

جامعة مولود معمري-تيزي وزو -

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس



فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض

من أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء

اللواتي تعرضن للعنف الجسدي و اللفظي .

دراسة عيادية لحالتين بالمؤسسة الاستشفائية المختصة بالأمراض العقلية بتيزي وزو

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة :

من إعداد الطالبتين:

-لعقاب ، بن سي عمارة

-بوطريق فاطمة

مليقة

-عميودسيليا

السنة الجامعية

2022/2023

شكر و تقدير

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلو و المعرفة وأعاننا على أداء هذا الواجب ووفقنا في انجاز هذا العمل .

أشكر كل من ساعدني في إتمام هذه المذكرة بداء من عائلتي الكريمة التي تلقيت منها كل الدعم .

و كل الشكر للأستاذة " لعقاب مليكة " التي كانت تشرف علينا و توجهنا من أجل الخروج بنتيجة مشرفة و إعداد مذكرة تكون في مستوى باحثين جامعيين .

جزيل الشكر للطاقم الذي كان مشرف علينا أثناء التريص في مستشفى الأمراض العقلية " فرنان الحنفي " بواد عيسي ، و أشكر الأخصائية النفسانية " دحمان " التي لم تبخل علينا بأي معلومة و توجيهاتها لنا طول فترة التريص .

شكرا



إهداء

لحظة طالما انتظرتها ، سهرت ، تعبت ، اجتهدت لي أصل لها ..
إنها لحظة تخرجني

اهدي ثمرة جهدي في هذا العمل المتواضع إلى الإنسان الذي علمني كيف يكون
الصبر طريقا للنجاح ، وفتح لي جميع أبواب العلم الذي أعطاني فرصة للطير للبعيد
والذي الحبيب أطال الله في عمره ...

إلى من يسعد قلبي ، إلى اليد الطاهرة التي أزلت من أمامي أشواك الطريق إلى من
رسمت المستقبل بخطوط من الأمل و الثقة إلى التي سعت و شقت لأنعم بالراحة و
الهناء إلى التي لم تبخل بشيء من أجل دفعي لطريق النجاح و التي علمتني أن
أرتقي سلم الحياة بحكم و صبر أُمي الغالية ...

إلى من جمعتهم معي ظلمة الرحم إلى من تقاسمت معهم أعباء الحياة منبع آمالي و
أجمل هدية من عند الله أختي حفظها الله " صبرينة " و سندي في الحياة و ملجئ
في الصعاب " رابح . سعيد . محمد "

إلى الوردة المتفتحة و الريحان العطرة و بؤبؤ عيني " ملاك "

إلي من كانت عوناً لي و نورا يضيء الظلمة التي تفرح لفرحي جدتي رحمها الله ..

إلى من افتخر بوجودهم في حياتي من شاركوني درب الحياة أقاربي و إلى من
شاءت الأقدار أن تتصادف دروبنا و تتحاب قلوبنا صديقاتي الغاليات ... سيليا

إهداء

أهدي ثمرة جهدي في هذا العمل المتواضع

إلى من غاب عن عيني تاركاً نورا يسطع على دروبي ، رحل و لم ترحل ذكراه بقلبي ، إلى من أحمل إسمه بكل إفتخار ، إلى من علمني أن الحياة ألم يدفعها أمل إلى من تمنيت وجوده معي في أهم لحظات حياتي ، إلى من دعوت الله أن يسكنه فسيح جناته ألى أبي الغالي رحمة الله عليه .

إلى التي إهدتني بالحنان و أشعرتني بالأمان التي سعت و شقت لأنعم بالراحة و الهناء إلى التي لم تبخل بشئ من أجل دفعي لطريق النجاح و التي علمتني أن أرتقي سلم الحياة بحكم و صبر أمي الغالية أطل الله في عمرها .

إلى من جمعهم معي ظلمة الرحم ، إلى من يعيش في كل وجودهم أهلى إلى أخواتي “طاهر” و أسيا” و أبناءها الجواهر البريئة التي أدخلت إلى قلوبنا البهجة و السرور “عثمان” نزييم “إميلي” و إلى الذي لم يبقى لدى إلا ذكراه أخي “عمر” رحمه الله و أسكنه فسيح جناته .

إلى سندي في الحياة و ملجئ في الصعاب و الذي كان السبب لإكمال مشواري الدراسي زوجي الحبيب حفظه الله

و إلى فرحة حياتي و النور التي أضاءت الظلمة التي تقف في طريقي و أجمل ما أهداني الله إبنني الغالي “أنس”

و إلى كل من شاركني مشواري الدراسي و في إنجاز هذا العمل المتواضع الصديقة و الرفيقة “فاطمة”

سيليا

ملخص الدراسة باللغة العربية :

هدفت الدراسة لتقييم فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض من أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات ، تتألف عينة الدراسة من حالتين تعرضتا للعنف من قبل عائلتهن . كما يعمل على تدريب مجموعة الدراسة على بعض التقنيات المعرفية و السلوكية بهدف خفض أعراض ما بعد الصدمة مثل توتر ، قلق ، اكتئاب وضغوط نفسية و اختبار مدى فعاليته ، تم إتباع المنهج العيادي ، طبق البرنامج على حالتين بعد الدراسة الاستطلاعية اعتمدنا على المقابلة العيادية و التطبيق القبلي و البعدي لمقياس دافيد سون ، إضافة إلى البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي .

يحتوي البرنامج على 8 جلسات علاجية بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع مدة كل جلسة (45-50 دقيقة) لكل جلسة جدول أعمال خاص بها و في الجلسة ما قبل الأخيرة يطبق نفس المقياس دافيد سون تطبيق بعدي .

تم تقييم البرنامج من طرف مجموعة البحث بالإجابة عن أسئلة التغذية الراجعة . نلاحظ بعد تطبيق البرنامج تغيير في طريقة التفكير اللاعقلانية و سلوكهم عند حالات الدراسة و اعتمادهم على بعض التقنيات كالاسترخاء و حل المشكلة قد خفف أسباب ظهور أعراض الضغط مما أدى إلى انخفاض متباين في درجات القياس البعدي عن القبلي لمقياس دافيد سون ، و بالتالي نستنتج أن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض أعراض ضغط ما بعد لصدمة لدى النساء المعنفات .

ملخص الدراسة باللغة الفرنسية :

Résumé :

L'étude vise à évaluer l'efficacité d'un protocole cognitive –comportemental atténuer les symptômes stress post-traumatique chez les femmes maltraitées , l'échantillon de l'étude composé de deux cas qui ont subi une maltraitance de la parts de leurs familles , Et elle travaille également à former le groupe d'étude sur certains technique cognitive et comportementales afin de réduire les symptômes post-traumatique comme le stress, anxiété , dépression et de pressions psychologique y sont associes , et de tester son efficacité . L'approche clinique à été suivie , le programme a été appliqué à deux cas après l'étude pilote , montre dépendance à l'observation à l'entrevue clinique , avant et après l'application de l'échelle de trouble post –traumatique de David son en plus du programme de traitement cognitive –comportemental .

Le programme comprend 8 séance de traitement équivale de deux séance par semaines , chaque séance dure 45à 50 minute , pour une période de deux mois , pour chaque séance elle a un tableau spéciale des travaux et avant la dernière séance refait l'application de l'échelle de trouble post-traumatique de david son , le programme à été évaluer par le recherche en répondant aux questions de rétroaction .

Après la mise œuvre du programme , nous remarquons un changement dans la façon de penser irrationnelle et comportementale dans les cas d'étude et leur dépendance à certaines techniques telles que la relation et la résolution de problème , qui ont réduit les causes des symptômes de pressions , ce qui a conduit à une diminution différentielle des degrés de télémétrie par rapport à la pré-échelle de de l'échelle de David son trouble de post-traumatique chez les femmes maltraitées .

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية:

The study aims at evaluating , the effectiveness of a cognitive behavioral program for mitigates the symptoms of post-traumatic stress of bad treated women this sample of study was composed of two cases with sudden a bad treating from their families and it also works, to form a group of study of such or some cognitive and behavioral techniques , in order to reduce the post traumatic symptoms such as , stress , anxiety , depression and psychological distress which are associated and tested its effectiveness .

The clinical approach has been followed .

The program has been applied for two cases after the pilot study—our dependence to the observation , to the clinical interview . before and after the application of the scale of the trouble of post traumatic of David son .

Have't a cognitive behavioral treatment program .

The program understands (contains) eight sessions of treatment equivalent of two sessions for a week .

Each session last 45 to 50 minutes for a period of two months a for each session it has a special table of works and before the last session (he make) the application of scale of the trouble of post traumatic of David son , the program has been evaluated by the search in responding to the feedback questions .

After the making in work in the functioning of the program , we remarked a change in the way of irrational and behavioral thinking in the cases of study and its dependence to such or some technique , as well as , the relaxation and the resolution of problems , which reduce the causes of depression's symptoms this which leads to a different diminution of the degrees of telemetry compared with the pre-scale of the degrees of telemetry , compared with the pre-scale of the scale of David son of the post traumatic trouble at bad treated women .

فهرس المحتويات

كلمة شكر .

إهداء .

ملخص الدراسة باللغة العربية .

ملخص الدراسة باللغة الفرنسية .

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية .

فهرس المحتويات .

فهرس الجداول .

فهرس الأشكال .

فهرس الملاحق .

مقدمة أ

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

06	1-الإشكالية .
11	2-فرضيات الدراسة .
11	3-أهداف الدراسة
12	4-أهمية الدراسة
12	5-أسباب اختيار الموضوع
13	6-تحديد مفاهيم الدراسة
14	7-الدراسات السابقة

الفصل الثاني
العلاج المعرفي السلوكي

18	تمهيد
19	1- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
21	2- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
23	3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي
24	4- خصائص العلاج المعرفي السلوكي
28	5- الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
41	6- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
48	7- فعالية العلاج المعرفي السلوكي
50	خلاصة

الفصل الثالث
اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

52	تمهيد
53	1- مفهوم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
54	2- أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
56	3- أنواع الصدمة النفسية
57	4- النظريات المفسرة لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة
60	5- مآل اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
60	6- تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب DSM5
63	7- التكفل النفسي بالشخص المصدوم
64	خلاصة

الفصل الرابع
العنف ضد المرأة

66	تمهيد
67	1- مفهوم العنف ضد المرأة
67	2- أشكال العنف ضد المرأة
68	3- العوامل المسببة للعنف ضد المرأة
70	4- الآثار النفسية على المرأة المعنفة
71	5- النظريات المفسرة للعنف ضد المرأة
74	6- مدى انتشار ظاهرة العنف ضد المرأة في ولاية تيزي وزو
76	7- الخصائص النفسية للمرأة المعنفة
77	8- استراتيجيات القضاء على العنف ضد المرأة في الجزائر
78	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإطار المنهجي للبحث الميداني

81	تمهيد
82	1- الدراسة الاستطلاعية
85	2- منهج الدراسة
86	3- عينة الدراسة
87	4- الإطار الزمني و المكاني
90	5- أدوات الدراسة
98	6- تقييم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي .

الفصل السادس

عرض الحالات و مناقشة النتائج

100	1- تقديم الحالة الأولى
101	1-1 عرض محتوى المقابلة للحالة الأولى
103	1-2 عرض الجلسات العلاجية مع الحالة الأولى
111	2- تقديم الحالة الثانية
112	2- 1 عرض محتوى المقابلة للحالة الثانية
115	2-2 عرض الجلسات العلاجية مع الحالة الثانية
122	3- عرض و مناقشة نتائج دافيد سون كرب ما بعد الصدمة للحالتين
124	4- مناقشة و تحليل نتائج الدراسة
127	5- مناقشة عامة للحالتين
	6- استنتاج عام

خاتمة 130

قائمة المراجع 132

الملاحق 138

فهرس الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
40	يوضح الفرق بين الأطر النظرية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي .	1
75	إحصائيات مديرية الأمن الوطني لولاية تيزي وزو ، جانفي 2023.	2
87	يمثل معايير اختيار عينة البحث .	3
93	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين لحساب صدق المقارنة الطرفية .	4
94	يوضح درجة شدة أعراض كرب ما بعد الصدمة .	5
126	الجدول الإحصائي لحساب المحسوبة	6

فهرس الأشكال :

الصفحة	العنوان	الرقم
20	يوضح تفاعل بين كل من المعرفة و السلوك و الانفعال .	1
32	يوضح المعتقدات و المخططات المعرفية .	2
34	يوضح شرح نظرية " ألبرت إيس " .	3
42	يبين أساليب تحديد الأفكار التلقائية و تعديلها .	4
45	يبين التقنيات السلوكية .	5
59	يوضح صورة ملخصة عن النموذج السلوكي .	6
74	يمثل النموذج المعرفي في العنف ضد المرأة .	7

فهرس الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
138	دليل المقابلة العيادية النصف الموجهة	1
141	مقياس دافيدسون 1887	2
143	برنامج العلاجي المعرفي السلوكي	3
146	سجل الأفكار الألية	4
147	سجل الأحوال المزاجية حين القيام بالنشاط	5
148	تمارين الإسترخاء	6
150	إستمارة تقييم البرنامج العلاجي	7

مقدمة

مقدمة :

تعتبر ظاهرة العنف و العنف الموجه ضد المرأة بالتحديد ظاهرة ذات أبعاد تاريخية و حضارية و مجتمعية ، فهي ليست قاصرة على مكان دون آخر أو زمان دون آخر ، ولا بطبيعة مجتمع متحضر أو متخلف ، غربي أو شرقي ، بل هي قضية مرتبطة بوجود الإنسان و العلاقات المتبادلة بين الرجل أو المرأة .

ورغم خطورة هذه الظاهرة ، وتزايدها في السنوات الأخيرة في كل المجتمعات إلا أنها لا تزال تشكل طابو اجتماعي ينظر إليه الكثير على أنه شأن داخلي لا يجوز الخوض فيه علنا ، ولا يقع التنديد به و الاعتراف بوجوده ، فانتهاج أسلوب العنف بكل أشكاله : الجسدي ، اللفظي و النفسي و الجنسي ضد المرأة ، واستمرار تعرضها للعنف يجعل منها إنسانة خاضعة و الخضوع لا يمكن تحمله و الاستمرار فيه للقسوة ، الإساءة البدنية و النفسية مما يؤدي إلى انفجار الانفعالات المشحونة و المكيونة .

فتراكم الضغوطات النفسية و الجسدية يؤثر على الوظائف النفسية و الفيزيولوجية للمرأة ، وعادة ما تبدأ بأفكار مشوشة وقلق واضح ، في التعامل مع المقربين و مع الآخرين ، نتيجة الخوف أن تفعل ما يجعلها تتعرض للعنف ، تشعرهن بقلق دائم وترقب دائم لحدوث مكروه ما ، نتيجة الخبرات السابقة و بالتحديد الصدمة النفسية التي يحدثها العنف الممارس ضد المرأة ، مما وجب واجب علينا الاهتمام بهذه الفئة وعليه فأهمية هذه الدراسة تكمن في معرفة الحالة النفسية للمرأة المعنفة ، ودرجة الضغط ما بعد الصدمة لديها و بالتالي تطبيق برنامج معرفي سلوكي ، و استخدام الفنيات المعرفية و السلوكية من أجل التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة للمرأة المعنفة .

و لغرض تحقيق هذه الأهداف ففي الدراسة الحالية قمنا بتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي (TCC) **thérapie comportementale et cognitif** على مجموعة من نساء معنفات

اللواتي يعانون من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) **Post traumatic stress** **disordre** للكشف عن فعاليته في خفض من ضغط ما بعد الصدمة لديهم .

لتحقيق غرض الدراسة الحالية تم تقسيم الدراسة إلى الجانب النظري و الجانب التطبيقي كالآتي :
الجانب النظري يحتوي على أربعة فصول ، حيث يتضمن الفصل الأول على الإطار العام لإشكالية البحث ، الفرضية العامة و الجزئية ، أسباب اختيار الموضوع ، الأهداف و الأهمية ، المفاهيم الإجرائية و الدراسات السابقة .

تم التطرق في الفصل الثاني إلى العلاج المعرفي السلوكي ، تعريفه ، مبادئ ، أهداف ، خصائص ، الأطر النظرية ، تقنيات و فعالية العلاج المعرفي السلوكي .

الفصل الثالث خاص باضطراب ضغط ما بعد الصدمة ، تعريفه ، أعراض ، أنواع ، النظريات ، مآل ، التشخيص حسب الدليل التشخيصي و التكفل النفسي بالشخص المصدم .

تطرقنا في الفصل الرابع إلى تعريف العنف ضد المرأة ، أشكاله ، أثاره ، العوامل ، النظريات ، و مدى انتشار العنف ضد المرأة في ولاية تيزي وزو ، الخصائص و الاستراتيجيات .

أمل الجانب التطبيقي يتضمن فصلين ، يحتوي الفصل الخامس على الإطار المنهجي للبحث الميداني ، من تفاصيل الدراسة الاستطلاعية و إجراءاتها ، وتم التطرق فيها إلى المنهج المستخدم ، عينة الدراسة ، الإطار الزمني و المكاني للدراسة ، و الأدوات و البرنامج المعتمد عليه .

واشتمل الفصل السادس إلى عرض حالات مجموعة الدراسة الأساسية ، تحليل النتائج ومناقشة نتائج الفرضيات .

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

- 1 الإشكالية .
- 2 فرضيات الدراسة .
- 3 أهداف الدراسة .
- 4 أهمية الدراسة .
- 5 أسباب إختيار الموضوع
- 6 تحديد مفاهيم الدراسة
- 7 الدراسات الدراسة .

1- الإشكالية :

تعد ظاهرة العنف ضد المرأة من أخطر الممارسات و أقواها تأثيرا في المجتمع ،منذ وجود الإنسان على الأرض ، ولا كاد يخلو مجتمع معاصر من بعض أشكال العنف ' و لقد بلغت الشدة في الوقت الحاضر الذي نعيشه ،ما بين العنف المادي الذي يتمثل في الضرب و الجرح ، و العنف اللفظي كاستخدام كلمات منبوذة لا يتحملها الآخريين أو الإساءة النفسية للأخر و التقليل من احترامه ، فالعنف بمفهومه العام يعني استخدام الوسائل و الطرق التي تستهدف الإضرار بسلامة الآخريين جسديا أو نفسيا أو أخلاقيا مما يعيق حياتهم ، و العنف في علم النفس يرى العلماء أنه نتيجة إحباط ناتج من التنشئة الأسرية من التعرض للعقاب البدني و حتى النفسي ، كما قد يكون نتاج التهميش الاجتماعي أو الظروف الاقتصادية .

و الممارسون لسلوك العنف يستهدفون الأكثر ضعفا في المجتمع ،و منهم المرأة التي هي من أرق المخلوقات و أكثرهم حساسية ،رغم مكانتها إلا أنها تتعرض لأبشع صور العنف ، فالمرأة تتعرض للعنف من أقرب الناس إليها ، تتعرض للضرب بتتوع أساليبه و أشكاله ،تتعرض للتعذيب و الخنق و الحرق ، الرفس و الركل وتتعرض للاعتداء الجنسي أو السب و الشتم ، و قد يكون ذلك من زوج متعاطي ، أو أخ متطرف أو أب متسلط أو من طرف ابن عاق و بهذا تصبح هذه المرأة المعنفة تعيش الظلم بعد أن أكرمت من رب العزة ، قد تصبح هذه المعنفة تعاني من توتر دائم ، وقلق مستمر ، تعيش في دوامة من الضغوط النفسية ،و قدتظهر أعراض هذه الأخيرة في أبشع صوره ومن أبرزها ضغط ما بعد الصدمة الذي سيلازم هذه المرأة المعنفة ،بحيث يجعلها

لاتشعر بالاطمئنان أبدا وتتوقع حدوث أمور سيئة، وتعاني من أعراض جسدية و نفسية ستضيق دائرة عيشها ، ولذا لابد من مديد العون لهذه المرأة المعنفة .

ولا تختلف الجزائر عن باقي دول العالم فيما يتعلق بانتشار ظاهرة العنف ضد المرأة مما دفع

المجتمع الجزائري إلى الاهتمام بسبب ما ترتب عنها من أضرار على المرأة ، فحسب الدراسة

التي قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية **Institut national de la sante**

publique (2005) INSP قدرت نسبة المرأة التي تتعرض لمختلف أنواع العنف ب 45.9%

الأب المصدر الأول لهذه السلوكات التي تتمثل في السب و الشتم ،الضرب ،الدفع ،اللوم ،التهديد

، الاغتصاب وحتى القتل .(INSP 2005P204-205)

أما على مستوى ولاية تيزي وزو فقد أشارت الإحصائيات التي قامت بها مديرية الأمن الوطني

إلى أن نسبة النساء المعنفات من طرف أبائهن في سنة 2018 قدرت ب 50% من النساء

المعنفات أما في سنة 2019 فقد عرفت ارتفاعا ملحوظا حيث بلغت نسبة 52.82% ، أما خلال

السنوات الأخيرة أي من (2020 إلى 2022) فقد عرفت هذه الظاهرة انخفاضا حيث بلغت

نسبته 32% إلا أن هذه الإحصائيات لا تعكس الواقع لأنها تشمل فقط النساء اللواتي يتقدمن

بشكوى لمديرية الأمن الوطني . (إحصائيات مديرية الأمن الوطني لولاية تيزي وزو 2023).

ترى الجمعية الدولية أن العنف ضد المرأة يعني كل أفعال العنف الموجه للجنس الأنثوي والتي

تسبب ضررا أو معاناة جسمية، نفسية،جنسية ،وكما يتضمن التهديد و المنع من ممارسة حريتها

سواء في الحياة العامة أو الشخصية ، و أمام الانتشار الواسع لظاهرة العنف ضد المرأة أضحت

هذه الأخيرة عنوان كل الصحف ،الكتب ، الدراسات التي تصدر يوميا كما أنها أصبحت محط اهتمام أهم الجمعيات العالمية لحقوق الإنسان إن أصبح هذا الاهتمام ميزنا لتحضر الشعوب و الحكم على أهلية المجتمعات للانتساب للإنسانية إذا بينت إحصائيات المنظمة العالمية للصحة سنة 2020 أن ما بين 10% إلى 69% من النساء قد تعرضن في وقت ما من حياتهن للعنف و أن 5% إلى 6% من النساء المسنات لسوء المعاملة بمختلف أشكالها . (Annesty international, 2020,p17).

اهتم الباحثون من مختلف التخصصات بدراسة الظاهرة لما لها من آثار على الصحة النفسية و الجسدية للمرأة و هذا ما أكدته دراسة حسين الداھري (2005) التي توصلت إلى أن تراكم الضغوط النفسية و الجسدية و القهر النفسي يؤثر على الوظائف النفسية و الفيزيولوجية للمرأة ، و عادة ماتبدأ بأفكار مشوشة وقلق واضح في التعامل مع الآخرين في المجتمع (الداھري ،2005،ص326).

نقلا عن ما جاء في التقرير الذي نشرته وزارة الصحة الألمانية بمناسبة اليوم العالمي للمرأة أن العنف يترك على النساء أثارا تتلخص في أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المتمثلة في الخوف ،الارتجاف ، ضيق التنفس ،الإدمان على المهدئات .(ريحاني ،2010،ص 04) كما أن أكدت دراسة ريسك Resick وولدرابWoldrop(2004) ودافينDaphine وبنوكPinnock (2000) أن المرأة المعنفة تعاني من الاكتئاب و التوتر و القلق و الإحباط و الصدمة النفسية (الابراهيم ،2010، ص 312,313).

وأشارت دراسة هاروب Harrop وجلز gelzo إلى وجود علاقة بين تكرار و شدة الإساءة للمرأة وبين معاناتها النفسية حيث أوضحت أن النساء المعنفات يعانين من اضطراب. ضغط ما بعد

الصدمة والاكنتاب و الخوف بالإضافة إلى مشكلات النوم (Creter ,2009, p06

وهذا ما جعل الباحث Ovara أوبرا(2003) يلح على مدى أهمية الآثار التي يتركها العنف على الصحة النفسية لدى النساء المعنفات إن تشعرن أنهن غير مؤهلات في العديد من المجالات فبعض من هؤلاء النساء يظنون أنهن غير قادرات على النجاح في مشوارهن الدراسي والعلمي لأنهن يشعرن بعدم القدرة و الكفاءة .(Certer,2009, p35).

وقد توصلت دراسة (Keepel et gones ,2005) أن 51% من النساء اللواتي يتعرضن لإيذاء جسدي و 13% من النساء اللواتي يتعرضن لعنف لفظي انطبق عليهن معيار ضغط ما بعد الصدمة على المقاييس التي استعملوها كما وجدوا أن اللواتي حاولن التعامل مع هذه الإساءة من خلال الانسحاب الاجتماعي لتجنب المشاكل و النقد حصلن على أعلى مستويات من PTSD بينما تحصلن النساء اللواتي لديهن دعم اجتماعي على أقل المستويات من PTSD. تحتاج هؤلاء النساء لمتابعة نفسية من طرف أخصائيين نفسانيين وحسب الدراسات فقد بين العلاج المعرفي السلوكي ملائم جدا لمثل هذه الحالات .

و العلاج المعرفي السلوكي يعتبر أسلوب و علاج يقوم بحل ومعالجة الاضطرابات النفسية الانفعالية المختلفة ، وسيكون له نتيجة فعالة في التخفيف من هذه الاضطرابات ،وهذا راجع إلى فنياته المستخدمة في ذلك المعرفية و السلوكية ، فهو يستند على نموذج والتشغيل المعرفي

للمعلومات أي العمليات العقلية ، وهو عملي يتميز بالتعاون بين المعالج و العميل من أجل تغيير المعتقدات الخاطئة الغير تكيفية إلى استجابات بديلة أكثر فعالية ولعلى النساء المعنفات تعاني من اضطرابات انفعالية ومن أعراض مرضية كاضطراب ما بعد الصدمة .

كوباني (2003) أجري دراسة هدفت إلى تعرف أثر برنامج معرفي سلوكي في معالجة ضغط ما بعد الصدمة للنساء المعنفات تكونت عينة البحث من (25) امرأة ،حيث طبقت الاستراتيجيات الآتية : التوعية و التعليم فيما يخص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ، وإستراتيجية التعرض ، ومراقبة الحديث الذاتي السلبي ، خلصت الدراسة إلى أن النساء اللواتي أكملن جلسات العلاج السلوكي المعرفي أظهرن انخفاضا في الشعور بالذنب وزيادة كبيرة في تقدير الذات و استمر التحسن على مدى (3-6) أشهر من المتابعة .

كوهين و آخرون(2006) أجري دراسة هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي لدى عينة من النساء المعنفات المصابات بضغط ما بعد الصدمة ، تم استخدام المقياس العيادي التقييمي لضغط ما بعد الصدمة (CAPS) تألفت عينة الدراسة من (107) من النساء المعنفات قسمت العينة إلى مجموعتين،المجموعة التجريبية تكونت من (75) امرأة تلقت العلاج المعرفي السلوكي، أما المجموعة الضابطة فقد تكونت من(32) امرأة لم يتلقين أي مساعدة استمر البرنامج على مدى ثلاثة أشهر ،خلصت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة التي تلقت العلاج أظهرت انخفاضا كبيرا في أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعة الضابطة .

ولابد من تكفل نفسي فعال ولا بد أن العلاج المعرفي السلوكي الأنسب لذلك ، ومن هنا يمكن

طرح التساؤل التالي :

- هل تعاني النساء المتعرضات للعنف الجسدي و اللفظي المختلف من أعراض ضغط ما بعد

الصدمة ؟

- ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض من أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى

المرأة المعنفة؟

2- فرضيات الدراسة :

1- تعاني النساء الواتي تعرضن للعنف من أعراض ضغط ما بعد الصدمة .

2- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى

النساء المعنفات .

3- أهداف الدراسة :

- الكشف عن العناصر الأساسية لضغط ما بعد الصدمة التي من شأنها أن تحدث لدى

المرأة المعنفة ، ومعرفة حالتها النفسية التي تعيشها .

- معرفة مدى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة

لدى النساء المعنفات .

4- أهمية الدراسة :

الأهمية النظرية : تناولت الدراسة ظاهرة اجتماعية "ظاهرة العنف ضد المرأة " ومدى خطورتها وأثارها النفسية و الاجتماعية على المرأة و التي تؤدي بها إلى الإصابة باضطرابات نفسية ومن بينها اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ، فيعتبر العنف من أخطر المشكلات الاجتماعية المنتشرة في المجتمع وخاصة على المرأة .

الأهمية التطبيقية : تساهم هذه الدراسة في تقديم برنامج معرفي سلوكي لخفض من شدة ضغط ما بعد الصدمة لدى المرأة المعنفة ومساعدتها على التغلب على الآثار النفسية المترتبة على سلوك العنف .

5- أسباب اختيار الموضوع :

- ملاحظتنا لانتشار العنف ضد المرأة التي يعانون من ضغط ما بعد الصدمة خلال الاحتكاك بالمركز و المستشفى .
- الرغبة في تحقيق الخدمات النفسية .
- التعرف على مدى تأثير ضغط ما بعد الصدمة على نفسية المرأة المعنفة .
- فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض من ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات .

6- تحديد المفاهيم إجرائيا :

• اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (Post traumatic stress disordre (ptsd):

أنه استجابة متأخرة لحادث أو موقف ضاغط جدا ، ذي طبيعة تهديدية كارثية و يسبب كربا نفسيا لكل من يتعرض له تقريبا ، من قبيل كارثة من صنع الانسان ، أو معركة ، أو حادثة خطيرة أو مشاهدة موت آخرين في حادث عنف أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب أو اغتصاب أو جريمة أخرى ، و هذه الاستجابة تكون على شكل خوف شديد أو عجز أو رعب و نتيجة لذلك يصاب الشخص بأعراض من القلق التي لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة .(American Psychiatric Association , 2000).

• المرأة المعنفة Battered Women: و هي المرأة التي تتعرض لأي فعل عنيف ومن

الممكن أن يسبب أضرارا نفسية أو عقلية أو جنسية أو جسدية ليتضمن التهديد أو الحرمان من الحرية و الحقوق على صعيد الحياة العامة أو الخاصة (منظمة الصحة العالمية ، 2011،

ويعرف إجرائيا بأنه الدرجة التي تحصل عليها المرأة على مقياس العنف .(عبد الحسين محمد ، 2013).

• البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي Therapeutic program: يعرف إجرائيا بأنه

البرنامج الذي أعد بهدف خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات و الذي استند إلى النظرية المعرفية السلوكية ، حيث اشتملت جلساته على الاستراتيجيات

الآتية : إعادة البناء المعرفي ، والحديث الذاتي الموجه ، والتعريض والاسترخاء العضلي ، واعتمد البرنامج على الأسلوب التعليمي التثقيفي و أسلوب المناقشة . (موسى عبد

الخالق ، 2013).

