

اثر العلاج السلوكي المعرفي لدى عينة من النازحين

أ.م.د. ناطق فحل الكبيسي

مركز البحوث التربوية والنفسية

جامعة بغداد

BA (Psychology), MA (Clinical Psychology), PhD Psychology

Psychological & Educational research Center ?

University of Baghdad, Baghdad Iraq

Email: dr.natik@yahoo.com

ملخص البحث

لقد اثبتت الكثير من الدراسات الحديثة عن نجاح طريقة العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (post Traumatic Stress Disorder- PTSD).

وفي الدول المتقدمة أنشئت مراكز عدة متخصصة في العلاج السلوكي المعرفي وتقوم بتدريب محترفين للتعامل مع ضحايا الصدمات النفسية.

اما في العراق على الرغم من تعرضه الى كوارث عدة ولا سيما الحروب والاحتلال وما خلفته من جرائم القتل والاختطاف والتهجير والنزوح من مناطق سكناهم التي ابتلي بها المجتمع العراقي، الا انه لحد الان لا توجد مراكز علاجية متخصصة باستطاعتها من علاج الكم الهائل من المتعرضين الى الصدمات النفسية. ومما يزيد من الكارثة ان العراق يعاني من قلة في عدد الاطباء النفسيين اذا ما قورن بحجم المتعرضين الى الصدمات النفسية. ومما يزيد من الكارثة هو عدم سماح وزارة الصحة العراقية رسميا للنفسانيين السريريين (Clinical Psychologist) والمدرسين على هكذا نوع من العلاج من المساهمة في علاج هؤلاء الضحايا.

أهمية البحث:

تبرز أهمية البحث من خلال استعمال العلاج السلوكي المعرفي ، للافادة منها في معالجة اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والقلق والمخاوف من قبل المؤسسات الصحية وكذلك يعتبر كمرجع للدراسات النفسية المتعلقة بهذا الموضوع ليضاف الى مكتباتنا التي تعاني اصلا من شحة بهذا النوع من المصادر.

اهداف البحث:

يهدف البحث الحالي الى التعرف على اثر العلاج السلوكي المعرفي على المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من النازحين، من خلال التحقق من الفرضية الآتية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق العلاج.

اجراءات البحث:

اختيرت عينة البرنامج العلاجي المتكونة من خمسة افراد من الاناث والمتعرضات لصددمات نفسية وممن يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بمتوسط عمري ٢٥ سنة. وذلك بعد تطبيق مقياس الكبيسي لاضطراب ما بعد الصدمة بالاعتماد على الكراس التشخيصي للمراجعة الرابعة للجمعية الامريكية للطب النفسي الذي تميز بالصدق والثبات.

نتائج البحث:

أظهرت نتائج البحث الحالي عن وجود فروق ذات دلالة احصائية وبدلالة إحصائية (٠.٠٥) عن طريق المؤشرات التقويمية التي اعتمدت في تقويم البرنامج وأسندت هذه النتائج الى الدراسات السابقة.

التوصيات:

خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات ومنها باعتماد هذه الطريقة في العلاج بعد ان تطبق على عينة اكبر لاثبات مصداقيتها في مجتمعنا العراقي والعربي. كما خرجت بمجموعة من المقترحات.

abstract

Many recent studies have demonstrated the success of cognitive behavioral therapy in the treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

In developed countries, several centers have been established to specialize in cognitive behavioral therapy and train professionals to deal with trauma victims.

In Iraq, despite the exposure to several disasters, especially wars and occupation and the resulting crimes of murder, abduction, displacement and displacement from the areas of their homes, which plagued the Iraqi society, but to date there are no specialized treatment centers that can treat the large number of those exposed to trauma . Adding to the disaster, Iraq is suffering from a small number of psychiatrists when compared to the size of those exposed to trauma. The disaster is further exacerbated by the fact that the Iraqi Ministry of Health has not formally allowed the clinical psychologist and trained in such treatment to contribute to the treatment of these victims.

research importance:

The importance of research through the use of cognitive behavioral therapy, to be used in the treatment of post-traumatic stress disorder, anxiety and fears by health institutions as well as a reference for psychological studies on this subject to add to our libraries, which already suffer from scarcity of this type of sources.

research goals:

The present study aims at identifying the effect of cognitive behavioral therapy on people with post-traumatic stress disorder in a sample of displaced persons by verifying the following hypothesis:

There were no statistically significant differences in the severity of PTSD symptoms before and after treatment was applied.

Search procedures:

The sample of the therapeutic program consisting of five female members, traumatists and those suffering from PTSD was selected at an average age of 25 years. After the application of the standard of post-traumatic stress disorder based on the diagnostic booklet of the fourth review of the American Society of Psychiatry, which is characterized by honesty and persistence.

research results:

The results of the current research showed that there were statistically significant differences (0.05) by the calendar indicators adopted in the evaluation of the program. These results were based on previous studies.

Recommendations:

The study came out with a set of recommendations, including the adoption of this method of treatment after applying a larger sample to prove its credibility in our Iraqi and Arab society. I also came up with a set of proposals.

الفصل الاول

لقد مر العراق بسلسلة من الكوارث والحروب بدءاً من عام ١٩٨٠ وإلى الآن، وكان آخرها احتلال داعش عام ٢٠١٤ لمحافظات الانبار ونيوى وصلاح الدين مما أدى الى نزوح اعداد كبيرة من العوائل تاركين مناطق سكنهم الى المحافظات الاخرى، هرباً من اعمال العنف ومشاهد القتل والموت والتعذيب والاغتصاب والانتهاكات الانسانية الاخرى وسعيها منهم للحفاظ على ارواحهم من الاعمال الاجرامية التي ترتكب يومياً بحقهم. حيث اعتبر حينها ثاني دولة عالمياً بعد سوريا من حيث عدد النازحين لعام ٢٠١٥. (الامم المتحدة والمنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٥، ص١٠٩).

وفي احصائية لوزارة الهجرة والمهجرين العراقية لغاية ٢٧/١١/٢٠١٦ كانت قد بلغت (٧٤٢٦٢٠) عائلة اي ما يقارب اربعة مليون عراقي بينهم نساء واطفال وشيوخ. بينما كان عدد عائلات النازحين الذين سكنوا مخيمات محافظة بغداد (٣٣٠٨) عائلة من مجموع العدد الكلي المذكور اي ما يقارب (١٦٥٤٠) نازح ونازحة. (جاسم، ٢٠١٧) وقد اثبتت العديد من الدراسات الى شعور العديد من الناجين بالاحباط والتوتر والقلق والحرمان وفقدان الفرد لتوازنه النفسي وغير ذلك من تأثيرات نفسية التي تؤثر على المدى البعيد، وخسارة كل الممتلكات الخاصة، بما فيها المنزل الذي يقطن تحت سقفة افراد العائلة والدخل الذي يعتاشون عليه، هي مفاجأة رهيبه للأشخاص، لا سيما الأشخاص الفقراء أصلاً. ومما يزيد من حدة الحزن هو أنّ الذي يمرون به من احداث بحدّ ذاته لا يحمل أي معنى، ناهيك عن من يفقد اشخاص من افراد أسرته وما قد ينتج عن ذلك الفقدان صدمات نفسية. (اسبينول واورسولا، ٢٠٠٦، ص١٣٢) مشكلة البحث:

نتيجة تعرض المدن لاحتلال داعش وما شهده من تعذيب ووحشية وانواع الانتهاكات الانسانية فقد اصيب العديد منهم باضطرابات نفسية، ولم تتمكن المؤسسات الصحية العراقية من تقديم الخدمات لهذا العدد الكبير من النازحين، كما لم تتمكن برامج الاغاثة وسياسة الاستجابة الانسانية من تخفيف حدة الاثر الاقتصادي والاجتماعي والنفسي للنازحين مما عمق من حدة الازمة وتداعياتها.

