الجمهورية العربية السوريّة

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

برنامج قائم على العلاج بالمخطط (Schema Therapy) لخفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيّفية المبكرة

حالة دراسية: المراهقون الأيتام في دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها

أطروحة مقدّمة لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي

إعداد الطالب

احمد محمد يوسف

إشراف الدكتور:

رياض نايل العاسمي

الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

$\frac{AD2024-2025}{AH1446-1447}$

شكر وتقدير

أتقدَّم بخالص الشُّكر وأسمى عبارات التقدير لكل من أسهم في دعم مسيرتي العلمية وإنجاز هذه الأطروحة.

مبتدئاً بأساتذتي الأفاضل، في كلية التربية، قسم الإرشاد النفسي، في جامعة دمشق العريقة، الذين كان لتوجيههم وإرشادهم الأثر الأكبر في إثراء رحلتي العلمية، وفي مقدِّمتهم الأستاذ الدكتور **رياض العاسمي**، صاحب الفضل الأكبر، على إشرافه السامي، ودعمه المستمر، وصبره غير المحدود، فقد كان مرشدي في أصعب اللحظات، ومعلّمي الذي صقل مهاراتي، وآمنَ بمقدراتي، وكان خير الموّجه.

كما أُعرِب عن امتناني العميق إلى لجنة التحكيم الموَّقرة، بأسمائهم الكبيرة :الأستاذ الدكتور **رمضان درويش**، والدكتورة **أسيمة ظافر**، والدكتورة **ربى سلطان**، والدكتور **فؤاد صبيرة**، لما أبدوه من حرص كبير واهتمام بالغ في تصويب الرسالة، مع قراءة معَّمقة، ونقد بنَّاء، أثرت الدراسة وأغنتها.

ولا يغيب عن بالي الشكر الجزيل لوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، التي كانت الجهة الداعمة لهذه الدراسة من الخطوات الأولى بها، وأخصّ بالشّكر السيدة **عواطف حسن** مديرة السياسات الاجتماعية، ولجميع دور الرعاية البديلة، وفي مقدّمتها جمعية قرى الأطفال SOS، التي كان لها الدور الأبرز في خبرتي المهنية أثناء عملي كمسؤول لحماية الأطفال والشباب، والتي فتحت أبوابها مشرعة لدعم إنجاز هذا البرنامج العلاجي.

لكم جميعاً أرفع أسمى عبارات الشكر والتقدير.

الباحث

احمد محمد يوسف

إهداء

"واصبر لحُكمِ ربِكَ فأنَك بأعيُنِنا" الطور، 48

ستكون لحظةً.. أسمع فيها صوت حلمي وهو يصدح معلناً حقيقته.. لحظة الصبر لا تقاس بميزان الوقت.. إنها الميناء الذي ترسو به أحلامي في عيون الرحمن والرضا... بعد أيامٍ من الجهد والتعب والهواجس.. واليقين بأن لكل مجتهدٍ نصيب.. وأنَ المتعة ليست بالوصول.. بل بتحديات الرحلة.. والإيمان بأنه مهما كانت التحديات كبيرة... فلها ربٌ أكبر وأكرم وأرحم، والإيمان بأني أستحق أن أكون..

ابناً باراً لرجلٍ عظيمٍ نذر وتمنى أن يراني هنا.. هكذا... "أبي".

ابناً لامرأة حملتني دعوةٍ صادقة في ظهر الغيب.. "أمي"

شريكاً لحبيبةٍ آمنت بي وصانت حلمي بصبرها وعطاءها... "نغم".

أباً حسناً لطفلين أتمنى أن يفخرا بي عمراً... "جلنار وأوس".

وأخاً لانعكاس روحي في حزنها وضعفها وقوتها وفرحها "بشرى".

وصديقاً صادقاً لأولئك الذين دعموني وآمنوا بي "أصدقائي".

جميعكم أعز ما أملك وأغلى ما أنا ممتنٌ له.....

إلى روحك النقية التي تشاركني نجاحي في ملكوت الرحمن.. إلى ذكراك الطاهر الذي لن تخبو شمعته في أيامي.. أخي وصديقي وعراب محبتي "عمار يوسف".

فهرس المحتويات

عنوان الفقرة	الصفحة
شكر وتقدير	ب
إهداء	ت
فهرس المحتويات	ث
فهرس الجداول	د
فهرس الأشكال والرسوم البيانية	ر
فهرس الملاحق	ش
ملخص الدراسة باللغة العربية	ص
الفصل الأول: **الإطار العام للدراسة**	
المقدمة	2
أولاً: الإشكالية البحثية	4
ثانياً: تساؤلات الدراسة	7
ثالثاً: فرضيات الدراسة	8
رابعاً: أهداف الدراسة	8
خامساً: أهمية الدراسة	9
سادساً: مسوّغات الدراسة	10
سابعاً: مصطلحات الدراسة النظرية وتعريفاتها الإجرائية	11
ثامناً: حدود الدراسة	15
تاسعاً: منهج الدراسة وإجراءاتها	15
عاشراً: مكوّنات الدراسة	16
الفصل الثاني: **الدراسات السابقة**	
تمهيد	18
أولاً: الدراسات العربية	18
ثانياً: الدراسات الأجنبية	19
ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة	28
1. عرض الدراسات السابقة وتحليلها	28
2. الفائدة التي تم الحصول عليها من الدراسات السابقة	29

3. مكانة الدراسة بين الدراسات السابقة	29
الفصل الثالث: **الإطار النظري للدراسة**	
المحور الأول: إيذاء الذات لدى المراهقين	
تمهيد	32
1- تعريف إيذاء الذات وأنواعه	32
2- أشكال إيذاء الذات	33
3- تشخيص إيذاء الذات	34
4- إيذاء الذات في دور الرعاية الاجتماعية البديلة	37
5- تبديد الأفكار المغلوطة المتصّلة بإيذاء الذات	38
6- انتشار إيذاء الذات بين الأطفال والمراهقين	39
7- أسباب إيذاء الذات	40
8- آثار إيذاء الذات عند المراهقين	42
9- النماذج المفسرة لسلوكيات إيذاء الذات	43
10- عوامل الخطر المرتبطة بسلوكيات إيذاء الذات	48
11- تقييم إيذاء الذات	53
12- التدخلات العلاجية والإرشادية لخفض سلوكيات إيذاء الذات	54
المحور الثاني: المخططات اللا تكيفية المبكرة	
1- تعريف المخططات اللا تكيفية المبكرة EMS	59
2- خصائص المخططات اللا تكيفية المبكرة	60
3- أصول المخططات	61
4- مجالات المخططات	66
5- نموذج أوضاع المخططات اللا تكيفية المبكرة	73
6- أوضاع المخططات بوصفها حالات وسمات	81
7- عمليات المخططات	82
8- بيولوجيا المخططات اللا تكيفية المبكرة	84
9- نظرية التعلق والمخططات اللا تكيفية المبكرة	87
المحور الثالث: العلاج بالمخطط	
1- تعريف العلاج بالمخطط وتطوّره	90
2- تطبيق العلاج بالمخطط مع الأطفال والمراهقين	92
3- السمات المميّزة للعلاج بالمخطط	93

4- أهداف العلاج بالمخطط	95
5- مكونات العلاج بالمخطط	96
6- مراحل العلاج بالمخطط	97
A. عملية تقييم المخططات	100
B. علاج المخططات والأوضاع	104
7- الفنيات العلاجية في العلاج المخطط	107
A. الفنيات المعرفية	107
B. الفنيات التجريبية والمرتكزة على المشاعر	110
C. الفنيات السلوكية (كسر النمط السلوكي)	115
التعقيب على محاور الإطار النظري	120
الفصل الرابع: **منهجية الدراسة وإجراءاتها**	
أولاً: منهج الدراسة	126
ثانياً: مجتمع الدراسة وعيّنتها	127
ثالثاً: متغيرات الدراسة	130
رابعاً: الأدوات المستخدمة في الدراسة	131
A. قائمة إيذاء الذات Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS).	131
B. استبانة المخططات اللا التكيفية المبكرة للشباب Young's EMS Questionnaire - Short Form (YSQ-S3)	136
C. البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالمخطط	142
خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	172
الفصل الخامس: **نتائج تساؤلات وفرضيات الدراسة وتفسيرها**	
تمهيد	175
أولاً: نتائج تساؤلات الدراسة:	175
1- نتيجة السؤال الأول وتحليله	175
2- نتيجة السؤال الثاني وتحليله	177
3- نتيجة السؤال الثالث وتحليله	179
ثانياً: عرض نتائج فرضيات الدِّراسة وتحليلها:	180
1. نتائج الفرضية الأولى وتحليلها	180
2. نتائج الفرضية الثانية وتحليلها	186

3. نتائج الفرضية الثالثة وتحليلها	189
4. نتائج الفرضية الرابعة وتحليلها	194
5. نتائج الفرضية الخامسة وتحليلها	197
6. نتائج الفرضية السادسة وتحليلها	202
ثالثاً: تفسير النتائج:	206
أ- تفسير سؤالي الدراسة الأول والثاني حول فاعلية البرنامج	206
ب-تفسير سؤال الدراسة الثالث عن التقنيات الأكثر فاعلية	211
ت-تفسير النتائج المتعلقة بالمخططات اللا تكيفية المبكرة.	216
ث-تفسير النتائج المتعلقة بإيذاء الذات	224
رابعاً: الدراسة الكيفية (النّوعية) لنتائج أفراد العينة التجريبية	232
أ- التحليل الفردي لبيانات المشاركين:	234
ب-التعقيب العام على نتائج الدراسة الكيفية	259
خامساً: التعقيب على النتائج والرؤية المستقبلية	263
سادساً: مقترحات الدراسة	265
المراجع العربية والأجنبية	266
قائمة الملاحق	285
ملخص الدراسة باللغة الإنكليزية	3733

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	معايير تشخيص إيذاء الذات حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية	35
2	توزع أفراد مجتمع الدراسة	128
3	شروط اختيار العينة الأساسية للدراسة	129
4	الأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات في صورتها الأولية	131
5	فروق المتوسطات بين مجموعتي أعلى الدرجات وأدناهما على قائمة إيذاء الذات (الصدق التمييزي)	134
6	معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لقائمة ايذاء الذات (ثبات الاتساق الداخلي)	135
7	معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقائمة إيذاء الذات	136
8	مجالات وأنواع المخططات اللا تكيفية المبكرة	137
9	المتوسطات والفروق بين أعلى الدرجات وأدناها على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة (الصدق التمييزي)	139
10	معاملات ارتباط بيرسون بين درجة المخططات الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة (ثبات الاتساق الداخلي)	141
11	معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	141
12	نسبة الكسب لهريدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	176
13	نسبة الكسب لهريدي على قائمة سلوكيات إيذاء الذات	177
14	معادلات فاقد الكسب وأثر التعلم	178
15	متوسط فاقد الكسب والنسبة المئوية لفاقد الكسب وبقاء أثر التعلم لأفراد العينة التجريبية على مقياسي الدراسة بين القياسين البعدي والتتبعي الأول	178
16	متوسط فاقد الكسب والنسبة المئوية لفاقد الكسب وبقاء أثر التعلم لأفراد العينة التجريبية على مقياسي الدراسة بين القياسين التتبعي الأول والتتبعي الثاني	179
17	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	181
18	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	182
19	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على قائمة إيذاء الذات	186

20	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على قائمة إيذاء الذات	187
21	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	189
22	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	190
23	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على قائمة إيذاء الذات	194
24	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول على قائمة إيذاء الذات	195
25	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي (الأول والثاني) على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	197
26	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	199
27	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على قائمة إيذاء الذات	203
28	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على قائمة إيذاء الذات	203
29	بيانات الأعمار وأنماط سلوكيات إيذاء الذات والمخططات الأبرز لدى افراد العينة التجريبية	233
30	درجات المشارك الأول على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	234
31	درجات المشارك الثاني على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	237
32	درجات المشارك الثالث على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	239
33	درجات المشارك الرابع على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	241
34	درجات المشارك الخامس على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	244

35	درجات المشارك السادس على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	246
36	درجات المشارك السابع على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	249
37	درجات المشارك الثامن على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	251
38	درجات المشارك التاسع على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	254
39	درجات المشارك العاشر على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني	256

فهرس الأشكال والرسوم البيانية

الرقم	عنوان الشكل التوضيحي	الصفحة
1	النماذج النظرية المفسّرة إيذاء الذات	43
2	مجالات المخططات اللا تكيفية المبكرة	66
3	مرحلة تقييم المخططات اللا تكيفية المبكرة في العلاج بالمخطط	101
4	مراحل العلاج بالمخطط	105
5	المخططات المرتبطة بصعوبة إدارة ضبط الألم وضغطه	152
6	المخططات المرتبطة بالابتزاز الانفعالي والانتقام من الذات والآخر	152
7	المخططات المرتبطة بصراع الاعتمادية والاستقلالية	153
8	المخططات المرتبطة بصراع الإفصاح (الكشف) والمقاومة	154
9	المخططات المرتبطة بمكافحة الانتحار والتفكك (الانفصال)	155
عنوان الرسم البياني		
1	التقنيات الأكثر فاعلية إجابة السؤال الثالث	180
2	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	185
3	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على الأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات	188
4	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على الأبعاد الفرعية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	194
5	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول قائمة إيذاء الذات	197
6	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	202
7	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على قائمة إيذاء الذات	205
8	درجات المشارك الأول على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	235
9	درجات المشارك الأول على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	235
10	درجات المشارك الأول على قائمة إيذاء الذات	236
11	درجات المشارك الثاني على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	237
12	درجات المشارك الثاني على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	238
13	درجات المشارك الثاني على قائمة إيذاء الذات	238

14	درجات المشارك الثالث على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	240
15	درجات المشارك الثالث على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	240
16	درجات المشارك الثالث على قائمة إيذاء الذات	240
17	درجات المشارك الرابع على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	242
18	درجات المشارك الرابع على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	242
19	درجات المشارك الرابع على قائمة إيذاء الذات	243
20	درجات المشارك الخامس على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	245
21	درجات المشارك الخامس على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	245
22	درجات المشارك الخامس على قائمة إيذاء الذات	245
23	درجات المشارك السادس على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	247
24	درجات المشارك السادس على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	247
25	درجات المشارك السادس على قائمة إيذاء الذات	248
26	درجات المشارك السابع على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	249
27	درجات المشارك السابع على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	250
28	درجات المشارك السابع على قائمة إيذاء الذات	250
29	درجات المشارك الثامن على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	252
30	درجات المشارك الثامن على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	252
31	درجات المشارك الثامن على قائمة إيذاء الذات	253
32	درجات المشارك التاسع على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	255
33	درجات المشارك التاسع على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	255
34	درجات المشارك التاسع على قائمة إيذاء الذات	255
35	درجات المشارك العاشر على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	257
36	درجات المشارك العاشر على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه	258
37	درجات المشارك العاشر على قائمة إيذاء الذات	258

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	قائمة إيذاء الذات لدى المراهقين	285
2	استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة	288
3	قائمة السادة محكّمي أدوات الدراسة	292
4	استمارة تقييم الجلسة	293
5	استمارة تقييم جلسات البرنامج	294
6	الجدول الزمني لتطبيق جلسات البرنامج	296
7	الجلسات التنفيذية للبرنامج القائم على العلاج بالمخطط	298

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين الأيتام في دور الرعاية البديلة في محافظة دمشق وريفها، وقد اعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي ذا العينة الواحدة، عبر القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني، وتكوَّنت عينة الدراسة الأساسية من (10) مراهقين ذكور كمجموعة تجريبية وفق درجاتهم الأعلى على مقاييس الدراسة، وشملت أدوت الدراسة تطبيق قائمة سلوكيات إيذاء الذات لغلين وكلونسكي (Glenn & Klonsky ,2011)، واستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة لجيفري يونغ (YSQ- Young's EMS Questionnaire S3,2005)، والبرنامج القائم على العلاج بالمخطط من إعداد الباحث، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج؛ أهمها:

- إثبات فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات، وتحسين المخططات اللا تكيّفية المبكرة لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية.
- إثبات فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالمخطط في الاحتفاظ بأثر التحسّن المحقق على أدوات الدراسة لدى أفراد المجموعة التجريبية.
- تحديد أكثر تقنيات العلاج بالمخطط فاعلية حسب تقييم أفراد المجموعة التجريبية، وكانت الأكثر فعالية برأيهم حوار الكرسيين وإعادة الإسناد المعرفي ووصف الصور.
- وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي على كل من قائمة إيذاء الذات، واستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة لصالح درجاتهم في القياس البعدي.