7- الدراسات السابقة :

سوف نقوم بعرض بعض الدراسات التي لها علاقة بمتغيرات دراستنا الحالية و التي تتمثل فيما يلي :

1- عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغير الضغط ما بعد الصدمة و العنف :

أجريت هيكرز وجونز (2000) دراسة هدفت إلى معرفة مدى ارتباط العنف مع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وأثر إستراتيجيات توكيد الذات في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات ، تم الحصول على عينة الدراسة من خلال مسح تم لجميع مديريات الصحة النفسية و العقلية لثمان و الستين مقاطعة ،حيث تم جمع البيانات من خلال الاستبيانات الخاصة بالعنف ، وخلصت الدراسة إلى أن الأعراض التي تعاني منها النساء المعنفات تتفق مع المحكات الشخصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة .كما أن مدة وشدة العنف الذي تتعرض له المرأة لهما تأثير في شدة الاضطراب ، وأشارت الدراسة إلى أن استراتيجيات توكيد الذات ساعدت على خفض سلوك العنف الذي بدوره أدى إلى خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

أشارت دراسة أجراها المجلس الوطني لشؤون الأسرة في الأردن عام (2005) حول العنف الأسري إلى أن ظاهرة العنف الاسري إلى أن ظاهرة العنف ترتبط إلى حد كبير بالعنف الجسدي و اللفظي عند المبحوثين .(عبد الخالق جبريل ، 2013 ، ص 163).

2- عرض الدراسات السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي :

زلوتنيك (2006) أجري دراسة هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي للنساء المعنفات المصابات بضغط ما بعد الصدمة في الملاجئ تكونت الدراسة من ثمانية عشر امرأة تلقين جلسات علاجية تساعد على تمكينهن ، وبت روح الأمل و التفاؤل نحو المستقبل، أظهرت النتائج انخفاضاً في أعراض ضغط ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعة التي لم تتلق العلاج .

* التعقيب على الدراسات السابقة :

بعد إطلاعنا على الدراسات السابقة التي تناولت العنف ضد المرأة و علاقتها بالضغط ما بعد الصدمة و العلاج المعرفي السلوكي وجدنا أن لا توجد علاقة مباشرة مع موضوع دراستنا و لعل أقرب الدراسات لموضوع دراستنا هي : دراسة هيكرزجونز (2000) دراسة هدفت إلى معرفة مدى ارتباط العنف مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أثر استراتيجيات توكيد الذات في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات ، التي تهدف إلى خفض سلوك العنف الذي بدوره أدى إلى خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة .

بينما هدفت دراسة زلوتنيك (2006) إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي للنساء المعنفات المصابات بالضغط ما بعد الصدمة في الملاجيء حيث أظهرت النتائج انخفاضاً في أعراض ضغط ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعة التي لم تتلقى العلاج .

كما اعتمدنا في دراستنا على مقياس دافيد سون لقياس ضغط ما بعد الصدمة النفسية ، و توصلنا إلى أن الحالتين تعانين من ضغط ما بعد الصدمة النفسية التي تتباين شدته ما بين متوسط و شديد .

و هذه النتائج تؤكد على أن طريقة العلاج المعرفي السلوكي فعالة في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة .

الفصل الثاني

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد :

- 1 مفهوم العلاج المعرفي السلوكي .
 - 2 مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
 - 3 أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
 - 4 خصائص العلاج المعرفي السلوكي .
 - 5 الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي .
 - 6 تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.
 - 7 فعالية العلاج المعرفي السلوكي.
- خلاصة .

تمهيد :

اعتبر العلاج المعرفي السلوكي من الأساليب العلاجية الحديثة و إستراتيجية فعالة في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية ،يحتوي على نظرية تكاملية تعل على الدمج بين العلاج المعرفي بأساليبه المتعددة و العلاج السلوكي بما يتضمنه من أساليب ،يهدف إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيا ،انفعاليا و سلوكيا .

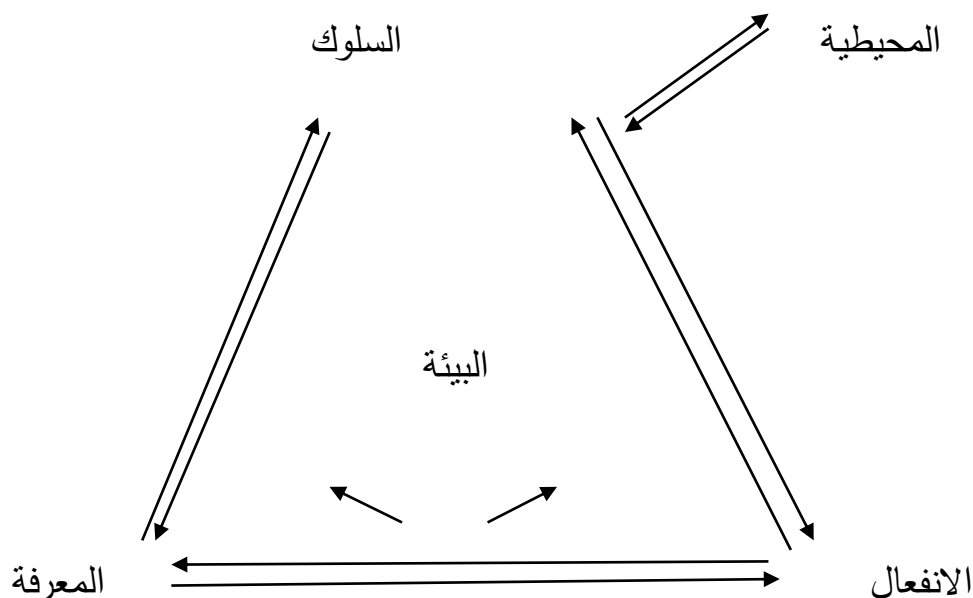
قد أشار (غلادين ،2007ص 16)أن العلاج المعرفي السلوكي هو المنهج الوحيد الذي طرح نفسه كمذهب علمي قابل للملاحظة و التقييم العلمي .

ومن هذا الأساس سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى ماهية العلاج المعرفي السلوكي من مفهوم و أهداف وتقنيات وأطر،إضافة إلى الأساليب العلاجية المستخدمة .

1-تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً ،ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها ،وإعطاء المعنى لخبراته المتعددة ، ويرى "بيك" **beck** أن هذا النموذج العلاجي يقوم على فكرة مفادها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه ،وكذلك اتجاهاته وأرائه ،تعد جميعاً بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض ، وأن ما يكتسب الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته (عبد اللطيف ،2000،ص57).

كما أضاف "كترو" **Cottroux** أن السلوك والسيرورة المعرفية ليست النقطة الوحيدة المعينة بالتدخلات العلاجية إذ يتدخل الاثنان مع الانفعالات ،وأن الاستراتيجيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي تأتي على ثلاث مستويات معرفية ،سلوكية ،انفعالية ويتم توضيح هذه العلاقة من خلال الشكل التالي :



الشكل رقم (1): يوضح التفاعل بين كل من المعرفة و السلوك و الانفعال
(cottroux ,2011,p304)

1-1- تعريف المعجم الموسوعي لعلم النفس :

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث ،تم استخدامه من قبل "أرو نبيك" حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة واستبعاد الأفكار السلبية الناتجة عن التعلم الخاطئ،

ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض ،ويكون الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي السلوكي

تصحيح التصورات و الادراكات الخاطئة واستبدال الأفكار التلقائية السلبية بأفكار ايجابية ويكون دور المعالج نشطا في توعية المريض . (وحيد ، 2012) .

2-1- تعريف بيك :

العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من المبادئ و الأسس التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ هي :

- العمليات المعرفية (تفكير ،تخيل ،تذكر ،الإدراك....) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا .
- تعديل هذه العمليات يكون وسيطا هاما لإنتاج تغيير في السلوك ، فالسلوك المختل ناتج عن نماذج تفكير منحرفة ،تم الإبقاء عليها وهي أي مصادر معرفية سلبية وغير واضحة أو توقعات سلبية (الخالدي،2005،ص82).

ويري "ايزنك" **Eysenck** أن العلاج المعرفي السلوكي هو تطور العلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات من خلال الإجراءات المعرفية (،Eysenck720 2000).

3-1- يعرف "كايلان وأخرون " :

العلاج المعرفي السلوكي على أنه تدخل معرفي في إطار العلاج السلوكي ،لعل أفضل ما يمكن الوصول إليه من تصنيف لهذا التدخل المتمايز هو أنه استراتيجيات تدخل علاجي سلوكي مشتق من نموذج معرفي في علم النفس المرضي، وأنه على الرغم من تركيز الأهداف المبدئية لهذه الاستراتيجيات على المعتقدات والعمليات المعرفية و المدركات العقلية التي يفترض أنها أساس الاضطراب النفسي،فان العديد من الفنيات السلوكية النوعية ،يتم استخدامها أيضا في إطار هذا التدخل (عن سرحان،2013،ص126،125).

2- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي :

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بداء بالتعليم النفسي للمريض و إقناعه بمنطق العلاج و مسؤوليته فيه ، و

توضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية و ما يعانیه من اضطراب ، و يتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحنى العلاجي المعرفي السلوكي و هي :

- أ- يرتبط كل من المعرفة و السلوك ببعضهما البعض .
- ب- تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي .
- ت- إن الاتجاهات و الإسهامات المعرفية في محاور هامة في فهم الفرد و سلوكه و التنبؤ به من أجل دمج المعرفة و السلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة .
- ث- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله .
- ج- يعمل كل من العميل و الأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول .
- ح- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية و الانفعالية و السلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة و المعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف ، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة .

و من ثم فإن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على :

- تعلم البناء المعرفي و إيجاد مهارات التوافق الطبيعية .
- تعلم و تعميم بعض المهارات الجديدة و تدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات .
- تعليم العميل متابعة و إدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية و مواجهة التحديات بأفكار جديدة .
- الدعوة إلى التفكير المنطقي و الاختبارات الواقعية للتفكير السلبي و هكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه و زيادة الأداء الحالي بشكل واضح .

و بهذا فإن المعالج في هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمريض فكرة أساسية مفادها أن إدراكه للواقع ذاته ، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه، و أي السبل أقرب لعلاج .(قيوم ،ص 80/79)

3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

- الحد من التفكير السلبي المسبب للأمراض ،إذ اعتبر علاج طبيعي للتخفيف من الضغوطات النفسية والعاطفية الناتجة عن الألام المستمرة .
- مساعدة المتعالج على أن يكون واعيا بما يفكر فيه .
- يساعد العلاج المعرفي السلوكي على خفض أعراض الضغط النفسي مثل (ضغط مابعد الصدمة ، القلق)وكذلك لتحسين جودة الحياة الأفراد .
- تعديل الأفكار التلقائية و المخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب (التغيير المعرفي السلوكي) .
- تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم و تخيلاتهم و خاصة تلك التي ترتبط بالأحداث و السلوكيات المضطربة أو المؤلمة .
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة و تشوهات معرفية .
- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات .
- مساعدة الأفراد على تحسين مستوي أدائهم الذي يقلل بدوره من التعب لديهم .
- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات ، و من ثم تعديل سلوكهم و طريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي .

- تدريب المتعالجين على فنيات و استراتيجيات سلوكية و معرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياته أو عند مواجهة ضغوط طارئة .

- مساعدة الفرد على التكيف ،والتخلص من الانفعالات والسلوكيات الغير التوافقية (ArthurMaryTrudi,2004).

- تعليم المريض على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك .

- تدريب المريض على استراتيجيات وفنيات معرفية وسلوكية متباينة .

- إبداء التحكم وتقوية السيطرة على الذات (عبد الله، 2000، ص 53).

4- خصائص العلاج المعرفي السلوكي :

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص عملية محددة يتم من فيما يلي وصفها بشيء من التفصيل .

4-1 صياغة المشكلة :

يقصد بها فهم الحالة و صياغتها أو التنظير الذي يحكم التدخل فيها بهدف العلاج ، كما يقصد بها مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة أو عملت على استمرار المشكلات التي تعاني منها الحالة و يتم توظيف هذه الفروض العاملة أو فهم الحالة من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج المعرفي السلوكي الوجهة الصحيحة أو تعديله عند اللزوم .

و ينبثق نموذج الفهم و الصياغة المعرفية السلوكية للحالة من أن مشكلات الأفراد و اضطراباتهم الانفعالية ماهي إلا نتاج تنشيط و تفعيل المعتقدات الأساسية بواسطة أحداث الحياة المثيرة للضغوط .

و تبدأ الصياغة المعرفية للمشكلة بجملة من الخطوات منها :

- أ- رصد أفكار العميل المرتبطة للمشكلة الحالية و التي تدعم استمرارها .
 - ب- تحديد المعرفيات و الصور الذهنية و الانفعالات ، و الجوانب الفيزيولوجية ذات العلاقة بالمشكلة .
 - ج- تحديد دور العوامل المترسبة و المفجرة ، و التي تدعم المعتقدات المشوهة ، و تبقى على السلوك المضطرب .
 - ح- تفسيرات العميل لمواقف الحياة و أحداثها الأساسية عبر الزمن .
- و بعدما يحدد المعالج الفروض العاملة و التي تربط بين المشكلات العميل و معتقداته و الأحداث المثيرة لها ، فإنه يصبح من السهل عليه تحديد أهداف العلاج و التدخلات العلاجية الملائمة ، كما يمكنه التنبؤ ،
- بالعقبات التي يمكن أن تواجه عملية العلاج .

4-2 العلاقة مع المعالج :

تعد العلاقة بين المعالج و العميل في العلاج المعرفي السلوكي علاقة تعاونية ، حيث يمارس المعالج دورا نشطا فعلا في عملية العلاج ، يبدأ بالتعليم النفسي و رفع مستوى وعي المريض بأفكاره الألية ذات علاقة بمشكلته ، و فحصها و اختبارها كفروض سواء داخل الجلسة أو خارجها (أي في الواقع) ، كما يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يتحدى معتقداته اللاتوافقية ، و يستخدم في ذلك واجبات محددة بدقة تشكل مهمات أساسية يأتيها المريض و تمثل جزءا مهما من إسهامه في العمل العلاجي ، و تحمل المسؤولية الذاتية في سيرورة العلاج .

ويعمل المعالج على تشجيع المريض على الانخراط في نشاطات من شأنها أن تطلق مشاعر الكفاءة و السرور و تبني مجموعة من التعزيزات الإيجابية الذاتية المرتبطة بهذه النشاطات .

و بوجه عام يجب أن يكون المعالج حساسا لحاجات المريض ، و أن يتصف بالدفء و التعاون و التقبل ، و أن يحسن إشراك المريض في حل مشكلته ، و هو ما يسهم في نشوء علاقة تعاونية ناجحة . (حولة محمد ، ص 81)

3-4 بناء الجلسات :

يتم التخطيط للجلسات من خلال خطوات لعمليتم الاتفاق عليه بين المعالج و العميل و هذه الخطوات تسمح باستخدام أمثل للوقت و هو يعمل بمثابة موجه للعميل ، كما يمدنا بإطار عمل محدد و ملائم لرصد التقدم العلاجي ، كما يلي :

- فحص مزاج المريض .
- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضي بين الجلسات .
- وضع جدول أعمال للجلسة الحالية .
- تلقي العائد ، و الربط بين الجلسة الحالية و الجلسات السابقة .
- مناقشة بنود جدول الأعمال .
- طلب عائد في نهاية الجلسة .

و بهذا يتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام و مسؤوليات محددة للمعالج و العميل في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع .

4-4 العلاج الموجه نحو الهدف :

عادة يتم تحديد الأهداف و تقريرها بشكل تعاوني بين المعالج و المريض ، و تتبثق أهداف العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة و البناء ، عن الفروض العاملة ، فإذا افترض المعالج مثلا أن قلق مريضة ناجم عن عجز في استعداداته و مهاراته ، فإن خطة علاجه لابد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة و التعرض المباشر و عدم التجنب

و الهروب في هذا المجال ، و إذا افترض المعالج فرضا بديلا بأن قلق مريضة ناجم عن تنشيط اعتقاد أساسي لا تكفي لديه مضمونة "أنه عاجز عن أداء مهمة من المهام " فلا بد أن تتضمن خطته العلاجية " إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه .

و بهذا فإن جملة التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي لا يتم تطبيقها بصورة سلبية ، بل تكون موجهة بشكل محدد بعناية كاملة حيث تختلف المضامين العلاجية باختلاف محتوى مشكلات المريض .

4-5 رصد و تعديل التفكير الغير المنطقي :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن عمليات معرفية مختلفة تؤدي إلى رؤية محرفة عن الذات و المستقبل ، كما تؤدي على انفعالات غير سارة و صعوبات سلوكية ، واعتمادا على هذا التصور يتم استخدام فنيات لفحص و تحدي التفكير غير المساعدة ، ويعلم المريض كيف يستخدم الأدلة و البراهين لدحض و تفنيد تفكيره الغير الواقعي .

ومن هنا فإن المعالج أثناء الجلسات يقوم بالعمل على فكرة معينة من الأفكار المختلة وظيفيا و التي يعاني منها المريض وفق واحدة من هذه الفنيات ، معلما إياه كيفية استخدامها خارج الجلسات و في حياته اليومية كجزء من المسؤولية الشخصية التي يتحملها المريض في العملية العلاجية .

4-6 تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه :

هذه الخاصية تركز على تعليم العميل كيف يكون فعالا داخل الجلسة ، أو خارجها وذلك بقيامه بالمهام و الواجبات المنزلية حيث يحث المعالج المريض على تقويم مساهمته في مشكلته الحالية ، و استكشاف أنماط الاعتقاد الكامنة لديه و التي تؤدي إلى التفكير السلبي

ومن ثم تعلم المريض القدرة على إدارة انفعالاته ، كما يمكن تزويده بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد حدوث التحسن (منع الانتكاسة) .

وبهذا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجاً تعليمياً يساعد على تعلم أسلوب حياة أكثر إيجابية وكفاءة في التعامل مع الصعوبات المستقبلية ، حيث يهتم من البداية بتعديل الأفكار اللاتواؤمية التي يسميها " بيك " الأفكار الآلية ، ويسميها " ليس " الأفكار اللاعقلانية و إحلال مكانها أفكار أكثر معقولة و منطقية تسهم بشكل دال في توافق الفرد . (قيدوم ، ص 83)

5- الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي :

تتمثل الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي لتلك الأساليب التي قدمها كل من "دونالد ميشنوبوم Donal Meichenbaum" و ألبرت اليس Albert Ellis " أرون بيك Aron Beck" هذا الأخير الذي كان له الدور الأساسي في ترسيخ المبادئ الأساسية لهذا المنحنى العلاجي ، كما يشير في هذا

الصدد العقاد انه بالرغم من اختلاف رواد العلاج المعرفي السلوكي في رؤيتهم للعلاج النفسي ، وانفراد كل منهم بتقنياته وأساليبه الخاصة ، إلا أنهم يشتركون في نقطة أساسية و المتمثلة في أن للمعرفة دور في إحداث سلوك و الانفعال .

5-1- العلاج المعرفي عند بيك :

5-1-1- مفهوم العلاج المعرفي عند بيك :

يعرف "بيك" و اخرون ،العلاج المعرفي على انه نشط توجيهي ،محدد الوقت وذو نهج منظم وفعال يتم استخدامه لعلاج بعض الاضطرابات النفسية مثل (القلق ،الخوف ، مشاكل الألام.....) ، إذ يركز على دعائم نظرية منطقية ،كون أن تأثر السلوك والوجدان يتحدد إلى

حد كبير بالطريقة التي يتبنى بها العالم ،فقد ركز "بيك " في طرحه لنظريته على ارتباط الاضطراب الانفعالي بطريقة التفكير والإدراك وتفسير الفرد للموقف ،بمعنى أن أي انفعال سواء كان ايجابيا أو سلبيا ناتج عن تلك الأفكار التي يتبناها المريض عن المواقف التي يتعرض لها .

قد انصب اهتمام "بيك " بتلك المعتقدات والافتراضات الخاطئة التي يتسبب الاضطرابات الانفعالية و السلوكيات الغير السوية ،فسلوك الفرد المرتبطة بطريقة تفسيره وتحليله للموقف التي تعتريه ،فالمواقف تنتج أفكار واعتقادات مختلفة يبورها الفرد وفق نظريته الخاصة وما تعنيه تلك المواقف للشخص ذاته (Beck & all ,1979,p3).

5-1-2- المصطلحات الأساسية للنظرية :

- **الأفكار التلقائية:** عرف "بيك " الأفكار التلقائية على أنها سياق من الأفكار و التأويلات ترد إلى العقل لا إراديا و دون وعي من الفرد ، تظهر أحيانا مع السياق الظاهري لأفكار ماهية إلا المحصلة النهائية للعمليات المعرفية.

فما يقصده "بيك "من خلال هذا المفهوم أن الأفكار التلقائية تهيمن على الفرد بطريقة آلية وتظهر حاليا من خلال طريقة التفكير التي يتبناها الفرد إثر تفاعله مع البيئة الخارجية حيث أن تحديد تلك الأفكار يعد عنصر هاما في العملية العلاجية (عن حسين ،2007،ص100).

إذ يشير "بيك" أيضا في نفس السياق أن ردود النظام المعرفي الداخلي للفرد هو المسئول عن الاستجابة الانفعالية ،وعدم الاتساق بين الخارج و الداخل الذي يسبب اضطرابا نفسيا (عن الغرير أبو سعد،2009،ص70).

ومن بين الطرق و الأساليب التي يتمكن بها المعالج إثارة الأفكار التلقائية للمريض نذكر فيما يلي:

- الأسئلة المباشرة و الحوار السقراطي .
 - إثارة المواقف الانفعالية أثناء الجلسات .
 - التخيل المعرفي ولعب الأدوار .
 - التركيز على معنى الأحداث بالنسبة للمريض .
 - تحديد الأفكار التلقائية .
 - اشتراك المعالج و المريض في المهمات السلوكية وتسجيله للأفكار المرتبطة بها .
 - كتابة التغيرات المزاجية و الأفكار التلقائية في مذكرات يومية (حسين
- ،2007،ص108).

● **المخططات المعرفية** : أكد "بيك" أن الشخصية تتأثر بالجوانب البيولوجية و الاجتماعية، وينظر إلى الشخصية على أساس أنها ذلك التنظيم و البناء المعرفي على أنها عبارة عن المخططات والأبنية المعرفية التي تحتوي على جميع المعلومات و المعتقدات والمفاهيم والافتراضات و الصيغ الأساسية لدى الفرد، المكتبة خلال مراحل النمو وفي حالة الاضطرابات النفسية يظهر الانحراف في البناء المعرفي لدى الفرد، كما تنقسم المخططات المعرفية إلى قسمين ايجابية وسلبية، حيث تسهم الايجابية على مساعدة الفرد على التكيف أما السلبية فهي مخططات غير تكيفية (الشناوي

،1996،ص143).

إذ تعتبر المخططات بالنسبة إلى "بيك" المحور الأساسي لمختلف التشوهات المعرفية، وغالبا ما تعمل تلك المخططات على زيادة أو تقليل قدرة الفرد على التعامل مع مختلف الأوضاع إذ يكمن دورها في تكوين القدرة على الإدراك و السلوك (Frank & Arthur ,2007,p5).

ويضيف "بيك و آخرون" أنه يمكن تنشيط تلك المخططات وتحدد بطريقة مباشرة كيفية استجابة الفرد، وهذا وترتبط تلك المخططات كما وضح "بيك" بالانفعالات الناتجة عن المعتقدات، وتكون تلك المعتقدات سلبية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية مثل: "أنا غير

كفى" ،ليست لدي قيمة "فالمخططات بمثابة تفسير الفرد للواقع التي تؤثر على طريقة التكيف لدى الفرد ،وبالتالي تسهم أيضا في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للمواقف ، وبالتالي ظهور استجابة وجدانية ، ويضيف إلى ذلك أن استثارة المخططات المعرفية يتطلب وجود أحداث مرتبطة بها من حيث الموضوع أو الفكرة ،وفي حال انعدامه تظل تلك المخططات كامنة (حسين ،2007،ص 117).

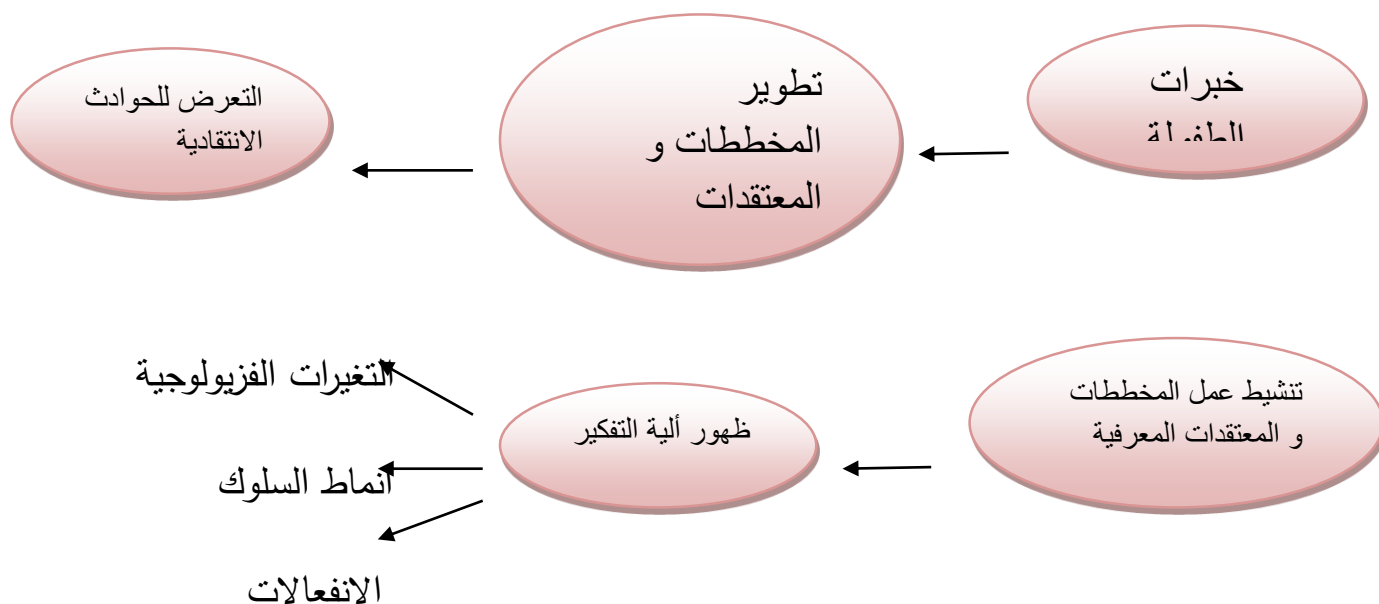
وفي إطار تحديد المخططات المعرفية قدم "كلار" و "بيك" (1999) خمس أنواع من المخططات نوضحها كما أشار إليها (علاء الدين ،2013،ص31) كما يلي :

- **مخططات معرفية** : تعتبر من المعتقدات الجوهرية ،حيث توفر أسلوب للتخزين وتفسير وتحديد معالم للعالم المحيط .
- **مخططات وجدانية** :تضم المشاعر الايجابية و السلبية .
- **مخططات فسيولوجية** :تتضمن إدراك الوظائف الجسمية المتمثلة في نوبات الهلع .
- **مخططات سلوكية** :تتضمن ردود الفعل كالركض عند شعور الفرد بالخوف .
- **مخططات دافعية** : وهي مرتبطة بالمخططات السلوكية حيث أنها هي التي تدفع وتبادر بالفعل كالرغبة في الأكل و الدراسةالخ.

ويضيف (عادل ،2000،ص61) إلى أن المخططات المعرفية هي المعتقدات الرئيسية العامة لدى الفرد ، والتي تؤدي بدورها إلى ظهور الأفكار الآلية نتيجة التفسيرات التي يقدمها الفرد إزاء التعرض إلى المواقف ،تلك التي اعتبرهما "بيك" سببا للتشوهات المعرفية ويذكر "التمثيل الشخصي " كمثال على ذلك أي تحليل وتفسير الواقع انطلاقا من نظرة ذاتية ،ويؤيده في ذلك (حسين ،2007،ص115)الذي أكد على أن المخططات المعرفية هي المسؤولة عن نشأة وتنشيط الأفكار التلقائية .

من هنا يمكن القول أن الاضطراب النفسي وفقاً للمنحنى المعرفي لبيك ينشأ لعدم الاتساق بين كل من المثبرات البيئية و النظام المعرفي للفرد أي تحليلات النظام المعرفي الداخلي لتلك المواقف . إذ تعتبر هيمنة الأفكار السلبية على طريقة التفكير السبب الرئيسي لحدوث التشوهات المعرفية على مستوى النظام المعرفي الداخلي لدى الفرد ، وبالتالي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية ، كما لا يمكن لنا أن نلغي الدور الذي تلعبه خبرات الطفولة في التأثير على اكتساب تلك الأفكار و التشوهات المعرفية .

الشكل التالي يوضح تطور الأفكار و المخططات المعرفية من مرحلة الطفولة .



الشكل رقم (02): يوضح المعتقدات و المخططات المعرفية (عن جلال و آخرون

،2007،ص 207).

5-1-3- الاستراتيجيات العلاجية المعتمدة من طرف بيك :

يذكر (العقاد ،2001،ص 35) جل الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة من طرف بيك كالتالي:

- مراقبة العميل لتفكيره (معارفه) التلقائية و السلبية .
- التعريف بالعلاقة التي تربط كل من المعرفة و الوجدان و السلوك .

- القيام بفحص الدليل الذي يؤيد أو يناقض التفكير الأوتوماتيكي لدى العميل .
- تغيير المعارف المحرفة واستبدالها بمعارف واقعية .
- تعلم كيفية تحديد وتغيير المعتقدات المختلة وظيفيا المسؤولة عن الاضطراب .

وفي الأخير يجب توضيح فكرة أساسية كون أن العلاج المعرفي عند "بيك" ليس معرفياً محضاً، فقد وضح "بيك" ذلك في كتابه العلاج المعرفي وعلاقته بالعلاج السلوكي سنة (1970) إذ اعتمد في طرحه لنظريته ضمن إطارها النظري على تغيير الأفكار الأوتوماتيكية السلبية مشيراً إلى العلاقة التي تربطها بكل من الوجدان و السلوك ، في حين اعتمد في جانبه التطبيقي على الفنيات السلوكية .(عادل،2000،ص55).