ان تأثيرات النزوح في البيئة الاجتماعية يترك تأثيراته النفسية على الفرد أيضاً فيسبب القلق والاحباط وعدم الاستقرار النفسي والبطالة والاضطرابات النفسية وارتكاب الجرائم وزعزعة الأمن، كما يؤدي الى تفشي الأمراض الوبائية الناجمة عن عدم مقدرة المرافق الصحية على تغطية معسكرات النازحين وأماكن تجمعاتهم وقائياً وعلاجياً (اسماعيل، 2015، ص27). ويلاحظ ذلك جلياً على الكثير من النساء والأطفال الذين تتأثر حالتهم النفسية بمعاملة الأسر لهم، فغياب الخدمات والاحتياجات الأساسية تجعل زيادة المشاكل ذات تأثير نفسي على الأم والأطفال، فالحرمان والشعور بالتهديد والضغوط قد تؤدي الى تكوين شخصية مضطربة وقلقة، وأيضاً الصراع قد يؤدي الى خصية منقصه غير قادرة على مواجهة المشكلات (اسماعيل، 2015، ص30).

ففي مراجعة للدراسات قام بها (Dimitry,2012) أشار الى أن (10%-30%) من الشباب العراقي مصاب باضطراب أَل (PTSD)(Amer & Awad,2016)

وقد توصلت دراسة(علي،2015) الى أن النازحين يتميزون بسوء المزاج و انخفاض القدرة على ادارة انفعالاتهم وان هناك علاقة قوية بين المزاج وادارة الانفعال(علي،2015،<https://www.researchgate.net/profile/>،

وأشارت النشرة الطبية البريطانية في أكاديمية أكسفورد،2004 الى أن الدراسات والبحوث السابقة على النازحين الداخليين والمهاجرين خارجيا واللاجئين في أماكن عديدة من العالم ركزت على اضطراب الاجهاد والاكتئاب واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والاضطرابات جسمية الشكل(السيكوسوماتيك) (Thomas & Thomas,2004,pp.115-127)

٣. أهمية البحث والحاجة إليه:

أشارت تقديرات الأمم المتحدة "UN" الى أن عدد النازحين داخليا في العراق قد بلغ (3.2) مليون نازح منذ سيطرة تنظيم داعش على المحافظات في حزيران من عام ٢٠١٤ وان هناك (8) ملايين شخص بحاجة الى مساعدات انسانية (هيغل،2016،ص5).

وقد أشارت كل التقارير العالمية بعد الغزو الأمريكي للعراق عام 2003 عن معدلات مقلقة للنزوح تركت تأثيراتها السلبية على المجتمع العراقي (Behrouzan,2013).

كما نجد أن النساء والأطفال والمسنين أكثر تضرراً في النزاعات والصراعات المسلحة ويشكلون غالبية الضحايا، وهم أغلبية اللاجئين في العالم والغالبية من المتشردين داخليا(اسماعيل، ٢٠١٥،ص4). إذ تشير التقديرات الى أن ما يقرب من (80%) من اللاجئين والنازحين هم من النساء والأطفال يكونون عرضة بشكل خاص لصعوبات الصحة الجسمية والنفسية (Thomas & Thomas ,2004, pp.115-127)

ولما كان المجتمع العراقي قد تعرض عبر تاريخه الطويل ولاسيما في الحقبة الأخيرة الى ضغوط داخلية وخارجية عديدة كالحروب وما اعقبها من احداث وكان اخرها نزوح الافراد من المناطق التي سيطر عليها داعش حيث احتضنت بغداد ما يقارب ٦٠٠,٠٠٠ نازح من مدن الانبار وصلاح الدين ونيوى (المنظمة الدولية للهجرة،٢٠١٣، ص١٣)

ومن الملاحظ ان الدراسات العراقية في هذا المجال قليلة للغاية. وما أحوج مجتمعنا العراقي الذي يعيش تحت ضغوط نفسية كبيرة التي تسبب مختلف الاضطرابات النفسية مثل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية الذي يحتاج الى العلاجات النفسية ولاسيما طريقة العلاج السلوكي المعرفي (CBT). وقد وجد الباحث من خلال إطلاعته على بعض الدراسات والآراء ان (CBT) يمكن ان يساهم بفاعلية في علاج هذا الاضطراب.

وهذا ما دفعنا الى تقديم هذه الدراسة كاحد انواع العلاجات النفسية التي تساعد المصابين باضطراب ما بعد

الضغوط الصدمية.

وعلى أساس ما تقدم وبناء على توصيات العديد من الدراسات التي اجريت على النازحين التي تؤكد على ضرورة تقديم الخدمات الصحية والنفسية لهم ولا سيما النازحين المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. ومساعدتهم من خلال تطبيق العلاج السلوكي المعرفي. فضلا عما تعانيه مكثباتنا المحلية والعربية من شحة المراجع النفسية المتعلقة بانواع العلاجات النفسية ولا سيما العلاج السلوكي المعرفي.

٤. أهداف البحث:

التعرف على أثر العلاج السلوكي المعرفي CBT في تخفيف اعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD من خلال التحقق من الفرضية الآتية:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة أعراض المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) قبل وبعد اخضاعهم للعلاج بطريقة العلاج السلوكي المعرفي (CBT).

٥. حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي بحالات خمس طلاب نازحين من المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ومن الذين نزحوا من محافظة الانبار الى محافظة بغداد للعام الدراسي ٢٠١٦-٢٠١٧.

٦. تحديد المصطلحات:

أ. تعريف النازح Displaced Persons:

اولا: تعريف السلطاني ٢٠١٧:

هو ترك الشخص لمنطقته ويتوجه الى منطقة اخرى ضمن البلد نفسه وهناك عوامل تدفعه لذلك مثل الحرب والمجاعة والفقر والامراض وانعدام فرص العمل وبالإمكان ان يعود النازح الى منطقته الاصلية في حالة انتفاء الاسباب. (السلطاني وآخرون، ٢٠١٧،)

ثانيا. تعريف اسماعيل، 2015:

هو الشخص الذي يترك منطقته ليستقر في منطقة اخرى بحثا عن الأمن والاستقرار وهناك العديد من الاسباب التي تؤدي للنزوح بعضها أسباب سياسية أو اقتصادية أو شخصية (اسماعيل، 2015، ص5).

