1:

-اعرفه بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كما يلي:

العلاج المعرفي السلوكي: هو نوع من أنواع العلاج النفسي، الذي يركز على الوقت الحالي، يهتم بحل المشكلات، ويتم فيه تعلم مهارات محددة يتم استعمالها في بقية الحياة، كما تهتم هذه المهارات في ابراز

التفكير المشوه، وتعديل الاعتقادات الخاطئة، والتعامل مع الآخرين بطرق جديدة، وتعديل السلوك الغير مرغوب فيه وكيف أن الأفكار والمشاعر تؤثر على صحتنا وأجسامنا مع إعطائه أمثلة واقعية تجعله يثق في كفاءة هذا العلاج ونجاعته.

هذا العلاج يركز على تقنيات معرفية وتقنيات سلوكية، التقنيات المعرفية تهدف الى استخراج الأفكار والمدرجات المشوهة التي ترسخت عبر الزمن وتعديلها وبناء افكار بديلة أكثر ملائمة تيسر الحياة وسبل التعامل، اما التقنيات السلوكية فهي عبارة عن تعلم طرق جديدة للتغلب على الوضعيات المقلقة وحل المشكلات والسيطرة على الانفعالات المصاحبة. 10د

-توضيح عدد جلسات البرنامج التي تتراوح ما بين 15 الى 20 جلسة بمعدل جلستين كل أسبوع لمدة 60 د بالنسبة لعشرة جلسات الأولى والبقية ستقدم جلسة كل أسبوع.

-التوقيع على العقد السلوكي الذي يتضمن ضرورة الالتزام واحترام المواعيد مع انجاز الواجبات التي ستقدم للحالة. 5د

-من بين التقنيات التي سنستخدمها خلال هذه الجلسة:

**الاسترخاء التنفسي:** تدريب الحالة على تقنية التنفس العميق درس "هيربرت بينسون" كيفية تغير الجسم عندما يكون الشخص في حالة استرخاء. لقد لاحظ " بينسون" أنه خلال الحالة التي أطلق عليها " استجابة الاسترخاء" تنخفض ضربات القلب، وسرعة التنفس، وضغط الدم والشد العضلي وسرعة الأيض واستهلاك الأكسجين وقابلية الجلد لتوصيل التيار الكهربائي. على الجانب الاخر فقد ازداد تردد موجات ألفا والتي ترتبط بوجود الإنسان في حالة من الهدوء والاستقرار.

**محتوى التقنية:** اجلس بشكل مريح، ضع إحدى يديك على الصدر والأخرى على البطن. استنشق الهواء (شهيق) بعمق وبطء عن طريق الأنف وأدخله إلى البطن. ابقه في الداخل بضع ثوان أو بقدر ما تستطيع. ثم أخرج الهواء (زفير) ببطء عن طريق الأنف أيضا. دع يدك ترتفع وتنخفض مع حركة البطن دون أن يتحرك الصدر سوى شيئا قليلا جدا...

نعيد عملية التنفس هذه لمدة عشر دقائق، عندما يتقنها ويشعر أنه يقوم بها بالطريقة الصحيحة وتسهل عليه ممارستها، نغير عملية الزفير من الأنف إلى الفم، أي يدخل الهواء عن طريق الأنف ولكن يخرج عن طريق الفم. يجب أن تستغرق عملية الشهيق 5 ثوان وعملية الزفير 15 إلى 20 ثانية.

-كيف تشعر الآن؟

**ملاحظة:** أطبق التقنية أنا أولاً أمامه ثم أجعله يطبقها بعدي الى أن يستوعب التقنية.

- تلخيص محتوى الجلسة: تلخيص ما قمنا به معا (الأهداف التي حددها الحالة، تحديدها حسب الأولوية، التقنيات المستخدمة). 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما قدم خلال الجلسة، هل تريد إضافة شيء ما؟ ما رأيك في الجلسة العلاجية؟ 5د

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم وأربع مرات في الأسبوع. 5د

### الجلسة الثانية:

#### اهداف الجلسة 2:

-استبصار الحالة بأفكاره الآلية.

-ضبط توقعات الحالة بصورة واقعية تخدم الأهداف المسطرة.

-تقوية العلاقة مع الحالة وكسب ثقته وحثه على بذل جهد للوصول الى الأهداف المرجوة.