- عدم وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي الأول على قائمة إيذاء الذات، واستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.
- عدم وجود فروق فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس التتبعي الأول والقياس التتبعي الثاني على قائمة إيذاء الذات، واستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة بعد ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.
- كما أشارت الدراسة النوعية (الكيفية) إلى التحسن في درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة عبر تحليل نتائج كل مشارك على حدة، ورصد التحسّن في درجاته بين القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني، وأشارت الدراسة عموماً إلى فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالمخطط في تحقيق الأهداف التي تم تصميمه بناءً عليها، وانتهت الدراسة بوضع مجموعة من المقترحات والتوصيات بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها.

الكلمات المفتاحية: البرنامج القائم على العلاج بالمخطط – إيذاء الذات – المخططات اللا تكيفية المبكرة – المراهقون الأيتام – دور الرعاية البديلة.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

المقدّمة

أولاً: الإشكالية البحثية

ثانياً: تساؤلات الدراسة

ثالثاً: فرضيات الدراسة

رابعاً: أهداف الدراسة

خامساً: أهمية الدراسة

سادساً: مسوّغات الدراسة

سابعاً: مصطلحات الدراسة النظرية وتعريفاتها الإجرائية

ثامناً: حدود الدراسة

تاسعاً: منهج الدراسة وإجراءاتها

عاشراً: مكوّنات الدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المقدّمة

تؤدّي الأسرة الدور الأهم في تشكيل شخصية الإنسان، فهي البيئة المميزّة لضمان نموّه وتشكيل سمات شخصيته الأساسية التي ستحدد أنماط تفاعله مع المحيط الخارجي لاحقاً؛ ولا سيَّما في سنوات حياته الأولى استمراراً إلى مرحلة المراهقة، فهي البيئة الأمثل لتلبية احتياجاته الفيزيولوجية والعاطفية والاجتماعية وغيرها التي تُعدّ الموّجه الرئيسي لسلوك الطفل، ففي الأسرة يكتسب الطرائق الصحيّة لتلبية هذه الاحتياجات من والديه؛ ليكوّن سمات شخصية قادرة على التكيّف مع متطلبات الحياة اللّاحقة على نحوٍ طبيعي، إلّا أنَّ كثيراً من الأطفال قد يُحرَمون من الحياة ضمن أسرتهم بسبب وفاة أحد الوالدين أو كليهما، ولا سيّما في الحروب والأزمات والكوارث؛ وهذا يسّبب آثاراً سلبية طويلة المدى على توافقهم النفسي والاجتماعي، وخاصّة أنَّ عدداً كبير من هؤلاء الأطفال يتم إيداعهم لاحقاً في مؤسسات الرعاية البديلة التي تعنى بتقديم خدمات الرعاية لهم عوضاً عن أسرتهم الأصلية، إذ يعيش نحو (8 إلى 10) ملايين طفل في أنواع مختلفة من مؤسسات الرعاية الاجتماعية على مستوى العالم (Bourne et al,2021,5). ويُعَد الحرمان الوالدي أو الانفصال عن الأسرة أوّل الأحداث الصّادمة التي يتعرّض لها هؤلاء الأطفال، وتزداد شدّة آثارها إذا عايشوا خبرات راضّة مبكرة من أشخاص آخرين كسوء المعاملة أو العنف؛ فقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية (2024) أنَّ واحداً من كل سبعة أفراد أعمارهم من (10–19) عاماً، يعانون من أحد الاضطرابات النفسية بسبب تعرّضهم لسوء المعاملة أو العنف والإهمال في مرحلة الطفولة (WHO, 2024)، وتتضّح أعراض الحرمان الأسري مع بداية مرحلة المراهقة بسبب التحديّات المرتبطة بها؛ فعدم قدرة المراهق فاقد الرعاية الأسرية على تفهّم التغيّرات البيولوجية والنفسية، فضلاً عن احتياجاته العاطفية غير الملبّاة في طفولته، تجعله أكثر عرضة لتطوير المخططات اللا تكيفية المبكرة Early maladaptive schemas؛ التي تشمل الطرائق المعرفية والانفعالية والسلوكية غير السوية التي يلجأ لها المراهق لتلبية احتياجاته، وقد فسّرت دراسة رامامورثي وشين (Ramamurthy & Chen, 2025) هذه المخططات وفق نموذج التوّقعات التنبئية (Predictive Coding)، الذي يفترض أنَّ الدماغ يعمل كمزوِّد معرفيٍّ للتوقعات المسبقة حول العالم، فالخبرات الطفولية الصّادمة

مثل الحرمان وسوء المعاملة تؤثر على نحوٍ عميقٍ في مضمون هذه التوَّقعات، ما يؤدي إلى نشوء المخططات اللا تكيفية التي تعزز من الاستجابة السلبية للأحداث الحياتية، ويتعزّز نشاط المخططات اللا تكيفية في الأغلب مع الظروف غير المستقرة في دور الرّعاية البديلة التي يعيش بها المراهقين، والتي تتباين فيها الأنظمة والقوانين لتركّز على سلامة الطفل وحمايته على حساب احتياجاته العاطفية.

ونتيجةً لوجود المخططات اللا تكيفية المبكرة؛ إضافةً إلى العوامل المتعلقة بطبيعة الحياة في دور الرعاية البديلة قد يُطوِّر المراهقون سلوكيات لا تكيفية مثل إيذاء الذات وأهمها جرح الذات وابتلاع موّاد سامّة و صلبة وغيرها، فالنشأة في بيئة مثبِطة عاطفياً من شأنها أن تقلّل من قدرة الطفل على تحديد مشاعره السلبية أو التعبير عنها، وتجعله أقل قدرة على إدارة التجارب العاطفية القوية بطرائق تكيفية، وقد أكد بيلكينغتون وآخرون (May et al, 2022)أنَّ سلوك إيذاء الذات رد فعل سلوكي على المخططات اللا التكيّفية المبكرة، إضافة لما أكّدته دراسة سالدياس (Saldias, 2012) عن توَّسط أوضاع المخططات اللا تكيفية العلاقة بين نمط الرعاية التي يتلقّاها الطفل من والديه، وتطوّر سلوكيات إيذاء الذات لاحقاً.

وثمّة دراسات عدّة بحثت في العلاقة بين الحرمان الأسري في مرحلة الطفولة وسلوكيات إيذاء الذات اللاحق في مرحلة المراهقة، إلا أنَّ القليل منهم حاول أن يشرح نفسياً لماذا قد يختار الأفراد الذين عانوا من الحرمان في مرحلة الطفولة هذا السلوك بدلاً من الانخراط في سلوكيات أخرى تؤدي الوظيفة نفسها، وقد فسّر غلاسمان وآخرون (Glassman et al,2007) اكتساب الأفراد الذين ينخرطون بسلوك إيذاء الذات هذا السلوك من خلال نمذجة التجربة المسيئة التي تعرّضوا لها في الطفولة، إذ اتسمت سنواتهم الأولى بالنقد المفرط والإساءات الجسدية والعاطفية المتكرّرة، فتبنّوا لا شعورياً وجهة نظر نقدية مماثلة لأنفسهم؛ وبمرور الوقت، يكتسب الطفل سلوك المعتدي الذي اختبره، فتزيد احتمالية تطوير مخطط معرفي ناقد لذاته، أو مؤذ لنفسه عندما لا يوافق الآخرون على سلوكه، وقد تشتّد هذه السلوكيات؛ ولا سيَّما في غياب الدور الأساسي للوالدين في تهذيب شخصية المراهق، وتنمية سلوكه السوّي، وهذا الأمر يتقاطع مع فكرة المخططات اللا تكيفية التي تتطوَّر مبكراً من خلال التفاعلات السلبية مع مقدّمي الرعاية وتجعل الناس عرضة للمشكلات النفسية عند مواجهة الضغوط،

وقد تمَّ استهداف سلوك إيذاء الذات عبر مجموعة من التدخلات وأهمها العلاج السلوكي الجدلي DBT والعلاج المعرفي السلوكيCBT ، إضافة إلى العلاج بالمخطط (Schema Therapy) الذي طوّره العالم النفسي جيفري يونغ (Jeffery Young) نهجاً علاجياً متكاملاً يهدف إلى تعديل المخططات اللا تكيفية المبكرة، إذ تبرز أهميته في البحث في جذور الاضطرابات النفسية عبر دراسة الأصول المسبّبة لها، وفهمها، ثمَّ تصميم العلاج على أساسها لتعديل هذه المخططات، على نحو يتناسب مع حالة المتعالج وعمره وقدراته المعرفية واحتياجاته العاطفية، وصولاً إلى تحقيق الصحة النفسية التي تتمثّل في القدرة على تلبية احتياجاته على نحوٍ سوي، وفي هذا الإطار يستهدف نموذج العلاج بالمخطط أنماط الأفراد الإشكالية في مواجهة أحداث حياتهم وتفسيرها، من خلال تكامل التدخلات العلاجية بالاعتماد على أنماط متنوعة من الفنيات، فتطبيق الفنيات المعرفية التي تستهدف الجانب العميق من إدراك الأفراد، إضافة إلى الفنيات الانفعالية التي تعمل على تنظيم الخلل الانفعالي، والفنيات التجريبية والسلوكية التي تهدف إلى كسر النمط السلوكي المعتاد في استجابات الأفراد المؤدّي لإيذاء الذات، والفنيات العلائقية التي تركّز على أنماط التفاعل الآمنة وغير الآمنة بين الأشخاص وتأثيرها في نموّهم، وجميع هذه الفنيات تهدف لتحسين المخططات والاستجابات الانفعالية وردود الفعل السلوكية اللا تكيفية، وبناء نمط تكيّفي على هذه المستويات.

أوّلاً: الإشكالية البحثية

في ظل ازدياد عدد الأطفال فاقدي الرعاية الأسرية نتيجة الظروف القاسية التي عاشتها سورية في السنوات الأخيرة مثل النزاعات والكوارث الطبيعية والنزوح والظروف الاقتصادية القاسية غيرها التي أثّرت على بنية الأسرة واستقرارها، تمَّ إيداع عدد كبير من الأطفال في دور الرعاية البديلة، ويقدّر عددهم بحسب تقرير وزارة وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل في النصف الأول من العام (2024) بنحو (4000) طفل ونتيجة الظروف القاسية التي اختبرها هؤلاء الأطفال في مراحل نموّهم المبكرة ولا سيّما سوء المعاملة أو الفقد أو التخلّي أو اختبارهم لأحد أنواع الإساءات تظهر لديهم مشكلات سوء التكيف بالتزامن مع التغيرات الكبيرة المرتبطة بمرحلة المراهقة، وفي هذا السيّاق أكّدت دراستا كيندال وآخرين وربورت وديني (Kendall et al, 2004, Rapport & Denney, 2001) أنَّ المشكلات العاطفية التي يختبرها الأطفال تظهر أعراضها بوضوح في مرحلة المراهقة، وأكثر العوامل التي تخفّف من وطأة

هذه المرحلة بتقلبّاتها وتغيراتها في جميع نواحي النمو وجود النموذج الوالدي السوي الذي يحتوي المراهق ويقدّم له الدعم الذي يجعله يتجاوز هذه المرحلة بهدوء وسلام (Banarova et al,2022)، وقد أكدت دراسة بلان (2011) ارتفاع معدل انتشار المشكلات الوجدانية لدى الأطفال فاقدي الرعاية الأسرية في البيئة السورية بسبب ضعف الإشباع العاطفي واعتبار أنفسهم عالة على الآخرين، كما أكّدت دراسة إسنايني وآخرون (Isnaeni et al, 2021) أنَّ نحو (45%) من المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية يعانون مشكلات عاطفية وسلوكية فعندما يختبر الطفل الحرمان الأسري العاطفي بالتوازي مع عدم تلبية احتياجاته العاطفية المرتبطة بوالديه، يصبح أكثر عرضة للصعوبات النفسية (Wade et al,2022.p1)، إذ تبقى لدى هذا الطفل حاجات لم تُلَبَّ، وقد تتحوَّل بمرور الوقت إلى مخططات لا تكيّفية مبكرة، نتيجة تعرّض الطفل لخبرات مؤذية أو مؤلمة ناتجة عن أوضاع غير وظيفية للوالدين مثل الإفراط في التساهل أو الحماية، أو تبنّي الأطفال أفكار وسلوكيات القائمين على رعايتهم السلبية كالقسوة أو النقد (Young et al ,2003,p7) التي تدفع الطفل إلى تطوير أساليب لا تكيفية لتلبية احتياجاته، مثل تحدّي المجتمع أو السلوك العدواني تجاه الآخرين أو إيذاء الذات.