ثالثا: تعريف كريم 2010:

هو الشخص الذي فر من منطقة سكنه بسبب النزاعات والصراعات ولكنه لم يتجاوز حدوده الدولية وبقى تحت نفوذ سلطاته الوطنية. (كريم ٢٠١٠، ص ١٩٠)

رابعا: تعريف القانون الدولي ٢٠٠٨:

هم أشخاصاً وجماعات كانوا قد نزحوا من داخل بلدانهم، والذين أكرهوا على الهرب، أو على ترك منازلهم، أو أماكن إقامتهم المعتادة، أو اضطروا الى ذلك، ولا سيما نتيجة أو سعياً لتفادي آثار نزاع مسلح أو حالات عنف عام، أو انتهاكات حقوق الانسان أو كوارث طبيعية، أو كوارث من فعل البشر ولم يعبروا الحدود الدولية المعترف بها للدولة (سلسلة القانون الدولي رقم 8، 2008، ص3).

خامسا: تعريف الباحث: هو الفرد الذي ترك محل سكنه كرها الى مكان اخر اكثر امانا وستقرارا بعيدا

عن اماكن النزاعات والصراعات بحيث لا يتجاوز حدود دولته الادارية.

ب. اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Post Traumatic Stress Disorder):

أما التعريف الإجرائي لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية فهو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على

مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية المعد والمطبق سابقا من قبل الباحث في دراسة الماجستير

وفق المعايير التي حددتها المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-4, 1994.

ج. تعريف العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior therapy-CBT

تعريف الباحث:

وهو عبارة عن طريقة علاجية تجمع بين العلاج النفسي السلوكي (القائم على نظرية التعلم . السلوكية) والعلاج

النفسي المعرفي (القائم على النظرية المعرفية). ويطلق عليه بالعلاج السلوكي المعرفي Cognitive- behavior

Therapy ويرمز لها اختصارا CBT. وتستعمل مجموعة من التقنيات العلاجية التي تجمع الأسلوبين معا ونتيجة

لهذا التوجه الجديد فإن الإنسان يؤثر في المثيرات الموجودة في محيطه، ويحاول تعديلها، ثم يشكل تصورا جديداً

عنها، يؤثر في سلوكه من جديد، وهذا هو التفاعل المستمر بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية.

الفصل الثاني

١. الاطار النظري:

أ. العلاج التحليلي النفسي:

اكتشف هذا النوع من العلاج خلال السنين العشر الاخيرة من القرن التاسع عشر على يد الطبيب النمساوي فرويد. واعتبر فرويد ان الانسان يولد ولديه طاقة نفسية جنسية تدعى اللبيدو Libido وهي التي تحرك الشخصية وتدفعها اما الى السواء او الى الاضطراب. وان الجهاز التنفسي للانسان يحتوي على ثلاثة اجهزة او اجزاء وهي Id والانا Ego والانا الاعلى Super ego ولكل منها وظيفتها. وهدف العلاج من وجهة نظر فرويد هو ازالة الستار عن اللاشعور والذي قد يكمن خلفه العديد من صور الاعراض والاضطرابات دون ان يعي الفرد لها. كما انه يركز على اهمية الخبرات الطفلية المبكرة وتحديد علاقة الطفل بوالديه وما يتركه ذلك من عقد سواءا كانت عقدة اوديب او اليكترا وغيرها من العقد وما تتركه كل عقدة من هذه العقد لدى الشخص من سلوكيات لا سوية وبصورة مستمرة.

ويؤكد فرويد على ان حل الصراعات الحالية تكمن في استعادة العصاب الطفولي Infantile Neurosis وحله.

ومن اهم فنيات هذا النوع من العلاج هو فنية الطرح Transference وفنية الطرح المضاد Counter Transference والمقاومة Resistance والتفسير Interpretation . (غانم، ٢٠٠٨، ص ٩٥-٩٦)

ب. العلاج السلوكي:

هناك فنيات الاشتراط الاجرائي Operant enditioning التي يكون السلوك هو محصلة ما يؤدي من نتائج ايجابية على السلوك ومن اهم هذه الوسائل هي التدعيم Reinforcement بنوعيه الايجابي والسلبي والعقاب الايجابي Positive Punishment والسلبي Negative Punishment.

وهناك ايضا فنية توكيد الذات من خلال استعمال اساليب لفظية والتعبير عن الراي وتاكيد الانا والتدريب على استجابات بدنية مناسبة والتاكيد السلبي وهناك اساليب كثيرة اخرى لا مجال لذكرها. (ابراهيم، ١٩٩٨، ص ١٨٣-٢٢٠) في (غانم، ٢٠٠٨، ص ١٨٧-٢٠٢)

ومن مميزات هذا النوع من العلاج انه يستند الى نظرية التعلم وتطبيقاته المتعددة. حيث يركز على الاعراض والتعامل معها في الاساس الاول وعدم الدخول في تفاصيل الماضي البعيد، والتركيز على هنا والان. (غانم، ٢٠٠٨، ص ١٨٧ - ٢٠٢)

ج. العلاج المعرفي:

لقد نشأ هذا العلاج في احضان المدرسة السلوكية وركب الموجة الثانية فيها، ويمثل تياراً منفصلاً تماماً عن المدرسة السلوكية. وان حديث الفرد الداخلي مع نفسه يلعب دوراً أساسياً في سلوكهم. وينظر الى السلوك والانفعالات كنتيجة للعمليات المعرفية. لذا يتم تغيير السلوك والانفعالات اللاتوافقية من خلال تصحيح المعتقدات المضطربة. منصور، ٢٠٠٠، ص ١٦٢)

في (غانم، ٢٠٠٨، ص ١٨٩)

د. العلاج السلوكي المعرفي:

نشأ هذا العلاج منذ حوالي عشرين سنة بواسطة الأخصائي النفسي، هارون بيك، وزملائه في الولايات المتحدة، ويتميز العلاج السلوكي في ازالة الاعراض المرضية مباشرة، دون البحث عن الصراعات النفسية والصدمات الطفولية كما هو متبع في التحليل النفسي، ولكن هذا العلاج المعرفي يهتم اهتماماً واضحاً بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد، وينظر العلاج المعرفي للأفكار الواعية على انها الاساس والمركز الذي تدور حوله اعراض القلق والاكتئاب والجسدية، ومن ثم فالاضطراب في هذه الامراض يكمن في محتوى التفكير. (عكاشة، ٢٠٠٣، ص ٢٦٥)