مدة الجلسة 2: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 2:

-فنيات الجلسة 2:

-تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي.

-تقنية الحوار السقراطي.

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 2:

-المردود الأسبوعي: اسأل الحالة كيف أمض الأسبوع؟ وما الجديد فيه؟ 5د

مناقشة الواجب المنزلي: معرفة مدى قدرة الحالة على تطبيق تقنية تعديل التنفس لوحده والصعوبات التي واجهته.

- معرفة توقعات الحالة من البرنامج بطرح السؤال الموالي: ما الفوائد التي تتوقعها من هذا البرنامج؟ وذلك من اجل ضبط توقعاته لتكون أكثر واقعية حسب اهداف البرنامج. 10د

- استبصار الحالة بمشكلته: جعل الحالة يفهم مشكلته، لديك أفكار غير منطقية مبالغ فيها وتضخيم في الوضعيات وسنعمل معا على تغييرها والجهد الأكبر سيكون من طرفك من خلال انجازك للواجبات باستمرار. 5د

- من بين التقنيات التي سنستخدمها خلال هذه الجلسة:

**الاسترخاء التنفسي:** نعيد تطبيق هذه التقنية لتدريب الحالة على عملية التنفس الصحيح وخفض انفعالاته السلبية أكثر لتمكينه من التعبير عن مشاعره. 10د

### التقنيات المعرفية:

- **تقنية الحوار السقراطي:** هي استخدام التساؤل كأداة عامة خلال العلاج حيث يقوم المعالج بتوجيه المريض لان يختبر معتقد في وضعية محددة ونوعية، ويقود هذا الاخير الى دليل قيم ينفي المعتقد في هذه الوضعية ويمكن ان يمتد الى وضعيات عديدة. 15د

حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

1- ما هي الدلائل على معتقدك؟

2- كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

3- إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني لك؟

- تلخيص محتوى الجلسة: تلخيص ما قمنا به معا (الأهداف التي حددها الحالة، تحديدها حسب الأولوية، التقنيات المستخدمة). 5د

- التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما قدم خلال الجلسة، هل تريد إضافة شيء ما؟ ما رأيك في الجلسة العلاجية؟ 5د

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم حتى خارج الوضعيات المقلقة وأربع مرات في الأسبوع، ومحاولة تطبيق الاسترخاء التنفسي. 5د

### الجلسة الثالثة:

#### اهداف الجلسة 3:

-التعرف على البنية المعرفية للحالة.

-وعي الحالة بأفكاره ومعتقداته المشوهة وكيفية تأثيرها على انفعالاته.

-شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.

مدة الجلسة 3: 60 دقيقة.

### فنيات الجلسة 3:

تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة).

-تقنية السهم التنازلي.

-الواجب المنزلي.

### سيرورة الجلسة 3:

-المردود الأسبوعي: اسأل الحالة كيف أمض الأسبوع؟ وما الجديد فيه؟ 5د

مناقشة الواجب المنزلي: معرفة مدى قدرة الحالة على تطبيق تقنية تعديل التنفس والصعوبات التي واجهته.

-سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة: من خلال هذا السجل سأطلب من الحالة ان يصف بدقة وبالتفصيل الوضعية الضاغطة المسببة للتوتر والقلق خلال الأسبوع مع ذكر جميع الأفكار التي تراوده (المونولوج الداخلي)

وكذا يحدد كل ما يحس به على المستوى الجسمي (خفقان، اختناق....) ونفسي: خوف، رعب، الخ.

مع تقييم كل من درجة الأفكار والانفعالات وفق سلم متدرج من 0 الى 8 حسب تقديره الخاص ومدى قناعته بها وذلك بتدريب الحالة على كيفية إنجازها (مثال تطبيقي). 5د

الاحاسيس والانفعالات	الأفكار الآلية	الوضعية
----------------------	----------------	---------

التقييم: 8/	التقييم: 8/	

نأخذ أحد الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للحالة ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي

-السهم التنازلي: هذه التقنية تسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة كما يلي: 15د

ماهي عاقبة الفعل؟

ماذا يمثل لك ذلك؟

كيف ستكون انفعالاتك لو حدث ذلك؟

كيف سيكون سلوكك لو حدث ذلك؟

ما هي انفعالاتك؟ 15د

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة والتقنيات التي تم عرضها خلالها).