يظهر إيذاء الذات في الأغلب وينتشر في مرحلة المراهقة (Cipriano et al,2017, Jacobson & Gould, 2007) كأحد السلوكيات التي يعكس بها المراهق سوء تكيّفه مع محيطه ومتطلبات مرحلته العمرية، فقد أكّدت دراسة (Guo et al, 2021) أنَّ واحداً من كل خمسة مراهقين لديهم خبرات إيذاء للذات، كما ينتشر بين المراهقين بمعدل من (17%−18) (Muehlenkamp, 2012)، وأكدت دراسة سوانيل وآخرين (Swannell et al, 2014) أنَّ سلوكيات إيذاء الذات تنتشر بنسبة (17.2%) بين المراهقين. وأكّدت دراسة والكر (Walker, 2014) أنّ أشكال إيذاء الذات بين المراهقين تتنوّع بحسب نوع الإصابة وحجمها؛ فقد يكون إيذاء الذات سطحياً أو معتدلاً (superficial/moderate self-mutilation) ويشمل جرح الجلد أو الحرق البسيط أو العض أو الخدش، وهو الشكل الأكثر انتشاراً، وهو موضوع هذه الدراسة، وقد يكون تشويه الذات نمطياً (stereotypic self-mutilation)، وينتشر بين أصحاب الاضطرابات النمائية والعصبية مثل ضرب الرأس المتكرر، وقد يكون إيذاء الذات الأساسي (major self-mutilation) مثل اقتلاع جزء من الجسم كالأسنان أو الأظافر، وهو الشكل الأكثر

ندرة بين الأشكال الثلاثة آنفة الذكر (Favazza,1992,61)، كما يصنَّف إيذاء الذات حسب شدّته إلى إيذاء ذات عرضي (episodic)، ومتكرر (repetitive)، وقهري (compulsive) (Strong, 2000, P26–27).

ويعبّر إيذاء الذات عند المراهقين عن وظائف ودوافع مختلفة؛ منها ما يرتبط بضعف قدرة المراهق على التنظيم الانفعالي أو نتيجة نمذجة سلوك الأقران (Akbari-Motlaq et al.2023) أو قد يعبّر عن رغبته في العقاب الذاتي ليعكس حالة المشاعر السلبية المرتبطة بالذات كالكراهية والغضب وخلل التنظيم الانفعالي (Klonsky et al, 2009)، وقد ترتبط سلوكيات إيذاء الذات مباشرة بأنواع محددة من المخططات اللا تكيّفية المبكرة أو تنتج عنها، فقد أكّدت دراسة أوكون وآخرين (O'Conno et al, 2009) أنَّ سلوكيات إيذاء الذات ترتبط في الأغلب بخبرات الطفولة السلبية، مثل الإهمال والتخلّي وسوء المعاملة، أو خبرات الحرمان الطفولي التي يمكن أنَّ ترتبط بمخططات العار/الخزي والإخفاق/الفشل والتثبيط الانفعالي التي تتضّح في مرحلة المراهقة نتيجة للمواقف التي يتطلّب من المراهق مواجهتها، كما أكدت دراسة والكر وآخرين (Walker et al,2014) وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين شدّة سلوكيات إيذاء الذات وتكرارها مع 13 إلى 15 مخططاً من المخططات اللا تكيفية المبكرة، وأهمها الحرمان الانفعالي والتخلي/الهجر، كما أكّدت دراسة لويس وآخرين (Lewis et al , 2015) أنَّ المخططات اللا تكيفية المبكرة قد تؤدّي دوراً في حدوث إيذاء الذات، ولا سيّما العزلة الاجتماعية والحرمان العاطفي والاعتمادية.

وقد مكَّنت خبرة الباحث الميدانية بعمله مختصّاً بحماية الطفل في أحد دور الرعاية البديلة مدّة تزيد على أربع سنوات من الوقوف على معاناة المراهقين الأيتام وفاقدي الرعاية الاسرية في إدارة استجاباتهم الانفعالية، وسلوكياتهم، وبالتحديد سلوك إيذاء الذات، إذ تركّزت شكاوى المراهقين الذين اختبروا سلوكيات إيذاء الذات في أسباب أهمُّها عدم قدرتهم على السيطرة على طريقة تفكيرهم، وضعف قدرتهم على مواجهة الضغوط الحياتية، وإحساسهم بالدوّنية، وشعورهم بالتخلي والاختلاف والوصمة، وضعف تقبل الآخرين لهم أو فهمهم، وللتأكّد من هذه الأعراض أُجريَت دراسة استطلاعية على عدد من المراهقين القاطنين في دور الرّعاية البديلة التابعة لجمعية قرى الأطفال (SOS)، بلغت (52) مراهقاً لدى العديد منهم سلوكيات عدوانية أو اندفاعية ومنها إيذاء الذات كجرج الذات وانتزاع الجلد وابتلاع مواد صلبة، وطُبِّقَت عليهم استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، وبيّنت النتائج أنَّ الوزن النسبي لمستوى

انتشار المخططات اللا تكيّفية المبكرة لدى أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية عامة (71%)، مما يدل على مستوى مرتفع من الانتشار، وكانت المخطط الأبرز الحرمان الانفعالي والتخلي والمعايير الصارمة والعزلة الاجتماعية والتثبيط الانفعالي، في ظل غياب وجود برامج إرشادية أو علاجية لتحسين هذه المخططات والسلوكيات الاندفاعية. فقد أكّد عدد من الدراسات فاعلية العلاج بالمخطط في خفض مشكلات المراهقين السلوكية، وأثبتت دراسات فرانسيسكا وآخرين (Francisca et al, 2017) وحساني وآخرين (Hasani et al, 2020) وقدسي خراساني وآخرين (GhodsiKhorasani et al, 2024) فاعلية العلاج بالمخطط في الحد من السلوكيات التخريبية، وسلوك التحدي المعارض وتحسين التكيف الاجتماعي، كما أظهرت دراسة فرانسيسكا وآخرين (Francisca et al.2019) فاعلية العلاج بالمخطط في خلق مناخ جماعي داعم لليافعين والأطفال في دور الرعاية الجماعية مع تدخلات أقل قمعية من قبل القائمين على رعايتهم، وقد أكدّت دراسة كوالاي وآخرين (koulaei et al,2020) أنَّ تهيئة الظروف الملائمة في فترة الطفولة لتلبية الاحتياجات الأساسية للأطفال مثل التعلّق الآمن مع مقدّمي الرّعاية الأساسيين خاصة في حالة الطفل فاقد الرعاية الأسرية أمر حيوي ومهم للغاية من أجل تطوير مخططات تكيّفية سليمة تسهم في تحسين وقاية هؤلاء الأطفال من مشكلات سوء التكيف، وهذا الأمر مهم للغاية للمراهقين المتواجدين في دور الرعاية البديلة التي تعمل وفق أنظمة وضوابط تنظم طبيعة التفاعلات بين مسؤولي الرعاية والأطفال، وتركّز على الخدمات والسلامة الشخصية للأطفال في الوقت الذي يُطرَح التساؤل عن طبيعة الرعاية العاطفية التي يتلقّاها الأطفال في ظل تعّدد الموظفين ومشرفي الرعاية، وانطلاقاً من ذلك يمكن تلخيص إشكالية الدراسة الأساسية بالسؤال الآتي: **ما فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين في دور الرعاية البديلة في دمشق وريفها؟**

ثانياً: تساؤلات الدراسة

سعت الدراسة إلى الإجابة عن السؤالين الرئيسين الآتيين:

1- ما فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين الأيتام ضمن دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها؟

2- ما فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمخطط في الاحتفاظ بالتحسّن الذي طرأ لدى أفراد العينة التجريبية في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج؟

ثالثاً: فرضيات الدراسة:

في ضوء إشكالية الدراسة والإطار النظري والدراسات السابقة صيغت فرضيات الدراسة على النحو الآتي:

3-1- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.

3-2- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة إيذاء الذات.

3-3- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي الأول على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.

3-4- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي الأول على قائمة إيذاء الذات.

3-5- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين التتبعي الأول والتتبعي الثاني على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.

3-6- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين التتبعي الأول والثاني على قائمة إيذاء الذات.

رابعاً: أهداف الدراسة:

سعت الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

4-1- بيان فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية في دور الرعاية البديلة على نحو يتوافق مع طبيعة العيّنة وخصائصها؛ من خلال الاستفادة من النتائج الإيجابية التي حققها هذا النموذج العلاجي.

4-2- قياس الفروق بين متوّسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في متغيرات الدراسة الأساسية: إيذاء الذات، المخططات اللا تكيفية المبكرة، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج القائم على العلاج بالمخطط (القياس البعدي).

4-3- قياس استمرارية الأثر الحاصل لدى أفراد العينة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بشهر (القياس التتبعي الأول)، ثمَّ بعد ثلاثة أشهر (القياس التتبعي الثاني) لبيان استمرار فاعلية البرنامج في الحفاظ على النتائج المحقّقة.

خامساً: أهمية الدراسة:

تلخّصت أهمية الدراسة في الآتي:

5-1- الأهمية النظرية

5-1-1: أهمية الفئة المستهدفة بالدراسة، وهم المراهقون الأيتام، وما اختبروه من الحرمان العاطفي في مرحلة الطفولة، وما طوّروه من مخططات لا تكيفية مبكرة، وسلوكيات غير سويّة مثل إيذاء الذات.

5-1-2: إثراء الإطار النظري بمادة علمية تتضّمن أحد الأساليب العلاجية النفسية التي قد تساعد على فهم سلوكيات إيذاء الذات ضمن نظرية المخططات المعرفية المبكرة من خلال البرنامج القائم على العلاج بالمخطط.

5-1-3: تبيان النهج التكاملي للعلاج بالمخطط في اعتماده على الفنيات العلاجية المعرفية والعاطفية والتجريبية والسلوكية التي يتشارك فيها مع المدارس العلاجية الأخرى كالتحليل النفسي والتعلق والجشتالت والبنائية والمرتكزة على المشاعر، لاستهداف المخططات اللا تكيفية المبكرة، وخفض سلوكيات إيذاء الذات.

5-2- الأهمية التطبيقية

5-2-1: الاستفادة من تصميم البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالمخطط لتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات لدى عينة من المراهقين الأيتام ضمن دور الرعاية البديلة، وهو البحث الأوّل من نوعه على المستوى المحلي-في حدود علم الباحث- الذي يستخدم العلاج بالمخطط ضمن المنهج شبه التجريبي لاستهداف متغيّرات الدراسة؛ وهذا النموذج العلاجي من الاتجاهات الحديثة التي لا بدَّ من التحقق من صحتها وفاعليتها في البيئة المحلية.

5-2-2: تحديد آلية الارتباط بين سلوكيات إيذاء الذات، والمخططات اللا تكيفية المبكرة الأكثر وضوحاً وشدّة لدى أفراد العينة على نحو فردي من خلال تحليل درجاتهم كميّاً وكيفياً، وتوضيح آليات التدخل التكاملية الأكثر ملائمة للتحكّم بهذه المتغيرات وتعديلها واستبدالها بمخططات أكثر تكيفاً وسلوكيات أكثر استقراراً عبر جلسات البرنامج العلاجي، ما يحسّن من مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لهم.

5-2-3: تمكين الاختصاصيين النفسيين من الاستفادة من استخدام هذا النموذج العلاجي في تصميم تدّخلات علاجية قائمة على المخططات المعرفية المبكرة المرتكزة على الرعاية المستنيرة بالصّدمات الطفولية لخفض سلوكيات إيذاء الذات والأعراض الانفعالية المرتبطة به، على نحو ينعكس إيجاباً على جودة حياة المراهقين وتكيّفهم.

سادساً: مسوّغات الدراسة

6-1- بعد الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت نموذج العلاج بالمخطط للعديد من الاضطرابات النفسية، طُبِّقَ هذا النموذج على عينة من المراهقين فاقدي الرّعاية الأسرية الذين أظهروا درجات مرتفعة على كل من استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، وقائمة سلوكيات إيذاء الذات، لفائدته على المستوى المعرفي والانفعالي والسلوكي، لأنَّ العلاج بالمخطط يسعى إلى إعادة الهيكلة المعرفية وتحسين التنظيم الانفعالي وكسر النمط السلوكي المؤذي للذات الذي اعتاد المراهقين على القيام به في تعاملهم مع أحداث حياتهم الضاغطة استجابة لمخططاتهم اللا تكيفية النشطة.

6-2- أظهرت نتائج الدراسات السابقة انتشار سلوكيات إيذاء الذات بنسبة عالية بين المراهقين عامّةً، والمراهقين فاقدي الرعاية الأسرية خاصّةً، وأكَّد عديد من هذه الدراسات التأثير المباشر لنشاط المخططات اللا تكيفية المبكرة في المشكلات السلوكية والانفعالية المتطرفة مثل سلوكيات إيذاء الذات.

6-3- حاجة المراهقين الذين يعانون سلوكيات إيذاء الذات إلى تدخل علاجي لخفض هذه السلوكيات، وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لديهم.

سابعاً: مصطلحات الدراسة النظرية وتعريفاتها الإجرائية:

7-1- البرنامج العلاجي: مجموعة الخبرات والإستراتيجيات العلاجية المباشرة وغير المباشرة المخططة والمنظمة على أسس علمية سليمة، تقدّم بطريقة بناءة من قبل اختصاصيين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والمسترشدين، والمرضى الذين يعانون مشكلات نفسية أو انفعالية أو اجتماعية، تطبق في مكان وزمان محددين، لمساعدتهم على تعرف مشكلاتهم وحاجاتهم، وتنمية إمكاناتهم وقدراتهم إزاء ما يواجههم من صعوبات أو مشكلات، ومساعدتهم على اتخاذ القرارات السليمة في حياتهم، من أجل تحقيق النمو السوي والتوافق النفسي في أثناء تفاعلهم مع مواقف الحياة الضاغطة على نحو بناء. (العاسمي، 2014، ص30)

7-2- العلاج بالمخطط Schema Therapy (ST)

التعريف النظري: العلاج بالمخطط علاج نفسي تكاملي، تطوّر من العلاج السلوكي المعرفي التقليدي، يعتمد اعتماداً كبيراً على فنيات التفاعل بين الأشخاص، والديناميكية النفسية، والتجريبية، وقد وصف يونغ (1990) العلاج بالمخططات لأول مرة للمساعدة على علاج الصعوبات النفسية الشاملة وطويلة الأمد التي لا تستجيب للعلاج المعرفي التقليدي، مثل اضطرابات الشخصية والاكتئاب، وازداد الاهتمام بتطبيق العلاج بالمخطط على اضطرابات أخرى خلال السنوات الأخيرة، مع دراسات تبحث في المخططات اللا التكيفية المبكرة (Early Maladaptive Schemas) في حالات صحية نفسية حادة أخرى (مثل الذهان)، وتعاطي المخدرات واضطرابات الأكل، واضطراب الشدّة ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس القهري، ويركز العلاج بالمخطط على كيفية تطور الأعراض والصعوبات، لتساهم كعوامل داعمة ومعززة لاستمرار هذه الصعوبات، ويهدف إلى تحديد الاحتياجات العاطفية الأساسية ومساعدة الفرد على إيجاد طرائق عملية لتلبية احتياجاته على نحو سوي تعاطفي، ويتم تقديمه في كل من الأشكال الفردية والجماعية. (Taylor, Bee, & Haddock. 2017.p457)

ويعرّف إجرائياً: بأنّه البرنامج المنظم المستند إلى مبادئ وفنيات العلاج بالمخطط، ويتضمن مجموعة من الفنيات المعرفية والعاطفية والتجريبية والسلوكية لتحسين المخططات اللا التكيفية المبكرة وإستراتيجيات التعامل والمواجهة وأوضاع المخطط غير الوظيفية مثل التصوّر الموّجه والمواجهة التعاطفية وإعادة العزو/ الإسناد المعرفي

وكرسيي الحوار وإعادة صياغة الصور والتعويض المحدود، لتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات من حيث شدّتها وتكرارها عن طريق إيجاد موقف علاجي قائم على التحالف العلاجي التعاطفي لتنمية آليات التكيّف الصحيّة المعرفية والانفعالية والسلوكية عبر التطبيق الجماعي لجلسات البرنامج، وقد بلغ عدد جلسات البرنامج (19) جلسة في العلاج بالمخطط. (18) جلسة طُبِّقَت على نحو جماعي تفاعلي، والجلسة الرّابعة تمَّ تنفيذها على نحو فردي لكل مشارك على حدة، وانحصر المدى الزمني لكل جلسة عموماً بين (45 و 90) دقيقة، وقد طُبِّقَت هذه الجلسات في قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال بدمشق.