5-2-العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي "اليس" :

اعتمد "اليس" في (العقاد ،2001،ص39) من خلال عرضه لنظريته في العلاج النفسي عام (1954) إلى إدخال العقل و المنطق في العملية الإرشادية ،فقد أشار (عادل ،2000،ص62) إلى أنه في البداية لقب العلاج العقلاني تم إضافة مصطلح الانفعالي عام (1961)، إلى أن وصل إلى المسماة النهائي المعروف حالياً بالعلاج العقلاني الانفعالي .

5-2-1- الافتراضات الأساسية للنظرية :

يسمى العلاج العقلاني الانفعالي (RET) حسب "توماس" (Plante, 2011, p120) على مساعدة المريض على التفكير أكثر عقلانية تحسين معتقداته و تنطوي هذه التقنية على استخدام المنطق للتخفيف من هيمنة اللاعقلانية وسوء تكيف الأفكار و المعتقدات ، حيث صرح "بيك" و آخرون (Beck & All,1979، p10) أن هذا المنحنى العلاجي يجعل الأفراد يدركون هذه المعتقدات اللاعقلانية والانفعالات الغير الملائمة ، ويعمل على تعديل المعتقدات الغير العقلانية الكامنة ، يضيف "لويس فيرا" (Vera,2012,p3) إن العلاج العقلاني الانفعالي يعطي للعواطف مكانة كبرى في التغيير النفسي على حد سواء عند الراشدين و الأطفال ،حيث تبدأ

العملية العلاجية بتعليم المريض نظرية (A, B,C) في العلاج و جعلهم يلاحظون العلاقة التي تربط كل من الاعتقادات اللاعقلانية واضطراباتهم السلوكية والانفعالية ،كما يمكن لنا شرح نظرية (A,B,C) كما أشار إليها "بيك" و (أخرون)Beck &All1979,p10 و "دوثيكوتون") Dorothy & Cotton , 1990p 192 كالتالي :

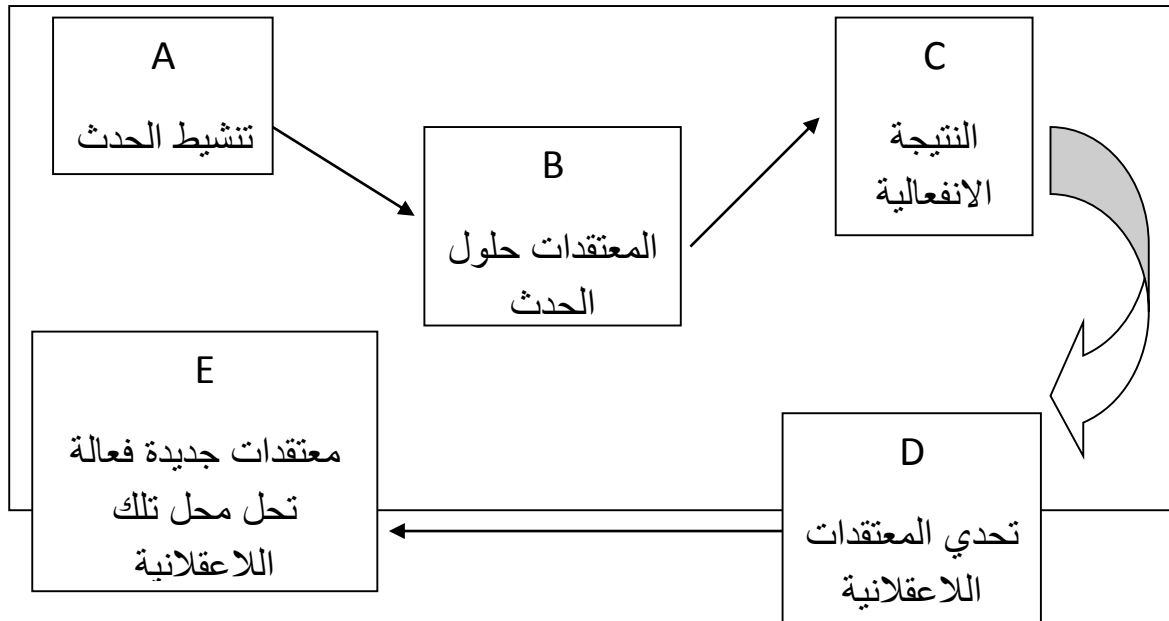
A: ترمز إلى البيئة و الأحداث النشطة " الشيء الحدث " .

B: الأفكار و المعتقدات حول A .

C:نتائج الانفعالية أو السلوكية ،و يضيف الرمز D و E حيث تشير .

D:للتغلب من المعتقد اللاعقلاني .

E:المكتسبات الفردية و التأثيرات الجديدة أو الفلسفية التي تساعد المريض على تفكير عقلاني أفضل وبناء ويتم شرح العلاقة بين هذه العناصر من خلال الشكل الموالي :



الشكل رقم (03): يوضح شرح نظرية ألبرت اليس (نقلا عن علاء الدين ،2013، ص 87)

يتضح من خلال الشكل العلاقة التي تربط بين العناصر الخاصة بالعملية العلاجية عن "ألبرت اليس" حيث يعتبر العنصر **A** بمثابة العنصر المنشط للحدث، يليه بعد ذلك العنصر **B** المتمثل في المعتقدات و الأفكار التي يتبناها المريض حول الحدث **A** بعدها تأتي النتيجة أي ردة فعل الانفعالية أو السلوكية المتمثلة في العنصر **C**، وبعدها يتم الانتقال إلى العنصر **D** وهو العنصر الذي يفند المعتقد اللاعقلاني و الخاطئ الذي تبناه المريض من خلال تفاعله لكي يصل في الأخير إلى النقطة **E** والتي تعبر عن اكتساب الفرد لمعتقدات جيدة فعالة تحل محل الأفكار اللاعقلانية .

فقد ركز "اليس" على أمرين أساسيين في العلاج تتمثل الأولى بإبداء أهمية اللغة للتفكير والحكم و القرار و العمل ،ثانية في أهمية الطريقة المنطقية الإستراتيجية كقانون الصحة العقلية موضحا أيضا أن المعارف و الانفعالات و السلوكيات المتداخلة فيما بينها تربطها علاقة تأثير و تأثر .إن تلك الأفكار اللاعقلانية التي تسيطر على الفرد تشمل ثلاث فئات رئيسية ،تتعلق الأولى بالذات، وتتخلص في رغبة الفرد إلى أن يكون ناجحا دائما وعليه كسب قبول و رضا الأشخاص المهمين في حياته ، أما الثانية فهي متعلقة بالآخرين أي طريقة معاملتهم للفرد ، حيث يجب أن تكون عادلة و تراعي مشاعره ،أما الفئة الثالثة هي تلك المتعلقة بالظروف بمعنى الإيمان بوجود سهولة الحياة وتسييرها حسب رغبة الفرد (العقاد ،2001،ص21).

5-2-2- أهداف العلاج العقلاني الانفعالي :

يسعى هذا المنحنى حسب (كلاوس و آخرون ،1999،ص188) إلى تحقيق الأهداف الثلاثية التالية :

- الكشف عن التقديرات و القناعات و التقييمات الغير المناسبة لدى المريض.
- تطوير أنماط التقييم الجديدة في المواقف المشكلة المختلفة الإرهاقات على شكل ممارسة مهارات تغلب جديدة .

وبنظره أكثر إجمالية يحدد (سرى ،2000،ص171) إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يهدف إلى :

- تحديد أسباب السلوك المضطرب من أفكار و معتقدات غير منطقية .
- مساعدة المريض في التعرف علي أفكاره الغير المنطقية التي تسبب سوء توافه الاجتماعي .
- تمكين المريض من الشك والاعتراض على أفكاره الغير عقلانية .
- زيادة اهتمام المريض بنفسه و تقبله لذاته ، وتقبله للتفكير العلمي و المنطقي .
- زيادة المرونة لدى المريض و محاربة الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية والخاطئة لديه.
- التخلص من الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية بالإقناع العقلي و المنطقي ، وإعادة المريض إلى التفكير الواقعي و التحكم في انفعالاته عقلانيا .

5-3-العلاج المعرفي السلوكي عند " ميكنبوم " D.Meichenbaum :

يشير المسمى العلمي لنظريته "ميكنبوم : Meichenbaum بطريقة التحصين التدريجي ضد الضغوط **stress- inocultion training** فقد أشار (مليكه،1990،ص245) إلى أن منهج " ميكنبوم " يقوم على أساس الدمج بين المنهج المعرفي و السلوكي مثل النمذجة و المهام المتدرجة ،التمرينات المعينة ، التدعيم الذاتي ،وقد اعتمد في تطبيق منهجه على أن الحديث الداخلي و التفكير و إدراك لتعليمات المقدمة من طرف المعالج كلها أمور يمكن تعلمها لأحداث تغيير في السلوك الغير المرغوب (كالإحباط ، وعدم التأكد ، و القلق و النشاط الزائد)الأمر الذي أكده (مفتاح،2001،ص55) حيث أشار إلى أن أبحاث "ميكنبوم" خلصت إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالا في تغيير الأنماط المعرفية .

5-3-1- المفاهيم الخاصة بالنظرية :

أن الفرض الأساسي الذي تقوم عليه نظرية "ميكنبوم" يتمثل في الحديث الداخلي لدى الفرد هو الذي

يحدد الاستجابة الفسيولوجية، ردود الفعل الذاتية الوجدانية و المعارف و التفاعلات الاجتماعية، أي،

أن الاستجابة الفسيولوجية ليست ناتجة عن المواقف في حد ذاتها ، وإنما نتاج لحديث داخلي أي ما يقوله الفرد لذاته حول تلك المواقف .

فقد ركز " ميكنبوم" على الحالة المعرفية في تحديد و تغيير السلوك ، وقد عمل على تعديل السلوك الذي طرحته في الأصل (1961) حيث أن تعديل السلوك المعرفي لا يكون إلا عن طريق تعديل الحديث الداخلي للفرد ، ويربط "ميكنبوم" الحديث الداخلي بثلاث مجالات:

- التوجهات الخاصة بالعلاقات الشخصية .
- العوامل المعرفية في الإجهاد .
- تأثير التعليمات الذاتية على ردود الفعل الفسيولوجية .

كما يستخدم " ميكنبوم" في طرحه لنظريته مصطلح "بنية الحديث الذاتي" حيث يقول في ما اقصده بالبنية هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يراقب ويواجه الإستراتيجية (الطريقة) و الاختيار للأفكار ،وأنا أقصد أن أستفيد من المشغل التنفيذي ،يمسك بخرائط التفكير و يحدد متى نقاط، أو نغير أو نواصل التفكير إذ يقصد "ميكنبوم" بمفهومه للبنية تلك التأويلات العبارات و المفاهيم المهددة للحديث الداخلي و إذ يسعى من خلال عملياته العلاجية إلى إعادة البناء المعرفي متبعا الخطوات التالية :

- توضيح مفهوم الضغط النفسي وما يرتبط به من انفعالات و أفكار و ردود أفعال فسيولوجية

- تدريب الأفراد على استخدام مهارات سلوكية و معرفية داخل الجلسة العلاجية لمساعدتهم في مواجهة الضغوط التي تعترضهم .
- توجيه الأفراد لتطبيق إجراءات العلاج في المواقف الحياتية .
- دفع الأفراد لتطبيق إجراءات العلاج و مهاراته في المواقف الفعلية (مفتاح ،2001،ص 56-57-78).

• **التحصين ضد الضغوط**: يعتبر التحصين ضد الضغوط النفسية أسلوب علاجي

طور على يد " ميكنبوم" إذ يرى أن التوتر و القلق شأنه شأن الجرثومة لابد لنا من الوقاية منها كما نحسن أنفسنا من الأمراض كالجدري أو الحصبة ، وذلك من خلال التحصين ضدها (جلالو أخرون ،2007،ص 211).

ويضيف "فايد 2005" أنه من خلال العلاج السلوكي المعرفي يتم تصحيح التشوهات المعرفية من خلال " إعادة التنظيم " حديث الذات الذي ينتهي في الأخير بتعديل سلوكيات الغير متوافقة بسلوكيات بديلة صحية . (فايد 2005،ص 96).

• **مراحل التحصين التدريجي ضد الضغوط** : تتضمن طريقة " ميكنبوم" للتحصين

التدريجي ضد الضغوط على 3 مراحل أساسية نذكرها بالتفصيل كالتالي :

❖ **المرحلة الأولى (مرحلة التعليم)**: إذ يشير " كترو " إلى أن المرحلة الأولى للعملية

العلاجية تتضمن تزويد المريض بتصور عن ردود أفعاله ، الأمر الذي يساعده على تشكيل رؤية جديدة للمشكل بنظرة أكثر عقلانية و منطقية تؤهله إلى التعرف على جل الأفكار التي ولدتها لديه تلك الحالة ، أي يكون فيها تشغيل الجهاز العصبي المستقل ، تحليل النواتج ، و الانفعالات المتعلقة ب (الغضب ، القلق ، الاكتئاب) و يضيف (مفتاح ،2001، ص 64) إلى ضرورة التركيز في هذه المرحلة على :

- مساعدة المريض على ضبط الاستثارة الفزيولوجية .

- تغيير العبارات الذاتية الداخلية التي تمت تحت وطأة الضغوط .

- ❖ **المرحلة الثانية (مرحلة التكرار)**: بعد مرحلة تعليم المريض و أخذه تصور عن ردود أفعاله اتجاه المواقف الضاغطة يتم في هذه المرحلة تزويد المريض بأساليب مواجهة تلك الضغوط أي تقديم معلومات عن الأمور المعرفية ، ليكون واعيا بتلك العبارات السلبية .
- ❖ **المرحلة الثالثة (مرحلة التدريب التطبيقي)**: وتعتبر المرحلة الأخيرة للتحصين ضد الضغوط ، إذ يتم فيها حسب "جلال و آخرون " ، تدريب الأفراد على الإجراءات العلاج ومهاراته ضمن المواقف الفعلية ، وتمكن الفرد في هذه المرحلة من اكتساب مهارات مواجهة سليمة للضغوط (جلال و آخرون، 2007، ص 212) .

5-3-2- أهداف العلاج عند ميكنيوم:

يمكن لنا تحديد الأهداف العامة للعملية العلاجية التي يعتمد عليها " ميكنيوم " كالتالي :

- مساعدة الفرد علي اكتساب مهارات معرفية و سلوكية جديدة للتعامل مع الضغط النفسي
- تصحيح و تغيير التشوهات المعرفية الداخلية من خلال إعادة تنظيم الحديث الذاتي الخاص بالفرد الأمر الذي يؤدي إلى تغيير سلوكياتهم .
- إستدخال مجموعة من التعليمات الذاتية التي تحل محل الأفكار اللاتواؤمية .

5-4- أوجه التشابه و الاختلاف بين الأطر النظرية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي :

إن التفريق بين الأطر النظرية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي أمر في غاية الصعوبة لعدم وجود فروق جوهرية ، حيث يشترك جميع أنصار هذا الاتجاه من حيث المنطق على فكرة رئيسية مفادها أن التفكير المختل وظيفيا يشكل السبب الرئيسي في نشوء الاضطرابات النفسية ، أي أن للمعرفة دور في أحداث الانفعال و السلوك ، حيث يشتمل على العلاقة التفاعلية بين العناصر الثلاثة: المعرفة - السلوك - الانفعال .

إذ تركز العملية العلاجية على تغيير المعارف المختلفة الذي يتبناها المريض أثر تفاعله مع البيئة المحيطة ، في حين يمكن الاختلاف فقط من حيث الشكل أي المنهج و الطريقة التي يعتمد عليها كل من عالم في تغييره للمعارف و التخلص من الأفكار التي تؤدي إلى الاضطراب ، ويمكن لنا توضيح تلك

الفروق من خلال الجدول التالي :

جدول رقم (01) : يوضح الفرق بين الأطر النظرية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي :

النظرية	الإستراتيجية
أرون بيك	يركز بيك في العملية العلاجية على تغيير المعتقدات و الافتراضات الخاطئة عن طريق تحديد الأفكار التلقائية لدى المريض بغرض الوصول إلى المخططات المعرفية و التي تعتبر المحور الأساسي و الرئيسي لنشأة التشوهات المعرفية ، و التي تظهر على شكل أفكار آلية .
البيرت اليس	يركز إليس من خلال عمليته العلاجية على التخلص من الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها المريض عن طريق المنطق و الإقناع ، إذ يعمل على تعليم المريض العلاقة التي تربط بين كل من الحدث و الأفكار و السلوك ، أي تعليمة نظرية أ ، ب،س .
دونالد ميكنبوم	يركز ميكنبوم في العملية العلاجية على تعديل السلوك المعرفي عن طريق التدريب على التعليم الذاتي لتغيير الأنماط المعرفية ، ويعطي أهمية بالغة للحوار الداخلي في نشوء السلوكيات اللاتكيفية ، يؤكد على أن تعديل الحوار الذاتي الداخلي لدى المريض يؤدي إلى البناء المعرفي لديه .

(جقلو ، 2020) .

6-تقنيات العلاج المعرفي السلوكي :

6-1- التقنيات المعرفية :

تستخدم هذه التقنيات للحد من العملية اجترار الأفكار التي تساعد على استمرار المشكلة و هي مهمة في بداية العلاج قبل أن يتدرب المريض على إيجاد بدائل الأفكار التلقائية السلبية وربما لا تحدث هذه التقنيات تغيرات معرفية جوهرية و لكنها تحد من التكرار الأفكار السلبية و بالتالي تحسن مزاج المريض الأمر الذي يساعده على كل مشكلة (Beck ,1995,p230).

- إعادة البناء المعرفي : إن البنية المعرفية تتمثل في تلك الأفكار و الصور العقلية و التخيلات و التوقعات و المعاني وهي ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وصفيا (حسين ،2007،ص164).

فمن بين المميزات البنية المعرفية نذكر :

- أنها ثابتة ويصعب تغييره .
- أنها مكتسبة من خلال الخبرات الحياتية و أنماط التربية .
- تشمل جميع العمليات المعرفية من أفكار آلية و تخيلات و إدراك .
- تحتوي على مكون سلوكي ، إذ من خلالها يتم تحديد طرق التصرف في المواقف المختلفة بما
- يتناسب مع نظام المعتقدات الخاص بالفرد (جلال و آخرون ، 2007 ، ص 208).

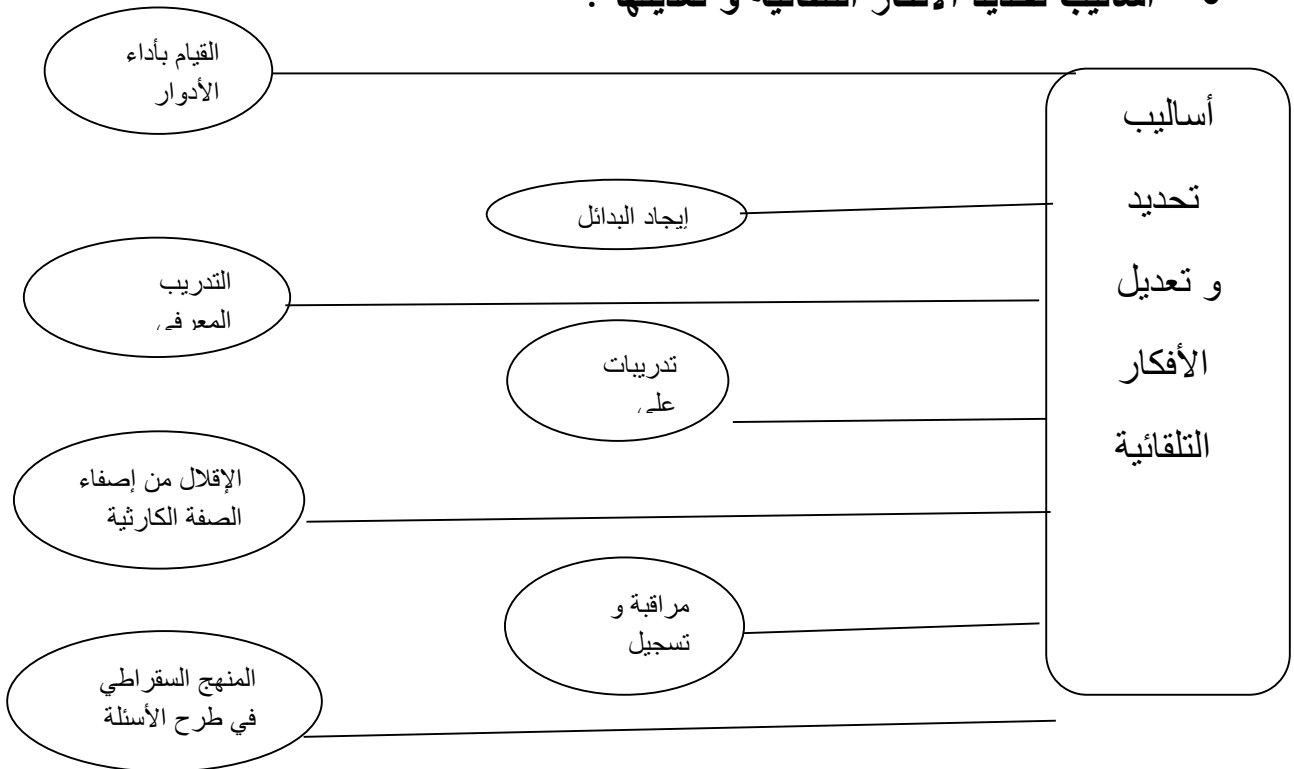
فإعادة البناء المعرفي للفرد تعتبر من بين ابرز و أهم الأساليب الخاصة بالعلاج المعرفي التي تسهم في تحديد الاضطرابات و الاختلال المعرفي ، الأمر الذي يشكل لديهم أفكار أكثر دقة وقابلة للتكيف (Wendy & All , 2005, p 36).

تمر عملية إعادة البناء المعرفي بخطوات و هي :

1. تقييم مدى صلاحية الأفكار و المعتقدات الخاصة بالعمل .
2. تقييم توقعات و تنبؤات العمل .
3. تقييم غزو العمل للأسباب و الأحداث السلبية (علاء الدين ، 2013، ص22).

● **فنية مراقبة الأفكار التلقائية و تحديدها :** قد يكون الشخص غير مدرك تماما للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرا على أسلوب المريض ، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار و يتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق وفي هذه الفنية يطلب من المريض التركيز على تلك الأفكار و الصور التي تسبب له ضيقا لا مبرر له و تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي (Beck ,1995,p230).

● **أساليب تحديد الأفكار التلقائية و تعديلها :**



الشكل رقم (04): يبين أساليب تحديد الأفكار التلقائية و تعديلها .

• **الحوار السقراطي** : و يسمى أيضا الاستكشاف الموجه و يقصد به استخدام أسئلة بنهايات مفتوحة للمرضي لجعلهم يفكرون ماليا في قضاياهم الشخصية و ليتواصلوا إلى استنتاجاتهم الخاصة بهم كما أنه يضع تأكيد أكبر على مساعدة المرضى علي استكشاف المفاهيم الخاطئة و استخدام نظام بنائيا محدد (بارتسون ، 1981 ، ص 61).

• **فنية التخيل** :يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا يجد المعالج الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي و يتم اختيار هذه الأساليب أيضا عندما يظهر المنهج السقراطي في الأسئلة محدودا من الأفكار التلقائية و يكون لدى المعالج شك بأن هناك المزيد من الأفكار التلقائية التي مازالت موجودة و قد تمكن بعض المرضى من استخدام إجراءات التخيل بتذكير وتوجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلا أن يطلب منه أن يتخيل نفسه في حالة ماضية مزعجة أو تسبب انفعالا محدد و أن يصف الأفكار التي راودته و غالبا ما يري المريض لا معقولة أفكاره وهو يضيف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات أي أن المطلوب هنا هو استرجاع خبرات الماضي المؤلمة لنضعه في الحاضر ومأل المستقبل (هنا و الآن).

• **لعب الدور** : تتيح هذه الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفرغ الشحنات و الرغبات الظاهرة و المكبوتة ، يتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين ، كما لو أنه يحدث بالفعل على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر ، من التفاعل و الحوار و المناقشة و يتكرر لعب الدور حتى يتم تعليم السلوك المرغوب ، فلعب الدور يعني التدريب على تحمل الإحباط و التحكم في السلوكيات التي يرغبون في أن تتو لديهم ، كي يصبحوا أكثر وعيا لانفعالاتهم و أسلوب تفاعلهم مع الآخرين ، و يعد لعب الدور احد الطرق التي تعين على نمو المهارات الاجتماعية (زينبمحمد الشقير ، ص272).

• **الرسم الكاريكاتوري** : عندما لا يستطيع المريض تحديد أفكاره يتم الطلب منه رسم شكل كاريكاتوري (يعبر عن حالته) ، و يطلب إليه صوغ بعض الأفكار التي تجعل من هذا الشكل حزينا وكتباتها ضمن المربع ويتيح مثل هذا للمريض بتكوين فكرة عاما يزعجه بالفعل .

وتعتمد هذه الطريقة على أسلوب الإضفاء ما في ذاته على الرسم حيث تكون الأفكار التي يضعها المريض في عقل الشكل الكاريكاتوري هي الأفكار التي تستولي عليه .

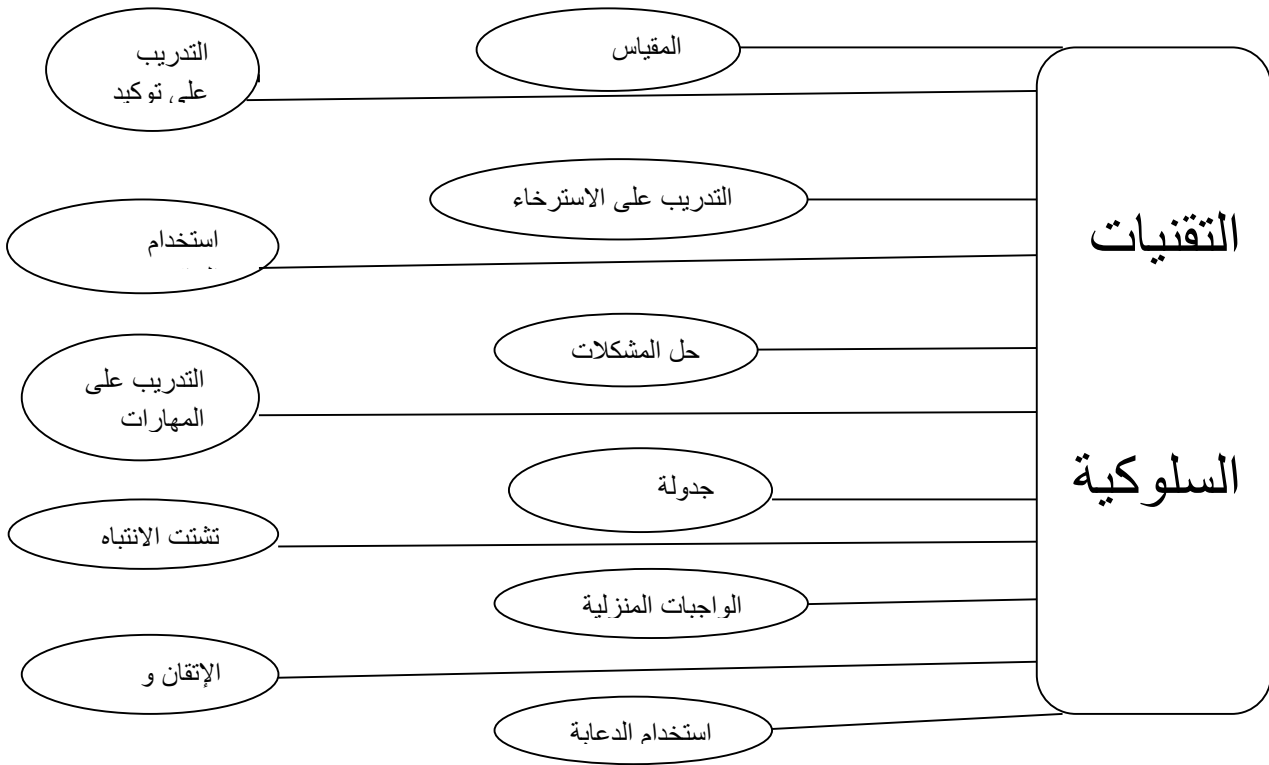
• **سجل الأفكار** : هو أحد أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداما لتحديد الأفكار اللاعقلانية ،ويطلب من المريض إن يدون الأفكار التلقائية التي تخطر بباله عن مواجهة المشكلات المختلفة

كذلك الأفكار التي ترد إليه حول الخبرات التي يمر بها .

• **مناقشة الحوار الداخلي** : وهذه التقنية مأخوذة عن أسلوب "ميكانبوم" في العلاج المعرفي ،فقد ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره و تفكيره ، ومن ثم سلوكه يهدف هذا إلى تدريب العميل على التحدث إلى ذاته بطريقة بناءة عند مواجهة المواقف الضاغطة .

6-2- التقنيات السلوكية :

يتمثل الهدف من استخدام التقنيات السلوكية ضمن نسق العلاج المعرفي السلوكي في استخدام أساليب واستراتيجيات سلوكية مباشرة لاختيار التصرفات و الأفكار المختلة وظيفيا من خلال جعل المريض يحارب السلوك الذي ما دام يخشاه أو يتجنبه ، مما ينتج التحدي المباشر للأفكار القديمة .



الشكل رقم (05): يبين التقنيات السلوكية .

- **جدولة النشاطات :** ويتم ذلك بان يتطلب المعالج من المريض أن يسجل في سجل أداء يومي أو أسبوعي ما قام به في كل ساعة من اليوم وأن يعطي نسبة لكل فعالية من حيث الإتقان و الرضا، بمقياس من صفر إلى عشرة حينما يقدم سجل النشاط اليومي لأول مرة يطلب من المريض عادة أن يعد سجلا للنشاطات الأساسية دون محاولة إجراء أي تغيير و تتم مراجعة المعطيات في جلسات العلاج التالية (Emmanuel Granier,p23).
- **التدريب على المهارات الاجتماعية :** إذ كان اختبار الواقع مهما وكان المرضى يفتقرون إلى مهارات محددة فان من واجب المعالج مساعدة هؤلاء المرضى على اكتساب هذه المهارات و التي قد تبدأ من إلقاء التحية بالشكل المرغوب حتى التدريب على مهارات الحوار و التواصل (إبراهيم عبد الستار ،1999،ص 85).