-تغذية رجعية: رأي الحالة عن ما تعلمه خلال الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، التقييم الذاتي باستعمال سجل الأفكار الآلية، اطلب من الحالة ان يقوم بتسجيل مختلف الوضعيات التي تثير قلقه وخوفه خلال هذا الأسبوع وضرورة التقييم الذاتي.

### الجلسة الرابعة:

#### اهداف الجلسة 4:

- الاستمرار في التعرف على البنية المعرفية للحالة.
- استبصار الحالة بأفكاره ومعتقداته المشوهة وكيفية تأثيرها على انفعالاته.
- شرح وتفسير لكيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.

مدة الجلسة 4: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 4:

تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة).

-تقنية السهم التنازلي.

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 4:

-المردود الأسبوعي: اسأل الحالة كيف أمض الأسبوع؟ وما الجديد فيه؟ 5د

مناقشة الواجب المنزلي: معرفة مدى قدرة الحالة على تطبيق سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاث لوحده والصعوبات التي واجهته. (15د)

- من خلال هذا السجل سنحاول مناقشة بعض الوضعيات الضاغطة التي واجهها خلال الأسبوع الفارط مع ذكر جميع الأفكار التي تراوده (المونولوج الداخلي) خلالها لجعل الحالة يدرك ويلاحظ الأفكار المشوهة التي تنتابه (15د)

ثم نأخذ أحد هذه الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للحالة ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي للتعلم أكثر ودحض الأفكار الخاطئة له. (15د)

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة من مناقشة للأفكار).

-تغذية رجعية: رأي الحالة عن ما تعلمه خلال الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، التقييم الذاتي باستعمال سجل الأفكار الآلية، اطلب من الحالة ان يستمر في تسجيل مختلف الوضعيات التي تثير قلقه وخوفه خلال الأسبوع.

### الجلسة الخامسة:

#### أهداف الجلسة 5:

-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة.

-تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية مكان الأفكار الآلية.

مدة الجلسة 5: 60 دقيقة.

#### فنيات الجلسة 5:

- تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية).

-تقنية الأفكار البديلة (سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة).

-الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 5:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجب المنزلي: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الآلية التي راودته خلالها وسنحاول مناقشة احدى هذه الوضعيات باعتماد تقنية إعادة البناء المعرفي كما يلي: 10د

-تقنية اعادة البناء المعرفي: 15د

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الاخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

الاحكام الإيجابية	الاحكام السلبية

-تدريب الحالة على كيفية تسجيل الأفكار الالية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكاره بصورة منطقية وإيجابية. 10د

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا. 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيه عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، وان يضع الأحكام السلبية التي تدعم افكاره وكذا الاحكام الايجابية التي لا تدعم افكاره باستعمال السجل التالي: 5د

الوضعيات	الاحكام السلبية	الاحكام الايجابية
وصف الوضعية بدقة و الأفكار الالية المصاحبة لها و كذا الانفعالات	ماهي الأدلة التي تدعم هذه الأفكار؟	ما هي الأدلة التي تعارض هذه الأفكار؟

### الجلسة السادسة:

#### أهداف الجلسة 6:

-مناقشة الأفكار الالية للحالة وتحليلها.

-الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكاره الالية.

-تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.

مدة الجلسة 6: 60 دقيقة

فنيات الجلسة 6:

-تقنية الحوار الذاتي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 6:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،  
التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك  
الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-تطبيق تقنية الحوار الذاتي: 25د

تدريب الحالة على محاورة افكاره الالية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من  
خلال؟

مثال: ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير قلقك؟

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

هل من فكرة أخرى؟

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي. 5د

### الجلسة السابعة:

نعيد تطبيق التقنيات التي تم اعتمادها في الجلسة السادسة لتمكين الحالة من فهم أفكارها أكثر وقدرتها على إيجاد أفكار بديلة تحل محل الأفكار السلبية مع اعتماد طريقة دحض الأفكار المشوهة والمبالغة التي يلجأ إليها من خلال التركيز على عملية الحوار الذاتي.