وتتبع قوة العلاج السلوكي المعرفي من منطقته وعقلانيته ومعطياته التجريبية على الحيوان والإنسان وقابليته للقياس. ولقد لبي هذا النوع من العلاج كل التوقعات تقريباً المتوقعة والواعدة في الممارسات السريرية في "العصابات" النفسية وبشكل خاص في الاضطرابات الرهابية والسلوكية والعادات الضارة بالصحة، وفي التدبر بالشدائد النفسية والتدريب التحصيني ضد هذه الشدائد وغيرها. (الحجار، ٢٠٠٠، ص ٥٨)

ويتجه العلاج الى تعديل وتطوير وتغيير التشويه والنظم المعرفية، فإذا، اخذنا الاكتئاب كمثال، نجد ان تفسير المكتئب للعالم والحياة يختلف عن الفرد العادي، وهنا يسمى مفهوم التفكير "بثلاثية السلبية المعرفية" اي انه يفسر الحاضر والماضي والمستقبل بطريقة سلبية انهزامية، ويدرك الأحداث كلها

بالحرمان والمصاعب والفشل والدونية، وانه عديم القيمة والنفع وغير محبوب أو مرغوب. (عكاشة، ٢٠٠٣، ص ٢٦٥)

تستعمل فنيات عدة في هذا النوع من العلاج ولكن اهمها هو استبدال الافكار المرضية بافكار عقلانية. ويرى اليس Eillis يمكننا نميز بين نوعين من الافكار والمعتقدات هما اعتقادات منطقية وعقلانية تصاحبها في الغالب حالات وجدانية سليمة تدفع الانسان لمزيد من النضوج والانفتاح. واخرى اعتقادات غير منطقية وغير عقلانية تصحبها اضطرابات انفعالية كالذهان والعصاب الاحباط. ولكن فنية نظرية التعقل ترى ضرورة الالتزام بعدة خطوات حتى يتم التخلص من الافكار اللاعقلانية ومنهاك

- توجيه المباشر والتربية: حيث اكد اليس على ان العلاج يجب ان يتضمن عملية اعادة تربية وضرورة التحاور مع المريض بكل الطرق المنطقية الممكنة حتى يمكنه استبدال فكرة بفكرة اخرى وحتى يتبين له الجانب الخاطيء من معتقداته.

- الرفض المستمر للافكار الخاطئة معم الاقناع بمساعدة الشخص على تبين الافكار غير العقلانية.

- تعليم الشخص على اتباع واكتشاف طرق جديدة لحل المشكلات لتحقيق اهدافه.

- التغيير منن الاهداف نفسها يساعد الشخص على تعديل سلوكه خاصة اذا كانت اهدافه غير عقلانية.

- تكليف الشخص بواجبات منزلية يسعى من خلالها الى ممارسة الافكار المنطقية التي اكتسبها عمدا وفي مواقف حية.

- تغيير البيئة قد يؤدي الى تغيير الافكار لانه احيانا قد نكتسب نتيجة لتفاعلات اجتماعية خاطئة او لاحباطات خارجية. وقد تشمل عملية العلاج شركاء الحياة الزوجية او الاباء وغيرهم ممن يحتك بهم الشخص في واقعه الاجتماعية. (غانم، ٢٠٠٨، ص ٢٠٦-٢٠٧)

هـ. المناقشة:

بعد العرض المختصر لبعض انواع العلاجات نرى بان جميع انواع العلاجات تهدف الى الاهتمام بالعالم الشخصي الداخلي للفرد المضطرب او صاحب المشكلة، على الرغم من ان بعض تلك العلاجات تهتم بتاثير البيئة والتعلم على السلوك مثل العلاج السلوكي الا ان جميعها

تحاول تحسين اساليب الفرد ودوافعه ومشاعره وتوقعاته وبشخصيته. وذلك لان جميع المعالجين يدركون بعدم قدرتهم على تغيير البيئة الخارجية للمريض لذلك يصب اهتمامهم على علاج البيئة النفسية الداخلية للفرد ومحاولة تخفيف القلق واخفاء الاعراض وازالتها والتخلص من الشكاوى والوصول الى شعور المريض بالرضا عن نفسه ولتوافق والتلائم مع بيئته الخارجية. ولكن من المآخذ التي تؤخذ على العلاج التحليلي هو اعطاء اللاشعور اهمية قصوى في فهم الانسان والتركيز المفرط على الدوافع الجنسية وعلى الماضي اكثر من الحاضر، كما ان هذا العلاج قد يستغرق وقتا طويلا جدا من ٣-٥ ساعات اسبوعيا ولمدة ٣-٥ سنوات اي اكثر من الف ساعة من الجلسات العلاجية وقد يستمر اكثر وفقا لطبيعة الاضطراب. (منصور، ٢٠٠٠، ص ٣٢-٣٤)

كما ان للعلاج السلوكي عيوب ومنها هو الاقتصار على الاعراض الخارجية وقد يكون العرض الخارجي يخفي الكثير من الاضطرابات الداخلية. واقتضاه على تعديل السلوك دون اخذ الجانبين الاخرين المعرفي والانفعالي في الاعتبار. ومن عيوبه ايضا تركيزه على الجانب السلوكي الفعلي النهائي وعد المشاعر والاحاسيس غير خاضعة للقياس والملاحظة المباشرة وبالتالي لا يمكن ادخالها ضمن منظومة العلم. كما انها تهمل الجانب المعرفي (منصور، ٢٠٠٠، ص ١١٥-١١٦).

يمكن ان نستنتج ان كل نظرية من هذه النظريات لها ما يدعمها من دراسات وتفسيرات وبالمقابل هناك من ينتقدها ولكن لا يستطيع دحضها لان فيها كثيراً من التفسيرات الصحيحة. حيث يختلف المعالجين في اساليبهم فكل يتبع مدرسته الخاصه، ويؤمن بانها الطريقة المثلى لاستئصال اسباب الصراع، ولتغيير الشخصية، بل ويعطى الادلة والبراهين على ان نظريته هي السائدة في العلاج النفسي، وأن يكون كل معالج صادقاً في كلامه عن نظريته. اذ ان اعتقاده بطريقته يحمل التأثير والايحاء الى المريض.

فمثلاً النظرية الفرويدية او العلاج الفرويدي قلما يستعمل وخصوصاً في العراق لان عدد المرضى الممكن علاجهم بهذه الطريقة سيكون محدود جداً، اذا قورن بالعدد الكبير الذي يعاني من الامراض النفسية، والذي يحتاج لتدخل حاسم للتخفيف من آلامه. كما ان هذا العلاج يحتاج الى خمسة جلسات اسبوعياً قد تصل الى سنوات مما يعني تحمل المريض كلفة مادية عالية. وايضا يجب ان يتمتع

المريض بقدرة ذكائية فوق المتوسط؛ حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظياً، ولكي يستوعب تفسير العلاج وسن معينة عادلة اقل من الاربعين، ثم الايمان الراسخ بالتحليل النفسي كوسيلة للعلاج. اما النظرية السلوكية فأنها تهمل العوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية فيما يخص الشخصية والاضطرابات النفسية. والسلوكية التي تركز على التعلم الخاطيء على وفق قوانين الاشراف، لا تقول لنا لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه.