• **التدريب على توكيد الذات** : وتتفجع هذه التقنية مع المرضى المكتئبين و القلقين وذلك بالتركيز على التغيير عن مشاعرهم و آرائهم تعبيراً مباشراً و بأسلوب مقبول اجتماعياً وتساعد على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفعالية و النجاح عندما يدخل الإنسان في علاقات اجتماعية مع الآخرين فلا يكون ضحية موقف من صنع الآخرين (ناصر المجارب ،2000،ص 208).

• **حل المشكلات** : تعرف حل المشكلات على أنها الطريقة التي يستخدمها الفرد للتغلب على عائق يواجهه وذلك للوصول إلى الحل المطلوب ومن استخدام بعض الخطوات المتتالية وتوضح تلك الخطوات في النقاط التالية :

- شعور الفرد بالمشكلة .
- تحديد المشكلة .
- تحليل المشكلة .
- جمع المعلومات الخاصة بالمشكلة .
- اقتراح حلول المشكلة .
- دراسة الحلول المقترحة للمشكلة .

اعتبرت استراتيجيات حل المشكلات في مجال العلاج النفسي نوعاً من تحليل النظم ،أي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار في حل المشكل نظام التفاعل الاجتماعي لدى المريض و الأفراد المحيطين به مثل الأسرة و الزملاء (الشناوي ،1996،ص 441).

كما يشير "واندي " إلى أنه خلال التدريب على حل المشكلات يمكن أن يؤهل المريض إلى نظرة أكثر واقعية للحلول حول المشكل عن طريق الاختبارات المتاحة من محاولة وتكرار للتوصل إلى القرار (Wendy ,2005,p36).

• **التدريب علي الاسترخاء :** عادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة للقلق و التوتر عند ظهور المواقف المهددة ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهية فزيولوجية معروفة ،فالقلق و الخوف و الانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية (إبراهيم عبد الستار ،1999،ص64).

ويعتبر من الوسائل الحديثة في مجال العلاج النفسي إذ يمنح الفرد القدرة على التخلص من التوتر العصبي الذي تسببه ضغوط الحياة .

وتتمثل أهمية الاسترخاء في :

- خفض مستوى القلق و التوتر لدى الفرد .
- خفض مستوى النشاط أو التوتر العضلي .
- ضبط مستوى الاستثارة الانفعالية .
- القدرة على الوصول بالفرد إلى مستوى عالي من الراحة النفسية .
- اكتساب الفرد انفعالات ايجابية .
- القدرة على التحكم في الاستجابات البيولوجية كمعدل ضربات القلب ، درجة حرارة أو نشاط الجسم (الحوري الذنون ،2010،ص 190).

كما تتمثل أهمية الاسترخاء أيضا في العمل على المستوي المعرفي بتهدئة العقل و صفاء التفكير (Donaghy,Payare,2010).

***التغذية الراجعة :**تعتبر إستراتيجية التغذية الراجعة أداة أساسية وجد ضرورية في العلاج النفسي إذ تمكن المعالج من التعرف على مدى نجاح العملية العلاجية وعلى مدى تمكنه من تعلم المهارات المستهدفة خلال العملية العلاجية ، الحصول في نهاية الجلسة العلاجية على التغذية الراجعة ،و التي تمكنه من تغيير طريقة العلاج لو لم يتم وصوله إلى هدف المنشود وذلك من

خلال تحدث المريض عن انفعالاته ومقاوماته التي ظهرت خلال الجلسة العلاجية، إذ تسمح هذه الإستراتيجية بالتعرف على مدى تقدم العلاج و الثغرات التي يمكن أن تتخيل العملية العلاجية (الحجار ،1990،ص176).

***الواجب المنزلي** : يعد الواجب المنزلي أحد الأساليب الهامة التي تميز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره من التدخلات العلاجية الأخرى ،يهدف إلى مشاركة المريض في تصميم الخطة العلاجية المتبعة وما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية ، ولابد من توجيه الفرد لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة من خلال المرور بعدة مواقف سلوكية ،يقوم الفرد بأدائها كالتدريب على ممارسة الأساليب العلاجية لكي يتمكن من تدعيم التغيرات الايجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات العلاجية ، ولكي يقوي ويدعم أفكاره ومعتقداته الصحيحة الجديدة ، يتم توجيهه و تشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية التي تتمثل في مجموعة من السلوكيات و المهارات التي تعين أدائها من قبل المريض ولابد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج (الخطيب ،1993،ص 197).

***التثقيف النفسي:psychoeducational**: يعد التثقيف النفسي مكونا مهما في العلاج المعرفي السلوكي لان هذا التثقيف يؤدي دورا في تعديل السلوك ،وتصحيح المفاهيم المشوهة أو المعتقدات الخاطئة للمريض التي تقف عائقا في هذا التعديل .(عن الحجار ،1992،ص5).

7- فعالية العلاج المعرفي السلوكي :

بالتطرق إلى التراث السيكولوجي للدراسات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي يتضح مدى فعاليته في الحد من العديد من المشاكل النفسية فقد أكدت "كيث " على جدارة هذا النوع من العلاج وتميزه وحدد هذا

في ستة نقاط أساسية أثبتت فيها تفرد العلاج المعرفي السلوكي من غيره من العلاجات النفسية المتمثلة في:

- المكونات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي المحققة في الدراسات .
- مراقبة أو عدم مراقبة الفعالية المطلقة .
- الفعالية النسبية مقارنة بالعلاجات النفسية .
- الفعالية النسبية مقارنة بالعلاج الدوائي .
- الفعالية النسبية بالدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي .
- الفعالية على المدى البعيد .

ويشير أيضا إلى عدم وجود الفروق بين العلاج المعرفي السلوكي الجماعي و الفردي أي أن كلهما يؤديان إلى نفس الفعالية (Keith ,2010,p45).

7-1- فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من الاضطرابات النفسية :

أفادت الدراسات السابقة المتعلقة بالمنحنى العلاجي المعرفي السلوكي على مدى فعاليته في الحد و التخفيف من الاضطرابات النفسية باختلاف أنواعها ولدى عينات مختلفة من الأجناس و الفئات العمرية و المجتمعات فقد أشار "نيل " مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الاضطرابات النفسية التالية :

- اضطراب المزاج كالاكتئاب واضطراب ثنائية القطب ،اضطراب القلق ويشمل المخاوف مثل الخوف من الحيوانات ، المرتفعات ..، اضطراب الذرع.
- الفوبيا الاجتماعية (اضطراب القلق الاجتماعي ،القلق العام ،الوسواس القهري ،اضطراب الضغط ما بعد الصدمة .
- الشره المرضي و الشراهة عند تناول الطعام .
- اضطراب تشوه صورة الجسم .
- الاضطرابات المرتبطة بتناول واستخدام المواد كالتدخين ،الكحول ...الخ .

وفي نفس السياق يشير "حسين" إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد على التحكم في استجابات للاضطرابات الانفعالية مثل القلق و الاكتئاب (حسين، 2007، ص223).

أكدت "صبيحي الكفوري" (2000) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في إدارة الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة، حيث تم الاعتماد على المهارات التالية: السلوك التوكيدي، إدارة الوقت، الاسترخاء العضلي عن طريق التخيل، التدريب على الوعي الانتقائي، إعادة التقييم المعرفي، وتقديم التعليمات للذات، مهارات حل المشكلات، كما أسفرت نتائج الدراسة التالية علي فعالية البرنامج في خفض الضغط النفسي .

وفي دراسة لهانز (1994) التي استهدفت إلى إثبات فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الآثار الانفعالية السلبية للمراهقين كرد فعل للضغوط النفسية، معتمدا في ذلك على التدريب على إستراتيجية التحصين التدريجي ضد الضغوط حيث أظهرت نتائج دراسته على فعالية التدريب ألتحصيني ضد الضغوط النفسية للتخفيف من شدتها (دردير، 2010، ص93-95).

و نستنتج أن العلاج المعرفي السلوكي، رغم تعدد الباحثين و النظريات و اختلاف آرائهم إلا أن هدف هذا العلاج موحد و فهو مساعدة المتعالج أن يكون واعيا بما يفكر فيه ما يساعده على حل المشكلات و تعديل سلوكه بمعنى محاولة تغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير و هذا ما يحسن نوعية حياته .

خلاصة :

وفي الأخير نستخلص أن العلاج المعرفي السلوكي من أبرز المداخل العلاجية التي لاقت اهتماما بالغا من طرف الباحثين لاحتوائه على طرق واستراتيجيات فعالة متنوعة تساعد المريض على استعادة الراحة النفسية و التخفيف من الاضطرابات النفسية التي تعتريه في مدة زمنية وجيزة، كما أثبتت العديد من الدراسات سواء على المستوي العربي أو الأجنبي فعاليتها في الحد من العديد من الاضطرابات و مشاكل النفس .

الفصل الثالث

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

تمهيد :

- 1 مفهوم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة .
- 2 أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.
- 3 أنواع الصدمة النفسية .
- 4 النظريات المفسرة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.
- 5 مآل اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.
- 6 تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.
- 7 التكفل النفسي بالشخص المصدوم .

خلاصة .

تمهيد:

يعيش الفرد في بيئة مليئة بالحوادث التي قد تخلف أثرا على الصحة النفسية ، إذا أن الصدمات التي تنتج عن هذه الأخيرة ، تكون استجابة الفرد فيها مختلفة من شخص لأخر بحسب تركيب بنية شخصيته ، فنجد البعض قد لا يتأثر ، في حين أننا قد نجد الأخر يعاني من آثار الصدمة النفسية و ضغوط ما بعد الصدمة النفسية جلية على سلوكياته و انفعالاته.

1- مفهوم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة :

يشير مصطلح الضغط ما بعد الصدمة للاستجابة الغير السوية لحادث صدمي يعمل على المنبه الضاغط ، ويتسم بأعراض مرضية وتأثيرات سلبية مع الإشارة إلا أنه كل من يتعرض لحادث صدمي قديصاب بهذا الاضطراب ، إذ تتدخل عوامل أخرى تساعد على الإصابة به لدى الأفراد في حين يتمكن الآخريين من التكيف مع الموقف ، و منه النجاة من الإصابة (مبروك و داد ، 2011، ص 202، 203) .

و يعرفه (Cloud lazoum and bernarddory 1997) الضغط ما بعد الصدمة على أنه استجابة مؤجلة أو مطولة لحادث ضاغط خاص تؤدي إلى معاناة أو فساد في النظام النفسي الاجتماعي ، أو مجالات أخرى ذات أهمية ، وهو يأتي عقب المرحلة التي تأتي بعد مرحلة ردود الأفعال المباشرة للحادث ASD وتلي هذه المرحلة المتميزة لتناذر الصدمي النفسي ، واستمرار هذه المظاهر هو الذي يميز عصاب الصدمة (حسب التصنيف الفرنسي) أو اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب التصنيف الأمريكي. (القلع ، 2005، ص 57)

ويقصد باضطراب الضغط ما بعد الصدمة على أنه رد فعل طبيعي لأحداث غير طبيعية تتمثل بتعرض الشخص لحادث صادم واجه فيه خطر الموت أو الإصابة البالغة أو التهديد للذات أو الآخريين ، وتكون استجابة الشخص للصدمة على شكل خوف شديد أو عجز أو رعب ، أو نتيجة لذلك يصاب الشخص بأعراض واستثارة لم تكن موجودة لديه قبل الصدمة .

(موسى عبد الخالق جبرائيل ، 2013، ص 164).

ويصنف الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، بأنه استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جدا تكون طبيعة تهديديه ، أو كارثية تسبب كرب نفسيا لكل من يتعرض لها تقريبا ، من قبل كارثة من صنع الإنسان أو معركة أو حادثة خطيرة

، أو مشاهدة موت أو في حالات عنف أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب ، إرهاب، اغتصاب
(ميساء شعبان او شريفة ، 2011، ص 15).

2- أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة :

تبدأ أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في الظهور بعد تعرض الفرد لخبرة صادمة أو مجموعة من الخبرات ،خلال الأيام أو الأسابيع الأولى من التعرض للحدث الصادم ، بشرط أن تستمر هذه الأعراض أكثر من شهر ، بالإضافة إلى أنها يجب أن تشمل على مجموعات الأعراض الثلاث وهي أعراض إعادة تمثّل الخبرة الصادمة ، أعراض التجنب و الحر ، أعراض الاستثارة الدائمة. هذه المجموعات الثلاث تؤثر على النواحي النفسية الرئيسية الثلاث وهي الناحية الانفعالية ، الناحية السلوكية ، الناحية الفكرية والاتجاهات الأمر الذي يجعل الشخص المصدوم غير قادر على ممارسة نشاطاته اليومية الاعتيادية

و التي كان يمارسها بشكل طبيعي قبل تعرضه للحدث الصادم ، وهذه المجموعات على النحو التالي :

2-1 استعادة الذكريات المؤلمة للحدث الصادم :

إعادة تمثّل الحدث الصادم أشكالاً وصوراً من الأعراض مثل الاسترجاع المتكرر للحدث الصادم المصحوب بالألم كشريط سينمائي (Flash back) الأمر الذي يدفع به إلى الشعور بالذنب و الحزن و العدوانية (يعقوب غسان ، 1999 ، ص 43.44) فالمصابة بالصدمة تعاني من إعادة وتكرار مشاهد الحدث الصادم بأشكال مختلفة كاستنكار صور

و أفكار متعلقة بالحدث ، كوابيس متكررة ، الشعور أو التصرف وكأن الحدث يتكرر مرة أخرى أي تعيش المصابة بالحدث من جديد أو تواجه أزمة نفسية شديدة أو تفاعلاً جسدياً عند تعرضها لأحد الإشارات التي تذكرها بالحدث مثلاً : عند اقتراب أي رجل منها تنفر منه و تبتعد ، غالباً

تكون الاستجابة الجسدية مبالغ فيها مثل : التعرق الزائد ، زيادة ضغط الدم ، نبض القلب ، التوتر الشديد و هذا ما يسمى بالهلع (عرين هوارى ، 2008، ص 5-6)

2-2 التجنب :

يحاول الشخص المصدوم دائما الابتعاد المستمر عن المواقف التي من الممكن أن تذكره بالصدمة مع تحذر واضح في العاطفة و الاستجابة العامة ، ويمكن أن نلاحظ أعراض عديدة تتميز بالتجنب و الحذر مثل محاولات الشخص المستمر تجنب الأفكار ، المشاعر، الأماكن ، الأشخاص و المواقف التي من الممكن أن تذكره بالحدث الصادم بالإضافة إلى أعراض الحذر حيث يشعر الشخص بالتشاؤم و الإحباط الشديد ، وأيضا الشعور بالغرابة و الابتعاد عن الآخرين الذين كانت تربطه معهم علاقات اجتماعية قوية كالأصدقاء ، الوالدين ، الإخوة... كذلك نلاحظ انخفاض واضحا في اهتمامات الحياة اليومية (يعقوب غسان ، 1999، ص 49-50).

2-3 أعراض مستمرة من الاستثارة الزائدة :

تتضمن صعوبة الدخول في النوم أو مواصلته ، فرط التيقظ ، صعوبات التركيز ، التهيج ، الشعور بالذنب ولوم لنفس...ومن الأعراض الثانوية نجد :

- **الاكتئاب :** وما يصاحبه من أعراض سلوكية وتغيرات وجدانية ودافعية كالنظرة السلبية للذات و للعالم وكذلك المستقبل و تنشأ هذه النظرة نتيجة الأفكار و المعتقدات الخاطئة للفرد نفسه (حسين فايد ، 2001)
- **تقدير الذات :** وهي النظرة التي يتبناها الفرد عن نفسه سواء كانت ايجابية تمنح له الإحساس بالراحة أو سلبية تسبب له العذاب الكبير و الانحلال الذي يسبب اضطراب في الحياة اليومية وهو ما يحدث عند الفرد المصاب ب PTSD (سامية منصوري ، 1992، ص 22).

- **القلق** : وهو مظهر من مظاهر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة فالمصابين ب PTSD يعانون من الأعراض التالية : الشعور بالتوتر و العصبية ، رعشة داخلية ، الشعور بالخوف سرعة دقات القلب ، التنفس السريع ، زيادة إفراز العرق .
- **قلق الموت** : إذ يعتقد المصاب ب PTSD بأن حياته في موت في خطر دائم وأنه لن يعيش طويلا خاصة لدى الناجحين من التعذيب و الكوارث هذا ما ينقص حياتهم ويجعلهم يعيشون حالة من الرعب المستمر .(يعقوب غسان ، 1999،ص59)
- **الاضطرابات النفس الجسمية** : وتأخذ عدة صور منها : توتر العضلات ، ألام المفاصل ، صداع ودوار ، قرحة المعدة ، التهاب القولون ، ألم في أسفل الظهر و الكتفين ، الشعور بكتلة في البلعوم و كأنها تؤدي إلى الاختناق .

3- أنواع الصدمة النفسية :

- الصدمة الناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث :

تظهر هذه الصدمة عن سماع الفرد خبر فقدان أحد المقربين إليه أي شخص عزيز مما يؤثر على نفسيته دون حضور ظاهرة فقدان فمن تلك الصدمات الناتجة عن ذلك : فقدان العمل ، التعرض لحوادث المرور ..(أحمد النابلسي ، 1991،ص285).

- صدمة البلوغ :

يري سلامي 1998 أن البلوغ مجموعة من التحولات النفسية و البيولوجية المرتبطة بالنضج الجنسي ويمثل الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد و البلوغ و هي مرحلة يمر بها كل فرد خلال مراحل العمرية (سلامي ، 1998 ، ص 212).

- الصدمة الناتجة عن معايشة الحدث :

هذا النوع من الصدمات ينتج عن صدمات عنيفة ، طبيعية خارجية عن نطاق الفرد كالزلازل ، الحرائق، و قد تكون مختلف بفعل الإنسان كالحروب و الأعمال العنيفة .

4- النظريات المفسرة لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة :

النظرية البيولوجية : افترض عدد من العلماء أن التعرض لحدث صدمي يؤدي إلى إلحاق الضرر بجهاز أو نظام إفراز الغدة الكظرية ،وزيادة في مستوى الإثارة الفزيولوجية ، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف و الرجفة تظهر على الفرد بشكل واسع و تفيد الدراسات بوجود بعض الأدلة التي تدعم هذه النظرية فقد وجد "كوستن " وزملائه أن مستوى النودريناليون ، الأدرينالين عالي جدا لدى المصابين ب PTSD.

وكان " كولك " زملائه قد وجدوا زيادة في مستوى الدوبامين و النورناليين لدى الأفراد المصابين ب PTSD وقد أكد (Egsech 2000) من استعراضه لعدد من الدراسات وجد بأن المرضى باضطراب ضغط ما بعد الصدمة يختلفون فعلا عن الأفراد العاديين في القراءات و مع ذلك فإن هذه التغيرات الحياتية لا ترينا بأنها السبب في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة و أن التوجه البيولوجي يحتاج إلى توسع أكثر بأخذ الفروق الفردية و القابلية ب اضطراب ضغط ما بعد الصدمة .(محمد عودة ، 2010 ، ص 19)

النظرية السلوكية: يؤكد العلماء السلوكيون على العوامل البيئية و أهمية التعلم في تحديد السلوك بتوعية السوي وغير السوي و الذين يخضعان لقانون واحد وهو التعلم وعلى أساس هذا الافتراض أجريت دراسات عديدة منها دراسات "كين 1985" فوفق للمنهج الإشرطي في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة فإن الاشرط الكلاسيكي في زمن وجود حدث صدمي يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبيه طبيعي غير مشروط ويرى الباحثون أن الاتجاه الإشرطي مصيب

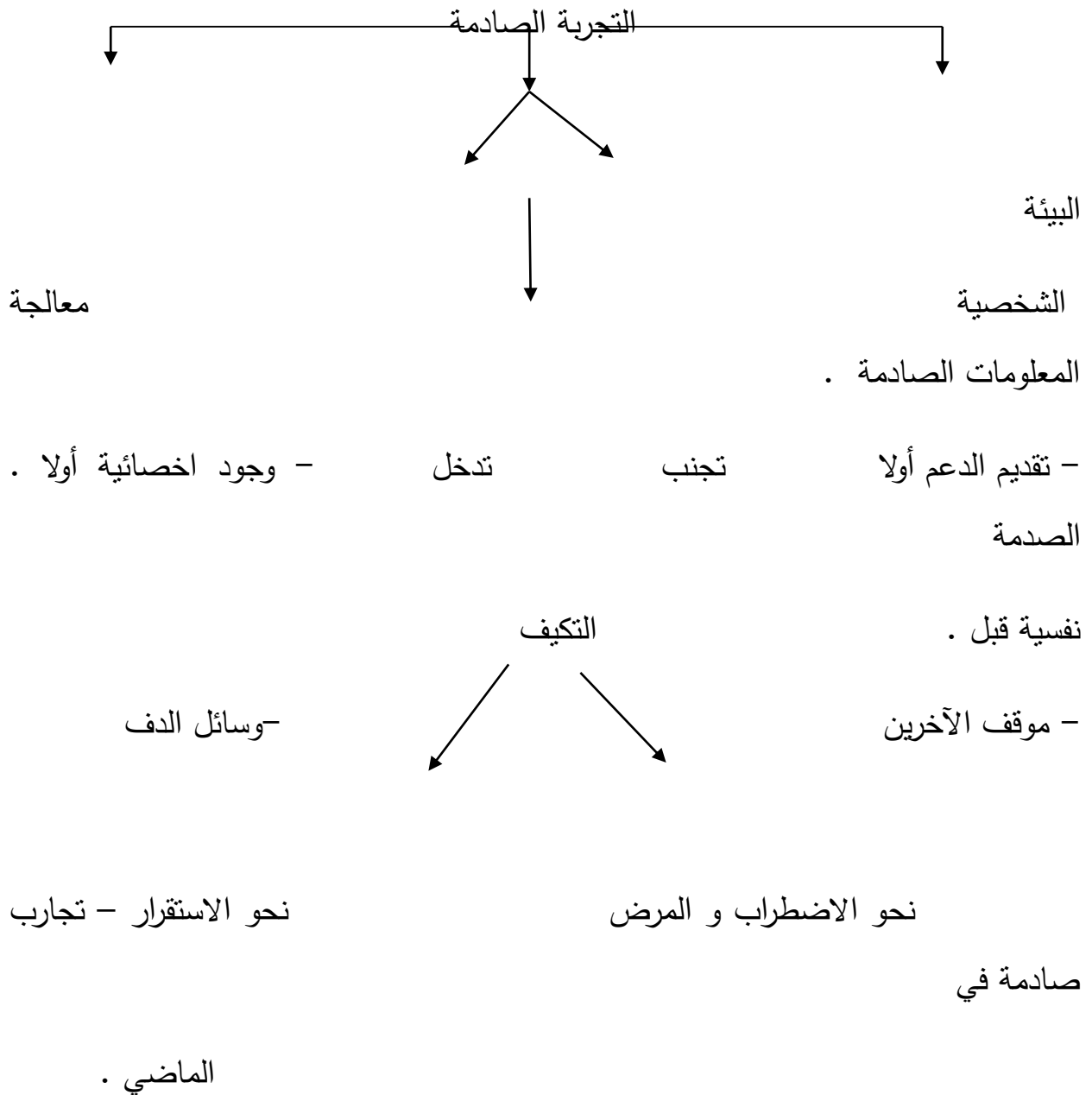
من حيث أنه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحدث صدمي يقود فعلا إلى سلوك تجنبى لمثل هذا التنبيه لدى المرضى باضطراب ضغط ما بعد الصدمة إلا أنه لا يزودنا بالتفاصيل حول الأسباب الكامنة وراء إصابة البعض باضطراب ضغط ما بعد الصدمة في حين لا يصاب البعض الآخر. (محمد عودة، 2010، ص20)

النظرية المعرفية : يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات و أحداث الحياة والعالم بشكل خاص ، وعلى أساس هذا الافتراض وضع "فوا و زملائه" نظرية معرفية في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهومنا للأمان وما هو أمن و أن الحدود بين الأمان و الخطر تصبح غير واضحة فيفقد هذا إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى وأن الأفراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يمرون بنقص القدرة على التنبؤ و ضعف السيطرة على حياتهم وهما السبب في الحصول على مستويات عالية من القلق .

وعلى نحو مماثل يري (ميلر 1995) أن الفرد يدرك الحدث الصدمي على أنه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي فلا يعرف كيف يتعامل معها فتشكل له تهديدا ينجم عنها اضطراب السلوك ، وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات هي فكرة "كيلي 1955" الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة حينها حول القلق ، الخوف و التهديد . (محمد عودة ، 2010، ص21)

النظرية السيكلوجية : حاول كل من " غرين و يلسون ولينداي Wilson , Green and lindey" وضع نموذج نفسي و اجتماعي لتفسير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وهما يعتقدان بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدثها وطبيعتها ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة إذ كلها كانت العوامل النفسية و البيئية ملائمة كلها كان المصدوم قادر على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول .

و من المؤسف أن نقول بأن ضحايا الكوارث الطبيعية بصورة خاصة هم الذين يقولون الاهتمام والعون من جانب الأفراد و المنظمات و الجمعيات الإنسانية بعكس ضحايا التعذيب ، الحروب ، الإعتداء . وهذا الشكل يوضح صورة ملخصة عن النموذج السلوكي :



الشكل (06): الشكل يوضح صورة ملخصة عن النموذج السلوكي .

(غسان يعقوب ، 1999، ص 72/73)

نظرية التحليل النفسي : يفترض التوجه هذا أن الشدة أو الصدمة قد أعادت تنشيط أو صراع نفسي قديم غير محلول وانبعث أو تجدد الرضا الطفولي لينتج عنه نكوص أو استخدام الآليات الدفاعية مثل الكبت ، الإنكار و الإلغاء ، وينبعث الصراع من جديد حيث يحدث الموقف الصادم وتحاول الأنا السيطرة على الموقف لتخفيف القلق ، أرجع "فرويد " سبب هذا الاضطراب إلى انبعث المشكلات التي كان يعاني منها المصدوم في الطفولة واستخدامه لأنزيمات الدفاع للسيطرة على القلق (محمد عودة ، 2010، ص23).

5- مآل اضطراب ضغط ما بعد الصدمة :

إن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو مرض ذو ديمومة وهو ما يتحول إلى مرض في حالة عدم علاجه ويصاحب المريض بقية أيام حياته ولا تتجح محاولات المريض الذاتية للتخلص من اضطرابه هذا كما أن الشفاء التلقائي هو من الأمور المشكوك فيها إلا أننا أحيانا نلاحظ تناقض حدة الأعراض وتباعد فترات ظهورها وهي علامة للتحسن ، إلا أن هذا التحسن هو تحول للمظاهر العصابية إلى اضطرابات الشخصية أو ربما إلى أمراض جسدية ، نفسية ، أما عن الاختفاء الكلي للأعراض فهو مستبعد تماما . (محمد أحمد النابلسي ، ص46-47).

6- تشخيص الصدمة النفسية حسب معايير DSM5 :

Posttraumatic Stress Disorder (f43.10)

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت ، أو لإصابة خطيرة ، أو العنف

الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية :

- التعرض مباشرة للحدث الصادم .
- المشاهدة الشخصية للحدث عن حدوثه للآخرين .

- المعرفة لوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين ، في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا .
- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم ،(على سبيل المثال ،أول المستجيبين لجميع البقايا البشرية ، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).
- B.** وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم ، والتي بدأت بعد الحدث الصادم :
 - الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير طوعية عن الحدث الصادم .
 - أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم / أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم
 - ردود فعل تفارقيه ، حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل ، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط) .
 - الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية و التي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم .
 - ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية و التي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم .
- C.** تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم ، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم ، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:
 - تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة ، و الأفكار ،أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم .

- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس ، الأماكن ، والأحداث ، و الأنشطة ، والأشياء و المواقف) و التي تثير الذكريات المؤلمة ، و الأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم .
- D.** التعديلات السلبية في المدركات و المزاج المرتبطين بالحدث الصادم و التي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من اثنين أو أكثر ما يلي :
 - عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم .
 - المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة و مبالغ بها حول لذات ، أو الأخر أو العالم .
 - المدركات الثابتة ، و المشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم و الذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه /نفسها أو غيرها .
 - الحالة العاطفية السلبية المستمرة (الخوف ، الرعب ، الغضب ، الشعور بالذنب) .
 - تضاعف بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة .
 - مشاعر بالنفور و الانفصال عن الآخرين .
 - عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (عدم القدرة على تجربة السعادة و الرضا أو مشاعر المحبة)
- E.** تغيرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم ، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم ، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي :
 - سلوك متوتر و نوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء الفظي أو الجسدي اتجاه الناس أو الأشياء .
 - التهور أو سلوك تدميري للذات .
 - التيقظ المبالغ فيه . (Hyper Vigilance)
 - استجابة عند الجفل مبالغ بها .

- مشاكل في التركيز .
- اضطراب النوم (على سبيل المثال ، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائما أو النوم المتوتر) .
- F. مدة الاضطراب (معايير B.C .D .E) أكثر من شهر واحد .
- G. يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية و المهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى .
- H. لا يعزي الاضطرابات إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (الأدوية و الكحول) أو حالة طبية أخرى .(أنور الحمادي ،)

7- التكفل النفسي بالشخص المصدوم :

-التكفل النفسي :

* **المرحلة الأولى " الإستعجالية "** :هي مرحلة الإنذار و حالة الاستنفار النفسي ، مع العلم أن تدخل المختص النفسي لوحده في موقع الكارثة و في نفس الفترة (الوقت) ، فهذه الفترة العصبية تتطلب رابطة اتصال و تبادل مع المصاب ، بعض الأطباء النفسانيين ينصحون أيضا بتقديم أدوية معدلة للمزاج ، عندما يبلغ القلق مداه و هذا مهم للتخفيف من حدة الانفعالات .

***المرحلة الثانية " قريب الأمد "** : هي مرحلة المقاومة و توظيف السلوكات و المعارف المكتسبة و في خلال هذه المرحلة يتمكن الفرد من قهر الضغط النفسي و يبدأ بتكيف مع الواقع ، و إذا لم يتمكن السيطرة على الضغط النفسي الذي يتولد من فترة إلى أخرى مع نفاذ قوة الوسائل الدفاعية الذاتية و تحويلها إلى عوامل مدعمة لتفادي الأعراض المضطربة .

* **المرحلة الثالثة " بعيد الأمد "** : هي مرحلة الإنهاك نظرا لعدم التكيف ، مما يؤدي إلى استمرار معايشة الحدث الصدمي و ترسخ الجسم الغريب في النفس ، فحالة الضغط النفسي و القلق

تؤدي إلى اضطرابات نفسية مختلفة و يمكن أن تصل إلى حالة الكآبة و الانتحار و إلى أمراض التي يجب أن يتدخل على الفور الأخصائيين النفسيين .(حيدر جوهرة ،2013، ص 38).