### الجلسة الثامنة:

#### أهداف الجلسة 8:

- تدريب الحالة الى النظر للوضعيات المرتبطة بالبتير والمقلقة على انها مشكلة تتطلب الحل.
- تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.

#### -مدة الجلسة 8: 60 دقيقة

#### -فنيات الجلسة 8:

-تقنية حل المشكلات.

- الواجب المنزلي.

#### سيرورة الجلسة 8:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

#### -تطبيق تقنية حل المشكلات:

من خلال هذه التقنية نساعد الحالة على النظر الى الوضعيات المرتبطة بالبتير والمقلقة على انها مشكلة تستدعي الحل، حيث يقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم يقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها وبعدها يقوم بترتيبها حسب الأفضلية ويختار الأفضل بالنسبة له. 20د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الراجعة: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي

المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات. 5د

### الجلسة التاسعة:

نعيد ما قمنا به من تقنيات وفنيات في الجلسة السابقة للحد من الانفعالات السلبية التي تعتري الحالة خاصة فيما يرتبط بالوضعيات التي يتجنبها والمرتبطة بالبتن وتمكينه من تجاوزها من خلال ما تم تعلمه خلال الجلسات السابقة.

### الجلسة العاشرة

-أهداف الجلسة 10:

-تدريب الحالة على مواجهة الوضعيات المتجنبة والمقلقة.

-تدريب الحالة على المهارات الاجتماعية.

-مدة الجلسة 10: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 10:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 10:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك

الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-تطبيق تقنية العرض التخيلي: وهي تقنية سلوكية تهدف الى العرض التدريجي للحالة للوضعيات الضاغطة والمتجنبة في الوسط الاجتماعي أو الطبي والهدف منها هو جعل الحالة قادر على مواجهة مشكلاته ومخاوفه والسيطرة على الوضعيات المثيرة لقلقه والاندماج اجتماعيا مع تقبل وضعيته الجديدة.

أغض عينيك واسترخي خذي نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في البيت مع عائلتك تستقبل الضيوف احتفالا بنجاح ابنتك في شهادة التعليم المتوسط. وهم يسألونك عن صحتك. صف لـ ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاول تقييمها؟

انت مع الضيوف دائما خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا مرة أخرى تنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا تبادل الحضور ابتسامة وأنت تتحدث عن صحتك بكل ثقة وقناعة خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احساسيك؟ حاول تقييمها؟ خذ نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا انت مستعد دائما للحديث معهم بكل طلاقة ابدأ وتنفس بعمق لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا

تحدث وانت كلك ثقة بنفسك احسنت انت تتحدث بحرية ودون خوف خذ نفسا عميقا لمدة 5ثا احبس انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا لقد كنت ممتازا وانت تبتسم لأنك مقتنع بنفسك وبكل ما تقوله تنفس وانت مرتاح، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحس؟ ما تقييمك؟ تنفس براحة لقد انهيت حديثك بامتياز وانت مرتاح تنفس براحة وأنت تنظر الى الضيوف بنظرة ثقة وتقاؤل بنجاحك تنفس براحة وافتح عينك ببطء انت مرتاح الآن.

كيف حالك؟ 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لتقنية العرض التخيلي، ورأيه عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء والتنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية العرض التخيلي للوضعيات التي يتجنبها الحالة.

5د

الجلسة الحادية عشرة:

أهداف الجلسة 11:

-الزيادة في تعزيز ودعم الحالة سلوكيا لتمكينه من التعريض الحقيقي.

-تمكين الحالة من الفهم الأكثر لحالته وتقييمه الذاتي باستمرار لوضعيته.

-مدة الجلسة 11: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 11:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 11:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-من خلال الطرح الذي سيقدمه الحالة والصعوبات التي واجهته سيتم تحديد عمل هذه الجلسة مثلا: نعيد تطبيق تقنية العرض التخيلي لإعداد الحالة للعرض الحقيقي ومحاولة مواجهة المواقف المتجنبة. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما الذي تم تناوله خلال الجلسة وهل هناك إضافات يقترحها الحالة؟ 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة؟ ورأيه عنها؟ 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي

المحاور الخمسة، نطلب من الحالة ان يحاول مواجهة المواقف المثيرة لمخاوفه. 5د

**الجلسة الثانية عشرة:**

نعيد تطبيق فنيات الجلسة السابقة لتمكين الحالة من الفهم الجيد من التقنية العلاجية وتدريبه على حسن استخدامها في الوضعيات المشابهة خلال المعاش الحياتي اليومي.