7-3- إيذاء الذات (Self-Injury-Harm (SI:

التعريف النظري: يُعرَّف إيذاء الذات وفق نوعين أساسيين، الأوّل إيذاء الذات **المتعمّد** (Deliberate Self Harm) ، وهو مصطلح شامل للسلوك الذي يسبب ضرراً للذات، سواء أكان ذلك مع نية الانتحار أم بدونها، ويؤدي إلى نتيجة غير مميتة، إذ إنّه فعل التسبب عمداً وعن قصد بإيذاء الذات، بغض النظر عن النوع أو الدافع أو القصد الانتحاري، أمّا النوع الثاني فهو إيذاء الذات **غير الانتحاري** (Non-Suicidal Injury) الذي يُعرَّف بأنه التدمير المباشر المتعمد، أو تغيير أنسجة الجسم دون نية انتحارية واعية، مع اختلاف المسبّبات والدّوافع، وكلا النوعين شائع بين الشباب الذين يعانون من سمات الشخصية الحدية أو اضطراب الشخصية، يعدّان مؤشرَي تنبؤ بمحاولات الانتحار في المستقبل، (Lim et al, 2019,4581)، وتشمل الأساليب الشائعة جرح الذات، وتسميمها (تناول جرعة زائدة من الأدوية)، وخدش الذات أو ضربها بعنف أو حرقها، وتمثّل الدّوافع الجانب الرئيسي في تحديد طبيعة هذا الفعل إن كان متعمداً أو دون نية الانتحار، ويهدف إلى تخفيف الضيق أو التعامل مع المشاعر المؤلمة بشدّة، ولا يعني بالضرورة وجود نية إنهاء حياة الشخص الذي يؤذي نفسه "(Fox & Hawton, 2004, P11).

ويُعرَّف إيذاء الذات غير الانتحاري إجرائياً: بأنه السلوكيات التي يؤذي بها الفرد نفسه أو يهدّد بها بسبب دوافع مختلفة دون نيّة انتحارية، وتظهر أنماط مختلفة تعبّر عن حالة من عدم الاستقرار العاطفي، وخلل التنظيم الانفعالي والتحكّم السلوكي لديه، كما بينّت الدراسة الاستطلاعية، ويتم تحديدها من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على قائمة إيذاء الذات، وتتكوّن القائمة من خمسة أبعاد فرعية تغطّي الدوافع والوظائف الداخلية

والخارجية لإيذاء الذات، وبلغ عدد بنود القائمة الكلّي (39) بنداً، وتكون القيمة العليا لدرجة المفحوص على القائمة (117)، والقيمة الصغرى (39)، وكلما ارتفعت الدرجة كانت سلوكيات إيذاء الذات أعلى عند المفحوص.

7-4- المخططات اللا تكيفية المبكرة Early Maladaptive Schemas (EMS)

التعريف النظري: هي موضوع واسع النطاق أو نمط واسع الانتشار على مستوى الأفكار، ويتألف من الذكريات والمشاعر والإدراك والأحاسيس الجسدية، ذات الصِّلة بالذات والعلاقات مع الآخرين التي تكوّنت في مرحلة الطفولة، وتتطور في مرحلة المراهقة عندما لا يتم تلبية الاحتياجات الأساسية النفسية الشاملة (على سبيل المثال، التعلق الآمن، والاستقلالية، وحرية التعبير عن الاحتياجات والمشاعر على نحوٍ آمن)، وتعمل المخططات اللا تكيفية المبكرة على أعمق مستوى من الإدراك، خارج نطاق الوعي عادةً، وتجعل الفرد أكثر عرضةً للإصابة بالاكتئاب والقلق والاضطرابات النفسية الأخرى فيما بعد. (Young et al., 2006, p7)

وتُعرَّف المخططات اللا تكيفية المبكرة إجرائياً: بأنها أنماط التفكير والإدراك غير الوظيفية أو الهياكل المعرفية غير الصحيّة المستقرّة على نحو نسبي في نمط شخصية الفرد، وتظهر على شكل إستراتيجيات غير وظيفية من المعتقدات والمشاعر التي تشكّلت مبكراً في طفولة الفرد بسبب الاحتياجات غير الملبّاة والإهمال والحرمان وسوء المعاملة، وما ينتج عنها من سلوكيات غير صحيّة لتلبيتها، ويشترك بها أفراد عينة الدراسة التجريبية، ويتحدَّد مستواها ودرجتها بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على استبانة المخططات التكيّفية المبكرة المعتمدة في الدراسة، والمقسّمة إلى ثمانية عشر بُعداً فرعياً، وكل بعد فرعي يحتوي على (5) عبارات تؤكّد أو تنفي وجود المخطط بمجموع يصل إلى (90) عبارة، وتشير الدرجات من (16.7إلى 25) على كل بعد فرعي إلى درجة مرتفعة من تواجد المخطط لدى المفحوص، والقيمة الاعلى للاستبانة (450)، أما القيمة الأدنى (90)، وكلما ارتفعت الدرجة كانت المخططات اللا تكيفية المبكرة بمستوى أعلى عند المفحوص.

7-5- المراهقون الأيتام في دور الرعاية البديلة:

تُعرَّف **المراهقة (Adolescence)** بأنّها الفترة التي تُمثل الانتقال من الطفولة إلى الرشد، وتمتد زمنياً عادةً من (12-18) عاماً، وهو ما يُعادل تقريباً الفترة من بداية البلوغ (التغيرات الهرمونية المحددة) إلى استقلالية الوصي

(التعريف القانوني لـ "البلوغ" في العديد من البلدان)، وتتزامن في الأغلب مع البلوغ، وهي ظاهرة بيولوجية تُعرّف بمجموعة من الأحداث التي تُحركها الارتفاعات في إفراز هرمونات الغدد الكظرية والتناسلية، بما في ذلك ظهور الخصائص الجنسية الثانوية، وتغيرات في العضلات والدهون والصوت، وترتبط بفترة من تزايد سلوكيات الاندفاعية والمُخاطَرة، وزيادة التفاعل العاطفي، ويتزامن هذا عادةً مع تغيرات في البيئة الاجتماعية والمدرسية، مثل قضاء وقت أقل مع الوالدين ووقت أطول مع الأقران، بالإضافة إلى الرغبة بزيادة الاستقلالية، ، ويُنظَر إليها كفترة نمو وليست فترة زمنية لأنها متغيرة للغاية من الناحية السلوكية والنمو. (Jaworska & MacQueen, 2015, P291)

أما **اليتيم (Orphan)** فيعرّفه صندوق الأمم المتحدة الدولي للطفولة، بأنه طفل دون سن الثامنة عشرة، فقد أحد والديه أو كليهما بسبب الوفاة على نحو أساسي، وللحرمان من الوالدين تأثير سلبي في الأيتام، فهم معرضون لمشكلات نفسية طويلة الأمد نتيجة عدم قدرتهم على التعامل مع فقدان والديهم. Akilandeswari & Annalakshmi, 2025, P156).

ويُعرّف **مصطلح الحرمان من الرعاية الأسرية (Deprivation of family care)** بأنه الغياب المطول للرعاية الوالدية، ما يؤدي إلى نقص في المدخلات المعرفية والاجتماعية والعاطفية المتوقعة خلال فترات النمو الحرجة، ينتج عنه زيادة الحساسية للتوتر، وصعوبات في الأداء والتكيّف خلال فترة المراهقة، ويمكن أن تخّفف الرعاية البديلة التي تلي الحرمان المبكر من هذه الآثار السلبية من خلال توفير بيئة رعاية مستقرة ومتجاوبة، تتوافر فيها الشروط الأساسية للنمو، وتحسين النتائج المعرفية والعاطفية. (Wade et al, 2023m P45)

ويُعرّف **نظام الرعاية البديلة: Alternative Social Care** حسب قانون حقوق الطفل (21) في العام (2021) في سورية بأنَّها: التدابير المتخذّة من الشخص الطبيعي أو الاعتباري لتربية وحماية ونمو الأطفال فاقدي الرعاية الأسرية، من خلال تهيئة بيئة مستقرة وآمنة لهم، عبر تقديم جميع أشكال الرعاية والحماية لهم، التي تضمنها القوانين في المواد (42، 43، 44) من فصل حق الرعاية الاجتماعية في قانون حقوق الطفل.

وعلى مستوى أوسع تعرّف بأنّها" مؤسسات اجتماعية للرعاية البديلة، يُودَع فيها الأطفال الذين فقدوا رعاية أسرهم البيولوجية نتيجة ظروف مختلفة منها الفقر والحروب والهجرة، وقد نشأت في أوروبا منذ العصور الوسطى؛ وأصبحت اليوم شائعة في أجزاء مختلفة من العالم (Stoica et al, 2020, p2).

ثامناً: حدود الدراسة:

8-1: الحدود البشرية: شملت عينة الدراسة (10) من المراهقين الذكور الأيتام فاقدي الرعاية الأسرية في دور الرعاية البديلة ضمن مدينة دمشق وريفها، بمدى عمري (14-18) عاماً، ومتوسط عمري (16.10) عاماً.

8-2: الحدود الموضوعية: تمثّلت باستخدام المنهج شبه التجريبي على نهج المجموعة التجريبية الواحدة، وبرنامج قائم على العلاج بالمخطط، واستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، وقائمة إيذاء الذات، لتعرّف أثر البرنامج العلاجي في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين الأيتام فاقدي الرعاية الأسرية في دور الرعاية البديلة لقياس التغيرات تباعاً وفق القياسات الأربعة الآتية: (قبلي، بعدي، تتبعي أول، تتبعي ثان)، باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

8-3: الحدود المكانية: تمَّ التطبيق الميداني للدراسة في عدد من دور الرعاية البديلة التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل في مدينة دمشق وريفها وأهمّها دار الأنصار الخيرية، وتم تنفيذ البرنامج العلاجي في قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال SOS في مدينة دمشق.

8-4: الحدود الزمانية: طُبّقَ البرنامج العلاجي في المدة الواقعة بين 2024/9/17 – 2025/3/13.

تاسعاً: منهج الدراسة وأدواتها:

اعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي الذي يعد نوعاً من أنواع المنهج التجريبي، ويعني التحكّم الكمي الدقيق المضبوط بالمتغيّرات المستقلة التي يُراد معرفة درجة تأثيرها في المتغيرات التابعة، لذلك كان هذا المنهج الأكثر ملاءمة لتحقيق أهداف الدراسة وبما يتناسب مع خصائص عينة الدراسة من المراهقين فاقدي الرعاية الاسرية في دور الرعاية البديلة، وقد شملت الدراسة تطبيق الأدوات التالية:

- قائمة إيذاء الذات

- استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.

- البرنامج القائم على العلاج بالمخطط لخفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة، وتقارير العينة الذاتية لرصد التغيرات السلوكية والانفعالية في القياس البعدي والتتبعي الأول والثاني لدى المراهقين الذي يعانون من سلوكيات إيذاء الذات مقارنة بشعورهم إزاء حالتهم النفسية في القياس القبلي (خط الأساس).

عاشراً: مكوّنات الدراسة:

تألَّفت الدراسة من مجموعة من الأجزاء قسمت إلى فصول، تناول الفصل الأول عرض الإطار العام للدراسة متمثّلاً بالمقدمة والإشكالية البحثية ومسوّغات الدراسة وأهدافها وأهميتها من الناحية النظرية والتطبيقية، وحدود ومصطلحات الدراسة النظرية وتعريفاتها الإجرائية، ومنهج الدراسة وأدواتها، كما تناول الفصل الثاني عرض بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة.

وفي الفصل الثالث تم عرض الإطار النظري على نحو مفصّل، شمل ثلاثة محاور فرعية: سلوكيات إيذاء الذات، والمخططات اللا تكيفية المبكرة، والعلاج بالمخطط، وفلسفته وإجراءاته، وفنيَّاته، وفاعليته في علاج بعض الاضطرابات النفسية، واختُتِمَ الفصل بالتعقيب على الإطار النظري وربط المتغيرات الأساسية مع بعضها وفق رؤية الباحث استناداً إلى تحليل الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة، أما في الفصل الرابع فتمَّ عرض منهجية الدراسة وإجراءاتها وأدواتها وخصائصها السيكومترية، وآلية تصميم البرنامج القائم على العلاج بالمخطط، وفي الفصل الخامس عُرِضَت نتائج الدراسة من التساؤلات والفرضيات وتحليلها إحصائياً وتفسيرها، إضافةً إلى الدراسة النوعية وتحليل بيانات أفراد المجموعة التجريبية الفردية، وخُتِمت الدراسة بتقديم مجموعة من المقترحات المستخلصة من نتائج الدراسة، وتمَّ عرض المراجع والملاحق والجلسات التنفيذية للبرنامج القائم على العلاج بالمخطط في الفصل الأخير من الدراسة.