استنتجنا من أن الضغط ما بعد الصدمة هو رد فعل طبيعي لحدث غير طبيعي و يلاحظ على الشخص بأعراض و إستثارة لم تكن موجودة لديه قبل الصدمة و تكون مستمرة مما تجعله غير قادر على مماوئة نشاطاته اليومية الاعتيادية ، فيتحول إلى مرض مزمن في حالة عدم علاجه ، و يصاحب المريض بقية أيام حياته .

خلاصة :

من خلال كل ما قدمناه في هذا الفصل إذن يمكن القول أن الصدمة النفسية تترك لدى الفرد آثار وذلك نتيجة لما يتعرض له ،من ضغوطات ومشاكل خطيرة عائقة ولا يستطيع التكيف و التعامل معها و كذلك التخلص منها ، وهذا ما يجعله يعاني من التوتر و الانفعالات الزائدة وكما يؤدي إلى اضطرابات مختلفة ، فنستنتج أن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ينتج عند تعرض الفرد لحدث صادم و غير متوقع مثل العنف الذي تتعرض له المرأة ، وهو اضطراب قد يستمر لعدة سنوات وقد يكون مزمن إذا لم يتم متابعته من طرف طبيب نفسي .

الفصل الرابع

العنف ضد المرأة

تمهيد:

- 1- مفهوم العنف ضد المرأة .
- 2- أشكال العنف ضد المرأة.
- 3- عوامل المسببة للعنف ضد المرأة .
- 4- الآثار النفسية على المرأة المعنفة .
- 5- النظريات المفسرة للعنف ضد المرأة .
- 6- مدى انتشار ظاهرة العنف ضد المرأة في ولاية تيزي وزو
- 7- الخصائص النفسية للمرأة المعنفة .
- 8- إستراتيجيات القضاء على العنف ضد المرأة في

الجزائر .

خلاصة .

تمهيد :

يعتبر العنف من الظواهر الاجتماعية السائدة في أنحاء مختلفة من العالم و خاصة العنف ضد المرأة ، ويستمر العنف في هذه الحالة مع المرأة خلال مراحل حياتها المختلفة ، الآثار النفسية الناتجة عن العنف ضد المرأة ضد المرأة ، سواء كان العنف في مرحلة الزواج ، أو حتى عنف الأب أو الأخ ، فهي تؤثر على المرأة في جميع شؤونها و تستمر أثارها في التطور مع تقدم العمر ، ويمكن أن يصل أثرها الصحة العامة للمرأة سواء الجسمية أو النفسية على حد سواء .

وفي هذا الفصل سنحاول دراسة مفهوم العنف على المرأة و إلقاء الضوء على الأسباب ، الأشكال ،ورأي النظريات النفسية في هذه الظاهرة ، وبعض إستراتيجيات للقضاء على العنف ضد المرأة في الجزائر .

1- مفهوم العنف ضد المرأة :

يعرف العنف ضد المرأة حسب الإعلان العالمي للقضاء على العنف الموجه ضد المرأة الصادر في 1993/12/20 بأنه : " أي فعل عنيف قائم على الجنس ينجم عنه ، أو يحتمل أن ينجم عنه أذى أو معاناة بدنية أو جنسية أو نفسية للمرأة ، بما في ذلك التهديد باقتراف مثل هذا الفعل أو الإكراه أو الحرمان التعسفي في الحرية ، سواء وقع ذلك في الحياة العامة أو الخاصة و يتضمن:

- العنف الجسدي ، و الجنسي ، و النفسي الذي يقع في إطار الأسرة .
- العنف الجسدي ، و الجنسي ، و النفسي الذي يقع في الإطار العام للمجتمع .
- العنف الجسدي ، و الجنسي ، و النفسي الذي تقتزفه الدولة أو تتغاضى عنه حينما وقع .

• و يعرف الشواشرة و محمود (2014) النساء المعنفات بأنهن : النساء اللواتي يتعرضن للإساءة مع الآخرين و تتضمن إساءات جسدية ، نفسية ، جنسية و لفظية و صحية و اجتماعية و اقتصادية ، و ترتبط هذه الأشكال جميعها بمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية و السلوكية التي تؤثر في الصحة الجسدية و النفسية للمرأة ، و أدائها لأدوارها بوصفها أما ، زوجة و امرأة عاملة ." (لبنى بن دعيمة ، 2021 ، ص 133).

2- أشكال العنف ضد المرأة :

1-2 العنف الجسدي : و يعني استخدام القوة الجسدية نحو المرأة و هو من أكثر أشكال العنف وضوحا و يتم باستخدام الأيدي أو الأرجل أو أية أداة من شأنها ترك آثار واضحة على جسد المعتدي المعتدى عليها مثل السكين أو أية أداة ساخنة و يكون العنف الجسدي على شكل ضرب أو الركل أو العض أو الصفع أو الدفع أو اللكم أو الحرق أو شد الشعر أو الطرح أرضا أو الخنق أو التهديد بالسلاح أو القتل . وتمر عملية الضرب قبل وقوعها

بمراحل حيث يحصل جدال بين الطرفين يمتد و يتحول إلى صراع ثم إلى شتم و يتطور إلى ضرب .

2-2 العنف اللفظي : يعد العنف اللفظي من أشد أنواع العنف خطرا على الصحة النفسية للمرأة بالرغم بأنه لا يترك أثارا واضحة ويكون العنف اللفظي على شكل شتم الرجل للمرأة سواء كانت أخته أو زوجته أو ابنته و يجرحها أمام الآخرين و ينعته بالآلفاظ البذيئة و عدم إبداء الاحترام و التقدير لها و إبداء الإعجاب بالأخريات في تحضيرها و تحقيرها و السخرية منها و الصراخ عليها و يعتبر العن اللفظي هداما بشكل كبير ، خاصة لصورة الذات لدى المرأة . (العواودة،1998،ص88)

2-3 العنف النفسي : يشير العنف النفسي إلى إي سلوك يؤدي إلى إحداث ضرر عاطفي للنساء ، أو إعاقة النمو الصحي و يقترن بالعنف الجسدي ، فالمرأة التي تتعرض للعنف الجسدي تصاب بمعاناة نفسية ، و يشمل هذا النوع من من العنف العديد من السلوكيات كالتشكيك في سلوك المرأة ، و مراقبتها باستمرار ، أو استغلالها و التلاعب بها ، و يسبب العنف النفسي أثارا نفسية قصيرة و طويلة الأمد بنفس خطورة الآثار النفسية الناتجة عن تعرض المرأة للعنف الجسدي . (سهيلة محمود بنات ، 2008 ، ص 89)

3-العوامل المسببة للعنف ضد المرأة :

3-1 العوامل البيولوجية : هناك اتفاق بين المختصين على أن العوامل البيولوجية هي العنصر الأول الذي يدفع بعض الأفراد إلى السلوك العدواني و العنف ومن ذلك إتلاف بعض خلايا المخ لسبب أو لآخر ، كذلك وجد أن 70% ممن يعانون صدمات مرضية أصيبت أدمغتهم يستجيبون بعنف لآتفه الأسباب كما وجد أن الذين يتعرضون لحوادث تصيب الدماغ أثناء أو بعد الانتهاء من شرب الكحول و الذين يدمنون المخدرات و الكحوليات يصبح

سلوكهم عدوانيا كذلك وجد العلماء أن الأمراض الجسمية واستخدام العقاقير المخدرة ، يمكن أن تؤدي إلى السلوك العدواني .(ديانا هليز ، 1999 ، ص220)

2-3 العوامل النفسية : و ما يصاحبها من إشباع حاجات الفرد العاطفية و عجزه عن التكيف النفسي و الاجتماعي السوي تؤدي بتدرج إلى قيام الصراع أو نوع من عدم الاستقرار الداخلي ومن هذه العوامل ما يلي :

- شعور الرجل بالنقص و فقدانه الثقة في نفسه يدفعه لممارسة العنف ضد زوجته أو أخته لتعويضه عن شعوره بالنقص و لحماية نفسه و مشاعر الفشل و الإحباط يلجأ الرجل إلى ممارسة العنف الفيزيقي أو التهديد بممارسة القوة لهزيمة المرأة و منع تفوقها عليه .

- كما يلجأ الرجل للعنف داخل أسرته وذلك لخفض التوتر و الإحباط الذي يشعر به في عمله و عدم قدرته بالتعبير عن شعوره بالغضب و التعبير عنه أمام رئيسه فيقوم بإزاحته و إسقاط غضبه على زوجته ، أولاده ، أخته .

- أن يكون قد تعرض للضرب في طفولته أو اعتاد مشاهدة الضرب و بالتالي يصبح العنف سلوك متعلم و هو حصيلة تاريخ سابق مليء باليأس و الإحباط .(العيسوي ، 2004 ، 235).

3-3 العوامل الاجتماعية :

- التنشئة الاجتماعية التي تقوم على أساس التربية العنيفة حيث تشكل لديه شخصية ضعيفة و غير واثقة وهذا ما يؤدي به في المستقبل إلى معالجة هذا الضعف بالعنف بحيث يستقوي على الأضعف منه و هي المرأة .

4-3 العوامل الاقتصادية :

- الفقر و البطالة التي تؤثر على الناحية المادية للأسرة مما ينعكس سلبا على مستواهم

- لمعيشي ، حين يصعب الحصول على لقمة عيش و توفير الحاجيات الضرورية لأفرادها و ينشأ الصراع .

- الظروف السكنية الصعبة كضيق المنزل و كثرة عدد أفراد العائلة فيه ، يقود إلى حدوث نوع من الخلافات حول بعض المرافق الأمر الذي يترتب عليه الكثير من الخلافات العائلية سواء بين الزوجين أو بين الإخوة و الأخوات .

4-5 العوامل الثقافية: التفاوت الواضح في المستوى التعليمي و المؤهلات الدراسية لكل من الرجل و المرأة خصوصا إذا كانت المرأة هي الأعلى في المستوى مما يولد توترا و عدم التوازن لدى الرجل فيحاول تعويض هذا النقص باحثا عن المناسبات التي يمكنه فيها انتقاصها و استصغارها بالشتم و الإهانة أو حتى الضرب للسيطرة عليها و منع تفوقها .

- العنف الأسري في الطبقات الاجتماعية العليا قد يعود إلى الحرية الزائدة التي تعطي للمرأة و التي تصل بها لحد الانقلاب و التمرد و عدم الطاعة لسلطة الأب أو الزوج مما يولد العنف .

- ضعف الوازع الدين و الفهم الخاطئ لمبدأ القوامة و تبرير استعمال العنف ضد المرأة بأنه طريقة المثلى لتقويم سلوكها . (العيسوي ، 2004 ، 481) .

3- الآثار النفسية على المرأة المعنفة :

4-1 الآثار الصحية : تظهر لدى المرأة التي تعرضت للعنف بالخلل في صحتها البدنية و التناسلية و تظهر على النساء المعتدي عليهن أيضا أعراض في الصحة العقلية و أداء وظائفها الاجتماعية و يزداد احتمال ميل المرأة التي تتعرض للعنف إلى تعاطي المشروبات الكحولية و المخدرات و اختلال صحتها و اختلال صحتها الجنسية و محاولة الانتحار و التوتر اللاحق للصدمة و اضطراب الجهاز العصبي المركزي . (تقرير الأمن العام ، 2018)

4-2 الآثار النفسية : و تتمثل الآثار النفسية المترتبة عن العنف بتشتت مفهوم الذات و انخفاض تقديرها و تحقيرها و الخجل و الشعور بعدم الثقة و سمات مثل الإحباط و الميول الانتحارية و عدم القدرة على بناء علاقات حميمية في الحياة ، بالإضافة على التشتت وعدم وضوح الأهداف و هناك أيضا أعراض سيكوباتية و تتمثل في الأرق ، القلق ، إدمان الكحول و المخدرات و الاضطرابات النفسية و عدم الشعور بالأمان و ظهور الأمراض النفسجسمية بالإضافة على الشعور بالإهانة و العجز و الإحباط و الانطواء الاتكالية و فقدان الثقة بالنفس

4-3 الآثار النفسجسمية : تشكو النساء المتعرضات للعنف الجسدي وسوء المعاملة البدنية من إصابات عديدة نتيجة للتعرض للعنف تتمثل في الأعراض التالية :

- الكدمات و الرضوض المختلف ، الجروح ، الكسور ، تمزق الأنسجة.
 - ارتجاج بالمخ ، فقدان جزئي للسمع أو البصر ، هالات سواد حول العيون .
 - التأثير على الأعضاء الداخلية الحيوية مثل الرحم ، الكبد ، الطحال .
- *بالإضافة إلى اضطرابات نفسية تتمثل في :

- انخفاض الشعور بالقيمة .

- العجز المكتسب كما سماه " سليجمان SLJMAN " حيث تشعر بالاكنتاب و بأنها لا تستطيع السيطرة على أمور حياتها و التنبؤ بما يحدث لها ولا تستطيع إيقاف إساءة أي شخص لها . (حيدر جوهرة ، 2019،)

4- النظريات المفسرة للعنف ضد المرأة :

تعددت و اختلفت آراء الباحثين عن ظاهرة العنف الموجه ضد المرأة و من أهم النظريات المفسرة له فيما يلي :

النظرية السلوكية :

إن النظرية السلوكية تهتم بالسلوك الظاهر للفرد ، و أن الإنسان هو عبارة عن آلة مثله مثل أي آلة أخرى، فالفرد يتصرف من خلال قوانين و أساليب ، و ذلك في استجابته للقوى الخارجية ، أو المتغيرات التي تأثر عليه ، وركزت النظرية السلوكية على عملية التعلم و أهميته في سلوك الإنسان .

من رواد هذه النظرية " واطسن " **Watson** الذي يفسر شخصية الإنسان في عبارته الشهيرة : " أعطوني مجموعة من الأطفال الأصحاء سليمي البنية و أنا كفيل أن أخرج منهم الطبيب و المحامي و الفنان و التاجر و رئيس العمل ، بل و الشحاذ و اللص ، بصرف النظر عن استعداداتهم و ميولهم و قدراتهم و أعمال آبائهم و أصولهم الوراثية ، فليس ثمة شيء اسمه وراثه القدرات أو المهارات أو المزاج أو التكوين العقلي " و أكد على أهمية الحداثة و التكرار في التعلم.

و تقوم هذه النظرية على أنه يمكن تشكيل أي شخصية عن طريق التعلم الشرطي القائم على المثير و الاستجابة ، و كذلك عن طريق التحكم في الظروف .

كما تؤكد هذه النظرية على أهمية عامل التعليم على سلوك الإنسان ، و تكوين شخصيته ، و لهذا فالعنف ما هو إلا سلوك يؤدي إلى استجابة جسمية ناتجة لمثير معين يؤدي إلى تغيرات جسمية داخلية ، و إلى الاستجابة المتعلمة المناسبة لهذا المثير . (سلمى بنت محمد بن سليم الحربي ، 2008)

النظرية المعرفية : اقترح هولتزورث **Holtzworth** (1993) نموذجا عن العنف مبنيًا على نموذج معرفي اجتماعي يتم تفسيره في ضوء نقص المهارات الاجتماعية في مرحلة معالجة المعلومات لقد أوضحت نتائج الدراسات التي قام بها هولتزورث (1993) و فولكمان (1996) أن الأسلوب المعرفي الذي يقدر به الرجل مواقف الصراع مع زوجته يكون حاسما في إمكانية

ظهور السلوك العنيف بمعنى أن التقدير المعرفي السلبي من الرجل المسيء لسلوك زوجته في مواقف الصراع بطريقة مؤذية انفعاليا و جسميا .

يشير كل من مونرو و هولتزورث **Holtzworth (1992)** إلى أن السلوك العنيف من الرجل تجاه المرأة يكون نتيجة خطأ في عملية معالجة المعلومات التي تتكون من ثلاث (03) مراحل و التي تتمثل فيما يلي:

1-مرحلة الترميز : تتضمن عملية استقبال و إدراك و تفسير المثيرات القادمة و أن عدم

الانتباه و التشتت يعوق من استقبال و إدراك الحدث مما تؤدي إلى استجابة غير ملائمة و خاطئة من خلال الاعتقادات اللاعقلانية .

2-مرحلة اتخاذ القرار : تتضمن هذه المرحلة عمليات توليدو اختيار الاستجابات الملائمة

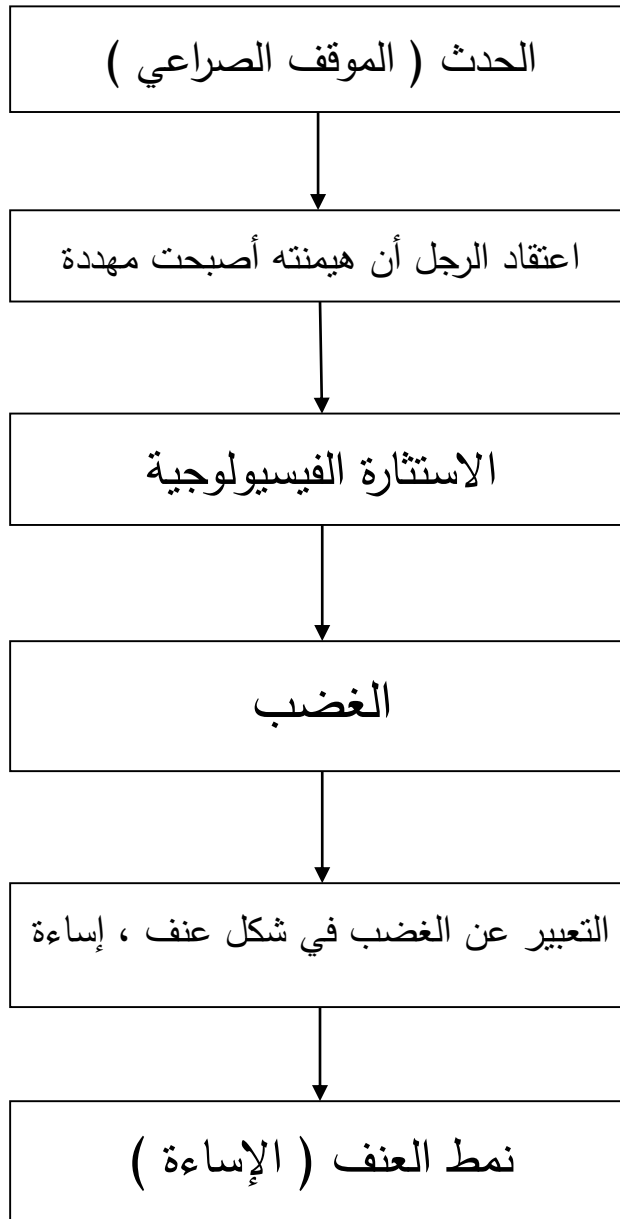
نحو المواقف الاجتماعية ، تظهر فيه الكفاءة و الفعالية في اتخاذ القرارات من أجل حل الصراعات الزوجية .

3-مرحلة التفعيل : تتمثل في ترجمة الاستجابة التي اختبرت بعد عملية الترميز و اتخاذ

القرار إلى سلوك فعلي و قد كشفت نتائج دراسة " ريج " (1990) عن وجود علاقة سلبية دالة بين سلوك حل المشكلة و سلوك العنف و العكس صحيح . (هاشيم ، 2011 ،

ص 67)

يمكن توضيح النموذج المعرفي في العنف ضد المرأة في الشكل التالي :



شكل رقم (07) : يمثل النموذج المعرفي في العنف ضد المرأة .

(هاشيم ، 2011 ، ص 68).

5-مدى انتشار ظاهرة العنف ضد المرأة في ولاية تيزي وزو :

إن ظاهرة العنف ضد المرأة ظاهرة منتشرة في كل العالم و مست تقريرا معظم الأسر لكن بدرجات متفاوتة ، كما أنها مختلفة من بلد إلى آخر و من ولاية إلى أخرى ، ونجد

من بين هذه الولايات ولاية تيزي وزو أين قامت مديرية الأمن الوطني بإحصائيات العنف ضد المرأة من سنة 1018 إلى سنة 2022 و النتائج وضحت أنها مست تقريبا جميع الفئات العمرية من 20 إلى 50 سنة و بمختلف الوسائل وتتمثل هذه النتائج فيما يلي :

جدول رقم (02) : إحصائيات مديرية الأمن الوطني لولاية تيزي وزو ، جانفي 2023

السنة	2018	2019	2020	2021	2022
عدد الضحايا	150	142	196	190	100
المعتدي الأب	%50	%52.82	%19.39	%22.63	%32
الضرب و الجرح العمدي	%81.33	%80.28	%83.16	%79.47	%76
العنف الجنسي	%04	%2.83	%6.63	%2.63	%4
السب و التهديد	/	%2.83	%7.65	%13.16	%18
تحرش جنسي	%0.66	%2.11	%0.51	/	%01
سوء المعاملة	%14	%11.97	%2.04	%4.74	%01
ماكثات بالبيت	%72	%73.24	%66.84	%58.42	%61
عاملات	%21.33	%22.54	%26.53	%32.11	%34
طالبات	%6.66	4.235	%5.61	%8.42	%05

من خلال الجدول رقم (01) يبين أن الإحصائيات تشير إلى أن ولاية تيزي وزو عرفت تزايد في عدد النساء ضحايا العنف و اللواتي قدمن شكوى إلى مركز الشرطة خلال السنتين (2020-2021) بينما هناك انخفاض بنسبة كبيرة سنة (2022) .

كما يظهر أن العنف الأبوي هو الذي يحتل المرتبة الثانية و هذا بنسبة (%52.82)، لكن عرف انخفاض سنة (2020) ليعود للارتفاع مرة أخرى في سنة (2021-2022) .

و من أنواع العنف الأكثر انتشارا هو العنف الجسدي (الجرح العمدي و الضرب) و هو يحتل المرتبة الأولى و بنسبة تتراوح بين (80.28% ، 83.16%) بين (2018) و (2020) ثم عرفت انخفاض في السنتين (2021) و (2022) .

أما الجنسي و التحرش الجنسي لم يعرف ارتفاعا كبير ، وهذا يرجع إلى الصمت و عدم تقديم الشكاوي على مستوى الشرطة ، نفس الشيء بالنسبة لسوء المعاملة حيث عرفت انخفاض كبير لتصل إلى نسبة 1% سنة (2022) .ويتبين أيضا من خلال الجدول أن أغلب النساء اللواتي يتعرضن للعنف هنا النساء الماكثات في البيت و تقدر بنسبة (72- 73.24 %) و هذا في السنتين (2018-2019) و لكن عرفت انخفاضا في السنوات (2020) (2021) و (2022) .

كما يلاحظ خلال الجدول أن العاملات و الطالبات أيضا يتعرضن للعنف حيث قدمت العديد من الشكاوي ، لكن تبقى هذه الإحصائيات ناقصة لأن هناك الكثير من النساء اللواتي يتعرضن لمثل هذه السلوكات غير القانونية التي ترتكب في حقهن و لمن يبقون صامتات بسبب الخوف .(مدرية الأمن الوطني لولاية تيزي وزو ، 2023)

6-الخصائص النفسية للمرأة المعنفة :

يحدث العنف ضد المرأة في كل المستويات الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و الأعمار و المناطق الجغرافية حيث تتسم المرأة الضحية بعدد من الخصائص التي ربما تسهم في عدم قدرتها على ترك العلاقة العنيفة التي تعيشها و تتمثل هذه الخصائص فيما يلي :

- تلوم نفسها عن العنف الذي وقع لها .
- الخوف من ترك العلاقة العنيفة .
- العزلة عن الأصدقاء و الأسرة و عن أنسقة المساندة و الدعم الاجتماعي .
- تتقبل المسؤولية عن الأفعال و سلوكيات المعتدي و الاعتقاد بأنها تستحق العقاب الذي حل بها .

- تظهر انخفاض في تقدير الذات وذلك حيث أن المعتدي عليها يبالغ في التأكيد على أنها غير جديرة بالاستحقاق و القيمة .
- تعتقد أنها تستطيع غالبا تغيير سلوك المعتدي كما أنها تعتقد أنه يمكنها مساعدة نفسها دون تدخل خارجي . (طه عبد العظيم حسين ، 2007 ، ص 62-63).

7- إستراتيجيات القضاء على العنف ضد المرأة في الجزائر :

بما أن ظاهرة العنف ظاهرة خطيرة يجب التدخل الفوري للحد منها و القضاء عليها لذا يتطلب رسم استراتيجيات و سياسات طويلة المدى كافة قطاعات المجتمع ولا بد أن تتضمن مثل هذه الاستراتيجيات برامج وقائية و برامج علاجية (التدخلات) هذا إلى جانب وضع خطة شاملة لإعادة بناء حياة الضحايا.

تشمل مجالات التدخل المقترحة لتنفيذ مثل هذه الاستراتيجيات الأنشطة التالية :

- أنشطة إثارة الوعي و استقطاب الدعم .
- حملات التوعية العامة بالحقوق المدنية و الإنسانية .
- ترسيخ ثقافة العنف .
- التدخل المباشر لمساعدة الضحايا .
- تنظيم الاجتماعية و المؤتمرات الجادة .
- إنتاج الكتيبات و المنشورات التوعية (رشاد على عبد العزيز موسى ، 2008 ، ص

(33)

- تحسين آليات و مناهج التكفل بالنساء ضحايا العنف .
- تدعيم قدرات الوزارة على الصعيدين التقني و المؤسسي .
- الاستفادة من نتائج التحقيقات حول العنف ضد النساء لوضع برامج خاصة .
- البحث عن حلول عملية لكيفية تجاوز الصعوبات التي من شأنها ضمان حماية ناجحة للفئات المعنفة .

- المساهمة في تغيير الصورة الذهنية أو النمطية للعنف بالتركيز على التوعية و الوقاية و تكوين المتدخلين. (الوزارة المنتدبة لدى وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة ، 2020) .

نستنتج أن العنف ضد المرأة و من كل جوانبه سواء جسدية ، نفسية ، جنسية ، لفظية و صحية ، اجتماعية ، اقتصادية كلها تؤثر في الصحة النفسية و الجسدية للمرأة و تؤدي إلى اضطرابات نفسية و سلوكية حيث يظهر عليها الخوف و العزلى و خاصة انخفاض في تقدير الذات الذي يعرقل أدائها كإمرأة .

خلاصة:

بهذا نكون قد وصلنا إلى نهاية بحثنا عن العنف ضد المرأة ، مع العلم بعواقب الأمر و أضراره على الفرد و المجتمع ، يجب على الجميع السعي للتخلص من هذه الظاهرة و التعامل بلطف و رحمة بين جميع أفراد المجتمع

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإطار المنهجي للبحث الميداني

تمهيد

- 1- الدراسة الاستطلاعية .
- 2- منهج الدراسة .
- 3- عينة الدراسة .
- 4- الاطار الزمني و المكاني .
- 5- أدوات الدراسة .
- 6- تقييم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي .

تمهيد :

بعد التطرق لأهم الجوانب التي لها علاقة بموضوع الدراسة المتمثلة في فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي فخفض من أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى المرأة المعنفة وضبط متغيرات البحث في الجانب النظري سيتم الآن التطرق إلى الجانب التطبيقي .

يعتبر الجانب التطبيقي مرحلة مهمة من مراحل البحث العلمي فهو الجانب الذي يمكن الباحث من جمع المعلومات و البيانات للتأكد من صحة الفرضيات و لتحقيق الأهداف ، حيث سنتطرق في هذا الفصل بالإجراءات الميدانية المتعلقة بالدراسة ومختلف المراحل العلمية و التي تتمثل في منهج البحث و الدراسة الاستطلاعية و العينة و الأدوات المستخدمة في البحث .

1- الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان ، مما يضيفي صفة الموضوعية على البحث و تعد حول خطوة يلجأ إليها الباحث للتعرف على مكان إجراء البحث وقابلية إنجازه ، إضافة إلى معرفة إذا كانت وسائل البحث قابلة التطبيق ميدانيا و التعرف على الظروف و الإمكانيات المتوفرة التي سيتم فيها إجراءه و التأكد من مجموعة البحث التي سيتم التعامل معها .

*** تقديم حالة الدراسة الاستطلاعية :****تاريخ حالة :**

الاسم : صارة (قمنا بتغيير اسم المفحوصة).

السن : 48 سنة .

المستوى التعليمي : ثانوي .

المستوى الاقتصادي : متوسط .

المهنة : مأكثة في البيت .

عدد أفراد الأسرة : 06 ، 03 ذكور و 03 إناث .

أما الرتبة بين الإخوة هي الثانية بعد أخوها .

الهيئة العامة : لباس مرتب و نظيف .

ملامح الوجه : يظهر عليها الحزن .

الاتصال : سهل و تفاعل جيد .

النشاط العقلي :

اللغة : تتكلم بطريقة واضحة و منسقة .

الذاكرة : سليمة و لكن ضعيفة لا تتذكر كل شيء .

النشاط الحركي : عادي .

الحالة الصحية : تعاني من الغدة الدرقية hyper- tyroid.

الحالة النفسية : تعاني من الاضطهاد . (persécution)

نوع الدواء : مضادات الذهان (tegretol , rispil) و مضادات القلق (Transcene)، منوم (nozinan)

أثاره : أثاره جفاف الحلق ، اضطراب في الشهية ، انخفاض ضغط الدم ، ارتخاء العضلات ، الرغبة الشديدة في النوم .

1- عرض محتوى المقابلة :

الحالة تبلغ من العمر 48 سنة ، عزباء تعيش في بيت أهلها مع أمها و أبوها و إخواتها ، مستواها المعيشي متوسط ، و مستواها التعليمي 3 ثانوي ، حيث أعادت البكالوريا 7 مرات ، و في نفس هذه السنة أي 2005 دخلت و لأول مرة المستشفى كما قالت “ boniyidardagiozerigh ara aygher ” بمعنى أحضروها للمستشفى و لا تدري لماذا لا تتذكر .