**الجلسة الثالثة عشرة:**

-أهداف الجلسة 13:

-السيطرة على الأفكار السلبية المتبقية.

-تحفيز الحالة وتشجيعه على القيام بالواجهة الحقيقية.

-تعليمه حسن إدارة الوقت عن طريق تحديد الأولويات.

-مدة الجلسة 13: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 13:

-تقنية الحوار الذاتي.

-تقنية حسن إدارة الوقت.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 13:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،  
التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك  
الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي: سأطلب من الحالة ان يقوم بمحاورة افكاره الآلية ومحاولة الحد منها  
واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية خلال الجلسة. التعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من  
السيطرة على الأفكار التي تؤدي إلى القلق في مواجهة المواقف الضاغطة الاجتماعية والعائلية.  
15د

-تطبيق تقنية حسن إدارة الوقت: بحكم ان الحالة مريض سكري نوع2 سأعلمه كيفية تقسيم وقته في تناول  
الوجبات الغذائية بشكل منتظم مع اتباع الحمية الصحية المفروضة عليه من طرف الطبيب وذلك حسب  
الأولوية، بحيث نقوم بإعداد أجندة للمهام التي يتطلب عليه أدائها كل يوم في اليوم الذي يسبقه ومن ثم يحدد  
المدة اللازمة لكل مهمة مع تحديد أيها أهم ولا يمكن تأجيلها كموعده أخذ الدواء أو قياس السكري ساعة قبل  
الافطار وساعتين بعده، موعد الطبيب أو موعد الفحص الدوري وهكذا يتم تنظيم وقته بشكل دوري، وفي حالة  
المفاجأة فلا بأس بتأجيل المهام التي يمكن تأجيلها حتى يتجنب حدوث مضاعفات المرض. 15د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم عرضه خلال الجلسة. 5د

-تغذية رجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيه عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية التنفس العميق، سجل الأفكار البديلة. 5د

### الجلسة الرابعة عشرة:

#### -أهداف الجلسة 14:

-مناقشة بعض استفسارات الحالة.

-دعم وتقوية الحالة.

-مدة الجلسة 14: 60 دقيقة

#### -فنيات الجلسة 14:

-الحوار والمناقشة.

-تقنية التنفس العميق.

-الواجب المنزلي.

#### -سيرورة الجلسة 14:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سننتقل الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،

التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك

الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. 10د

-نسال الحالة حول ما إذا كان لديه أي اسئلة، ومنها نقوم بمناقشة الوضعية المطروحة باستخدام الحوار

والمناقشة، للتقليل من الشعور بالعجز أو الشفقة، وبالتالي أعدنا مناقشة هذه الأفكار لتصحيح الأخطاء

التفسيرية التي يتبناها الحالة من جهة، ومن جهة أخرى اعتماد طريقة حل المشكلات في معالجة الموقف

للخفض من الانفعالات وتجنب الاستثارة العاطفية.

-دعمه وتقويته من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لمدة 10 مرات مع العرض

التخلي. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ أجندة المهام.

5د

### الجلسة الخامسة عشرة:

#### أهداف الجلسة 15:

- التخلص من الأفكار التكرارية المتبقية التي نقتحم تفكيره فجأة.

- تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي لامتصاص الانفعالات السلبية المتبقية.

- مدة الجلسة 15: 60 دقيقة

-الأدوات المستخدمة:

- تقنية صرف الانتباه.

- تقنية الاسترخاء التنفسي.

-سيرورة الجلسة 15:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سننظر الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة للأفكار مع تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة.