الفصل الثاني:

الدراسات السابقة

تمهيد

أولاً: الدراسات العربية

ثانياً: الدراسات الأجنبية

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة

1. **عرض الدراسات السابقة وتحليلها.**
2. **أهم ما تمَّ استخلاصه من الدراسات السابقة (عرض وتحليل)**
3. **أهم ما أفاده الباحث من الدراسات السابقة**

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

تمهيد

بعد الاطلاع على العديد من الدراسات العربية والأجنبية ومراجعة الأدبيات النظرية والدراسات المرجعية ذات الصلة بموضوع الدراسة من حيث الربط بين متغيرات الدراسة الأساسية (العلاج بالمخطط، المخططات اللا تكيفية المبكرة، وإيذاء الذات لدى المراهقين)، تبيَّن قلّة الدراسات التي جمعت بين المتغيرات آنفة الذكر، وليس ثمّة دراسة عربية تناولت العلاج بالمخطط لدى المراهقين وفاعليته في خفض سلوكيات إيذاء الذات، إذ حاولت أغلب الدراسات تسليط الضوء على المتغيرات منفردة وخاصة المخططات اللا تكيفية المبكرة في علاقتها مع متغيرات أخرى، والتركيز على عينات متنوعة، ولم يكن هناك دراسات محددة على عينات المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية، ولم يتم العثور على المستوى المحلي على أية دراسة تناولت هذا الموضوع بمتغيراته معاً، وهذا ما شكل دافعاً قوياً لدراسة هذا الموضوع، وقد تم تصنيف الدراسات والأبحاث السابقة التي وردت في الدراسة وفق ما يأتي:

- دراسات عربية.
- دراسات أجنبية.

ثم تمَّ التعقيب على الدراسات السابقة لتوضيح نقاط التشابه والاختلاف بين هذه الدراسة والدراسات السابقة من حيث المنهج والأدوات وطبيعة العينة، وتحديد موقع الدراسة منها.

أولاً: الدراسات العربية:

1ـ دراسة علي والسرسي (2021) بعنوان: برنامج علاجي قائم على المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة والتجهيز الانفعالي لخفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج علاجي قائم على المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة والتجهيز الانفعالي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من المراهقين تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي، وقد تكونت عينة الدراسة من (40) تلميذاً من تلاميذ الحلقة الثانية في التعليم الأساسي، بمتوسط عمري قدره (13.6) عاماً، قُسِّمُوا إلى مجموعتين تجريبية (20) تلميذاً، وضابطة (20) تلميذاً، واستخدم الباحث الأدوات والمقاييس

الآتية مقياس الرهاب الاجتماعي المكوّن من ثلاثين عبارة تضمنتها ثلاثة أبعاد (البعد السلوكي، الفسيولوجي، المعرفي) والبرنامج العلاجي القائم على المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة والتجهيز الانفعالي لخفض الرهاب الاجتماعي، وقد بلغت عدد جلسات البرنامج (22) جلسة علاجية وانحصرت مدة الجلسات العلاجية في(150-50)دقيقة لأقصى جلسة، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية، ما دلّ على فاعلية العلاج بالمخططات في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين عينة البحث.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

1- دراسة جعفري وآخرين (Jafari et al, 2014) بعنوان: فعالية العلاج بالمخطط في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وتقليل حساسية القلق لدى الطلاب

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد فاعلية العلاج بالمخطط في تعديل المخططات اللا تكيفية المبكرة وتقليل حساسية القلق لدى طلاب جامعة آزاد الإسلامية في إيران، وتمَّ اتباع المنهج شبه التجريبي، وشملت عينة الدراسة (10) طلاب مجموعة ضابطة و(10) طلاب للمجموعة التجريبية، واستُخدِمَ مقياس حساسية القلق. وأشارت نتائج الدراسة إلى أنَّ التدخلات القائمة على العلاج بالمخطط يمكن أن تخفف بشكل كبير جميع المخططات باستثناء "مخططات العزلة الاجتماعية/الاغتراب والفشل والاستحقاق/العظمة، ويمكن للتدخلات القائمة على العلاج بالمخطط أن تقلل بشكل كبير من حساسية القلق.

2- دراسة جيفري وآخرون (Jeffrey et al, 2016) بعنوان: العلاج الجماعي المخطط للمراهقين: نتائج من دراسة حالة متعددة طبيعية.

بحثت هذه الدراسة إمكانية تطبيق العلاج بالمخطط الجماعي على المراهقين الذين يعانون اضطرابات الشخصية أو سمات اضطراب الشخصية، وتم تضمين (4) مرضى تمت إحالتهم سريرياً واستكملوا استبانات جودة الحياة، وأعراض الاضطرابات النفسية، وأوضاع المخطط، والمخططات اللا تكيفية المبكرة، وأساليب التعامل مع المخطط، وشارك المرضى في جلسات العلاج بالمخططات الأسبوعية التي تكملها جلسات فردية أسبوعية أو كل أسبوعين،

كما شارك آباء المراهقين في مجموعة الآباء المنفصلة، من مرحلة قبل العلاج إلى ما بعده. وأظهرت النتائج تحسنًا لدى بعض المرضى في جودة الحياة وأعراض الاضطرابات النفسية، إذ لوحظ حدوث تغييرات في عدد من الأوضاع والمخططات لدى جميع أفراد العينة التجريبية من مرحلة قبل العلاج إلى ما بعده، وبحثت الدراسة في التغيرات الزمنية في الأوضاع أثناء العلاج أيضاً عبر التقييم المستمر أثناء التدخل، وأظهرت النتائج أن الأوضاع اللا تكيفية المبكرة انخفضت، في حين زادت الأوضاع الصحية لجميع المرضى طوال فترة العلاج.

3- دراسة غاديري وكالانتاري وميهرابي (Ghaderi, kalantari & Mehrabi, 2016) بعنوان: فعالية العلاج بالمخطط الجماعي في تحسين مخططات سوء التكيف المبكرة وتقليل أعراض اضطراب القلق الاجتماعي

هدفت الدراسة إلى فحص فعالية العلاج بالمخطط الجماعي (Group ST) على المخططات اللا تكيفية المبكرة، وتأثيره في الحد من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من الطلاب، وتمَّ اتباع المنهج شبه التجريبي، وشمل المجتمع الأصلي جميع الطلاب من جامعة أصفهان الإيرانية الذين يعانون من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي في العام الدراسي (2015)، بينما اشتملت عينة الدراسة التجريبية على (20) طالباً من الطلاب الذكور في الجامعة تم اختيارهم بناءً على درجاتهم المرتفعة في مقاييس الرهاب الاجتماعي، وقُسِّموا بالتساوي إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وشملت أدوات الدراسة استخدام مقياس المخططات اللا تكيفية المبكرة ومقياس الرهاب الاجتماعي، والبرنامج العلاجي المصمّم. وتلقّت المجموعة التجريبية تدريباً على العلاج بالمخطط الجماعي مدة شهرين (8 جلسات كل منها 90 دقيقة)، أظهرت النتائج فاعلية العلاج بالمخطط الجماعي بالحد من أعراض القلق الاجتماعي والخوف من التقييم السلبي والتجنب، ولكن ليس له تأثير كبير في أعراض الضيق الفسيولوجي، وأظهرت النتائج أن العلاج حَّسن جميع المخططات اللا تكيّفية في جميع المخططات باستثناء الهجر/التخلي والخضوع.

4- دراسة هيمماتي سابت وآخرون (Hemmati Sabet et al, 2016) بعنوان: فعالية العلاج بالمخططات في خفض العدوانية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين في مدينة همدان الذين تنحصر أعمارهم بين 17 و18 عاماً

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة تأثير العلاج بالمخططات في خفض العدوانية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين الذين أعمارهم بين 17 و18 عاماً، اتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي باستخدام أسلوب العينة العنقودية متعددة المراحل،

وبلغ مجتمع الدراسة (3000) طالب وطالبة من المرحلة الثانوية في المنطقة الأولى بمدينة همدان، تم اختيار عينة عشوائية من جميع المدارس الثانوية في المنطقة، بلغ عدد طلابها (32) طالباً، طُبق عليهم مقياس بوس–بيري للعدوان ومقياس القلق الاجتماعي للمراهقين، وتم اختيار (16) طالباً وتقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بالتساوي، وتلقت المجموعة التجريبية العلاج بالمخططات لمدة (10) جلسات، مدة كل جلسة 60 دقيقة، وأظهرت النتائج فعالية العلاج بالمخططات في خفض العدوان الجسدي واللفظي والغضب والعداء والقلق الاجتماعي لدى المراهقين الذين تنحصر أعمارهم بين (17–18) عاماً عامًا في مدينة همدان، وأظهرت النتائج تأثيراً كبيراً للعلاج بالمخططات النفسية في العدوان والقلق الاجتماعي لدى المراهقين.

5ـ دراسة رويلوفس وآخرين (Roelofs et al, 2016) بعنوان: فاعلية العلاج بالمخطط الجماعي للمراهقين: نتائج من دراسة حالة متعددة طبيعية

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في إمكانية تطبيق العلاج الجماعي بالمخطط على المراهقين الذين يعانون اضطرابات الشخصية أو سمات اضطراب الشخصية، شملت الدراسة أربعة مرضى مُحالين سريرياً، وأكملوا استبانات جودة الحياة، وأعراض الأمراض النفسية، وأنماط المخططات، والمخططات غير التكيفية المبكرة، وأساليب التعامل مع المخططات، وشارك المرضى في جلسات أسبوعية للعلاج بالمخطط الجماعي، مُكملة بجلسات فردية أسبوعية أو كل أسبوعين، كما شارك آباء المراهقين وأمهاتهم في مجموعة منفصلة من البرنامج العلاجي، وأظهرت النتائج تحسناً في جودة حياة بعض المرضى، وأعراض الاضطرابات النفسية في القياس البعدي لتطبيق البرنامج العلاجي، كما لوحظ تغيرات في عدد من الأوضاع والمخططات اللا تكيفية المبكرة لدى جميع المرضى من مرحلة قبل العلاج إلى ما بعده، كما أظهرت النتائج انخفاض الأنماط اللا التكيفية، بينما ازدادت الأنماط والمخططات الصحية لدى جميع المرضى طوال فترة العلاج، وتقدم هذه الدراسة دعماً أولياً لإمكانية تطبيق برنامج GST على المراهقين، بالإضافة إلى فعاليته.

6ـ دراسة مارجولين وآخرين (Marjolein et al,2017) بعنوان: فاعلية العلاج بالمخطط لدى المراهقين المصابين باضطرابات السلوك التخريبية

تحقّقت هذه الدراسة من جدوى وفعالية برنامج قائم على علاج المخطط (ST) للمراهقين الذين يعانون السلوكيات التخريبية وسمات اضطراب الشخصية (PD)، وأظهروا كثيراً من المشكلات السلوكية، مع وجود درجة مرتفعة من المخططات اللا تكيّفية المبكرة، بلغت عينة البرنامج التجريبي (4) من المراهقين، وطُبِّقَ مقياس يونغ للمخططات اللا تكيفيّة المبكرة بنسخته المصغرة (YSQ)، والبرنامج القائم على العلاج بالمخطط باستخدام التقنيات التجريبية والسلوكية والمعرفية. وأظهرت النتائج النوعية والكمية أن المتعالجين أظهروا تحسّناً مع انخفاض في مشكلاتهم السلوكية، والمخططات اللا تكيفية المبكرة، وأوضاع المخطط.

7ـ دراسة أهفان وغوفاتي وياغوبي (Ahvan, Ghovati, Yaghobi, 2018) بعنوان: فعالية العلاج الجماعي بالمخطط في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة والتنظيم الانفعالي لدى الفتيات المراهقات الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحديّة

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد فعالية العلاج الجماعي بالمخطط في تعديل المخططات اللا تكيفية المبكرة والتنظيم الانفعالي لدى المراهقات اللواتي يعانين اضطراب الشخصية الحدية مع وجود السلوك الانتحاري بعمر(14–18) سنة، عبر المنهج شبه التجريبي. شملت أدوات الدراسة: استبانة النموذج القصير للمخططات اللا تكيفية المبكرة (YSQ -SF)، اوستبانة بيك للتفكير الانتحاري (BSS) ، واستبانة التنظيم الانفعالي. وشملت عينة الدراسة (30) طالبة تم اختيارهن وتقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وطُبِّقَ البرنامج في (10) جلسات، زمن كل جلسة (90) دقيقة. وأظهرت النتائج أنَّ التدريب الجماعي على العلاج بالمخطط كان له تأثير إيجابي في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة والتنظيم الانفعالي بسبب تأثيرات تقنيات البرنامج العلاجية المطبّقة.

8- دراسة دانيشماندي وآخرين (Daneshmandi et al, 2019) بعنوان: العلاج بالمخطط العاطفي لتحسين التنظيم الانفعالي لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ من إساءة المعاملة والإهمال في طفولتهم

هدفت هذه الدراسة إلى إجراء تقييم أولي لفعالية العلاج بالمخطط العاطفي في معالجة الصعوبات الانفعالية لدى النساء اللاتي لديهن تاريخ من إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم. تألَّف المجتمع الإحصائي من جميع الإناث المقيمات في أصفهان، إيران، ممن تزيد أعمارهن على (18) عاماً، وشملت عينة الدراسة (500) أنثى متطوعة لاستبانة إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، تمت دعوة الأفراد الذين حصلوا على درجات أعلى في هذه الاستبانة للمشاركة في برنامج العلاج بالمخطط، وتم تقسيم (30) مشاركة عشوائياً إلى (15) مجموعة تجريبية، و(15) مجموعة ضابطة، و كان التدخل ببرنامج علاجي جماعي مكون من (15) جلسة ضمن العلاج بالمخطط، أكملت المشاركات مقياس الصعوبات في التنظيم الانفعالي. أظهرت النتائج أن العلاج بالمخطط العاطفي حسّن كثيراً قبول الاستجابات العاطفية، والسلوكيات الموجهة نحو الأهداف، والتحكم في الاندفاعات، وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي التكيفية، وفي المقابل، لم يكن لدى المجموعة الضابطة أي تغييرات كبيرة على هذه المتغيرات.

9- دراسة موراد‌هاسيلي وفازل (Moradhaseli & Vasel,2020) بعنوان: فاعلية العلاج بالمخطط في مستوى المرونة النفسية، والشعور بالوحدة، والاستقلال العاطفي لدى عينة من الأطفال محرومي الرعاية الوالدية

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج بالمخطط في مستوى المرونة النفسية والشعور بالوحدة والاستقلال العاطفي للأطفال فاقدي الرعاية الوالدية، تمَّ اتباع المنهج شبه التجريبي، وبلغت عينة الدراسة (21) طفلاً يتيماً من قسم العمل الاجتماعي في عيادة أنديشه نك في إيران، وقُسِّموا عشوائياً إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية (11) طفلاً في المجموعة التجريبية و (10) أطفال في المجموعة الضابطة، تعرَّضوا للعلاج بالمخطط مدة شهرين في (10 جلسات مدة كل منها 60 دقيقة)، وقد أظهرت النتائج فعالية العلاج بالمخطط في تحسين مستوى المرونة النفسية وخفض الشعور بالوحدة وتمكين الاستقلال العاطفي عند أفراد العينة التجريبية مقارنة بأفراد العينة الضابطة الذين لم يتلقّوا أي تدخل علاجي، كما أظهر النتائج فعالية العلاج بالمخطط في زيادة التفاعل، وتقليل الوحدة، وتحسين الاستقرر العاطفي لدى الأطفال.