كما قالت أيضا أنها لم تكن مريضة قبل دخولها المستشفى و لكن بعد بقائها فيه أصبحت تعاني من عقد نفسية و لهذا ترجع و باستمرار و هي من تطلب من أهلها احضارها إلى المستشفى كما قالت “ mi detasaghgher da theteksiylehalanni ” بمعنى لما تدخل المستشفى ترتاح ، لما سألتها عن هذه الحالة ماهي قالت “ yekathiyigemasa3rouriw arthouyath sa ”

karoyarnou yet3ayariyi yekariyidyarlalhdour je supporte pas
 toughoughmemnek t3ayaragh “ بمعنى لما يضربها أخوها و يلقبها لا تحتل فتصرخ
 و حتى هي تلقبه ، ثم تطلب منه احظارها للمستشفى و لا تحتل البقاء في البيت بعدها ، تدخل
 المستشفى كل شهرين و ثلاثة تبقي 15 يوم ثم تخرج ، عند سؤالنا ما هو مرضك قالت لا أعرف
 بالضبط و لكن العنف الذي عشته مع عائلتي و أيضا مشاكل البيت الضيق يجعلني أكتئب ثم
 أنعزل على الناس و أن منذ أن ضربها أخوها أصبحت تعاني من الوسواس القهري كما قالت :
 tewswisaghmayewth gemma oteghimigh ara gmekan ni
 ilakadrohaghsemanabachadetough “ بمعنى لما يضربها أخوها يجب أن لا تبقي في
 ذلك المكان و يجب أن تذهب أسبوع أو أكثر لكي تنسى ، و أما عن والدها فهو يدعو عليها و
 هذا يؤلمها كثيرا حيق قالت : ” nekfragil ida3oyid yekariyidilakam a3okaz
 amathemothed , inchalahatemthed “ بمعنى تقول أنها شخصية هشة ووالدها يدعوا
 عليها بالموت و يقول يجب أن نضربوكي حتى تموتي .

كما قامت أيضا بمحاولة انتحار شربت دواء و دخلت في غيبوبة 48 ساعة حتى فاقت أحضروها
 مباشرة إلى المستشفى الأمراض العقلية و بقيت فيه تقريبا سنة حتى تحسنت تماما ، و هذا دليل
 على وجود اضطراب أما عن السبب الذي أدى بها للانتحار ، قالت انها تظلم عائلتها عندما
 تعاني من تلك الحالة تلقبهم و بعدها تندم و أنها ظلمتهم و هم لم يفعلو شيئا .هنا نلاحظ تناقض
 في كلامها من جهة تقول أن العنف و المعاملة السيئة التي أدت بها للاضطراب و من جهة
 أخرى تقول أنها هي من تظلم عائلتها وأنها أتعبت عائلتها بحالتها هذه بعد انتهاء المقابلة قمنا
 بتطبيق مقياس دافيد سون للضغط ما بعد الصدمة تحصلت على درجة ب (17) أي ضغط ما
 بعد الصدمة خفيف .

ناقشنا مع المختصة النفسية التي تتابعها في المستشفى حيث صرحت هذه الأخيرة أن هذه الحالة تعاني من الضغط و تتكلم دائما عن العنف و سوء المعاملة التي تتلقاها من عائلتها ، و لكن هي الآن تريد الخروج من المستشفى لأن الطبيب قال لها إذا أردت أن تبقي هنا تدخلني إلى المصلحة المغلقة (service fermé) و هي ترفض هذا و لذلك كانت اجابتها تناقض ما هي عليه .

و بعد إجراءنا معها المقابلة و الحصول على هذه النتيجة نطبق عليها المقياس لأنها سوف تخرج من المستشفى .

* من خلال هذه المقابلة التي قمنا في الدراسة الاستطلاعية ، تم وضع المحاور النهائية للمقابلة نصف الموجهة ، كما أن لاحظنا أن الحالة فهمت بنود المقياس رغم التناقضات التي لاحظناها في اجاباتها و ذلك لخصائص الحالة .

2- منهج الدراسة :

تتوقف عمل اختيار المنهج للدراسة على طبيعة المشكلة المراد دراستها ، و المنهج بصفة عامة و الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة و بالتالي فان لكل منهج خصائصه و ميزاته التي يستفيد منها الباحث .

اعتمدنا على المنهج العيادي لأنه يخدم موضوع دراستنا ، و يعرف المنهج الإكلينيكي على أنه طريقة تنظر إلى السلوك بمنظور خاص فهي تحاول الكشف بكل موضوعية عن كينونة الفرد و الطريقة التي يشعر بها و السلوكات التي يقوم بها في موقف ما ، وكذلك الكشف عن صراعات النفسية مع إظهار دوافعها و ما يقوم به من السلوكات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها . (روشلين ص 87)

و حسب روندا (1983) فالمنهج العيادي بمثابة الملاحظة العميقة و المستمرة لحالات خاصة و الذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد . (روندا ، 1983 ، ص 21).
و المنهج العيادي حسب " بيرو " عام 1979 هو منهج يهدف لمعرفة التوظيف النفسي للفرد و تكوين بنية واضحة لحوادث نفسية . (بيرو ، 1979 ، ص 38).

3- عينة الدراسة :

إن اختيارنا لمجموعة البحث كان بطريقة مقصودة وفق المعايير التالية:

3-1 معايير اختيار العينة :

تتكون العينة من حالتين و كلهن نساء معنفات يعانون من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة و قد تمت اختيار هذه العينة وفق المعايير التالية :

- أن تكون المرأة المعنفة .
- تعاني من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة و ذلك من خلال المقابلة النصف الموجهة و نتائج مقياس ضغط ما بعد الصدمة .

2-3 خصائص عينة البحث :

جدول رقم (03) يمثل معايير اختيار عينة البحث .

الخصائص الحالات	السن	المستوي التعليمي	المهنة	الحالة المدنية	نوع العنف	نوع الاضطراب
الحالة الأولى	30	ماستر 2 علم الآثار	ماكثة في البيت	عزباء	جسدي و لفظي	هستيريا
الحالة الثانية	43	الثانية ثانوي	ماكثة في البيت	عزباء	جسدي و لفظي	ثنائي القطب

لقد احتوت عينة البحث على حالتين معنفات يعانون من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ، تتراوح أعمارهم ما بين 30 سنة إلى 43 سنة ومستواهم التعليمي من الثانوي ، الجامعي ، كلهن ماكثات في البيت.

كلاهما تعرضنا للعنف الجسدي و اللفظي من طرف الأب و الأخ منذ الطفولة ، وكلاهما تحت رعاية طبية و مراقبة صحية في مستشفى الأمراض العقلية " فرنان الحنفي " .

4-الإطار الزمني و المكاني للدراسة :

لقد قمنا ببحثنا في مستشفى الطب العقلي " فرنان الحنفي " بواد عيسي تيزي وزو .

4-1 التعريف بالمؤسسة :

تقع المؤسسة الاستشفائية للطب العقلي شرق ولاية تيزي وزو .

3-4 هياكل و إمكانيات المؤسسة :

تتكون المؤسسة من :

- مكتب المراقبة العامة .
- موقف السيارات .
- مصلحة الإدارة و التوجيه و الإرشاد و التي نجد فيها :
 - مصلحة الاستشفاء الإداري .
 - مصلحة الاستقبال و الاستجالات .
 - مخبر التحاليل .
 - عيادة طب الأسنان .
- مصلحة مختصة بالطب العقلي للأطفال التي تم فتحها في سنة 2015، يعتني هذا القسم بالأطفال و المراهقين من 0 إلى 18 سنة ، يتكون الفريق المخصص بهذا القسم من أخصائيين نفسانيين ، أخصائيين أرطوفونيين ، أخصائيين في الطب العقلي و كذلك طبيب عام .
- المطعم .
- المخزن .
- الكمبته الطبية .
- مدرج .

ويوجد في هذه المؤسسة وحدات استشفائية موزعة على أربعة أجنحة :

- الجناح الأول خاص بالنساء و الأجنحة الأخرى الثلاثة خاصة بالرجال ، وفي كل جناح يوجد أخصائي نفسي ، طبيب عام ' أطباء عقليين و ممرضين .

يوجد في المؤسسة حوالي 330 سرير وظيفي تتوزع كما يلي :

- 75 سرير لكل جناح من الأجنحة المذكورة .
- 30 سرير مخصص لمصلحة الاستشفاء الإداري وهي مصلحة مغلقة تستقبل الحالات الحادة التي لا يسمح لها بالخروج .
- وقد تم إجراء التريص في الوحدة الاستشفائية الخاصة بالنساء .

الوحدة الاستشفائية للنساء :

تتكون من :

- مكتب رئيس المصلحة .
- مكتب الأخصائي النفسي .
- مكتب الطبيب العام .
- مكتب الطبيب العقلي .
- مكتب الأرشيف لملفات المرضى .
- قاعة الانتظار .
- قاعة للزيارة .
- ساحة للمرضى .

و تتكون أيضا من مصلحتين هما :

المصلحة الكبرى : Le grand service

و التي تتكون من :

- 12 غرفة في كل غرفة يوجد فيها حوالي ستة أسرة .

- حمام .
- غرفة تغيير الملابس .
- صيدلية .
- قاعة العلاج .
- قاعة للحلاقة .
- قاعة التلفاز .

المصلحة الصغرى : Le petit service

- فيها ثلاث غرف في كل غرفة يوجد 03 أسرة .
- حمام .
- قاعة التلفاز .

5-أدوات الدراسة :

تم الاعتماد في هذه الدراسة على :

5-1 المقابلة العيادية النصف الموجهة :

تعد المقابلة العيادية من أهم التقنيات في المنهج العيادي القائم على دراسة حالة ، و تعتبر وسيلة هادفة حيث تساعد الأخصائي النفسي على جمع عدد أكبر من المعلومات عن الحالة و تشخيصها .

و في هذا الإطار تم بناء دليل مقابلة نصف الموجهة يضم ستة (6) محاور متمثلة في :

المحور الأول : محور البيانات الشخصية .

يحتوي هذا المحور على 11 أسئلة و يهدف إلى جمع المعلومات خاصة بالحالة و يعتبر كمدخل للموضوع .

المحور الثاني : محور خاص بالسوابق الشخصية و المرضية للمرأة المعنفة .

يحتوي هذا المحور على ستة (06) أسئلة و الهدف منه هو معرفة ما إذا كانت الحالة تعاني من أمراض نفسية أو عضوية .

المحور الثالث : محور خاص حول العنف المتعرض له .

يحتوي هذا المحور على ثمانية (08) أسئلة و الهدف منه هو معرفة كيف مارس العنف عليها ، و ماهي ردة فعل الضحية أثناء تعرضها للعنف .

المحور الرابع : محور خاص بالحالة النفسية و الانفعالية للمرأة المعنفة .

يحتوي هذا المحور على 13 أسئلة و الهدف منه هو معرفة الحالة النفسية للمرأة المعنفة و استجاباتها الانفعالية أثناء تعرضها للعنف.

المحور الخامس : محور خاص بالعلاقات الاجتماعية للمرأة المعنفة .

و يحتوي هذا المحور على ثمانية (08) أسئلة و الهدف منه هو معرفة ما إذا الحالة لديها علاقات اجتماعية ، و هل لديها مساندة اجتماعية من طرف الآخرين.

المحور السادس : محور خاص بالتطلعات المستقبلية للمرأة المعنفة .

يحتوي هذا المحور على خمسة (05) أسئلة و الهدف منه هو معرفة ما إذا الحالة تجاوزت آثار العنف لديها مشاريع مستقبلية .

5-2 مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD:

مقياس دافيد سون 1987 المترجم إلى اللغة العربية من طرف عبد العزيز ثابت ، يتكون من 17 بند و يتم تقسيم هذه البنود إلى ثلاث مقاييس فرعية هي :

1-استعادة الخبرة الصادمة و تشمل البنود التالية 17، 4، 3، 2، 1.

2-تجنب الخبرة الصادمة و تشمل البنود التالية 11، 10، 9، 8، 7، 6، 5.

3-الاستثارة و تشمل البنود التالية 16، 15، 14، 13، 12.

ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من صفر - 4) ويكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم ، ويكون مجموع الدرجات للمقياس 153 نقطة .

حساب درجة كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي :

1-عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة .

2-ثلاث (03) أعراض من أعراض التجنب .

3-ثلاث (03) أعراض من أعراض الاستثارة .

***الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة :**

❖ الصدق :

قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية ، تم التأكد من صدق الأداة عن طريق المقارنة الطرفية بترتيب درجات عينة الدراسة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تنازليا و أخذ نسبة 33.10% من طرفي الترتيب و حساب كل من المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لكل مجموعة ثم حساب "ت" لعينتين متساويتين و بالاعتماد على SPSS كانت النتائج كالتالي

:

جدول رقم(04) : نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين لحساب صدق المقارنة الطرفية .

المؤشرات الإحصائية الفئات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الفئة العليا	44.87	5.91	10.33	14	مستوى الدلالة 0.05
الفئة الدنيا	21.12	2.69			

من خلال النتائج الموضحة أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ 44.87 بانحراف معياري قدر ب 5.91 بينما المتوسط الحسابي للفئة الدنيا هو 21.12 بانحراف معياري قدر ب 2.69 و بحساب درجة الحرية التي بلغت 14 لوحظ أن "ت" المحسوبة تساوي 10.33 و هي دالة عند مستوى دلالة 0.05 و بالتالي فالمقياس صادق .

❖ الثبات :

تم حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ الذي قدر ب 0.77 (طاووس وازي ،2019،ص84-85).

جدول (05) يوضح : درجة شدة أعراض كرب ما بعد الصدمة .

المتوسط الفرضي للاستجابات	
من 00 - 17 درجة	لا يوجد كرب ما بعد الصدمة
من 17 - 34 درجة	اضطراب ما بعد الصدمة خفيف
من 35 - 51 درجة	اضطراب ما بعد الصدمة متوسط
من 51 - 68 درجة	اضطراب ما بعد الصدمة شديد

3-5 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

1- عنوان البرنامج :

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات .

2- تقديم البرنامج :

تتم هذه التقنية عن طريق تحفيز الشخص المصاب على استرجاع كافة الذكريات المتعلقة بالصدمة ، و مواجهتها مرة أخرى حتى يتمكن من هزيمتها و القضاء عليها ، فمن الجدير بالذكر أن معظم المصابين بالصدمة النفسية يتجنبون استرجاع تفاصيل هذه الصدمة ، مما يزيد من

معاناتهم ، فهو عبارة عن برنامج علاجي نفسي تعليمي و تدريبي منظم من نوع قصير المدى لتعليم بعض التقنيات و الفنيات المعرفية و السلوكية و التدريب عليها .

3- مفهوم البرنامج :

يعرف إجرائيا بأنه البرنامج الذي أعد بهدف خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات و الذي استند إلى النظرية المعرفية السلوكية التي تركز على العلاقة بين الأفكار و المشاعر و السلوكيات التي تطورت لدى شخص يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة ، ويحمل على تحسين الأداء في أي مجال منهم ، حيث اشتملت جلساته على الاستراتيجيات الآتية إعادة البناء المعرفي ، و الحديث الذاتي الموجه ، و التعريض ، و الاسترخاء العضلي ، و اعتمد البرنامج على الأسلوب التعليمي التثقيفي و أسلوب المناقشة.

4- أهمية البرنامج :

ووفقا لبعض الدراسات التي تم إجرائها عام 2017 و التي توضح أن هناك ما لا يقل عن 10% من الإصابة بالاضطراب لدى النساء خلال فترة حياتهن ، على عكس الرجال الذين تبلغ نسبة الإصابة حوالي 5% الأمر الذي يوضح أن النساء أكثر عرضة من الرجال لإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بمقدار مضاعف و هذا الأخير يترك عند النساء بعض الآثار النفسية و الجسدية على الشخص المصاب ، و التي تتداخل مع أجزاء كثيرة من الحياة اليومية للشخص و تزيد من الخطر و تتمثل في : - الشعور بالكآبة.

-القلق المبالغ فيه .

-الاضطرابات في الشهية .

-الأفكار و الميول الانتحارية .

و تأتي أهمية هذا البرنامج أيضا :

كما أشارت دراسة كل من (Bremmer et al , 1999 / Stephanie et al , 1993 /) إلى وجود ارتباط بين اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات مع تاريخ من الإساءة الخطيرة في مرحلة الطفولة. وتكون استجابة الشخص للصدمة على شكل خوف شديد أو عجز أو رعب ، نتيجة لذلك يصاب الشخص بأعراض و استثارة لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة .

(American psychiatric Association , 2000

وقد يساهم هذا البرنامج في علاج مشكلات أخرى المتصلة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، مثل الاكتئاب ، القلق ، اضطراب الأكل و النوم... الخ و من ثم يمكن اختبار فعاليته في مجالات أخرى .

يمكن اعتبار هذا البرنامج خطوة أولى في العلاج النفسي بعد العلاج الدوائي بالأسلوب المعرفي السلوكي لأنه يقدم استراتيجيات إرشادية وعلاجية بأسلوب واضح ومتدرج للوصول إلى الهدف المتمثل في التخفيض من حدة أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة .

5- أهداف البرنامج :

التعرض للعنف و الإساءة أثناء مرحلة الطفولة ، دور الأسرة الأصلية (الأم و الأب للزوجة) (Dutton ,1994

ومن أجل تقديم علاج للنساء المعنفات يجب الانتباه إلى ثلاث أهداف : توفير الحماية ، حل المشكلة أو اتخاذ القرار .

معالجة آثار ضغط ما بعد الصدمة للضحايا و لتحقيق هذه الأهداف هناك وجهات نظر يجب أخذها بعين الاعتبار و هي :

- يجب أن تستخدم جميع التدخلات على نحو يقوي قدرة النساء المعنفات و أن تكون هذه التدخلات حتمية .
- عدم إصدار أحكام مسبقة على النساء المعنفات .
- تأكيد الحاجة إلى سرد الخبرات التي تعرضن لها من أجل تقديم مراحل العلاج .
- توفير الدعم الفوري .
- ضمان سلامة المرأة المعنفة و مساعدتها على عمل خيارات تساعد على اتخاذ القرار المناسب.
- أهمية التثقيف حول العنف الأسري .
- اعتبار استراتيجيات التكيف مؤشرات على القوة و ليس على المرض .
- الإقرار بالدعم الاجتماعي و الكشف الذاتي كوسيلة تسهل عملية التجنب .
- حق المرأة المعنفة تحديد مصيرها (البقاء أو ترك المنزل) . (Dutton,1994)

ويهدف هذا البرنامج أيضا إلى تحسين الأعراض و المشاكل الحالية في حياة الشخص ، عادة ما يتم تقديمه خلال 12 إلى 16 جلسة يتم خلالها العمل على العلاقة بين المشاكل التي يواجهها الشخص حاليا أو المواقف المستقبلية التي تثير قلقه ، و بين الأفكار و العواطف و كيف تؤثر على الشخص جسديا ، كقلة النوم ومشاكل الجهاز الهضمي ، و بين سلوكيات الشخص المرتبطة بتلك الأفكار و المواقف .

Cognitive Behavioral therapy (CBT) , American psychological associaton
.edited 2022

6-تقييم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

• التقييم من خلال الدراسة الاستطلاعية :

تم تطبيق البرنامج بشكل مكثف ، وذلك بهدف التدريب على تطبيق البرنامج ، و الوقوف على نقاط الضعف و العمل على تجاوزها أثناء التطبيق ، ذلك عن طريق سؤال المتعالجين عن مدى استفادتهم من البرنامج بعد انتهائه فكانت إجاباتهم بنعم و ن حالتهم النفسية تحسنت.

هذه الإجابة أكدها انخفاض درجاتهم على مستوى مقياس ضغط ما بعد الصدمة و تغييرهم لأفكارهم و اعتقاداتهم السلبية اللامنطقية .

و هذا يعد مؤشرا ايجابيا لتحقيق البرنامج و صلاحيته للتطبيق .

• التقييم أثناء تطبيق البرنامج من خلال الطرق التالية :

سؤال مجموعة الدراسة في نهاية كل جلسة عن مدى استفادتهم من الجلسة ، و تقييمهم لها ، و كانت الإجابات في معظمها تشير إلى أن هناك استفادة قد تحققت لهم على الأغلب تصحيح الواجب المنزلي ، حيث تبين مع تقدم الجلسات قيام أفراد العينة بواجباتهم المنزلية بشكل منظم و صحيح ، واستفادتهم منها.

• التقييم البعدي :

تم التقييم البعدي بعد انتهاء البرنامج كالأتي :

- سؤال أفراد العينة في الجلسة الختامية مجموعة من الأسئلة التي تبين الإجابات عنها مدى استفادتهم من البرنامج و التغييرات التي طرأت عليهم .
- التقييم عن طريقة القياس القبلي و البعدي ، أي التقييم من خلال مقارنة درجات أفراد العينة على مقياس المستخدم قبل و فور انتهائه .

الفصل السادس

عرض الحالات و مناقشة النتائج

- 1- تقديم الحالة الأولى .
 - 1-1 عرض محتوى المقابلة للحالة الأولى .
 - 2-1 عرض الجلسات العلاجية مع الحالة الأولى.
- 2 تقديم الحالة الثانية .
 - 1-2 عرض محتوى المقابلة للحالة الثانية.
 - 2-2 عرض الجلسات العلاجية مع الحالة الثانية.
- 3- عرض و مناقشة نتائج دافيد سون كرب ما بعد الصدمة للحالتين .
- 4- مناقشة و تحليل نتائج الدراسة.
- 5- مناقشة عامة للحالتين .
- 6- إستنتاج عام .

1- تقديم الحالة الأولى :

تاريخ الحالة :

الاسم : خديجة ،قمنا بتغيير اسم المفحوصة .

السن :31 سنة .

الجنس : أنثي

المستوي التعليمي : ماستر 2 في علم الآثار archéologie

المستوي الاقتصادي : ضعيف .

الحالة المدنية :عزباء .

عدد أفراد الأسرة : 5 ، عدد الإخوة : 4 إناث و أخ متوفى.

الهيئة العامة :

- الهندام : لباس قديم و لكن نظيف .
- ملامح الوجه : يظهر عليها الحزن و التعب .
- الاتصال : كان سهلا جدا تفاعل جيد .

النشاط العقلي :

- اللغة : تتكلم بطريقة واضحة و منسقة .
- الذاكرة : سليمة و جيدة و مع لحظات السكوت و الغياب .
- النشاط الحركي : قليل و ضعيف بسبب الدواء الذي تتناوله .
- الحالة الصحية : جيدة لا تعاني من أي مرض عضوي .

- الحالة النفسية : تعاني من الهستيريا . hystérique و دخلت مستشفى الأمراض العقلية 3 مرات ، و المرة الأولى كانت 2015 و المرة الأخيرة في 2023.
- نوع الدواء : منوم (Largactil) ، مضادات القلق (Depretine/Transcene) .
- آثاره : ارتخاء العضلات ، اضطراب في الشهية ، دوار ، انخفاض ضغط الدم ، نقص التركيز ، الرغبة الشديدة في النوم .

2- عرض محتوى المقابلة للحالة الأولى :

الحالة تبلغ من العمر 31 سنة ، عزباء ، تعيش مع واليها و أختها ، مستواها المعيشي ضعيف ، و مستواها التعليمي جامعي ماستر 2 في علم الآثار و حاليا مأكثة في البيت . تتواجد في مستشفى الأمراض العقلية “ فرنان الحنفي “ بواد عيسي في الوحدة النسائية لتعالج من نوبة هستيريا لأنها تعاني من الهستيريا كما قالت : “ أنا هنا خاطر نتلقبزاب و ما نتحكمش في أعصابي كنزعف ، و منكلش و مانرقد “ لاحظنا أن الحالة تتكلم كثيرا بدون توقف و هي واعية باضطرابها حتى أن بدأت بسرد حكايتها قبل أن نسألها ، فلاحظنا أن تعاني من مشاكل عائلية و عائلتها من تعنفها لفظيا و جسديا .

كما قالت : “بابا هو ليضريني و أختي و رجلها “ بمعنى أن أبوها و أختها و زوج أختها من يعنفها .

طلبنا من الحالة أن تحكي لنا عن ظروفها القاسية لأنهم فقراء أبوها كان سائق حافلة و أم لا تعمل ، أما العنف الذي تعيشه كان واليها و أختها فقط من يعنفها و على أتفه الأسباب .

و كانت تتحدث عن طفولتها بكل حزن و الشعور بالاحتقار لقولها : “ كنت بهلولة و ماندافعش على روجي ، ملي كنت صغيرة يقولولي مهبولة حتى وليت ندير كي لمهابل “ بمعنى أن أصبحت

لا تقوم بدورها في المنزل و تضرب من يضربها أو يشتمها ، لقولها: ” نحب المثل بالمثل ، روعي عزيزا عليا ، كبرنا و مزال الحقد داخلي قلت كي نكبر نرد ثاري ورديته “.

هربت من منزلهم لما كانت في عمر 21 سنة مباشرة بعد وفاة أخيها الوحيد و زواج أختها المفضلة وذلك الوقت لاتزال طالبة في الجامعة لقولها :” كامل ليحبوني راحوا نحس بالوحدة و الاكتئاب الشديد ، لأن ماكاش ليدافع عليا ، قررت نحمي روعي بروحي و رحت نحوس على خدمة “ فهربها هذا دليل على الضغط و المعاناة و الخوف الذي كانت تعيشه لذا قالت :” قررت أن أحمي نفسي بنفسي و أذهب لأجد عمل “ و هذا هو سبب دخولها المستشفى أول مرة و كان والدها من أحضرها و هذا الأخير كان يتهمها بالزنا كما قالت :” بابا مايفهمنيش و يقولي خامجة “ بمعنى أن والدها لا يفهمها و يلقبها بكلمات بذيئة ، و هذا ما أثر كثيرا في مشاعر الحالة .

تحسنت حالتها في المستشفى و عادت لإكمال الدراسة بدون أي دواء ، و لما عادت لمنزل أهلها بعد إكمالها الدراسة و جدت نفس المعاملة لقولها :” يضربوني و يقولولي روعي وين كنت “ بمعنى يضربونها و يقولون لها إذهب أين كنت .

أما عن وجودها هذه المرة في المستشفى قامت بتعنيفها أختها و زوجها فإنتابتها نوبة فأحضرها والدها إلى المستشفى فكانت تعر بإحباط و عينيها منكسرتان لقولها :” ما نسمحوش لبابا ، لوكان خلاني نصوم فدار مزال 7 أيام يخاتص رمضان ، خطرش هنا يوكلولي دوا مايخلونيش نصوم “ بمعنى أنها لا تسامح والدها لإحضارها المستشفى لأنها أرادت الصيام ، و في المستشفى لا يتركونها تصوم بسبب الدواء .

أما حالتها المزاجية عادية قالت تحسنت حالي و إنتظم نومها حيث قالت أحب التكلم مع الناس و لدي صديقات أين ما كنت .

أما حالتها النفسية و الانفعالية تشعر بالحزن و الظلم و الخوف و الاحتقار و الكره الشديد لعائلتها ، لقولها :” أنا أنانية أحب نفسي ، أنا نرجسية “ أحب المثل بالمثل بمعنى لازم ليضرني ولا يعايرني نرجعوا و لا نحس روعي تافهة و نتألو نمرض نحس عضلات تتشنج ولا تتصلب ، نحب الانتقام لازم يحسوا بألمي لكي أرتاح .“

لا حظنا حسب أقوال الحالة أنها واعية باضطرابها لقولها :” نتمنايتتهالي هذا القلق ، و نخرج من سيطار ، و نولي إنسانة و نولي إنسانة عادية كي كامل الناس “ بمعنى تتمنى أن تشفى و تخرج من المستشفى و تكون انسانة عادية .

أما عن نظرتها للمستقبل متفائلة لأنها تفكر في إنجاز مشروع و تعمل و تأسس حياتها و هي تأمن بقدراتها لقولها :” حابة ندير LEGM و نفتح مكتبة ، راجل أختي المفضلة قالي نعاونك هذا هو مشروعني نفتح مكتبة و نفوت وقت نقرا ، نحب المطالعة “ . بمعنى تريد إنجاز مشروع بمساعدة زوج أختها المفضلة الذي يساعدها ماديا لفتح مكتبة كما قالت أنها تحب الكتب و المطالعة .

بعد كل مالحظنا من خلال المقابلة مع الحالة أنها تعي اضطرابها و تأمل في الشفاء و تسعى له ، كما هو معروف عند العصائيين و أن مشكلتها سوء معاملة عائلتها لها .

3- عرض الجلسات العلاجية مع الحالة الأولى :

1 الجلسة الأولى :

هدف الجلسة : التعارف مع المرضى ، جمع المعلومات عن طريق المقابلة العيادية ، تطبيق مقياس دافيد سون كرب ما بعد الصدمة (قياس قبلي) .

الغيات المستخدمة : الحوار و المناقشة .

مضمون الجلسة :

تقديم الباحثة لنفسها ، و أن غاية هذه المعلومات من أجل بحث علمي و خاصة التخفيف من أعراض ضغط ما بعد الصدمة التي تعاني منه الحالة ، وذلك طبع من خلال مصداقية المعلومات التي تقدمها الحالة و كذا أعراض الاكتئاب ، وطبقت مقياس دافيد سون كرب ما بعد الصدمة (قياس قبلي) التي تقدر درجاته ب (52) أي كرب ما بعد الصدمة شديد .

2 الجلسة الثانية :

هدف الجلسة : عرض محتوى البرنامج و أهداف العلاج .

شرح مفاهيم أساسية للصدمة وتعريف المريض بأثر الصدمة (تحديد المشكلة) .

الفصل السادس**تحليل و مناقشة الحالات**

الفيئات المستخدمة : المحاضرة و المناقشة ، مراقبة ذاتية .

مضمون الجلسة :

عرض محتوى البرنامج العلاجي عدد الجلسات و الفيئات المستخدمة و الهدف من كل جلسة و هدف العلاج ككل .

شرح مفهوم الصدمة باللغة المفهومة لدى الحالة و كذا أثارها على نفسية الفرد و انتظار التغذية الراجعة من الحالة لمعرفة مدى تفاعلها مع الباحثة .

3 الجلسة الثالثة :

هدف الجلسة : شرح فنية الاسترخاء و تدريب المريض عليها بالحوار و المناقشة وكذا المراقبة الذاتية .

الفنيات المستخدمة : المحاضرة و المناقشة ، الاسترخاء ، المراقبة الذاتية ، الواجب المنزلي.

مضمون الجلسة :

شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية (تسجيل أحوالها المزاجية حين القيام بأي نشاط وكذلك مدى استمتاعها بهذا النشاط و مدى تمكنها بالقيام به و التأكيد على ضرورة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية .

وشرح فنية الاسترخاء بطريقة مبسطة ، ووجدت الباحثة أن الحالة مارست فنية الاسترخاء و تعرفها فوضحت لها الباحثة أن الاسترخاء يعتبر من الخطوات المهمة للتغلب على أعراض الصدمة و يجب أن تركز الحالة على كلام الباحثة ليسهل تطبيق الاسترخاء ثم بدأت الباحثة بالقيام بالاسترخاء العضلي للحالة لجاكيسون بخطواته ، فاستجابت الحالة وقامت بكل الخطوات بسهولة لأنها غالبا ما تمارسها في المستشفى ، وفي نهاية الجلسة ، تقديم الواجب المنزلي و هو إعادة التدريب على فنية الاسترخاء في الغرفة ، و المراقبة الذاتية .