10د

- ومن هنا وانطلاقا من أحد الوضعيات المقدمة سلفا ولتخفيف يقظة المفحوص قمنا بتطبيق تقنية صرف الانتباه التي تستند الى نظرية الكف المتبادل ومبدؤها لا يمكن القيام بعمليتين معرفتين في آن واحد، والتي تساعد في عدم إعطاء أهمية للمثيرات المزعجة سواء كانت مواقف أو أفكار سلبية ترتبط بخبرة البتر وكان ذلك كما يلي:

- تطبيق تقنية صرف الانتباه: اعتمدنا على وضعية طرحها المفحوص من قبل وهي صعوبة الدخول في النوم ومنه شرحنا له أهمية هذه التقنية وكيفية تنفيذها، حيث عند ما يخذل المفحوص الى النوم تتبادر الى ذهنه صور وأفكار اقتحامية تدور في مجملها حول ما آلت اليه حالته الصحية مما يزيد من نسبة اليقظة لديه، وفي هذه الحالة وبدل أن يفسح المجال لهذه الأفكار الى البروز مباشرة وبمجرد الاستلقاء على الفراش يبدأ في عملية التنفس شهيق وزفير مع تركيز سمعه على عملية دخول الهواء وخروجه دون أن يركز سمعه لأفكاره، ستحاول هذه الأفكار في الظهور إذا اخفت صوت تنفسه ولذلك كان له أن يتنفس بصوت عال يمكنه من سماعه.

قمنا بأداء تجريبي لهذه التقنية حتى يتمكن المفحوص من إجادتها.

نطبق الاسترخاء التنفسي لدعم الحالة وتمكينه من التخلص من الانفعالات السلبية المتبقية.

25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية صرف الانتباه.

د5

الجلسة السادسة عشرة:

-أهداف الجلسة 16:

-مناقشة بعض استفسارات الحالة.

-الاستمرار في التقليل من نسبة اليقظة وخفض الأفكار الاجترارية المرتبطة بتجربة البتر.

-دعم وتقوية الحالة.

-مدة الجلسة 16: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 16:

-الحوار والمناقشة.

-تقنية التنفس العميق.

- إعادة تطبيق تقنية صرف الانتباه.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 16:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ د5

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها،

التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك

الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاته. د10

-نسال الحالة حول ما إذا كان لديه أي اسئلة وانطلاقا من الطرح الذي يقدمه ولتخفيف نسبة اليقظة لديه

نعيد تطبيق تقنية صرف الانتباه مرة أخرى حتى يتدرب عليها جيدا.

-دعمه وتقويته من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لمدة 10 مرات.

د25

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. د5

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. د10

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، تنفيذ تقنية صرف الانتباه.

د5

الجلسة السابعة عشرة:

### أهداف الجلسة 17:

- إجراء مقارنة للحالة بين وضعيته السابقة قبل الخضوع للجلسات العلاجية وبعد خضوعه للجلسات العلاجية أي إجراء الموازنة بين ما كان عليه سلوكه وأفكاره وما أصبح عليه لزيادة ثقته بنفسه وتقوية ادراكه بذاته.

-تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي لامتناس الانفعالات السلبية المتبقية.

- مدة الجلسة 15: 60 دقيقة

- الأدوات المستخدمة:

- تقنية الاسترخاء التنفسي.

-سيرورة الجلسة 17:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة للأفكار مع تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة.

10د

-نقوم بإجراء مقارنة لوضعية الحالة قبل خضوعه للبرنامج العلاجي النفسي وبعد خضوعه له لزيادة ثقته بنفسه وتحفيزه على الحفاظ على المكتسبات المحققة خلال سيرورة العلاج ومدى التحسن الذي حققه. نطبق الاسترخاء التنفسي لدعم الحالة وتمكينه من التخلص من الانفعالات السلبية المتبقية.

25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة.

5د

الجلسة الثامنة عشرة:

أهداف الجلسة 18:

-تقييم شامل لكل الجلسات.

-تثبيت المكاسب.

-تطبيق القياس البعدي.

-اعلام الحالة بإنهاء البرنامج العلاجي.

-الاتفاق مع الحالة على إمكانية تحديد مواعيد لإجراء جلسات متابعة أن تطلب الأمر.

-مدة الجلسة 18: 60 دقيقة.

-الأدوات المستخدمة:

-مقياس اضطراب ما بعد الصدمة PCL-5.

-سيرورة الجلسة 18:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما يقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قام بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعه الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة للأفكار مع تشجيعه على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة.

10د

-نقوم بتقييم كل الجلسات حيث اعرض عليه تقييمه الذي قدمه خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى

التحسن الذي حققه. 10د

-تطبيق القياس البعدي. 20د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في البرنامج. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة.