10ـ دراسة زماني وآخرين (Zamani et al, 2021) بعنوان: فعالية العلاج بالمخطط على جودة حياة الفتيات المراهقات المصابات باضطراب الشخصية الحدية

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى فعالية العلاج بالمخطط في جودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية أو أعراضها وسماتها، وكانت الدراسة تصميماً شبه تجريبي، شمل المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة جميع المريضات المراهقات في الفئة العمرية من(15–17) عاماً واللاتي يعانين اضطراب الشخصية الحديّة، وباستخدام طريقة أخذ العينات العشوائية البسيطة، تم اختيار (40) منهن عينة للدراسة، وتم تصميم (3) مجموعات تجريبية (10 فتيات في كل مجموعة تجريبية) ومجموعة ضابطة واحدة (10 فتيات)، خضعت المجموعات التجريبية لعشرين جلسة من العلاج بالمخطط، كل جلسة مدّتها (90) دقيقة وتمَّ استخدام التقنيات المعرفية والتجريبية والسلوكية مثل هنا والآن، والصور التشخيصية والكراسي المتعددة؛ لكن المجموعة الضابطة لم تتلق أي تدخل علاجي، وشملت أدوات الدراسة مقياس سمات الشخصية الحدية للأطفال (BPFS-C) لكريج وآخرين (2005) واستبانة جودة الحياة ((SF–36)، وأظهرت النتائج أن العلاج بالمخطط كان له تأثير دال إحصائياً في زيادة جودة حياة مرضى الشخصية الحدية في المجموعات الثلاث، وأثبتت نتائج هذه الدراسة فعالية استخدام العلاج بالمخطط طريقة علاجية لتحسين جودة حياة المصابات باضطراب الشخصية الحدية لدى الفتيات المراهقات وخفض سلوكياتهن وأعراضهنّ المتطرّفة.

11ـ دراسة إيسائي وآخرين (Eesaee et al, 2021) بعنوان: مقارنة فاعلية العلاج بالمخطط الفردي والجماعي على الاكتئاب والقلق لدى المراهقين.

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة آثار العلاج بالمخطط الفردي والجماعي في الاكتئاب والقلق لدى المراهقات، أُجريت هذه الدراسة وفق المنهج شبه التجريبي، وتألف مجتمع الدراسة الإحصائي من جميع طلاب الصف التاسع الثانوي (17–18) عاماً في مدينة قدس، إيران، في العام الدراسي(2019–2020)، واختير (45) مراهقاً منهم بطريقة العينة الميسرة، ووّزعوا عشوائيًا على (3) مجموعات، مجموعة العلاج بالمخطط الفردي، ومجموعة العلاج بالمخطط الجماعي، ومجموعة ضابطة، واعتمدت معايير الإدراج في هذه الدراسة على العيش مع كلا الوالدين، وشملت

معايير الاستبعاد الإعاقات والأمراض الجسدية المزمنة، والأمراض النفسية الشديدة، وتلقي العلاج النفسي أو الأدوية خلال العام الماضي، ورفض مواصلة التعاون، وأكمل المشاركون في الدراسة اختبار (بيك وآخرين للاكتئاب، 1961) واختبار (بيك وآخرين للقلق، 1988) في مرحلتي الاختبار القبلي والبعدي، وطُبِّقَ برنامج العلاج بالمخطط ليونغ وآخرين (2006) في (12) جلسة فردية و(12) جلسة جماعية، مدة كل منها (90) دقيقة لكل مجموعة تجريبية، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فرق كبير في درجات ما بعد الاختبار بين مجموعة الدراسة التي خضعت للعلاج بالمخطط الجماعي، والعلاج بالمخطط الفردي، مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأدى العلاج بالمخطط الفردي والجماعي إلى خفض الاكتئاب والقلق لدى المراهقين عيّنة الدراسة.

12ـ دراسة كاريميبور وآخرين (Karimipour et al, 2021) بعنوان: فاعلية العلاج بالمخطط للأطفال والمراهقين في السلوكيات الخارجية للمراهقين المحالين إلى مراكز الإرشاد في الأهواز، إيران.

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة أثر العلاج بالمخطط للأطفال والمراهقين في السلوكيات الخارجية للمراهقين المحالين إلى مراكز الاستشارة في الأهواز، إيران. اتبعت هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي، وشملت العينة المراهقين الذين أعمارهم بين (12–14) عاماً، والذين يعانون مشكلات سلوكية وتعليمية ومزاجية، وتم إحالتهم إلى مراكز الاستشارة في الأهواز بإيران عام (2020)، وتَّم اختيار (30) مراهقاً عن طريق أخذ عينات ملائمة وتقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة (15 لكل منهما)، تلقت المجموعة التجريبية (14) جلسة علاج بالمخطط، عبر جلسات أسبوعية مدة كل منها (120 دقيقة). وشملت أدوات الدراسة قائمة التحقق من سلوك الطفل، وأظهرت النتائج انخفاض متوسط درجات السلوكيات الخارجية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وانخفاضاً ملحوظاً في متوسط درجة السلوكيات العدوانية والتخريبية في الاختبار البعدي مقارنة بالقبلي، وانخفاض في متوسط درجة كسر القواعد والأنظمة، وأكّدت الدراسة أنه يمكن للعلاج المخطط أن يخفف بشكل كبير من السلوكيات الخارجية للأشخاص، مثل العدوان وخرق القواعد وتحدّي الأنظمة على نحو فعال ودال إحصائياً.

13ـ دراسة رامشي وآخرين (Ramshe et al, 2022) بعنوان فعالية العلاج بالمخطط في خفض العدوان وخلل التنظيم الانفعالي لدى المراهقات اللاتي يعانين من إيذاء الذات

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية العلاج بالمخطط في التخفيف من سلوكيات العدوان وخلل التنظيم الانفعالي لدى الفتيات المراهقات اللواتي يعانين من إيذاء الذات. تمَّ اتباع المنهج شبه التجريبي، وشمل مجتمع الدراسة جميع المرضى الإناث اللاتي تعرضن لإيذاء الذات وأُحِلنَ إلى المركز العام والخاص للطب النفسي وعلم النفس في آرام بمنطقة طهران، شملت عينة الدراسة (30) مراهقة من خلال طريقة أخذ العينات المقصودة، و تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية (15) وضابطة (15)، وانحصرت أعمار هن بين (12–18) سنة، بمتوسط (15.53) سنة، وشملت أدوات الدراسة استبانة العدوان (AGQ)، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (DERS) لجمع البيانات، تم إجراء العلاج بالمخطط لمدة (8) جلسات، مدة كل منها (90) دقيقة لأفراد المجموعة التجريبية، ولم تتلق المجموعة الضابطة أي تدّخل، وأشارت النتائج إلى أنَّ برنامج العلاج بالمخطط كان له آثار إيجابية في الحد من سلوكيات العدوان وفي تحسين التنظيم الانفعالي لدى الفتيات المراهقات اللاتي يعانين من إيذاء الذات، وأنه كان تدخلاً فعّالاً ذا قيمة علاجية من حيث التكلفة والمنفعة للفتيات المراهقات اللاتي يعانين من إيذاء الذات.

14ـ دراسة عباسي راد وآخرين (Abasi Rad et al,2023) بعنوان: فاعلية العلاج بالمخطط المبني على النموذج العقلي المبني على خلل التنظيم الانفعالي ومعرفة الذات المتماسكة لدى المراهقين الجانحين الذين يؤذون أنفسهم

كان الهدف من هذه الدراسة تحديد مدى فعالية العلاج بالمخطط بناءً على نموذج العقل الذي يركز على خلل التنظيم الانفعالي ومعرفة الذات المتماسكة لدى المراهقين الذين يؤذون ذواتهم، تمَّ اتباع المنهج شبه التجريبي، وكان المجتمع الإحصائي للبحث جميع المراهقين الذكور الجانحين الذين تعرضوا لإيذاء الذات في مركز إصلاحية طهران في (2022)، وتم اختيار (36) منهم باستخدام طريقة أخذ العينات المستهدفة، وشملت أدوات الدراسة استبانة غرباني وآخرين (2008) للمعرفة الذاتية المتماسكة (ISK) واستبانة خلل التنظيم الانفعالي (DERS) الخاص بجراتز وآخرين (2004). تم تنفيذ التدخل العلاجي بالمخطط المبني على نموذج التوّجه العقلي خلال (20) جلسة

مدة كل منها (90) دقيقة ولمرة واحدة في الأسبوع، وأظهرت النتائج الفرق بين مرحلة الاختبار القبلي والبعدي لخلل التنظيم الانفعالي بشكل كبير وذي دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي الذي أظهر التحسن في التنظيم الانفعالي، وكذلك الفرق بين في معرفة الذات المتماسكة بشكل دال وذي معنى ودلالة إحصائية لصالح القياس البعدي، وخلص إلى أنَّ العلاج بالمخطط القائم على نموذج التوجه العقلي له تأثير وفعالية في خفض خلل التنظيم الانفعالي وتحسين معرفة الذات لدى الأفراد ذوي سلوكيات إيذاء الذات.

15ـ دراسة فيريدوني وشيخان (Fereydooni & Sheykhan, 2024) بعنوان: فعالية العلاج بالمخططات في الاكتئاب وتقدير الذات وتحمل الضيق لدى المراهقين الذين فقدوا آباءهم

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة فعالية العلاج بالمخطط في مستوى الاكتئاب وتقدير الذات وتحمل الضيق لدى المراهقين الذين فقدوا آباءهم، واعتمد هذا البحث على التصميم شبه التجريبي، باستخدام العينة العشوائية العنقودية، تمَّ اختيار (30) مراهقاً (19 أنثى، و11 ذكراً) فقدوا آباءهم خلال العام أو العامين الماضيين، وحصلوا على درجات عالية في مقياس بيك للاكتئاب (1961)، وُزّعوا عشوائياً على مجموعتين تجريبية وضابطة، وأكمل المشاركون استبانة كوبرسميث لتقدير الذات (1967) ومقياس سيمونز وغاهر لتحمل الضيق (2005)، وتلقت المجموعة التجريبية (10) جلسات أسبوعية (90 دقيقة لكل جلسة) من العلاج بالمخطط الجماعي بناءً على بروتوكول يونغ وآخرون (2012)، وآظهرت النتائج فاعلية العلاج بالمخطط بشكل ملحوظ على خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات وتحمل الضيق لدى المراهقين عينة الدراسة.

16ـ دراسة قدسي خراساني وآخرون (GhodsiKhorasani et al, 2024) بعنوان: فعالية العلاج بالمخطط في القلق والتكيف الاجتماعي لدى المراهقين الجانحين

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد فعالية العلاج بالمخططات في القلق والتكيف الاجتماعي لدى المراهقين الجانحين في منطقة طهران. تمَّ الاعتماد على المنهج شبه التجريبي، وشمل المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة جميع المراهقين الجانحين المسجلين في مركز إصلاح وتدريب الأحداث في منطقة طهران عام (2021). تكوَّنت عينة الدراسة من (32) مراهقاً من الذكور، أعمارهم بين (14–18) عاماً، تم اختيارهم بطريقة عشوائية، ثم قُسّموا إلى مجموعتين،

كل مجموعة تضم (16) مراهقاً، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتلقَّت المجموعة التجريبية (12) جلسة من العلاج بالمخطط، وتم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين (SASA)، واستبانة بايك ووايزمان للتكيف الاجتماعي (1999)، إضافة إلى البرنامج القائم على العلاج بالمخطط. وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فرق كبير في القلق الاجتماعي والتكيف الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة، وفاعلية البرنامج في خفض مستوى القلق وتحسين التكيف الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات العربية منها أو الأجنبية تبين ما يأتي:

1. أهم ما تمَّ استخلاصه من الدراسات السابقة: (عرض وتحليل):

يتضح من استعراض الدراسات السابقة المتصلة بموضوع الدراسة أن أهم ما ورد فيها ما يلي:

- عمد بعض الباحثين إلى اختبار فاعلية العلاج بالمخطط في تعديل سلوكيات إيذاء الذات لدى المراهقين كدراسة (Jafari et al, 2014) و(Ghaderi et al, 2016) و(Ramshe et al, 2022) و (Abasi Rad et al, 2023)، و(Ahvan et al, 2018).
- أهمية وفاعلية العلاج بالمخطط في تعديل العديد من الأعراض السلوكية للاضطرابات النفسية المختلفة لدى المراهقين مثل دراسة (Marjolein et al, 2017)، و(Daneshmandi et al, 2019)، و (Karimipour et al, 2021)، و(Zamani et al, 2021)، وعلي والسرسي، 2021)، ودراسة (Hemmati Sabet al, 2016)، ودراسة إيسائي وآخرين (Eesaee et al, 2021)، ودراسة قدسي خراساني وآخرين (GhodsiKhorasani et al, 2024)
- ركزت بعض الدراسات على أهمية اتباع المنهج التجريبي في اختبار فاعلية العلاج بالمخطط وأثره مثل دراسات (Moradhaseli & Vasel, 2020)، و(Jafari et al, 2014)، و(Zamani et al, 2021)، و(Marjolein et al, 2017)، و إيسائي وآخرون (Eesaee et al, 2021)، فيريدوني وشيخان (Fereydooni & Sheykhan, 2024)، ودراسة قدسي خراساني وآخرون (GhodsiKhorasani et al, 2024)

- اختلف حجم العينة بين دراسة وأخرى، وقد اتفق الباحث في اختيار حجم عينته مع الدراسات التي اختارت عدداً قليلاً لعينتها وخاصة شبه التجريبية التي اعتمدت على العينات التجريبية والضابطة والاختبارات القبلي والبعدي والتتبعي المؤجّل، وخاصة دراسة قدسي خراساني وآخرين (GhodsiKhorasani et al, 2024) التي تماثلت مع الدراسة الحالية من حيث المدى العمري للعينة (14–18) عاماً.
- الأدوات التي استخدمت في الدراسات السابقة: فأغلب الدراسات استخدمت مقياس جيفري يونغ المصغر للشباب للمخططات اللا تكيفية المبكرة (YSQ3) وقد اعتمد الباحث في تحديد المخططات اللا تكيفية المبكرة وقياسها نفس المقياس بصورته المصغّرة ما جعل الدراسة متفقة مع الدراسات السابقة.