4 الجلسة الرابعة :

الهدف من الجلسة : مراجعة الواجب المنزلي ، و إعادة البناء المعرفي و إيقاف الأفكار بتحديد الأفكار التلقائية و تعديلها ، الحوار الذاتي .

الفنيات المستخدمة : الحوار السقراطي ، الحوار الذاتي ، الواجب المنزلي .

مضمون الجلسة :

مناقشة و تقييم الواجب المنزلي مع الحالة ، وهل وجدت الحالة صعوبة في القيام بذلك ، حيث لم تجد الحالة صعوبة في ذلك ، و الفنية كانت سهلت التطبيق لأنها تعرفها من قبل ، حيث قامت أيضا بتسجيل مواقف التي تعرضت لها ، مع كيفية التصرف فيها ، بحيث أكدت لها الباحثة أن هذه المواقف يمر عليها

الفصل السادس

تحليل و مناقشة الحالات

أي إنسان و لابد من معرفة كيفية التعامل معها بإيجابية و التخلي عن التفكير السلبي .

تحديد الأفكار التلقائية عن طريق الحوار السقراطي طرحنا سؤال لماذا عائلتك تعنفك ؟

-عائلتي تحقنني وتراني أنني مريضة عقليا .

- لأنني أنانية ، أنا شخصية نرجسية أحب نفسي كثيرا ، و أرد الكلام لهم و أعاملهم كما

يعاملونني .

-وفي هذه المرة الأخيرة قالت لي أختي مبهولة فقلت لها أنت عاقر و لهذا السبب ضربتني هي

وزوجها (هنا استنتجت أن الحالة خلاصة سلبية) .

مثال : تحديد الأفكار التلقائية عن طريق الحوار السقراطي حيث نحاول التعمق مع الحالة في

كل فكرة حتى تصل إلى فكرة مصححة و عقلانية ،مثلا : عائلتي تحقنني ، تراني مريضة ع

قليا .

(ماذا يعني مريض عقلي ؟ من هو الإنسان المريض عقليا ؟ عدي لنا ماهي الأشياء التي أنج

زتها في حياتك ؟).

■ **الموقف** : ضرب أختها لها هي وزوجها .

■ **الفكرة** : يحقنوني و يرونني مريضة (مبهولة) .

■ **الانفعال** : تشنج العضلات و الحزن .

■ **البديل** : درست و حققت حلمي و أنا مثقفة .

■ **الانفعال المصاحب** : رفع محتوياتها و إعادة الثقة بالنفس .

كما تم شرح فنية الحوار الذاتي ، و هي حديث المرء مع نفسه ، وتحديد أفكاره ، و إذا ماكانت أفكار سلبية ، يقوم بصرف انتباهه عنها و انحلال محلها الأفكار الايجابية مع فنية الاسترخاء التي هي ضرورية في كل جلسة و التي أصبحت الحالة تقوم بها بسهولة و حتى قبل أن تطلب الباحثة القيام بخطوة ما .

و في الأخير الواجب المنزلي و هو التدريب على فنية الاسترخاء و الحوار الذاتي و التأكيد على أهمية القيام بذلك .

5 الجلسة الخامسة :

الهدف من الجلسة : مراجعة الواجب المنزلي ، التدريب على ممارسة الاسترخاء و شرح فنية التخيل ، و التدريب على كيفية مواجهة الأعراض الناتجة عن الصدمة .

الفنيات المستخدمة : الاسترخاء ، فنية التخيل ، و اختبار الدليل ، الواجب المنزلي .

مضمون الجلسة :

مناقشة الواجب المنزلي المطلوب و المتمثل بالاسترخاء و الذي أعجبت به كثيرا و أيضا التفكير بايجابية من خلال الحوار الذاتي الذي قامت من خلاله ، انحلال الأفكار الإيجابية مكان سلبية .

ثم قامت الباحثة بشرح الفنية التي سيعملان عليها في هذه الجلسة و المتمثلة في " فنية التخيل " بحيث قامت الباحثة بطلب من الحالة عينها و تخيل موقفا صدمها ، و ذلك بشكل متباطئ ، و حاولت الباحثة جعل الحالة تواجه مشكلتها .

ثم شرح للحالة فنية " اختبار الدليل " و هو فنية يتم من خلاله مناقشة فكرة ما و إخلال الأفكار الايجابية محل السلبية الفكرة ولقد قامت الباحثة بمناقشة فكرة تدور في خاطرها ، وهي عبارة عن فكرة سالبة ، و الحالة مقتنعة بأنها من المستحيل أن تتغير.مثال :

■ **إختبار الدليل** : مناقشة فكرة ما .

■ **الفكرة** : موت أخوها ، زواج أختها المفضلة لذا لا يوجد من يحميها .

■ **الانفعال** : حزن شديد و إكتئاب .

■ **البديل** : لكن إذا لم أرد الكلام و لم أشتهم لا يضربونني بلا سبب .

■ **الانفعال المصاحب** : الاطمئنان و إرتخاء و التفكير بمنطق أكثر .

و مع المناقشة و أسلوب الباحثة في إقناع الحالة ، وتبديل الأفكار السلبية و انحلال محلها الإيجابية ، بحيث سرعان ما أصبحت الحالة هي الأخرى اقتنعت و غيرت أفكارها لوحدها . تم التدريب على فنية الاسترخاء التي لا بد منها و التي أصبحت الحالة تمارسها لوحدها دون مساعدة الباحثة ، ثم إعطاء الواجب المنزلي المتمثل في فنية " اختبار الدليل " أو إحلال الأفكار الإيجابية مكان السلبية و الاسترخاء و الحوار الذاتي .

6 الجلسة السادسة :

الهدف من الجلسة : مناقشة الواجب المنزلي .

التدريب على مهارات حل المشكلات ، و كيفية استبدال الأفكار السلبية بالايجابية .

الفنيات المستخدمة : الاسترخاء ، اختبار الدليل ، التخيل ، الحوار الذاتي ، واجب منزلي .

مضمون الجلسة :

وقد تمت مناقشة الواجب المنزلي المعطي المتمثل في إبدال الأفكار السلبية بالأفكار الايجابية ، و التخيل حيث ناقشت الباحثة مع الحالة الأفكار السلبية التي فكرة فيها و إحلال محلها الأفكار الإيجابية و قدنجحت في ذلك ، ثم التدريب على فنية الاسترخاء ثم مناقشة مواقف و

أفكار من خلال فنية التخيل ووقف الأفكار و اختبار الدليل من خلال إخلال الأفكار الايجابية
مكان السلبية . مثال :

■ **الموقف** : عنف أبوها و أختها .

■ **الفكرة** : الهروب من المنزل و تأسيس حياتها .

■ **الانفعال** : حزن شديد و إكتئاب .

■ **البديل** : لما هربت قلقوا من شأني و أرادو معالجتني .

■ **الانفعال المصاحبة** : هدوء و إطمئنان .

و إعطاء الواجب المنزلي نفس الواجب في الجلسة الخامسة .

7 الجلسة السابعة :

الهدف من الجلسة : تهيئة المعالج لإنهاء الجلسات و مراجعة و تلخيص مادار بالجلسات
السابقة بتحديد الأفكار السلبية و إخلال محلها الأفكار الإيجابية + تطبيق المقياس (قياس
بعدي) .

الفنيات المستخدمة : مراجعة و تلخيص ما دار في الجلسات السابقة تطبيق مقياس دافيد
سون (قياس بعدي) .

مضمون الجلسة :

و هي الجلسة ما قبل الأخيرة ، وتم فيها مناقشة الواجب المنزلي مع التأكد على تطبيقه ،
وممارسة فنية الاسترخاء العضلي الذي آخر جلسة يطبق فيه مع تطبيق فنية الحوار الذاتي و
إخلال الأفكار الإيجابية محل السلبية دون واجب منزلي ، و إخبار الحالة أن هذه الحصة ما

قبل الأخيرة للعلاج ، و ثم تطبيق مقياس دافيد سون لمعرفة إذا ما كانت أعراض الصدمة انخفضت أو مازالت كما كانت و تهيئة الحالة لختام الجلسات .

8 الجلسة الثامنة :

الهدف من الجلسة : تقييم و بلورة الأهداف المكتسبة .

التأكيد من اكتساب المتعالج مهارات التعامل مع المشكلات و المصاعب في المستقبل .

التأكد من استفادته من التقنيات و الحرص على استخدامها لاحقاً .

الفنيات المستخدمة في الجلسة : الحوار و المناقشة .

مضمون الجلسة :

و هي آخر جلسة للبرنامج المطبق ، و التي قامت الباحثة من خلالها و مع الحالة بتلخيص كل ما دار في الجلسات السابقة و المتمثلة في تطبيق مقياس دافيد سون لكرب ما بعد الصدمة ، فنية المراقبة الذاتية ، الاسترخاء العضلي ، فنية التخيل ، الحوار الذاتي ، فنية اختبار الدليل ، و ذلك بطرح مجموعة من الأسئلة لمعرفة مدى تحسن الحالة و استفادتها من البرنامج و إرشاد الحالة إلى ضرورة استمرارها في تنفيذ ما تم اكتسابه و توظيفه لاحقاً .

أخيراً شكر الحالة على تعاونها و جهودها مع التمنيات لها بالتحسن .

1-تقديم الحالة الثانية :

تاريخ الحالة :

الاسم : نبيلة ، قمنا بتغيير اسم المفحوصة .

السن : 45 سنة .

الجنس : أنثي .

المستوي التعليمي : 2 ثانوي .

المستوي الاقتصادي : جيد.

الحالة المدنية : عزباء

عدد الإخوة : أخ 1 ، إناث 6

الرتبة بين الإخوة ما قبل الأخيرة .

الهيئة العامة :

- الهدام : لباس مرتب و نظيف .
- ملامح الوجه : يظهر عليها الحزن و التعب .
- الاتصال : سهل التعامل معها و لكن تفاعل ضعيف غالبا لا تفهم السؤال بل تسرد الأحداث .

النشاط العقلي :

- اللغة : تتكلم بطريقة واضحة و لكن غير منسقة .
- تتكلم كثيرا دون توقف و تحكي كل التفاصيل .

- الذاكرة : جيدة و يظهر ذلك في ذكرها لتواريخ الأحداث ، مع لحظات السكوت و الغياب .
- النشاط الحركي : ضعيف لم تتحرك من الكرسي مع وضع منديلها بين يديها .
- الحالة الصحية : جيدة لا تعاني من أي مرض عضوي .
- السوابق العائلية : أم تعاني من مرض عقلي و كانت تعالج في مستشفى الأمراض العقلية .
- الحالة النفسية : تعاني من اضطراب ثنائي القطب (Bipolaire) دخلت مستشفى الأمراض العقلية عدة مرات .
- نوع الدواء : منوم (Nozinan) مضاد القلق (Transcene) مضاد الذهان (Ha Idool 1jecton chaque mois , Tegritol , Respirox comprimé) .
- آثاره : جفاف الحلق ، انخفاض ضغط الدم ، زيادة الوزن ، ارتخاء العضلات ، الرغبة ا لشديدة في النوم .
- 2-عرض محتوى المقابلة :**
- تبلغ الحالة 45 سنة ، عزباء تعيش في بيت أهلها المتوفيان مع أخيها و زوجته و أبنائه ، مستواها الدراسي الثانية ثانوي و لديها شهادات مثل الحلاقة ، الخياطة ، و شهادو حلواني ، و لكن لا تعمل ماكثة في البيت .
- ففي بداية المقابلة كانت الحالة منزعة قليلا و بعدما شرحنا لها أننا نقوم ببحث علمي قبلت التعامل معنا .

تتواجد في مستشفى الأمراض العقلية لتعالج و عند سؤالنا لها لماذا هي في المستشفى قالت :
 "yewthiyi gemma akudkhalibiniyidgher da ozerigh ara ayghar
 أخوها و خالها ضربها و أحضرها إلى المستشفى و هي لا تعرف لماذا ، أي غيرواعية
 باضطرابها.

و عند سؤالنا من ماذا تعانين قالت : "elle ma dit le medcien tu est folle" بمعنى أن
 الطبيبة قالت لها أنها تعاني من اضطراب غقلنا لها هل ترين نفسك مريضة قالت : " non
 jamais je suis pas folle" بمعنى لا أبدا لست مريضة هم فقط يقولون عني هذا.

فهذا معروف عند الذهانيين أنهم غير واعيين باضطرابهم .

فهذه الحالة عائلتها من تعنفها والدها و بعد وفات والدها أصبح أخوها من يعنفها ، و أختها
 الكبرى .

دخلت الحالة أول مرة إلى مستشفى الأمراض العقلية لما كانت في سن 15 ، كما قالت :
 "yobiyidvavaakudargaz n eltma forcement et je ne sais pas pourquoi
 بمعنى أحضرها إلى المستشفى والدها و زوج أختها بالقوة ولا تعرف لماذا ، لما كانت في
 المتوسطة أعادت السنة 9AF ل 6 مرات و هذا يدل على أن الحالة تعاني من تأخر أو بداية
 الاضطراب كما هو معروف أن أعراض اضطراب ثنائي القطب تظهر أعراضه في سن المراهقة .

طلبنا من الحالة أن تحكي لنا عن الحدث، كان والدها دائما يضربها و كان متشددا و عصيبا ،
 و كما قالت أيضا كانت أختها الكبرى أيضا تضربها على رأسها لما كانت تدرسها لقولها " elle
 est méchente" بمعنى هي شقية .

كما أضافت أنها حاولت الانتحار مرتين و بنفس الطريقة كما قالت :
 "swighyokdewayelangukham" بمعنى شربت كل الدواء المتواجد في الغرفة ، المرة الأولى

في سنة 1999 و المرة الثانية في 2008 أي مباشرة بعد وفاة أمها كما قالت : " ma mérecest toute ma vie je voulais le suivre , mourire mieux de vivre chez nous avec mon père " بمعنى أن أمها كل حياتها كما قالت أردت الإلتحاق بها أموت أفضل من أن أعيش في البيت مع أبي ، و محاولة الانتحار دليل على وجود اضطراب (عرض) و تفكيرها في الانتحار دليل على الهروب من المعاناة و الخوف الذي تعيش فيه .

أما حاليا فأخوها هو من يعنفها يضربها و يشتمها تماما كما كان يفعل معها والدها لقولها : " yekathiyyi yet3ayariyi

amekyelaikhedmiyivavayekariyidthadarwichthamyemam " بمعنى يقول لي أنت مجنونة مثل أمك و هذا كان يؤلمها كثيرا و تشعر بالاحتقار ولا يوجد من يحميها من أخيها كما قالت أنها ترى أخوها مثل الوحش " twalighgma agi amlwahch " و يمكن تكون هلوسة عرض من الاضطراب .

أما حالتها النفسية و الانفعالية تشعر دائما بالحزن و الوحدة ، الكراهية و الشر ، كما قالت : " je sens la tristesse , l'ésoulement la haine et la méchanté " أما عن شعورها عند الغضب قالت : " lokanadafaghadhodaghakham agi mais " بمعنى عند شعورها بالغضب في ذلك الحين تود أن تهدم منزلهم و لكن لا تفعل شيء تبكي كثيرا و تذهب لتستحم و تنام .

تشعر بصداع ألم في المعدة ، ارتجاف ، ازدياد ضربات القلب ، خاصة لما تكون لوحدها في المنزل ، ولكن نومها منتظم لأنها تشرب دواءها بانتظام .

فعند سؤالنا كيف ترى نفسها قالت أنها تخاف من نفسها و خاصة حين ترى وجهها في المرأة تقول لست أنا كما قالت : " je veux retrouvé mon visage , mes yeux dans les "

80 année” بمعنى تريد أن تجد وجهها و عينيها لما كانت صغيرة كما قالت أيضا :” jais pas le droit de parler ou de sortir de la maison” بمعنى غير مسموح لها أن تعطي رأيها أو الخروج من المنزل و إا فعلت يضربونها أو يأخذوها إلى المستشفى .

فلاحظنا أنها تعاني من أعراض الذهان (هلاوس و هذيان).

3- عرض الجلسات العلاجية مع الحالة الثانية :

1-الجلسة الأولى :

هدف الجلسة : التعرف مع المريضة ، جمع المعلومات عن طريق المقابلة العيادية ، تطبيق مقياس دافيد سون كرب ما بعد الصدمة (قياس قبلي).

الغيات المستخدمة : الحوار و المناقشة .

مضمون الجلسة :

تقديم الباحثة لنفسها ، و أن غاية هذه المعلومات من أجل بحث علمي و خاصة التخفيف من أعراض كرب ما بعد الصدمة التي تعاني منه الحالة ، وذلك طبعاً من خلال مصداقية المعلومات التي تقدمها الحالة و كذا أعراض الاضطراب ، و طبقت مقياس دافيد سون كرب ما بعد الصدمة (قياس قبلي) التي تقدر درجته ب 45 أي كرب ما بعد الصدمة متوسط .

2-الجلسة الثانية :

هدف الجلسة : عرض محتوى البرنامج و أهداف العلاج .

شرح مفاهيم الأساسية للصدمة و تعريف المريض بأثر الصدمة (تحديد المشكلة) اضطراب ثنائي القطب .

الفنيات المستخدمة : المحاضرة و المناقشة ، مراقبة ذاتية .

مضمون الجلسة :

عرض محتوى البرنامج العلاجي عدد الجلسات و الفنيات المستخدمة و الهدف من كل جلسة و هدف العلاج ككل .

شرح مفهوم الصدمة و الاضطراب الذي تعاني منه و هو اضطراب ثنائي القطب باللغة المفهومة لدى الحالة و كذا أثارها على نفسية الفرد و انتظار التغذية الراجعة من الحالة لمعرفة مدى تفاعلها مع الباحثة.

3-الجلسة الثالثة :

هدف الجلسة : شرح فنية الاسترخاء و تدريب المريض عليها بالحوار و المناقشة و كذا المراقبة الذاتية .

الفنيات المستخدمة : المحاضرة و المناقشة ، الاسترخاء ، المراقبة الذاتية ، و الواجب المنزلي

مضمون الجلسة :

شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية (تسجيل أحوالها المزاجية حين القيام بأي نشاط و كذلك مدى استمتاعها بهذا النشاط و مدى تمكنها من القيام به و التأكيد على ضرورة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية .

وشرح فنية الاسترخاء بطريقة مبسطة ، و الاسترخاء يعتبر من الخطوات المهمة للتغلب على هذه الأعراض و يجب أن تركز الحالة على كلام الباحثة ليسهل تطبيق الاسترخاء .

ثم بدأت الباحثة بالقيام بالاسترخاء العضلي الحالة لجاكسون بخطواته ، و الحالة و حدث صعوبة في ذلك في البداية لأنها أول مرة تقوم بذلك ، ثم تمت القيام بالخطوات وفي نهاية

الجلسة ، تقديم الواجب المنزلي و هو إعادة التدريب على فنية الاسترخاء في الغرفة ، و المراقبة الذاتية .

4-الجلسة الرابعة :

الهدف من الجلسة : مراجعة الواجب المنزلي ، إعادة البناء المعرفي و إيقاف الأفكار بتحديد الأفكار التلقائية و تعديلها ، الحوار الذاتي .

الفنيات المستخدمة : الحوار السقراطي ، الحوار الذاتي ، الواجب المنزلي .

مضمون الجلسة :

مناقشة و تقييم الواجب المنزلي مع الحالة ، و هل وجدت الحالة صعوبة في القيام بذلك ' إلا أنها وجدت صعوبة في القيام بالاسترخاء ، لأنها لأول مرة ، ومع ذلك حاولت إلا أنها نست بعض الخطوات ، فقامت الباحثة بالتأكيد على أنها قبل نهاية البرنامج ستكون متمكنة.

حيث أكدت الحالة على القيام بالمراقبة الذاتية ، و ذلك بتسجيل أحوالها المزاجية حين القيام بأي نشاط و مدى استمتاعها و تمكنها بالقيام به ، كما قامت الباحثة بشرح للحالة كيفية التصرف في موقف ما يمر عليها و كيفية التعامل في ذلك الحين بايجابية و التخلص عن التفكير السلبي

تحديد الأفكار التلقائية عن طريق الحوار السقراطي في طرحنا سؤال : لماذا تشعرين دائما بالحزن و الاكتئاب ؟

عائلتي تحتقرني و أنا في نظرهم عدوتهم و مجنونة .

أكره نفسي و شكلي و جسمي و رأسي عقل مجنون .

عائلتي أخرجت عقلي ، قتلت قلبي و أصبحت عديمة الإحساس فالإنسان إذا فقد الإحساس فمعناه مات . و أحيانا في الليل أبكي طوال الليل حتى الصباح .هنا استنتجت أن الحالة غير متفائلة و متشائمة و مكتئبة .مثال :تحديد الأفكار التلقائية عن طريق الحوار السقراطي نحاول التعمق مع الحالة في كل فكرة حتى تصل إلى فكرة مصححة عقلانية ،مثلا : (ماذا يعني مريض عقلي ؟ من هو الانسان المريض عقليا ؟ قولي لنا الأشياء التي أنجزتها في حياتك ؟

■ **الموقف** : ضرب أخوها لها كلما خرجت من المنزل .

■ **الفكرة** : يحتقروني و يروني عدوتهم .

■ **الانفعال** : حزن شديد و إكتئاب .

■ **البديل** : تحصلت على العديد من الشهادات و دائما كنت أقوم بواجب نحو عائلتي و أساعدهم في كل شيء (الأعمال المنزلية) .

■ **الانفعال المصاحب** : رفع معنوياتها و إعادة الثقة بالنفس و تقبل مرضها .

و بعدها شرح للحالة فنية الحوار الذاتي ، و هي حديث المرء مع نفسه ، و تحديد أفكاره ، و إذا ماكانت أفكار سلبية يقوم بصرف انتباهه عنها و انحلال محلها الأفكار الإيجابية مع فنية الاسترخاء التي هي ضرورية في كل جلسة فهذه المرة قامت بها بمساعدة الباحثة ، و في الأخير الواجب المنزلي و هو التدريب على الاسترخاء و الحوار الذاتي و التأكيد على أهمية القيام بذلك .

5-الجلسة الخامسة :

الهدف من الجلسة : مراجعة الواجب المنزلي ، التدريب على ممارسة الاسترخاء ، وشرح فنية التخيل ، و التدريب على كيفية مواجهة الأعراض الناتجة عن الصدمة .

الفنيات المستخدمة : الاسترخاء ، فنية التخيل ، و اختبار الدليل ، الواجب المنزلي .

مضمون الجلسة : مناقشة الواجب المنزلي المطلوب ، و المتمثل بالاسترخاء و الذي أصبحت تتمكن من القيام به و أيضا تحاول التفكير بإيجابية من خلال الحوار الذاتي .

ثم قامت الباحثة بشرح الفنية التي سيعملان عليها في هذه الجلسة و المتمثلة في " فنية التخيل " بحيث قامت الباحثة بطلب من الحالة غلق عينيها و تخيل موقفا صدمها ، و ذلك بشكل متباطئ ، إذا بالحالة تقول : " كلما أرى صوري (ذكريات) و أنا صغيرة و مباشرة بعد وفاة جدي كل الصور التي التقطوها لي كانتا عينا مغلقتان " .

و حاولت الباحثة جعل الحالة تواجه مشكلتها ، ثم التدريب على تقنية الاسترخاء و بعدها شرحنا للحالة " اختبار الدليل " و هو فنية يتم من خلاله مناقشة فكرة ما و إحلال الأفكار الايجابية محل السلبية فيالفكرة و لقد قامت الباحثة بمناقشة فكرة تدور في خاطرها و التي ذكرناها في الأعلى ، و هي عبارة عن فكرة سالبة ، و الحالة مقتنعة بأنها من المستحيل أن تتغير ، و مع المناقشة و أسلوب الباحثة في إقناع الحالة ، و تبديل الأفكار السلبية و انحلال محلها الايجابية ، مثال :

اختبار الدليل .

■ **الفكرة :** موت أمها و التي تعني لها كل حياتها و قرارها بالانتحار للإلتحاق بأمها أفضل م ن البقاء في منزلهم .

■ **الانفعال :** حزن شديد و اكتئاب .

■ **البديل :** قتل النفس حرام و إذا بقيت في المنزل و لم أخرج بدون إذن لا يضرني .

■ **الانفعال المصاحب :** الاطمئنان و إرتخاء العضلات ، و التفكير بمنطق أكثر .

بحيث حاولت الحالة هي الأخرى تغيير أفكارها و تم التدريب على فنية الاسترخاء التي لا بد منها في كل جلسة ، ثم إعطاء الواجب المنزلي المتمثل في " فنية اختبار الدليل " أو إحلال الأفكار الايجابية مكان السلبية و الاسترخاء و الحوار الذاتي.

6-الجلسة السادسة :

الهدف من الجلسة : مناقشة الواجب المنزلي .

التدريب على مهارات حل المشكلات ، و كيفية استبدال الأفكار السلبية بالاجيائية .

الفنيات المستخدمة : الاسترخاء ، اختبار الدليل ، التخيل ، الحوار الذاتي ، واجب منزلي .

مضمون الجلسة :

و قد تمت مناقشة الواجب المنزلي المعطي المتمثل في إبدال الأفكار السلبية بالاجيائية و التخيل حيث ناقشت الباحثة مع الحالة الأفكار السلبية التي فكرة فيها و إحلال محلها الأفكار الايجابية و لكن لم تتجح في استبدال كل أفكارها السلبية بل البعض فقط فحاولت الباحثة بإقناعها بأسلوبها فهذه الأخيرة اقتتعت بإبدال تلك الأفكار السلبية بالاجيائية ، ثم التدريب على فنية الاسترخاء ، و بعدها مناقشة مواقف و أفكار من خلال فنية التخيل (تتخيل دائما أن أخوها وحش فحاولت الباحثة وقف وقف الأفكار و اختبار الدليل من خلال إحلال الأفكار الايجابية مكان السلبية ، مثال :

اختبار الدليل .

■ **الفكرة :** لما تنظر في المرأة تقول لست أنا ، أكره نفسي و عقلي مجنون .

■ **الانفعال :** اكتئاب ، باستعمال ميكانيزم الدفاع و هو الهروب من الواقع ، البكاء .

■ **البديل** : التعامل مع هذه الأفكار و إيجاد البدائل بأنها تتقبل ماهي عالية ، فهي في تحسن مقارنة بما كانت عليه من قبل

■ **الانفعال المصاحب** : هدوء ، إعادة الثقة في النفس و تقبل الذات .

و إعطاء الواجب المنزلي نفس الواجب في الجلسة الخامسة .

7-الجلسة السابعة :

الهدف من الجلسة : تهيئة المعالج لإنهاء الجلسات و مراجعة و تلخيص ما دار بالجلسات السابقة بتحديد الأفكار السلبية و إحلال محلها الايجابية + تطبيق المقياس (قياس بعدي) .
الفتيات المستخدمة : مراجعة و تلخيص ما دار في الجلسات السابقة ، تطبيق مقياس دافيدسون (قياس بعدي) .

مضمون الجلسة :

و هي الجلسة ما قبل الأخيرة ، و تم فيها مناقشة الواجب المنزلي مع التأكد على تطبيقه ، و ممارسة فنية الاسترخاء العضلي الذي آخر جلسة يطبق فيه مع تطبيق فنية الحوار الذاتي و إحلال الأفكار الايجابية محل السلبية دون واجب منزلي ، و إخبار الحالة أن هذه الحصة ما قبل الأخيرة للعلاج ، ثم تطبيق مقياس دافيدسون لمعرفة إذا ما كانت ، و تهيئة الحالة لختام الجلسات .

8-الجلسة الثامنة :

الهدف من الجلسة : تقييم و بلورة الأهداف المكتسبة .

التأكيد من اكتساب المتعالج مهارات التعامل مع المشكلات و المصاعب في المستقبل .

التأكيد من استفادته من التقنيات و الحرص على استخدامها لاحقاً .

الفنيات المستخدمة : الحوار و المناقشة .

مضمون الجلسة :

و هي آخر جلسة للبرنامج المطبق ، و التي قامت الباحثة من خلالها و مع الحالة بتلخيص كل ما دار في الجلسات السابقة و المتمثلة في تطبيق مقياس دافيد سون لكرب ما بعد الصدمة ، فنية المراقبة الذاتية ، الاسترخاء العضلي ، فنية التخيل ، الحوار الذاتي ، فنية اختبار الدليل و ذلك بطرح مجموعة من الأسئلة لمعرفة مدى تحسن الحالة و استفادتها من البرنامج ، و إرشاد الحالة إلى ضرورة استمرارها في تنفيذ ما تم اكتسابه و توظيفه لاحقا .

أخيرا شكر الحالة على تعاونها و جهودها مع تمنياتنا لها بالتحسن .

3- عرض و مناقشة نتائج مقياس دافيد سون كرب ما بعد الصدمة للحالتين :

من خلال نتائج تطبيق القبلي لمقياس كرب ما بعد الصدمة نلاحظ أن الحالتين تعانين من اضطراب ، الأولى شديد و الثانية متوسط يظهر ذلك من خلال الدرجة التي تحصل عليها كل من :

• الحالة الأولى :

تحصلت الحالة على مجموع الدرجات في القياس القبلي 52 درجة ما يوضح أن الحالة تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة و هو ما أظهرته قراءتنا لإجاباتها على بنود مقياس دافيد سون لقياس كرب ما بعد الصدمة :

- أعراض استعادة الخبرة الصادمة ، تظهر في البند (1,2,3,4) حيث نجد أنها أجابت بدائما و غالبا على هذه البنود و بالتالي نستنتج وجود أكثر من عرض واحد .
- أعراض التجنب :تظهر في البنود (5,6,7,8,9)

فيها يتعلق بنود تجنب الخبرة الصادمة إجابة الحالة على البنود (5,6,7) بدائما و البند (8) بأحيانا و (9) بغالبا ، و هو ما أكد بأن أغلب بنود هذا المقياس تظهر من خلال الأعراض التي عانت منها الحالة ، مثل معاناتها من حالة فقدان الذاكرة (فقدان نفسي محدد) ، و صعوبة في التمتع بالحياة اليومية و العزلى و بالتالي وجود أكثر من 3 أعراض .

- أعراض الاستثارة : تظهر في البنود (12,13,14,15,16) أما أعراض الاستثارة فظهرت من خلال ايجابيات الحالة على البنود (13,14,16) بدائما و البند (15) بغالبا ، وهو ما ظهر في تصرفاتها من توتر شديد عند سردها لنا كيف ضربها زوج أختها و كذلك فقدانها للتركيز و أوقات السكوت ، و بالتالي وجود أكثر من ثلاثة أعراض .
- أعراض استعادة الخبرة يظهر في بند (17) حيث نجدها أجابت على هذا البند (17) بدائما و هذا ما أكدته بتحدثها على المظاهر الجسمية التي تتابها عند تذكر الحدث ، مثل نوبة من ضيق التنفس ، الرعشة ، ضربات القلب .