أما النظرية المعرفية التي تركز على معالجة المعلومات أو الأفكار الخاطئة، فالملاحظ عليها انها تؤكد على العوامل المعرفية ودورها في أحداث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية مهمة تأثير العوامل للشخصية والبيولوجية في الاستجابة للصدمة والعوامل الموقفية التي تتفاعل معها. وبما إن النظم المعرفية تعتمد على الثقافة والحضارة والتعلم البيئي، لذا يجب تقنين العلاج المعرفي الخاص بالقيم الأخلاقية والدينية في بلداننا العربية، والذي يلائم تفكيرنا ومعتقداتنا.

اما في حالة العلاج النفسي السلوكي - المعرفي فهناك بعض الصعوبات مثل صعوبة التطبيق على المرضى ذوي المستوى الثقافي الواطيء لأنهم لا يستوعبون الفلسفة العلاجية لهذا النوع من العلاج. كما أنه يحتاج الى الصبر ولذلك يحتاج المعالج ان ينبه المريض منذ الجلسة الأولى على أهمية الاستمرار والصبر والتدريب الجدي حتى يلاحظ الانفراج العلاجي. فالعملية هي تعديل البنية المعرفية السابقة وبناء معتقدات ومواقف ومفاهيم جديدة مع مراعاة الحاجات الفردية والثقافية مستبعداً الأمثلة والإيضاحات الأمريكية والمستمدة من مجتمعهم التي لا تناسب الأفكار المصححة التي يتقبلها المريض العربي لاسيما وان البصمات الدينية هي جزء من البنية المعرفية العربية التي يمكن استغلالها في إزالة الاضطراب النفسي.

وفي رأي الباحث فان جميع النظريات لا يمكن ان تصح بمعزل عن باقي النظريات الأخرى، بل جميعها تعمل في تفسير هذا الاضطراب ومعالجته، مع الأخذ بنظر الاعتبار طبيعة وعمر وشخصية المصاب فضلا عن دور الاسرة في هذا المجال.

فلا يمكن معالجة الشخص فقط بالعلاج الفرويدي لسنين ويترك فائدة العلاج الدوائي أو السلوكي أو المعرفي أو يهمل العوامل الوراثية، أو لا يعطي دوراً لأسرة المصاب. وكذلك لا يجوز إبقاء المصاب

على العلاج الدوائي متناسيا العلاج السلوكي وفائدته في بعض الحالات والنجاحات التي حققها في هذا المجال.

ولكن يجب ان يعالج المصاب بما يناسبه من العلاجات والإفادة من جميع النظريات في تفسيرها للاضطراب والمعالجة

٢. الدراسات السابقة:

أ. دراسة الخيري ٢٠١٧:

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على تأثير الصدمة النفسية في الذاكرة لدى النازحين. وقد قيست الذاكرة العددية لدى مجموعة منهم ولدى مجموعة اخرى من غير النازحين من خلال اختبار المدى الرقمي الذي هو اختبار للاسترجاع القصير المدى يكرر فيه المستجيب سلاسل عشوائية من الأرقام بعد تقديمها لمرة واحدة. واستعمل اختبار اعادة الأرقام الذي هو جزء من اختبار وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين. واستعمل الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للمقارنة بين المجموعتين في الذاكرة. وظهرت نتائج هذه الدراسة الى تفوق مجموعة النازحين في الذاكرة على مجموعة غير النازحين. اذ كان الفرق بين المجموعتين دالاً احصائياً لصالح النازحين على العكس مما اشارت اليه الدراسات السابقة. مما يدل على قوة الانسان العراقي في مواجهة اصعب الظروف واكثرها شدة ومعاناة وقسوة مما يجعله قوياً وسليم نفسياً وعقلياً وشخصياً واجتماعياً . (الخيري، ٢٠١٧)

ب. دراسة اولف ٢٠١٢:

هدفت هذه الدراسة الى استعمال العلاج السلوكي المعرفي (CPT) للمصابين في اضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder- ASD) لمنع تطوره واصابته باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD). وذلك من خلال دراسة تضمنت (٤-١٦) جلسة (٤-١٧) ساعة من التعليم على الاسترخاء والتعرض التخيلي واعادة الهيكلة المعرفية والتعرض الحي (In vivo exposure). وقد فحصت الاعراض المرضية للعينة بعد اسبوع واحد وفي وقت واحد من العلاج واعيد الفحص كذلك بعد ٢٠ اسبوع. وظهرت النتائج بان العلاج السلوكي المعرفي المركز للذين تعرضوا للصدمة بعد مرور شهر عليها كان اكثر فاعلية من المرضى الذين تعرضوا للصدمة بعد مرور شهر الى ثلاثة اشهر. (Oiff,2012) عكاشة، ٢٠٠٣، ص ٢٦٥

ج. دراسة بادلي Baddeley، 2009

تناولت هذه الدراسة (١١٨) فردا مروا بكارثة تسونامي عام ٢٠٠٤ شهد نصفهم تقريباً خطر مهدد للحياة وخوف شديد وعجز ورعب . سجل (٤٠ %) تقريباً منهم ذكريات متكررة دورياً مع احتمال هذه الزيادة لدى الأفراد الذين كانوا قريبين من الموجة المهددة . كما متوقع ، تواتر هذه الذكريات المتكررة دورياً مال الى التزامن مع التأثير الانفعالي الأقصى لدى الأفراد الذين تهددوا مباشرة عن طريق الموجة ، اذ كانت لديهم ذكريات متكررة دورياً عن الهرب ، بينما الأفراد الذين سمعوا عن المأساة اكثر مما شهدوها مباشرة مالوا لأن تكون لديهم ذكريات متكررة دورياً عن البحث عن الأفراد المهمين بالنسبة لهم او عن سيناريوعن احتمال حالات اسوأ . قدم نايسر Neisser ١٩٦٧ تفسير لمثل هذه الذكريات الالزامية اللارادية من خلال فرضية اعادة الظهور التي تشير الى ان (صورة الذاكرة نفسها اووحدة معرفية اخرى يمكن ان تختفي وتعاود الظهور مراراً وتكراراً) وقد اشار بيرنتسين وروبين Berntsen & Rubin ٢٠٠٨ الى ان مثل هذه الذكريات ستحدث ايضاً لدى عموم الناس وستتبع النمط نفسه كما وجدت في ذاكرة السيرة الذاتية بصورة اكثر عمومية . اما بصورة اكثر تحديداً ، فقد اشارا الى ان مثل هذه الذكريات تكون سهلة المنال لعدد من الأسباب انها : ١- اكثر حداثة ٢- اكثر اثاره ٣- اكثر احتمالاً للحدوث بسبب احداث ايجابية ٤- يحتمل ان تظهر صدمة ذكرى ماضية ، على الأقل لدى الأفراد الأكبر عمراً. (Baddeley,2009,P.P.153-54)

ويرى ميلر ١٩٩٥ ان الفرد يدرك الحدث الصدمي على انه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الادراكي ، فلا يعرف كيف يتعامل معها ، فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك . وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات ترجع في الواقع الى كيلى الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينه بخصوص القلق والخوف والتهديد . فقد عرف القلق النفسي انه (ادراك الفرد للأحداث التي يواجهها على انها تقع خارج مدى ملاءمتها لنظام البنئ لديه) . بمعنى ان الانسان يصبح قلقاً حين لا تكون لديه بنئ ، اوحين يفقد سيطرته على الأحداث . فيما يشعر بالخوف حين تظهر بنئ جديدة على وشك ان تدخل نظامه

البنائي . اما التهديد , فانه يشعر به عندما يدرك ان هناك تغييراً شاملاً على وشك الوقوع في نظام البنى لديه . (صالح , ٢٠٠٨ , ص ٣٤٢) .