2. أهم ما أفاده الباحث من الدراسات السابقة:

- المنهجية العلمية من حيث صوغ المشكلة وأهميتها وصوغ الفرضيات وصوغ النتائج.
- خطوات إعداد البرنامج العلاجي من حيث تقييم المخططات اللا تكيفية المبكرة وتحديدها، وسلوكيات إيذاء الذات واختبار التقنيات التجريبية والسلوكية والعاطفية للعلاج المخطط في تعديلها وخفضها.
- مقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة ما يدعم الأدب النظري بمزيد من التفسيرات التي تساعد على تحديد المشكلة، والعمل على اختبار المناهج العلاجية الأكثر إفادة وفاعلية.
- شروط اختيار العينة بحيث تكون ممثلة للمجتمع الاحصائي الأكبر.
- تفسير النتائج ومناقشتها في ضوء نتائج الدراسات والأدب النظري ذي الصلة.

3. مكانة الدراسة بين الدراسات السابقة:

- تتفق الدراسة مع الدراسات السابقة في أهمية تصميم برنامج قائم على العلاج بالمخطط لتعديل أفكار المراهقين وسلوكياتهم والأعراض السلوكية للاضطرابات النفسية عبر تحسين المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات.
- صياغة فرضيات الدراسة وتحديد أساليب المعالجة الإحصائية المناسبة لاستخراج نتائج الدراسة.
- تحديد الفئة العمرية المناسبة للدراسة وعددها بحيث تمثّل مرحلة المراهقة لإمكانية تعميم النتائج.

- الاطلاع على المنهجية المتبعة في الدراسات السابقة وخاصة ما يتعلق بالمنهج شبه التجريبي.
- تفسير النتائج وتحليلها بحيث توّضح أسباب الفروق ودلالاتها.
- تعدّ هذه الدراسة الأولى (في حدود علم الباحث) في بحث فاعلية العلاج بالمخطط لتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة ، وخفض سلوكيات إيذاء لدى المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية ضمن مؤسسات الرعاية الاجتماعية البديلة في البيئة المحلية والعربية.
- تصميم برنامج قائم على العلاج بالمخططات من إعداد الباحث، في ضوء أهمية الفئة العمرية التي تناولتها الدراسة وهي مرحلة المراهقة.
- الفائدة الكبيرة لاكتساب أفراد عينة الدراسة للمعرفة والتقنيات التكيفية التي تساعدهم على تعديل أفكارهم وسلوكياتهم لمساعدتهم على تحقيق الاستقرار النفسي ولاجتماعي ضمن البيئة التي يعيشون فيها.

الفصل الثالث:

الإطار النظري للدراسة

المحور الأول: إيذاء الذات لدى المراهقين

تمهيد

1- تعريف إيذاء الذات وأنواعه

2- **أشكال إيذاء الذات**

3- تشخيص إيذاء الذات

4- إيذاء الذات في دور الرعاية الاجتماعية البديلة

5- تبديد المفاهيم الخاطئة ذات الصلة إيذاء الذات

6- انتشار إيذاء الذات بين الأطفال والمراهقين

7- أسباب إيذاء الذات

8- **آثار إيذاء الذات عند المراهقين**

9- **النماذج المفسرة لسلوكيات إيذاء الذات**

10-**عوامل الخطر المرتبطة بسلوكيات إيذاء الذات**

11-**تقييم إيذاء الذات**

12- **التدخلات العلاجية والإرشادية لخفض سلوكيات إيذاء الذات**

المحور الأول: إيذاء الذات لدى المراهقين

تمهيد

تتسم مرحلة المراهقة بتغيَرات نفسية واجتماعية وبيولوجية كبيرة، تجعل المراهق عرضة للكثير من الاضطرابات النفسية والسلوكية الاجتماعية وخاصة في ظلّ عدم الاستقرار في البيئة الأسرية والاجتماعية، أو اختباره عوامل خطر عديدة مثل الصدمات الطفولية والفقد والحرمان، وهذا ما يفسّر أنَّ سلوك إيذاء الذات أكثر انتشاراً بين المراهقين منه بين البالغين؛ ويظهر عادةً في مرحلة المراهقة المبكرة، وهو أكثر انتشاراً بين المراهقين بسبب الصراعات والصعوبات التي يواجهونها في هذه الفترة، لذلك من المهم فهم إيذاء الذات بوصفه سلوكاً قهرياً لا سلوكاً متهوراً، لأنه يسلط الضوء على الدوافع القوية التي يعاني منها الأفراد (Miller et al, 2021, 3361)، وتسهم العديد من العوامل في انتشار إيذاء الذات بين المراهقين، وأهمّها ما يتعلق بالخلل في التعبير عن الهوية وتكوينها واكتشاف الذات في ظل التقلّبات النمائية التي يختبرها المراهق وتشكّل تحديات في إيجاد الآليات التكيفيّة للتعامل معها (Stänicke, 2021)، إنَّ الخلل في ديناميكيات الأسرة والتفاعلات السلبية مع مقدّمي الرّعاية، والصعوبات في البيئة الاجتماعية والعلاقة مع الأقران التي تعيق المشاركة الاجتماعية الفعّالة والتواصل مع الآخرين، والتقلبات الانفعالية الشديدة، جميعها عوامل تجعل سلوك إيذاء الذات يبدو آلية تكيفية غير سوية في التحكم بالمشاعر المختلّة أو إدارة الضيق والتوّتر والانفعالات، أو إستراتيجية لتخفيف المعاناة أو التعبير عن الضيق والضغوط النفسية (Selbach, & Marin,2021)، وهذه السلوكيات قد تترافق مع اضطرابات الصحة النفسية مثل القلق والاكتئاب وتعاطي المخدرات والسلوك المعادي للمجتمع، لذلك، من الضروري تمييز دوافع إيذاء الذات؛ الذي قد يكون متعّمداً بنية انتحارية، ومن دوافع إيذاء الذات غير الانتحاري الذي يكون بقصد التخفيف من الضيق والتعبير عن الاندفاعية وصعوبة للتنظيم الانفعالي (Fox & Hawton, 2004).

1. تعريف إيذاء الذات وأنواعه Self Harm Types and definition

عرفت الجمعية العالمية لإيذاء الذات (2004) بأنه "السلوك الذي يهدف عن قصد إلى إلحاق الأذى الجسدي بالذات في حال عدم وجود نية انتحارية لأسباب غير معترف بها اجتماعيًا، وتشمل طرائق الإيذاء القص، والخدش، والحرق،

والضرب، والضرب، وانتزاع الشعر" (Barrocas et al, 2013)، ويوصَف إيذاء الذات بأنه سلوك انتحاري أو إيماءات أو تهديدات أو سلوك مؤذٍ ومشوّه للذات، وتم تضمينه على هذا النحو في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-4, 2000)، وتمَّ تضمينه في الإصدار الرابع منه (APA,DSM−5,2013) كحالة من عدم القدرة على مقاومة الدافع لإيذاء الذات، وزيادة الإحساس بالتوتر قبل الفعل، واختبار الارتياح بعد الفعل كميزات أساسية.

وتتراوح معدلات إيذاء الذات في مرحلة المراهقة بين (14%−40%) لدى المراهقين ضمن المجتمع عموماً، ومن (38%−67%) لدى عينات المرضى من الشباب في المراكز الطبية، الأمر الذي يثير القلق بسبب العلاقة الواضحة بين سلوك إيذاء الذات والسلوكيات الانتحارية، بما في ذلك حالات الانتحار الكاملة أو محاولات الانتحار، (Cloutier et al, 2010,261).

2. **أشكال إيذاء الذات Self-Harm Forms**

تتعدد الأشكال التي يؤذي بها الأفراد أنفسهم، وقد بيّنت دراسة أندريه وآخرين (2024) الأشكال الأكثر شيوعاً، على النحو الآتي:

- جرح الذات: الطريقة الأكثر شيوعاً، وتتضمن غالباً استخدام أدوات حادة لإحداث جروح سطحية على الجلد في أماكن متنوعة من الجسد وخاصة في الذراعين.
- حرق الذات: يتضمن استخدام أدوات مادية ذات حرارة عالية وإطباق أجزاء منها على الجلد، مما يؤدي إلى حدوث حروق بدرجات مختلفة تترك ندوباً طويلة الأمد.
- العض والضرب: يُلحق بعض الأشخاص إصابات ذاتية بأجسادهم من خلال عض أو ضرب أجزاء مختلفة من أجسادهم كالرأس والوجه بأشياء صلبة.
- تمزيق الجلد والخدش: وهو شكل شائع خاصة بين الإناث، وتتضمن هذه الأساليب إتلاف الجلد وترك آثار واضحة دون نية التسبب في إحداث إصابة بالغة أو خطِرة. (Andrei et al, 2024, P298)

- سلوكيات أخرى: مثل كسر العظام، الكدمات، الإخصاء، خدش الجلد، ثقب الجسم بشكل مفرط وبمناطق متعددة، تقشير الجلد ما يتسّبب بآفات جلدية مرضية، استئصال العين، الضغط على مقلة العين بعنف، عض الأصابع، رفض الطعام، الشنق، ضرب الرأس، ممارسة الرياضة بإفراط، الدخول في عراكات وشجارات تصيب الشخص بأذى بالغ، إدخال أشياء في الجسم، التدخل في التئام الجروح، القفز من مكان مرتفع أو أمام سيارة، وضع العلامات المؤذية على الجسد، وخز الإبرة، شد الشعر، نزع أجزاء من الجلد، تسميم الذات بمواد سامة، الطعن، ابتلاع الأشياء الصلبة والحادّة، الوشم، قطع المعصم (الرسغ). (Greydanus & Omar, 2022, P30) (Runcan & Nadolu, 2020, P19-30)

3. تشخيص إيذاء الذات Self-Harm Diagnosis

تمَّ تصنيف سلوك إيذاء الذات في النسخة الأحدث من الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات الصحة النفسية DSM5-TR^{TM} (2021–2022) ضمن الحالات والمشكلات النفسية والاجتماعية أو البيئية التي قد تكون محور الاهتمام السريري أو تؤثر على تشخيص الاضطراب النفسي لدى الفرد أو مساره أو تشخيصه أو علاجه، فهذه الحالات والمشكلات ليست اضطرابات عقلية. ويهدف إدراجها في DSM-5-TR إلى لفت الانتباه إلى نطاق المشكلات الإضافية التي قد تُواجه في الممارسة السريرية الروتينية، وتوفير قائمة منهجية قد تكون مفيدة للأطباء في توثيق هذه المشكلات، وهي كما يأتي:

1- **السلوك الانتحاري:** سلوك يحتمل أن يكون إيذاءً للنفس مع وجود نية للموت على الأقل، يمكن استخدام هذه الفئة للأشخاص الذين شاركوا في سلوك قد يسبب إيذاءً للنفس مع وجود نية على الأقل جزئية لقتل النفس نتيجة للفعل الذي يمارسونه، يمكن أن يكون الدليل على نية إنهاء الحياة صريحاً أو مستنتجاً من السلوك أو الظروف التي أدّت له، فمحاولة الانتحار قد تؤدي أو لا تؤدي إلى إيذاء فعلي للنفس. ولكن إذا تمّ ردع الفرد من قبل شخص آخر أو غيّر رأيه قبل بدء السلوك، فهذه الفئة لا تنطبق.

2- **إيذاء النفس غير الانتحاري:** إلحاق ضرر متعمد بالجسم دون وجود نية انتحارية، يمكن استخدام هذه الفئة للأشخاص الذين قاموا بإلحاق أذى قصدي بأنفسهم من النوع الذي قد يسبب نزيفاً أو كدمات واضحة أو ألماً صريحاً (مثل القطع أو الحرق أو الطعن أو الضرب أو الفرك المفرط) دون وجود نية انتحارية. (APA. DSM-5-TR™,1085-1086)

الجدول (1) معايير تشخيص إيذاء الذات حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية(DSM-5-TR™)

المعيار		التوضيح
(A)	التعريف	خلال العام الماضي، أقدم الفرد، لمدة خمسة أيام أو أكثر، على إلحاق ضرر متعمَّد بسطح جسده، من النوع الذي يُحتمل أن يُسبب نزيفاً أو كدمات أو ألماً (مثل: القطع، والحرق، والطعن، والضرب، والفرك المفرط)، مع توقع أن الإصابة ستؤدي فقط إلى ضرر جسدي طفيف أو متوسط (أي أنه لا توجد نية انتحارية). ملاحظة: إما أن يكون الفرد قد ذكر غياب النية الانتحارية، أو يُمكن استنتاج ذلك من خلال تكرار الفرد لسلوك يعلم، أو تعلم، أنه من غير المرجح أن يُؤدي إلى الوفاة.
(B)	التأثير	يُمارس الفرد سلوك إيذاء الذات بواحد أو أكثر من التوقعات التالية: 1- التخلص من شعور سلبي أو حالة معرفية. 2- حل مشكلة شخصية. 3- إحداث حالة شعورية إيجابية. ملاحظة: يتم الشعور بالراحة أو الاستجابة المطلوبة أثناء أو بعد فترة وجيزة من إيذاء الذات، وقد يُظهر الفرد أنماطًا سلوكية تُشير إلى اعتماده على تكرار ذلك.
(C)	الأعراض	يرتبط إيذاء الذات المتعمد بواحد على الأقل مما يلي: 1- صعوبات شخصية أو مشاعر أو أفكار سلبية، مثل الاكتئاب، والقلق، والتوتر، والغضب، والضيق العام، أو النقد الذاتي، والتي تحدث في الفترة التي تسبق فعل إيذاء الذات مباشرةً. 2- فترة ما قبل الانخراط في الفعل، وهي فترة انشغال بالسلوك المقصود يصعب السيطرة عليها. 3- التفكير في إيذاء الذات بشكل متكرر، حتى عندما لا يتم القيام به.
(D)	القيود	السلوك غير مُجاز أو مقبول اجتماعياً (مثل ثقب الجسم، والوشم، أو جزء من طقوس دينية أو ثقافية) ولا يقتصر على نتف جرح أو قضم أظافر.

(E)	الأداء	يُسبب السلوك أو عواقبه ضائقة سريرية كبيرة أو تداخلاً في مجالات الأداء الشخصية أو الأكاديمية أو غيرها من المجالات المهمة.
(F)	التداخل	لا يحدث السلوك حصريًا خلال نوبات الذهان، أو الهذيان، أو التسمم بالمواد، أو أعراض الانسحاب منها، وفي الأفراد المصابين باضطراب النمو العصبي، لا يُعد السلوك جزءاً من الصور النمطية المتكررة. لا يُفسَّر السلوك من خلال اضطراب عقلي أو حالة طبية أخرى (مثل: الاضطراب الذهاني، أو اضطراب طيف التوحد، أو اضطراب النمو العقلي (الإعاقة الذهنية)، أو متلازمات، أو اضطراب الحركة النمطية المصحوب بإيذاء الذات، أو اضطراب نتف الشعر أو اضطراب نتف الجلد.