5د

-الحفاظ على المكتسبات المتعلمة.

الملحق رقم: (6) ترخيص التربص الميداني بمستشفى الحكيم عقبي بمدينة قالمة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 02 أبريل 2022

قالمة في: .....

مديرية الصحة و السكان لولاية قالمة  
المؤسسة العمومية الإستشفائية الحكيم عقبي  
الرقم: 2022/202

مذكرة مصلحة

يسمح للمترتبة: بلفتني منيرة القيام بالتربص التطبيقي بالمؤسسة الإستشفائية الحكيم عقبي قالمة

تخصص: علم النفس العيادي : الطب الداخلي

ابتداء من: 2022/04/04 لمدة 6 أشهر

المدير  
المفيرة الفرعية للموارد البشرية  
نويشي سارة  
المؤسسة العمومية الإستشفائية الحكيم عقبي قالمة

الملحق رقم: (7) ترخيص الترخيص الميداني بالمصالح العمومية للصحة الجوارية لولاية قالمة



العلوم الاجتماعية والإنسانية  
نيابة العمادة للدراسات ما بعد التدرج  
والبحوث العلمي والعلاقات الخارجية  
الرقم: 464/ع د ب ع خ 2021

أم البواقي: 2021/12/16

إلى السيد: مدير المصالح العمومية للصحة  
الجوارية لولاية قالمة

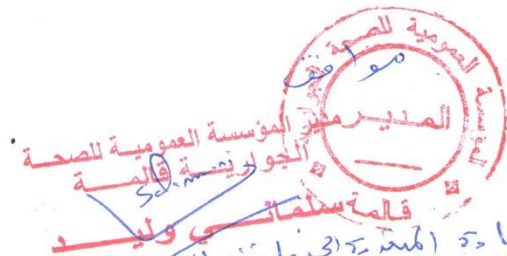
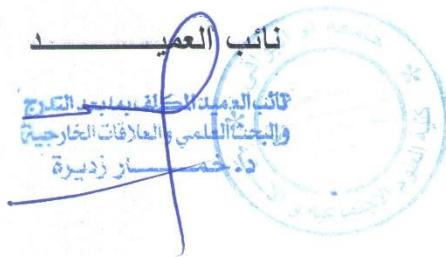


الموضوع : طلب ترخيص بزيارة ميدانية للطالبة بلفتني منيرة

سيدي الفاضل،

تحية طيبة وبعد... ،

يشرفني سيدي المحترم أن التمس منكم السماح للطالبة بلفتني منيرة المسجل في السنة الثانية  
دكتوراه ل م د، جامعة أم البواقي كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية قسم العلوم الاجتماعية، تخصص علم  
النفس العيادي، بزيارة المؤسسات الصحية التابعة لكم من أجل تزويده بمعلومات قصد إجراء دراسة ميدانية.  
وفي الأخير تقبلوا مني فائق عبارات التقدير والاحترام.



- العيادة (مقدمة الخدمات الصحية) - الدكتور (الدمور عمرياني)
- العيادة (مقدمة الخدمات الصحية) - الدكتور (علي بن)
- العيادة (مقدمة الخدمات الصحية) - الدكتور (الدمور حنن)
- العيادة (مقدمة الخدمات الصحية) - الدكتور (الدمور حنن)

الملحق رقم: (8) ترخيص التربص الميداني بمستشفى ابن زهر بمدينة قالمة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

ولاية قالمة.

المؤسسة العمومية الإستشفائية ابن زهر.

المديرية الفرعية للموارد البشرية.

الرقم:.....77...../م.ف.م.ب/ 2021.

قالمة في : ..... 27 مئشر 2021

رخصة تربص

يسمح للسيدة(ة) : بلفتني أميرة بصفتها طالبة دكتوراه بكلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية قسم

العلوم الإجتماعية ، جامعة أم البواقي ، القيام بزيارة ميدانية للمصالح التابعة للمؤسسة العمومية

الإستشفائية ابن زهر قالمة .

تباشر المعنية تربصها تحت إشراف رؤساء المصالح.

المدير

مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية  
عبد العزيز غجاتي



نسخة إلى:

- رئيس المصلحة.

- المعنية.