وفيما يتعلق بكيفية استجابة ضحايا صدمات محددة لخبراتهم , وجدت دراسات عدة صلة بين الصحة وكشف الذات . لكن قيمة هذا الكشف لا تقتصر على الصحة البدنية , فالكتابة عن خبرات غير مكشوفة سابقاً تؤدي ايضاً الى رفاهية نفسية وانفعالية لعدة اشهر لاحقة . فضلاً عن ان التعبير بالكلمات عن مشاعر الضغوط اليومية تجعل التعامل معها اسهل في الغالب .

ووجد الباحثون ايضاً ان الأفراد الذين يكتمون معلومان شخصية غير سارة , يكون لديهم احساس اقل بالرفاهية ويمرون بكرب اكثر من الأفراد الذين يميلون لأن يكونوا اكثر انفتاحاً . (Burger , 2011,P. 308-309) .

الفصل الثالث

إجراءات البحث

١. عينة البحث

اختير اربعة طلبة من الذكور ومن المتطوعين النازحين والذين سبق وان تعرضوا الى صدمة نفسية ومن الذين يعانون من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) Post Traumatic Stress Disorder (من خلال تطبيق مقياس PTSD) ويخلون من الأمراض الجسمية والنفسية ولا يتناولن أدوية ذات تأثيرات نفسية. ويعمر ١٩ - ٢٢ سنة. وذلك بعد اجراء المقابلة النفسية التشخيصية وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

٢. أدوات البحث:

أ. مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD):

طبق مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) الذي اعد من قبل الباحث في ضوء المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA; DSM-IV, 1994) والذي يتكون من ١٧ فقرة، موزعة على ٣ مجالات. ويعتمد في هذا المقياس على التقدير الذاتي في الاجابة ومدرج من ٠-٤ حيث يكون ٠ لا يعاني و٤ يعاني كثيرا جدا. ويتسم بالصدق والثبات. (الكبيسي، ١٩٩٩).

وقد استعمل هذا المقياس بشكل واسع في عدة دراسات داخل وخارج العراق وخاصة في منطقة الخليج العربي وذلك لسهولة استعماله وتطبيقه واعتماده على شدة الاعراض.

ب. برنامج العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior Therapy-CBT

لقد تطلب من الباحث التدريب على هذا النوع من العلاج قبل التطبيق. لذا ادخل الباحث عدة دورات تدريبية اساسية خارج العراق على ايدي اختصاصيين محترفين ومعتمدين من مؤسسات معتمدة. وهما المركز الهولندي الذي اقامها في اسطنبول- تركيا عام ٢٠١٥، و٢٠١٦ على يد المعالجة النفسانية الهولندية انغريد بتن ومركز ويل سنتر البريطاني الذي اقامها في انطاليا التركية في ٢٠١٦-٢٠١٧ على يد المعالجين الطبيب النفسي الاستشاري الدكتور طارق الكبيسي والمعالج الاختصاصي النفسي البريطاني مارك.

ويتكون هذا البرنامج العلاجي من الاجراءات التالية:

وصف موجز للمشكلة المعروضة

سوف نستعرض عن كل مشكلة ما يلي :

التوصيف الحالي لحالة وقعت في الماضي (والتي كانت في وقت وقوعها أقوى)

أ- الموقف

ب- التفاعلات الجسدية

ج- التفكير

د- السلوك

٢- قائمة بالمواقف التي تحدث فيها المشاكل الاكثر ظهورا وتكون أكثر شدة.

- ٣- تجنب المواقف والانشطة الايجابية منها والسلبية.
- ٤- النماذج (أشياء تعملها بشكل جيد او سيء)
- ٥- اتجاهات وسلوكيات الآخرين
- ٦- المعتقدات حول أسباب المشكلة
- ٧- تجارب سلوكية عند الضرورة
- ٨- بداية الظهور
- الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة
- العلاجات السابقة ، الانواع والنجاحات
- نقاط القوة في الشخصية والنشاطات
- الظروف الاجتماعية والمالية

(Keith Hawton et al. 1989)

اولا: المرحلة الاولى: اخذ التاريخ المرضي والتخطيط للعلاج.

(١). الهدف:

- (أ) الحصول على معلومات متعلقة بتاريخ المريض.
 - (ب) التأكد من مدى ملائمة المريض لاستعمال العلاج السلوكي المعرفي معه.
 - (ج). تحديد الاهداف التي ستتم استهدافها.
 - د. تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية قبل العلاج.
- (٢). الاجراءات/الخطوات:

- (أ). تنفيذ الاجراءات الادارية الاعتيادية في اخذ تاريخ المريض (ملء استمارات خاصة ومنها استمارة الاتفاق بين المعالج والمراجع، والاختبارات التشخيصية).
- (ب). عمل مراجعة وتصنيف وتحديد الموارد .
- (ج). طرح اسئلة متعلقة بـ بالماضي (الاحداث التي حصلت في الماضي والتي تشكل الارضية للمرض) والاحتياجات المستقبلية .

ثانيا: المرحلة الثانية التحضير .

(١). الهدف:

- (أ). تحضير المريض لتطبيق ال CBT .
 - (ب). التأكد من استقرار المريض. وتعليمه اسلوب الاسترخاء.
- (٢). الاجراءات/الخطوات:

(أ). تثقيف المريض للاغراض التي يعاني منها.

(ب). تعليم المريض من خلال التشبيه وتعليمه آليات تساعده على الاستقرار وتعطيه الاحساس بالسيطرة

والتحكم .

ثالثا: المرحلة الثالثة التقييم.

(١). الهدف:

الوصول الى ما سنستهدفه بال CBT ومعالجتها.

(٢). الاجراءات/الخطوات:

تحديد الصورة، المعتقد السلبي الحالي، والمعتقد الايجابي الذي يرغب في تحقيقه، الشعور الحالي،

الاحساس الجسدي، واستعمال المقاييس.

رابعا: المرحلة الرابعة.

(١). الهدف: معالجة الخبرات المزعجة .