• الحالة الثانية :

تحصلت الحالة الثانية على مجموع الدرجات في القياس القبلي 48 درجة ما يوضح أن الحالة تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة متوسط و هو ما أظهرته قراءتنا لإجاباتها على البنود مقياس دافيد سون لقياس كرب ما بعد الصدمة :

- أعراض استعادة الخبرة الصادمة : تظهر في البنود (1,2,3,4) حيث أنها أجابت بدائما على كل البنود و بالتالي وجود أكثر من عرض واحد .
- أعراض التجنب: تظهر في البنود (5,6، 7، 8,9,10,11) .
- فيما يتعلق بنود تجنب الخبرة الصادمة أجابت الحالة على البنود (5,8,9,10) بدائما و البند(11) بأحيانا و هو ما أكد بأن أغلب بنود هذا المقياس تظهر من خلال الأعراض ، و بالتالي وجود أكثر من 3 أعراض .

- أعراض الاستثارة : تظهر في البنود (12,13,14,15,16) حيث أجابت على بند واحد وهو (13) بغالبا أما البنود المتبقية بأبدا لأنها في هذه الأيام تأخذ دوائها بانتظام و كما أنها تعاني من اضطراب ثنائي القطب فالدواء يساعدها على تحسين المزاج .
- أعراض استعادة الخبرة يظهر في البند (17) .

4-مناقشة و تحليل نتائج الدراسة :

4-1مناقشة و تحليل الفرضية الأولى :

نستنتج من النتائج المستخلصة من المقابلة العيادية و نتائج المقياس المتحصل عليها أن النساء المعنفات تعانين من ضغط ما بعد الصدمة ، الحالة الأولى مرتفع أما الحالة الثانية متوسط ، هنا نذكر بعض معاناة الحالات من خلال المقابلة كما تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين تكرار وشدة الإساءة للمرأة و بين معاناتها النفسية ، فقد وجد جلز و هاروب (Gelles and Harrop 1989) الواردة في بنات (2004) أن النساء اللواتي اختبرن العنف

و الإساءة ذكرن مستوى أعلى من المعاناة النفسية ، مقارنة بالنساء اللواتي لم يختبرن العنف ، كما قد تتعرض المرأة المعنفة إلى بعض الأمراض النفسية ، كاضطراب ضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب و الخوف بالإضافة إلى مشكلات النوم.

كما أشارت البحوث و الدراسات إلى أن الأعراض التي تعاني منها النساء المعنفات تتسق مع المؤشرات الرئيسية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة كما هو محدد في الدليل

الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية و السلوكية (Dutton ,1994)

كما أشارت دراسة كل من (Hughes and jones ,1999) , (Bremmer et al , 1999)

(Lauri et al , 2010) , (Steplianie et al , 1993) , (2001) ، إلى وجود

ارتباط بين اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات مع تاريخ من الإساءة الخطيرة في مرحلة الطفولة. (موسى عبد الخالق ، 2013).

على هذا الأساس يمكن القول أن الفرضية الأولى " تعاني النساء المعنفات من ضغط ما بعد الصدمة " محققة " .

4-1 مناقشة و تحليل الفرضية الثانية :

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بكل تقنياته يظهر لنا نجاح البرنامج في التخفيف من الضغط ما بعد الصدمة من خلال تراجع درجات المقياس.

نلاحظ من خلال هذا الجدول و حسب إجابة الحالتين أن إجابتهما تختلف في القياس القبلي و البعدي كما تختلف إجابات الحالتين في السؤال الثاني في القبلي حيث أجابت الحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بدائما أما في البعدي فأجابت الحالة الأولى بأحيانا و الحالة الثانية بأبدا .

و في السؤال الثالث حيث أجابت الحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بدائما في القياس القبلي ، أما البعدي فأجابت الحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بأحيانا .

-السؤال حيث أجابت الحالة الأولى و الحالة الثانية ب في القياس قبلي ، أما البعدي فأجابت ا لحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بأحيانا .

-السؤال الرابع حيث أجابت الحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بأحيانا في القياس البعدي.

-السؤال السابع حيث أجابت الحالة الأولى بدائما و الحالة الثانية ببأبدا في القبلي ، أما في ال بعدي فأجابت الحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بأحيانا .

- السؤال الثامن حيث أجابت الحالة الأولى بأحيانا و الحالة الثانية بدائما في القبلي .

-السؤال التاسع حيث أجابت الحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بدائما .

-السؤال العاشر حيث أجابت الحالة الأولى بأبدا و الحالة الثانية بنادرا في القياس القبلي .

-السؤال الحادي عشر حيث أجابت الحالة الأولى بنادرا و الحالة الثانية بأحيانا في القياس ال قبلي .

-السؤال الثاني عشر حيث أجابت الحالة الأولى بنادرا و الحالة الثانية بأبدا في القياس القبلي .

-السؤال الثالث عشر حيث أجابت الحالة الأولى بدائما و الحالة الثانية بغالبا في القياس القبلي و أما في البعدي فأجابت الحالة الأولى بأحيانا و الحالة الثانية بأبدا .

-السؤال الرابع عشر حيث أجابت الحالة الأولى بدائما و الحالة الثانية بأبدا في القياس القبلي .

-السؤال الخامس عشر حيث أجابت الحالة الأولى بغالبا و الحالة الثانية بأبدا في القياس القبلي .

-السؤال السادس عشر حيث أجابت الحالة الأولى بدائما و الحالة الثانية بأبدا في القياس ال قبلي .

-السؤال السابع عشر حيث أجابت الحالة الأولى بأحيانا و الحالة الثانية بدائما في القياس ال بعدي .

الجدول الإحصائي لحساب T المحسوبة :

$$T = \frac{D}{SD}$$

$$df = n - 1$$

العينة	القياس القبلي	القياس البعدي	قيمة المحسوبة	درجة الحرية	مستوي الدلالة
الحالة 1	52	32	400	01	0,05
الحالة 2	45	30	225		
المجموع			625		

نلاحظ من خلال الجدول أن يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطي القياسين القبلي و البعدي أي خفض في درجات بين القياس القبلي و البعدي منه نستنتج على أنه توجد فروق.

و بالتالي التخفيف من المعاناة النفسية و الأعراض المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مجموعة البحث ، كما انخفضت من جهة أخرى الأفكار السلبية هذا ما تبين لنا من أجوبة أسئلة التغذية الراجعة التي طارحناها على مجموعة البحث في المقابلة التقييمية ، حيث أن التقنيات ساعدتهم في فهم أكثر لأفكارهم المشوهة محاولتهم لتصحيحها ما يبعث الراحة النفسية لديهم ، كما لاقت تقنية الاسترخاء و حل المشكلة و تقنية تعديل الأفكار و المعتقدات قبولا و إعجابا من قبل حالات البحث و تعلمهم و رغبتهم في الاعتماد عليها لاحقا من قبل حالات البحث و تعلمهم ورغبتهم في الاعتماد عليها لاحقا لتحسين من حالتهم النفسية و تناولهم الدواء بنظام كما وصفها الطبيب هذا ما اتفقت عليه .

و بهذا أشارت دراسة هندرسون و هال Henderson and hall 1996 إلى فعالية استراتيجية إعادة البناء المعرفي و التعريض في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى طفلة تعرضت للإساءة الجسدية و اللفظية من قبل والديها .

كما أشارت دراسة كل من مؤمن و حشاد (2006) و دراسة السنباني (2005) و دراسة اهلرز و آخرون (2005) و دراسة باتريك (2007) إلى فعالية برامجها التي استندت إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاضطراب ، من هنا جاءت هذه الدراسة لمعرفة أثر برنامج علاجي في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات من خلال برنامج يستند إلى النظرية السلوكية في مبادئها و استراتيجياتها .

نستنتج من الطرح السابق أن الفرضية الثانية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في خفض أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات " قد تحققت .

5- مناقشة عامة للحالتين :

بعدها قمنا بتطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ، الذي يهدف إلى معرفة مدى الفعالية ففي التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى المرأة المعنفة ، و على ضوء ما سبق تقديمه ، سيتم مناقشة النتائج المتحصل عليها :

وجود فاعلية للبرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى الحالتين الاثنتين ، و هذا بعد الاطلاع على نتائج مقياس دافيد سون كرب ما بعد الصدمة ، قبل و بعد تطبيق البرنامج العلاجي و تدريب الحالات على الفنيات المعتمدة في البرنامج ، منها فنية المحاضرة و المناقشة التي ساعدت الخاليتين على التعبير عن مشاعر الضغط و المعاناة النفسية لديهم و تحديد الأفكار و المعتقدات الخاطئة منها ، و فنية المراقبة الذاتية ، التي ساعدت على تحديد المواقف الضاغطة و العمل على تفاديها ، و فنية اختبار الدليل الذي ساعدهم على إحلال الأفكار الايجابية محل السلبية ، و فنية التخيل و الحوار الذاتي التي وسعت تفكيرهم و إدراك الخاطئة منها ، و فنية الواجبات المنزلية التي عملت على تعزيز كل الفنيات السابقة لديهم ، و دون أن ننسى فنية الاسترخاء و فعاليتها في جعل الحالتين تتخلص من الضغط و المشاعر السلبية و الضغوط النفسية التي كانت تعاني منها .

و كل فنيات هذا البرنامج المطبق كانت له فعالية على الأعراض التي كانت تعاني منها الحالتين.

استنتاج عام :

من خلال نتائج البحث و انطلاقا من هدف الدراسة ، توجد فعالية للبرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المرأة المعنفة .

توصلنا إلى أن الهدف تحقق من خلال نتائج مقياس دافيدسون كرب ما بعد الصدمة، و يظهر ذلك على كل من الجانب و الانفعالي و الفيزيولوجي .

يظهر من النتائج المتحصل عليها تحقق فرضيات الدراسة .

خاتمة

خاتمة :

مما سبق ذكره يمكن القول أن العنف ضد المرأة تتدخل فيه معطيات ثقافية اجتماعية، و حتى أبعاد و عوامل نفسية ، و عليه فإننا توصلنا في نهاية هذا البحث إلى معرفة أهمية و فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف من أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات ، و يمكن اعتبار هذه النتائج مؤشرات تستدعي منا كباحثين في مجال علم النفس الانتباه لها ، خاصة توصلنا عن طريق برنامج علاجي معرفي سلوكي إلى تغيير بعض هذه الأفكار المشوهة و جعل المريض يصحح معتقداته بالاعتماد على الدمج بين الفنيات العلاجية المعرفية و السلوكية لحث المريض على التفكير بطريقة أكثر عقلنه و بالتالي اكتساب سلوكيات جديدة تخفف من معاناة النفسية

و البرنامج أيضا ساعد على خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة من خلال استخدام الاستراتيجيات الأتية إعادة البناء المعرفي ، الحوار الذاتي الموجه ، التعريض (اختبار الدليل) ، و الاسترخاء العضلي ، و يمكن القول أن النساء المعنفات بأمس الحاجة إلى برامج علاجية لمساعدتهن على كسر دائرة العنف بالإضافة إلى تقوية إمكانيتهن من أجل حياة أفضل .

منه نقترح ضرورة تقديم الدعم النفسي للمرأة المعنفة و خاصة الأعراض النفسية التي قد تنتج جراء العنف .

ضرورة اشتراك الأخصائيين الاجتماعيين في تقديم الخدمات للمرأة المعنفة من خلال أساليب و طرق يستطعون من خلالها التخفيف من ضغوطات النفسية .

إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول العنف الأسري و هل هذا العنف الذي يتلقاه الطفل منذ صغره يؤدي به إلى اضطراب نفسي .

اجراء دراسات حول اضطراب ضغط ما بعد الصدمة النتائج جراء العنف منذ الصغر و أن تشمل برامج علاجية يكون فيها قياس قبلي و بعدي و متابعة بعد مدة من الزمن

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

كتب :

- 1) الحجار محمد (1990): فن العلاج في الطب النفسي ، الأردن ، مركز دبيونو لتعليم التفكير .
- 2) بارتسون (1981) : نظرية الإرشاد و العلاج النفسي ، ط1، تر:حامد عبد العزيز القفي ، دار القلم .
- 3) ابراهيم عبد الستار (1999) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ،أساليبه و ميادين تطبيقه .
- 4) الشناوي محمد محروس (1996) : العملية الإرشادية ، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع .
- 5) أديب محمد الخالدي (2005): مرجع علم النفس الإكلينيكي المرضي (الفحص و العلاج)، ط1، دار وائل للنشر و التوزيع ، مصر .
- 6) السيد ابراهيم (2006) : العلاج المعرفي للاكتئاب أسسه النظرية و تطبيقاته العلمية و أساليب المساندة الذاتية ، القاهرة : دار غريب للطباعة و النشر .
- 7) بنات ، محمود بنات (2008): العنف ضد المرأة ،أسبابه ،أثاره و كيفية علاجه ، عمان : دار المعتز للنشر و التوزيع .
- 8) كلاوس غراوة ، روث دوناتي وفريد ريكةبيرناور (1999) : مستقبل العلاج النفسي ، معالم علاج نفسي عام ، تر: رضوان سامر جميل ، دمشق ، منشورات وزارة الثقافة (في الجمهورية العربية) .
- 9) مليكة لويس كامل (1990) : العلاج السلوكي و تعديل السلوك ، الكويت ، دار القلم للنشر و التوزيع .

- 10) مفتاح محمد عبد العزيز (2001): علم النفس العلاجي ، اتجاهات حديثة ، القاهرة ، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع .
- 11) العقاد عصام عبد اللطيف (2001): سيكولوجية العدوان وترويضها منحي علاجي معرفي حديث ، القاهرة ، دار الغريب للطباعة و النشر .
- 12) عادل عبد الله محمد (2000) : العلاج المعرفي السلوكي أسس و تطبيقات ، دار الرشاد للقاهرة .
- 13) بييري "ك" ورودل (2008) : العلاج المعرفي السلوكي المختصر ، عبد المصطفى محمود ، القاهرة ، دار ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع .
- 14) هوفمان اسجي (2012) : العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، تر: مراد على عيسى ، القاهرة ، دار الفجر للنشر و التوزيع .
- 15) حسين طه عبد العظيم (2007) : العلاج النفسي مفاهيم و تطبيقاته الاسكندرية ، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر .
- 16) صالح حسين الداھري (2005): مبادئ الصحة النفسية ، دار وائل للنشر و التوزيع عمان ، الطبعة 1.
- 17) النابلسي أحمد (1991) : الصدمة النفسية و علم النفس الحروب و الكوارث ، ط1 ، دار النهضة ، القاهرة .
- 18) إحصائيات مديرية الأمن الوطني بولاية تيزي وزو 2023.
رسائل جامعية :
- 1) ریحاني الزهرة (2010) : العنف الأسري ضد المرأة وعلاقتها بالاضطرابات السيکوسوماتية ، رسالة لنيل شهادة الماجستير ،في علم النفس المرضي ، جامعة بسكرة .
- 2) أسماء بدري الابراهيم (2010) : الصحة النفسية لدى النساء الأردنيات المعنفات ، مجلة الجامعة الإسلامية ، العدد الثاني الأردن.

- (3) حيدر جوهرة (2013) : تشخيص الصدمة النفسية لدى الزوجة المعنفة من خلال تطبيق سلم كروك ، مذكرة ماستر في علم النفس العيادي ، تحت إشراف بوسنة عبد الوافي ، جامعة محمد خيطر ، بسكرة .
- (4) أسامة مجاهدي (2021) : مساهمة ال EMDR في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة ، مقارنة علاجية للمراهقات المعنفات أسريا ، أطروحة الدكتوراة في علم النفس النمو و المرضي للطفل و المراهق ، جامعة وهران 2 .
- (5) دريدر نشوة كرم عمار أبو بكر (2010): فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الاحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة ، أطروحة الدكتوراه ، معهد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة .
- (6) هسانتسعيدت (2017): علاقة السمات الشخصية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة للمرأة التي تعرضت للعنف ، مذكرة ماستر ، جامعة تيزي وزو .
- (7) لبنى بن دعيمة (2021): فعالية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات النفسية لدى المرأة المعنفة ، مذكرة دكتوراه ، جامعة باتنة -1 .
- (8) محمد حسين عبد الله (2018): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في معالجة الاكنتاب لدى مرضى فشل الكلوي المزمن ، رسالة دكتوراه ، الفلسفة في علم النفس الصحي ، السودان .
- (9) بنات ، سهيلة محمود صالح ، (2004) : أثر التدريب على مهارات الاتصار وحل المشكلات في تحسين تقدير الذات و التكيف لدى النساء المعنفات و خفض مستوى العنف الأسري ، أطروحة دكتوراة في الارشاد النفسي و التربوي ، الجامعة الأردنية .

مجالات :

- 1) الحوري الدنون عكلة سليمان وذنون ثامر محمود (2010) :أثر برنامج الاسترخاء التعاقبي على قلق الامتحان و التحصيل العلمي في مادة " الجيمناستيك " مجلة الرافدين للعلوم الرياضية ، العدد 53.
 - 2) حمدي حامد حجازي(2008) :” العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد و تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا “ مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات و البحوث الاجتماعية ، العدد 19.
 - 3) حنور ، قطب عبده خليل (2009) : “اضطراب ضغط ما بعد الصدمة و علاقته بالاكئاب و الوسواس القهري واضطراب النوم لدي طلاب الجامعة المعرضون للصدمة ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد 65.
- اللغة الأجنبية :

- 1)Wendy ,G Dean C ,Kemberly O , Norah ,S (2005) , stress management intrventions for medical population , psychology press.
- 2) Plante (t) contomporay clinical psychology , (3 thed) Wewjersy : ghonwilley .
- 3)Cohen,L.R and denis A.H 2006 Treament outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma , American psychiatric Association .
- 4)INSP (2005) violence al'enconte des femmes , l'enquete national algerie .

5)Annesty international (2004) , mettre fin a la violence contre les femmes , un combat pourouyourd'hui , les éditions francophone d'annesty .

6)Sillamy : w (1998) , dictionnaire encyclopédie de psychologie , paris .7)DSM-5 , 2013 .

8)Cottroux ,j (2011) les psychothérapies comportementales et cognives (5^{eme}ed) paris -masson.

9)Vera, (2014) TCC chez l'enfant et l'adolescent ,(2^{eme}ed) paris ,-masson.

10)Hughes,N.J and jones (2000) , Women Domestic Violence , and posttraumatic stress disorder (ptsd), Department of health and human service , sandiego state university .

Kubany .E.S Hill E.E (2003) , cognitive Traum a therapy for Battered women Will ptsd , journal of traumatic stress.

12)Zlotnick, c (2006) , Acognitive Behavioral Treatment for battered women with ptsd in shelters , journal of traumatic stress .

13) Beck § All .t (1976) cognitive therapy and the emothional disorder , New yorek international universities press.

المواقع الالكترونية :

1) هبة مختار سليمان ، دورة تعديل السلوك ، مركز البحوث ، اعداد البرامج العلاجية " دار الهضبة " جامعة القاهرة daralhadabaegypt.com

الملاحق

الملحق رقم (01) :

دليل المقابلة العيادية (النصف الموجهة) :

محور خاص بالبيانات الشخصية :

- الاسم .
- السن .
- المستوى الدراسي : ابتدائي ، متوسط ، ثانوي ، جامعي .
- الحالة المدنية : متزوجة ، مطلقة ، عزباء .
- عدد أفراد الأسرة .
- عدد الإخوة : ذكور / إناث
- الرتبة بين الإخوة و الأخوات .
- مهنة الأب .
- مهنة الأم .
- هل الأبوين مطلقين : نعم / لا .
- المستوى الاقتصادي .

محور خاص بالسوابق الشخصية و المرضية للمرأة المغنفة :

- هل تعانين من أمراض نفسية أو عضوية ؟
- هل سبق و أن ذهبت إلى مختص نفسي ؟
- هل تتعاطين أدوية نفسية ؟
- هل تراودك أفكار انتحارية ؟
- هل سبق و أن دخلت مستشفى الأمراض العقلية ؟
- هل حاولت أن تهربين من المنزل ؟

محور خاص حول العنف المتعرضة له :

- هل تعرضت للعنف ؟
- من عند من تتعرضين للعنف ؟ أي من الذي يعنفك ؟
- ما هي طرق العنف الممارس ضدك ؟ جنسية ، عاطفية ، معنوية ، لفظية ، مادية .
- منذ متى بدأ ذلك ؟ و كيف بدأ ذلك ؟ و بأية وسيلة ؟
- كيف كانت ردة فعلك حينها ؟
- ما هو الألم الذي تشعرين به عندما تتعرضين للعنف ؟
- ما هو شعورك نحو الشخص الذي يعنفك ؟ لماذا ؟
- هل الشخص المسيء لك يتعاطى المخدرات أو الكحول أو أي نوع من المؤثرات العقلية ؟

محور خاص بالحالة النفسية و الانفعالية للمرأة المعنفة :

- أحكي لي على شعورك بعد تعرضك للعنف ؟
- ما هي استجابتك أثناء تعرضك للعنف ؟
- هل تمرين بلحظات تسترجعين فيها بعض الصور المتعلقة بتعنيفك ؟
- هل يكون هذا بصفة دائمة ؟
- ما هو الشعور الذي ينتابك عند تذكر هذه الأحداث ؟
- في أي وقت من الأوقات تمر عليك هذه الصور ؟
- هل لديك مظاهر جسدية مثل : (ازدياد ضربات القلب ، ألام في المعدة ، صداع ، ارتجاف ، غثيان ، تصبب العرق) .
- هل تعانيين من شرود ذهنك ؟
- هل تحاولين تجنب كل ما يذكرك بأحداث العنف التي عشتها ؟ لماذا ؟

- هل تشعرين بحالة من الخوف اتجاه المعتدي أو بالضغط و القلق ؟
- هل نومك مضطرب؟ هل تراودك كوابيس مزعجة ؟ هل هي دائمة ؟
- كيف تتظنين إلى نفسك ؟
- ما هو شعورك مقارنة بالآخرين؟

محور خاص بالعلاقات الاجتماعية للمرأة المعنفة :

- كيف ترين علاقتك مع الآخرين ؟
- هل سبق و أن تكلمت مع أحد عن حالتك ؟
- هل تلقين مساعدة منهم ؟
- هل أنت راضية عن هذه المساعدة ؟
- هل تتوقعين السند الذي تأملين أن تتلقيه من الآخرين ؟
- كيف تجدين علاقتك الاجتماعية بعد هذه التجربة ؟
- على ماذا تركزين أثناء الحديث معهم ؟
- ما هي نظرة المجتمع إليك ؟

محور خاص بالتطلعات المستقبلية للمرأة المعنفة :

- كيف هي نظرتك للمقبل ؟
- على ماذا تركزين تفكيرك في الوقت الحاضر ؟
- ما هي أمنيتك ؟
- ما مدى قدرتك على وضع خطط مستقبلية و إمكانية تحقيقها ؟
- برأيك هل يمكنك التغلب على الوضع و الاستمرار في تحقيق مشاريعك ؟

الملحق رقم (02) : مقياس دافيد سون 1887

مقياس كرب ما بعد الصدمة

Ptsscaleaccording to dsm-5

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم : اللقب : الجنس :

الجنس :

عزيزي / عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية ، كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك و مشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب على كل الأسئلة علما بأن الاجابات تأخذ أحد الاحتمالات 0= أبدا ، 1= نادرا ، 2 = أحيانا ، 3+ غالبا ، 4 = دائما .

4	3	2	1	0	الرقم	الخبرة الصادمة
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	-1	هل تتخيل صور ، ذكريات ، و أفكار عن الخبرة الصادمة ؟
					-2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟
					-3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى ؟
					-4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة ؟
					-5	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم ؟

					6- هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تذكر بالحدث الصادم ؟
					7- هل تعاني من فقدان الذاكرة لأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)
					8- هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك و النشاطات اليومية التي تعودت عليها ؟
					9- هل تشعر بالعزلة و بأنك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الآخرين أو الانبساط ؟
					10- هل فقدت الشعور بالحزن و الحب (أنك متبلد الإحساس)
					11- هل تجد صعوبة في بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل ، الزواج و إنجاب الأطفال ؟
					12- هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما ؟
					13- هل تنتابك نوبات من التوتر و الغضب؟
					14- هل تعاني من صعوبات في التركيز ؟
					15- هل تشعر بأنك في حافة الانهيار (واصلت معك على الآخر) ومن السهل تشتيت انتباهك .
					16- هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوء ؟
					17- هل الأشياء و الأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس ، و الرعشة ، و العرق الغزير وسرعة في ضربات القلب ؟

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة

الملحق رقم (03) :

برنامج العلاج المعرفي السلوكي :

الجلسات	المحتوى	الفنيات المستخدمة
الجلسة الأولى	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف مع المرضى وبناء علاقة علاجية . - جمع المعلومات حول الحالة من خلال المقابلة و تطبيق المقياس . 	الحوار و المناقشة .
الجلسة الثانية	<ul style="list-style-type: none"> - تقديم و التعريف بطبيعة العمل و عرض أهداف العلاج . - شرح المفاهيم الأساسية للصدمة و تعريف المريض بأثر الصدمة (تحديد المشكلة) و التعرف بالعلاج المعرفي السلوكي . 	المحاضرة و المناقشة و تعريف المريض بأثر الصدمة (تحديد المشكلة) .
الجلسة الثالثة	<ul style="list-style-type: none"> - شرح فنية الاسترخاء و تدريب المريض عليها بالحوار و المناقشة و المراقبة الذاتية . 	المحاضرة و المناقشة ، المراقبة الذاتية ، الاسترخاء ، و الواجب المنزلي .
الجلسة الرابعة	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الواجب المنزلي . - إعادة البناء المعرفي و إيقاف الأفكار . - تحديد الأفكار التلقائية و تعديلها . 	الحوار السقراطي ، الحوار الذاتي ، الواجب المنزلي

	- الحوار الذاتي .	
الاسترخاء، فنية التخيل اختبار الدليل ، واجب منزلي .	- مراجعة الواجب المنزلي . - ممارسة التدريب على الاسترخاء وشرح فنية التخيل . - تدريب المريض على كيفية مواجهة الأعراض الناتجة عن الصدمة .	الجلسة الخامسة
مراجعة و تلخيص مدار في الجلسات السابقة .	- مناقشة الواجب المنزلي . - التدريب على مهارات حل المشكلات و كيفية استبدال الأفكار السلبية بالإيجابية .	الجلسة السادسة
مراجعة و تلخيص مدار في الجلسات السابقة ، تطبيق مقياس دافيد سون (قياس بعدي) .	- تهيئة المعالج لإنهاء الجلسات . - مراجعة و تلخيص ما دار بالجلسات السابقة . - تحديد الأفكار السلبية و إحلال محلها الأفكار الايجابية . - إعادة تطبيق المقياس .	الجلسة السابعة
الحوار و المناقشة .	- تقييم و بلورة الأهداف المكتسبة . - التأكيد من اكتساب المتعالج مهارات التعامل مع المشكلات و المصاعب في المستقبل .	الجلسة الثامنة

	<p>- التأكيد من استفادته من التقنيات و الحرص على استخدامها لاحقا .</p>	
--	--	--

ملحق رقم (04) :

سجل الأفكار الألية .

التعليمة :

سجل التعامل مع الأفكار الألية (تعديل الأفكار و تصحيحها).

الموقف :

الفكرة الألية :

الانفعال :

البديل (الفكرة البديلة) :

الانفعال المصاحب :

الملحق رقم (05) :

سجل أحوال المزاجية حين القيام بالنشاط .

النشاط :

الأحوال المزاجية :

مدى إستمتاع :

مدى التمكن :

ملحق رقم (06) :

تمارين الاسترخاء .

البدئ بعلاج الاسترخاء بتمرين التنفس ثم الانتقال من القدمين إلى الأعلى نقترح التمارين التالية :

التمرين الأول :

- خذي نفسا عميقا (شهيقا) و احبسيه لمدة (الهيق الكامل يؤدي إلى التوتر).

- أطلقني النفس تدريجيا (الزفير) إنشاء العد تنازليا من ثلاثة إلى واحد (1,2,3) (الزفير يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء و إزالة حالة التوتر) .
- حاولي الاستمتاع بحالة الاسترخاء التي تكونين عليها بعد إطلاق النفس .
- كرري العملية السابقة ثلاث مرات مع تدريب عضو واحد .

التمرين الثاني :

- ركز إهتمامك على قدميك .
- وجه قدميك إلى الأسفل واثن أصابعك تحتها .
- شد عضلات أصابع قدميك بلطف ، لكن لا تجهدها .
- راقب التشنج عدة دقائق ، ثم حرره ولاحظ الاسترخاء و كرر العملية .
- كن مدركا للإختلاف بين العضلات المتشنجة و العضلات المسترخية .
- تابع شد و إرخاء عضلات الساقين من القدمين إلى منطقة البطن .

التمرين الثالث :

- شد عضلات بطنك برفق ، لكن دون إجهاد .
- إنتبه للتشنج عدة دقائق ثم حرره و لاحظ استرخاء العضلات ، و كرر التمرين .
- أدرك الفرق بين العضلات المتشنجة أو المشدودة و بين العضلات المسترخية .

التمرين الرابع :

- أرفع كتفيك للأعلى برفق بإتجاه أذنيك ' لكن لا تجهد نفسك .
- أشعر بالتشنج في عضلات كتفيك عدة دقائق ، ثم حرره و اشعر بالاسترخاء ، و كرر العملية .
- لاحظ الفرق بين العضلات المشدودة و المسترخية .
- ركز على عضلات الرقبة ، شدها ثم أرخها إلى أن تشعر بالإسترخاء الكامل في هذه المنطقة من جسمك .

ملحق رقم (07) :

إستمارة تقييم البرنامج العلاجي

- ما رأيك من محتوى الجلسات ؟
- هل استفدت من مواضيع الجلسات العلاجية ؟
- ماهي التقنية التي أحسست أنها قد ساعدتك ؟
- ما الذي لم يعجبك في الجلسات ؟
- هل تشعر بتحسن في حالتك النفسية ؟ كيف ذلك ؟
- ماهي التغييرات التي لاحظتها في نفسك بعد هذه الجلسات العلاجية ؟
- هل ترى أن هناك أهمية لهذا النوع من العلاج النفسي للذي يعاني مثلك ؟