(٢). الاجراءات/الخطوات: استعمال البروتوكول الاساسي الذي يسمح بالوصول الى استبصار تلقائي، الى

مشاعر، احساس جسدي والى ذكريات اخرى.

خامسا: اعادة التقييم.

(١). الهدف:تقييم اثر العلاج.

(٢). الاجراءات/الخطوات:

(أ). متابعة ما الذي حصل بعد الجلسة السابقة.

(ب). متابعة الذكرى المتبقية من الجلسة السابقة.

(ج). تقييم مدى اندماج المريض مع النظام الاجتماعي المحيط.

٣. أهداف البرنامج Program Goals

أ. الهدف العام: خفض شدة أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD).

ب. الهدف الخاص: معرفة اثر برنامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض اعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

عن طريق تنفيذ الخطوات الخاصة بالبرنامج.

٤. مستلزمات تنفيذ البرنامج

(١).اختيار مكان مناسب تتوافر فيه الظروف المناسبة.

(٢). توافر الوسائل الآتية:

(أ). تهيئة نماذج الإحالة والمقاييس المشار إليها في هذا البرنامج.

(ب). تهيئة الأدوات المستعملة كساعة التوقيت مثلا.

٥. المحتوى الذي ينضمه البرنامج:

ويتضمن البرنامج تطبيق الجلسات العلاجية باستعمال برنامج العلاج السلوكي المعرفي الذي سيصمم لتقليل المعاناة أو

خفضها أو إيقافها والحفاظ على الصحة النفسية للأفراد. ويتضمن ١٢ جلسة علاجية. وستقسم الجلسة العلاجية زمنيا ايضا

إلى أقسام سواء للمقابلة الأولية أو لتطبيق مقياس PTSD والانتزاع والى اجراءات عملية في العلاج السلوكي المعرفي والى تقويم الجلسة والاتفاق على بعض الواجبات البيئية بين الجلسات.

٦. التصميم التجريبي للبحث:

سيتمتع الباحث بتصميم من نوع الضبط ذو الحد الأدنى وهو (تصميم المجموعة التجريبية ذو الاختبار القبلي والبعدى) والمقارنة بنتائج مقياس PTSD من خلال الفرق بين الاختبار البعدى والاختبار القبلي.

مخطط التصميم التجريبي المعتمد في البحث الحالي

| المجموعة | الاختبار القبلي | البرنامج العلاجي | الاختبار البعدى |
|-----------|-----------------|-------------------|-----------------|
| التجريبية | مقياس PTSD | العلاج بطريقة CBT | مقياس PTSD |

وانطلاقاً مما تقدم سيعتمد في هذا التصميم على ما يأتي:

أ. اختيار العينة من مجتمع النازحين ومن المتعرضين إلى حادث أو أكثر من الحوادث الصدمية ومن المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (بعد ان تم تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية).

ب. الاختبار القبلي للمتغير التابع (المقياس)

ج. تطبيق البرنامج.

د. الاختبار البعدى للمتغير التابع (المقياس) لمعرفة التغير الناتج في درجات الأفراد بتأثير التغير المستقل.

هـ. مقارنة الفروق إحصائياً باستعمال الاختبار قبلياً وبعدياً لمعرفة أثر المتغير المستقل (البرنامج) في المتغير التابع (المقياس).

و. بعد تطبيق الاختبار القبلي يطبق البرنامج الذي سيعده الباحث والمتكون من الجلسات العلاجية وتتضمن ١٢ جلسة علاجية بواقع جلستين في الأسبوع وتستغرق الجلسة العلاجية الواحدة (٤٥) دقيقة بشكل عام.

٧. إجراءات تقويم البرنامج

ستتم عملية تقويم فاعلية البرنامج العلاجي بعد قياس الاضطراب الذي يعاني منه المريض وذلك بتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية قبل وبعد العلاج، لغرض معرفة درجة أعراض الاضطراب لدى المريض، ثم قياس الاضطراب بعد انتهاء مدة البرنامج العلاجي المقررة لمعرفة أثر البرنامج العلاجي المقترح.

٨. عينة البرنامج العلاجي Sample Of The Treatment Program:

لمعرفة اثر البرنامج في خفض اعراض PTSD والذي يمثل تقويماً نهائياً له يتطلب ذلك اختيار عينة من المصدومين وستكون العينة من اربع طلاب نازحين ومنالمصدومين ومن المتعرضين الى حادث صدمي او اكثر ومن الذين يعانون من PTSD.

٩. طريقة اختيار العينة:

قام الباحث باختيار العينة في ضوء الإجراءات الآتية:

أ. مقابلة تشخيصية للمفحوص فردياً كما تتضمن ملء استمارة المعلومات الخاصة بالمفحوص واجراء دراسة الحالة له.

ب. تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

ج. املاء المفحوص لاستمارة الاهداف العلاجية التي يبغى المفحوص علاجها.

د. بعد التأكد من ان المريض مطابق للمواصفات المطلوبة، وكذلك تأكد الباحث من النقاط اعلاه للعينة يملأ المفحوص استمارة الاتفاق بين المفحوص والباحث.
وبعد الانتهاء من هذه الاجراءات يباشر المعالج بالتطبيق النهائي للبرنامج العلاجي.

=====

الفصل الرابع

نتائج البحث:

تحقيقاً لأهداف البحث الحالي في التعرف على اثر العلاج السلوكي المعرفي CBT في تخفيف اعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD من خلال التحقق من الفرضية الآتية:
(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة أعراض المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) قبل وبعد اخضاعهم للعلاج بطريقة العلاج السلوكي المعرفي (CBT).
وقد اختيرت العينة من الطلبة النازحين الى بغداد المكونة من خمسة افراد مصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وذلك باستعمال مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية قبل وبعد العلاج.
وقد طبق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي على هؤلاء الافراد الخمسة المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وبدرجة شديدة. وعند قياس الدرجة بعد تطبيق البرنامج لوحظ بانخفاض الدرجة الكلية التي حصلوا عليها. وعند مقارنة الوسط الحسابي للاختبارين قبل وبعد تطبيق البرنامج لوحظ انخفاض الوسط الحسابي بعد تطبيق البرنامج مما يعني بان البرنامج العلاجي قد اثار في تحسن حالة الطلبة الخمسة من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وكما مبين ادناه في الجدول الآتي: علما بان من يحصل على درجة شدة تتراوح بين (١-١٧) لا يعاني، ومن يحصل على درجة شدة بين (١٨ - ٣٤) فانه يعاني بدرجة متوسطة، اما اذا حصل على درجة بين (٣٥ - ٥١) فهذا يعني بانه يعاني من الاضطراب بدرجة شديدة، اما الدرجة الشديدة جدا تتراوح بين (٥٢ - ٦٨). وقد كان درجات جميع الطلبة الكلية التي حصلوا عليها في الاختبار القبلي والبعدي كما في الجدولين :

جدول رقم (١)

درجات الاختبار القبلي على المقياس ومتوسطها الحسابي

| تقدير الشدة | درجة الشدة | الوسط الحسابي المجموع على عدد الحالات (٥) | درجة المستجيب الكلية على المقياس | تسلسل الحالة |
|-----------------------|------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| لا يعاني | ١٧-١ | ٥٧,٢ | ٥٩ | ١ |
| يعاني بدرجة متوسطة | ٣٤-١٨ | | ٦٠ | ٢ |
| يعاني بدرجة شديدة | ٥١ -٣٥ | | ٥٨ | ٣ |
| يعاني بدرجة شديدة جدا | ٦٨ -٥٢ | | ٥٤ | ٤ |
| | | | ٥٥ | ٥ |
| | | | ٢٨٦ | المجموع |

الجدول (٢)

درجات الاختبار البعدي على المقياس ومتوسطها الحسابي

| تقدير الشدة | درجة الشدة | الوسط الحسابي المجموع على عدد الحالات (٥) | درجة المستجيب الكلية على المقياس | تسلسل الحالة |
|-----------------------|------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| لا يعاني | ١٧-١ | ٣٠,٢ | ٢٩ | ١ |
| يعاني بدرجة متوسطة | ٣٤-١٨ | | ٤٠ | ٢ |
| يعاني بدرجة شديدة | ٥١ -٣٥ | | ٢٥ | ٣ |
| يعاني بدرجة شديدة جدا | ٦٨ -٥٢ | | ٢٧ | ٤ |
| | | | ٣٠ | ٥ |
| | | | ١٥١ | المجموع |

من خلال ملاحظتنا للجدولين السابقين تبين لنا بانه هناك انخفاض في متوسط درجات الاختبار البعدي موازنة بالاختبار القبلي مما يدل على ان البرنامج العلاجي له اثر في تخفيف اعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD .

وهذا مايتفق مع الدراسات التي اكدت على استعمال هذا النوع من العلاج.

التوصيات:

- أ. تشجيع الباحثين على اجراء بحوث تتناول العلاجات النفسية الغير دوائية.
- ب. تدريب الباحثين النفسيين العاملين في المراكز النفسية والصحية والاكاديمية على هذا النوع من العلاج لتاهيلهم ورفع كفاءتهم العلمية والعملية.

٤. المقترحات:

- أ. إجراء دراسات مماثلة للبحث الحالي ولكن بعينة اكبر للتأكد من اعطاء نتائج أكثر دقة.
- ب. إجراء دراسة تتناول فيها اثر هذه الطريقة العلاجية مع العلاجات النفسية الاخرى.

References المصادر

١. المصادر العربية :

- اسبينول ليزاج، وستودينجر اورسولا(٢٠٠٦)، سيكولوجية القوى الانسانية:تساؤلات أساسية وتوجهات مستقبلية لعلم النفس الايجابي،الطبعة الاولى ،ترجمة صفاء الاعسر وآخرون،المشروع القومي للترجمة،الجزيرة ،القاهرة.
- اسماعيل، سارة الفاضل موسى (2015).الآثار النفسية للنزاعات على المرأة النازحة في معسكرات النازحين بولاية شرق دارفور - الضعيفين(2003-2015). رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.
- الامم المتحدة و المنظمة الدولية للهجرة ، الاسكوا (٢٠١٥) تقرير الهجرة الدولية لعام ٢٠١٥: الهجرة و النزوح و التنمية في منطقة عربية متغيرة، بيت الامم المتحدة ، ساحة رياض الصلح، بيروت ،لبنان .
- جاسم احمد لطيف (٢٠١٧): ازمة النزوح وتأثيراتها النفسية والاجتماعية على النازحين العراقيين. وقائع مؤتمر مركز البحوث التربوية والنفسية ١٦/٥/٢٠١٧، جامعة بغداد /كلية الاداب.
- الحجار ، محمد (٢٠٠٠): التعرض للعدوان قد يترك اثراً دائماً على كيميائية الدماغ ، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة ، العدد الرابع والاربعون ، المجلد الحادي عشر ، ت ١ ، سبتمبر،(ص٧٧-٧٨)
- الخيرى أروة محمد ربيع (٢٠١٧): تأثير الصدمة النفسية في الذاكرة لدى النازحين. وقائع مؤتمر مركز البحوث التربوية والنفسية ١٦/٥/٢٠١٧، جامعة بغداد.
- السلطاني سوسن و مجيد ازهار محمد (٢٠١٧): الازمات النفسية والاجتماعية والمادية للنساء النازحات في المخيمات. وقائع مؤتمر مركز البحوث التربوية والنفسية ١٦/٥/٢٠١٧، جامعة بغداد.
- علي، عبد الحليم رحيم (2015).المزاج وعلاقته بإدارة الانفعال لدى النازحين في مدينة بغداد،
<https://www.researchgate.net/profile/>
- غانم، محمد حسن(٢٠٠٨): مدخل الى العلاج النفسي. جامعة حلوان - كلية الاداب. القاهرة. مكتبة مدبولي.
- كريم عمار عيسى(٢٠١٠): النازحون داخليا في ضوء الحماية الدولية (دراسة تطبيقية عن النازحين في محافظة صلاح الدين). مجلة جامعة تكريت للعلوم القانونية والسياسية. العدد ٣.
- عكاشة، د.احمد(٢٠٠٣): الطب النفسي المعاصر عكاشة، الناشر، مكتبة الانجلو المصرية، ١٦٥ شارع محمد فريد- القاهرة. الطبعة المزيده والمنقحة.
- منصور، رشدي فام (٢٠٠٠): علم النفس. العلاج الوقائي- رحيق السنين. القاهرة. الانجلو المصرية.

منصور، طلعت (٢٠٠٠): سيناريوهات التعامل مع الاسرى وعائلاتهم. الثقافة النفسية المتخصصة. العدد ٤٤
مجلد ١١ تشرين الأول. (ص١١٨ - ١٣٨).

هيجل، لهيب (2016). أزمة النازحين في العراق.. الأمن والحماية. مركز سيسفاير لحقوق المدنيين والمجموعة
الدولية لحقوق الأقليات، لندن، المملكة المتحدة.

٢. المصادر الأجنبية :

APA (1994) : American Psychiatry Association, *Diagnostic and statistical, Monual of Mental Disorder*. Four Edition (DSM-IV), Wanshington, E.C. American Psychiatric Association.

Amer, Mona M.& Awad, Germine H.(2016). Handbook of Arab American Psychology. first published, New York. Taylor& Francis.

Baddeley,A.Eysenck,M.Anderson,M.2009.Memory.Psychology Press : N.Y.

Behrouzan, Orkideh(2013). The Psychological Impact of Iraq War. The Middle East Channel, Fp. <http://foreignpolicy.com>.

Thomas Samantha L. & Thomas Stuart DM(2004). Displacement and Health. British Medical Bulletin, 69(1),(115-127).

Keane T.M., Caddell J.M. & Taylor K.L. (1985): Mississippi Scale for Combat-Related post traumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 85-90.