كما حلّلت دراسة بيرغر لارسن (2024) معايير تشخيص إيذاء الذات حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية، وضمنتّهم ضمن عدد من الفئات كما يأتي:

- **التكرار(Frequency)** : حدوث (≤ 5) نوبات إيذاء ذات خلال (12) شهراً، ويتضّمن إحداث ضرر متعمّد للأنسجة الجسدية في خمسة أيام أو أكثر خلال السنة الماضية، دون نية الانتحار.
- **القصدية (Intent):** يجب أن يكون الهدف الأساسي الراحة النفسية أو حل المشكلات بدلاً من الانتحار، إذ يتوَّقع الفرد أن يؤدي السلوك إلى تخفيف الأفكار والمشاعر السلبية، أو إثارة حالة شعورية إيجابية، أو حل صعوبة في العلاقات.
- **الانشغال (Preoccupation)** وجود أفكار مستمرة تتصّل بإيذاء الذات أو دوافعٌ تسبق الأفعال، ويرتبط السلوك المتعمد بصعوبات في العلاقات، وأفكار ومشاعر سلبية، و/أو انشغال متكرر بأفكار إيذاء الذات قبل السلوك مباشرة.
- **المعايير الثقافية والاجتماعية:(Exclusion of cultural norms)** لا يمكن تبرير سلوك إيذاء الذات اجتماعياً، أو لا يُعترف به ضمن السياق الثقافي كسلوك طبيعي.
- **ضعف الأداء الوظيفي:(Functional impairment)** يجب أن يُسبب ضائقةً سريريةً كبيرة، ويسبب ضغوطاً سريرية كبيرة وتداخلًا في مجالات مهمة من الأداء، وانخفاض في الأداء النفسي والاجتماعي للفرد.

- **التشخيص التفريقي:(Differential diagnosis)** لا يُفسر بشكل أفضل من خلال الاضطرابات النفسية الأخرى، أي لا يمكن تفسير السلوك بشكل أفضل من خلال اضطراب نفسي أو حالة طبية أخرى مثل اضطرابات الاكتئاب والقلق، بالإضافة إلى اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الانتحاري.

يصل انتشار الاضطراب إلى (5.6 – 7.6 %) في عينات المراهقين غير السريرية، ويرتفع إلى (74 – 78%) في العينات السريرية من المراهقين، ولكنه لا يزال بين (0.2 إلى 0.8%) عند البالغين الشباب في عموم السكان. (Brager-Larsen et al, 2024, P525)

4. إيذاء الذات في دور الرعاية الاجتماعية البديلة self-harm in the social alternative care homes

من تتبع الأبحاث التي استهدفت المراهقين في دور الرعاية الاجتماعية البديلة، واتضّح انتشار السلوكيات المؤذية للذات، والتخريبية، والعدائية بنسبة كبيرة لدى هؤلاء الأفراد، وأبلغ هؤلاء المراهقون أنَّ عوامل الخطر تتمثل بما يأتي:

- **خبرات الطفولة المبكرة:Early Childhood Experiences** التعرض إلى ظروف حياتية صعبة مثل التخلي من قبل الأسرة الحقيقية، أو الإساءة والإهمال من قبل الآخرين تجعلهم يطورون آليات تكيف غير صحية في علاقتهم مع ذواتهم والآخرين، وترتبط على نحو مباشر بتاريخ الإساءة المبكر، أو تفكك الأسرة والانفصال عنها، وتشوّه صورة الذات وضعف تقديرها، وتحديات التعلق بمقدّمي الرعاية الأساسية، والرغبة في الاستقلالية عن الرعاية المؤقتة، وجميعها عوامل تزيد من احتمالية تعرض الشباب ضمن الرعاية البديلة لإيذاء الذات (Cameron et al, 2020, P4-6).
- **البقاء Survival:** استعادة قدرة المراهقين على التحكّم والسيطرة والاستقلالية في بيئات فوضوية يشعرون فيها بالعجز، إذ تعد الطبيعة المؤسساتية والروتين المرتبط بها في مؤسسات الرعاية البديلة، والقواعد والقوانين الصارمة التي قد تكون على حساب الإشباع العاطفي، والتغييرات المتكررة في أماكن ومقدّمي الرعاية، من العوامل التي تؤدي إلى لجوئهم لإيذاء الذات آلية للتكيف مع الضغوط الحياتية ومشاعر العجز المرتبطة بها (Evans, 2018, P947).
- **الإشارة Signaling:** يُمثّل إيذاء الذات إشارة غير لفظية للاحتياجات الانفعالية أو العلائقية غير المُلبَّاة التي تحتاج إلى الاحتواء والإشباع، فقد يفتقر العديد من المراهقين إلى الثقة أو اللغة اللازمة للتعبير عن ألمهم، خاصةً إذا كانت

لديهم سوابق من اضطراب التعلق و خبرات التخلّي والحرمان الانفعالي الشديد، ويشير إيفانز (2018) إلى أن اختصاصيي الرعاية غالباً ما يفسّرون هذه السلوكيات على أنها صرخة قاسية من المراهقين لطلب رعاية حقيقية تعكس رغبة ملحّة لديهم إلى التفَّهم والدعم (Evans, 2018, P947)، إذ تبرز الحاجة إلى الرعاية والفهم الحقيقي لاحتياجاتهم وللدوافع العميقة وراء سلوكياتهم التي تتمثّل برغبتهم بأن يكونوا مقبولين دون أحكام مسبقة او شروط، وأن يتم فهمهم وتلبية احتياجاتهم الانفعالية بطريقة حقيقية صادقة، في سياق علاقات آمنة بينهم وبين الموظفين الذين يقدمون لهم الرعاية (Rouski et al, 2021, P418-419).

- **الطبيعة المؤسساتية Institution Nature:** تُعطي الطبيعة المؤسساتية لدور الرّعاية البديلة الأولوية للسلامة الجسدية على حساب التواصل الانفعالي، مما يدفع المراهقين إلى عدّ الرعاية معاملة أو وظيفة، ويعكس إيذاء الذات الحاجة إلى الاحتواء والتفهم بدلاً من التدخلات العقابية أو النقدية التي يتلقّونها، إذ تركز طبيعة الاستجابات المؤسساتية على إدارة المخاطر وإجراءات الحماية (مثل إزالة الأدوات الحادة أو وضعهم تحت المراقبة أو مصادرة أغراضهم الشخصية) التي تعزز مشاعر العار لديهم وإحساسهم بأنهم غير جديرين بالثقة، بدلاً من تقديم الدعم الانفعالي المباشر (Evans, 2018, P947)، لذلك فإنَّ هذه الطبيعية التنظيمية المحكومة من قوانين وإجراءات إدارية تجعلها مختلفة عن جو الأسرة الطبيعية، وتحول دون حصولهم على رعاية حقيقية وعلاقات عاطفية تشبع رغباتهم في مرحلة المراهقة (Rouski et al, 2021, P418-419).

5. تبديد الأفكار المغلوطة المتصلّة بإيذاء الذات Dispelling Misconceptions About Self-Harm

مكّنت الأبحاث عن إيذاء الذات المنجَزة خلال السنوات العشر إلى الخمس عشرة الماضية الباحثين من تصحيح العديد من الأفكار المغلوطة ذات الصّلة بالتشخيص والمسببات والوظائف المتعلّقة بإيذاء الذات، وعلى سبيل المثال، تاريخياً، نظر كثير من الباحثين إلى إيذاء الذات من حيث:

1- **ارتباطه باضطراب الشخصية الحدية فقط:** سابقاً عُدَّ إيذاء الذات أحد أعراض اضطراب الشخصية الحدية، ويظهر إيذاء الذات مرة واحدة فقط في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في العام (1994) وبمراجعته الثانية في

العام (2000) DSM-IV كجزء من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، ومع ذلك، أثبتت عدّة دراسات الآن أنَّ إيذاء الذات يحدث مستقلاً عن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، وأنّه يعكس ضعفاً سريرياً كبيراً بغض النظر عما إذا كان اضطراب الشخصية الحدية موجوداً أيضاً أم لا، لهذا السبب، صنَّف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في العام (2013) DSM-5 إيذاء الذات ككيان تشخيصي خاص به (APA-2000/2013).

2- **ارتباطه بالاعتداء الجنسي:** أبلغ كثير من الباحثين سابقاً عدّ الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة سبباً رئيسياً لإيذاء الذات، مشيرين إليه كنتيجة حتمية أو مظهر معبّر أو حتى حالة من إعادة تفعيل خبرة الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة؛ لكنَّ البيانات التحليلية اللّاحقة أظهرت أن العلاقة بين الاعتداء الجنسي على الأطفال وإيذاء الذات ليس إلّا علاقة متواضعة.(Klonsky & Moyer ,2008, 168)

3- **دوافع إيذاء الذات:** يتمَّ الافتراض أحياناً أنَّ إيذاء الذات يهدف في المقام الأول إلى جذب انتباه الآخرين أو اختبار ردود أفعالهم، ولكنَّ هذا الأمر غير دقيق في جوهره، فقد يخدم أحياناً وظائف شخصية ذات طابع متطرّف؛ ولكنَّ الدراسات التي أجراها الباحثون على مجموعات متنوعة من الأفراد والفئات العمرية أثبتت أنَّ إيذاء الذات نادراً ما يسعى إلى جذب الاهتمام أو الحصول على قدر أكبر من الانتباه من المحيط بقدر ما يكون وسيلة للتخفيف بسرعة من المشاعر السلبية الشديدة ومواجهتها بطريقة لا تكيفية (Chapman et a , 2006, P381)(Gratz et al, 2015, P530).

6. انتشار إيذاء الذات بين الأطفال والمراهقين Prevalence Self Harm on Children and Adolescents

من الصعب تحديد الانتشار الحقيقي لإيذاء الذات المتعمّد بسبب الطبيعة السرية لهذا الفعل، وتشكّل القضايا المنهجية لدراسته وتحديده مشكلة ذات أثر، بسبب التناقضات التعريفية والطريقة التي يتم بها تحديدها كمياً، مثل الأعراض في المستشفى، ما يجعل تجميع البيانات صعباً، إذ وجدت الأبحاث أنه في عينات مجتمع المراهقين، يعكس العرض في المستشفى نسبة صغيرة فقط من أولئك الذين يشاركون في إيذاء الذات المتعمّد، كما تباينت النتائج المتعلقة بالانتشار داخل هذه العينة بشكل كبير، إذ بلغت (13% – 66%)، وفي المقابل، تم تقدير معدلات الانتشار بين البالغين في المجتمع بنحو (4%) (Walker, 2014, P14)، وقد أشارت دراسة ليم وآخرين (Lim et al, 2019, P4851) إلى

أنه بين الأعوام (1989–2018) تم تضمين ما مجموعه (672,686) طفلاً ومراهقاً في هذه الدراسة المسحية، وكانت النتائج على الشكل التالي:

- إيذاء الذات غير الانتحاري: هو الأكثر شيوعاً مع انتشار إجمالي مدى الحياة (19.5–22.1%).
- الأفكار الانتحارية: هي الثانية الأكثر شيوعاً مع انتشار إجمالي مدى الحياة (14.2–18.1%).
- إيذاء الذات المتعمَّد: هو الثالث الأكثر شيوعاً مع انتشار إجمالي مدى الحياة (13.7–14.2%).
- التخطيط للانتحار: المرتبة الرابعة مع انتشار إجمالي مدى الحياة (7.5–9.9%).
- محاولات الانتحار: هي الأقل شيوعاً مع انتشار إجمالي مدى الحياة (4.5–6.1%).

7. أسباب إيذاء الذات Self-Harm Causes

تتعدّد أسباب إيذاء الذات بين المراهقين، وتتنوّع الدّوافع الكامنة وراء هذه السلوكيات، وفيما يأتي الأسباب الأكثر أهمية:

1- **الأسباب الانفعالية:Emotional** أظهرت الأبحاث بين المراهقين أنَّ التقلّبات الانفعالية وعدم الاستقرار في الحالة النفسية يمكن أن تؤدّي لنشوء أفكار لإيذاء الذات، ولكن مع عدم الانخراط في فعل الإيذاء عملياً، إذ تتزامن الرغبة بإيذاء الذات مع اختبار أفكار ومشاعر اليأس والنقد والضعف الموّجهة نحو أنفسهم، مع عدم القدرة على التحكم بها باعتبارها الأكثر إزعاجاً، فالأفراد الذين ينخرطون في سلوك إيذاء الذات أو ينشغلون فكرياً به تكون لديهم مواقف حكمية مسبقة بمستوى مرتفع تجاه أنفسهم، وتماهٍ مفرط، ومزيد من العزلة قد تصل حد جلد الذات.

2- **الأسباب العلائقية: Rational** : أثبتت الأبحاث على المراهقين أن وظائف سلوك إيذاء الذات تعكس سمات شخصية بعلاقتهم مع أنفسهم، وعلاقاتهم مع الأشخاص، إذ يبدو أنَّ الوظائف الشخصية الداخلية التي يشار إليها أيضاً باسم "التعزيزات التلقائية"، أكثر شيوعاً وأكثر صلة من الوظائف الشخصية الخارجية، كما هو الحال في "التعزيزات الاجتماعية"، مع أنَّ التعزيزات التلقائية التي تدفع لإيذاء الذات يتم الإبلاغ عنها على أنها في الأغلب تحفز إيذاء الذات، إلا أن هناك أيضاً أدلة على أن التعزيزات الاجتماعية والتلقائية لها أهمية لإيذاء الذات، وخاصة أنه تم إثبات وجود ارتباط بين خلل التنظيم الانفعالي وإيذاء الذات على نحو متكرر بين المراهقين.

3- **الأسباب السلوكية:Behavioral** هناك نموذج آخر شامل لفهم وظائف إيذاء الذات، يتضمن أربع وظائف سلوكية، فضلاً عن خصائص الإدمان المرتبطة بإيذاء الذات، ويتألف النموذج من وظائف التأثير الاجتماعي (الوصول إلى شيء أو تغييره في البيئة الاجتماعية)، والبحث عن الإحساس (الوصول إلى مشاعر مثل الإثارة)، وتنظيم المشاعر الداخلية (تنظيم التجارب الانفعالية الداخلية، مثل الحزن)، وتنظيم المشاعر الخارجية (التعامل مع المشاعر التي يمكن التعبير عنها خارجياً بطريقة أخرى، مثل الغضب). وعند المراهقين، ارتبط ارتفاع معدل إيذاء الذات بارتفاع الدرجات في جميع الوظائف باستثناء تنظيم المشاعر الخارجية، وخصائص الإدمان، وعند الشباب الأكبر عمراً، ارتبط ارتفاع معدل التأييد لتنظيم المشاعر الخارجية، وتنظيم المشاعر الداخلية، والبحث عن الإحساس، وخصائص الإدمان بزيادة معدل السلوك المؤذي للذات طوال العمر، مع المزيد من تجارب الضيق والتوتر المرتبطة بالرغبة في ذلك(Saarijärvi et al, 2023, 635).

4- **الأسباب الوظيفية:Functional** بناءً على المراجعة للأدلة التجريبية التي درست أسباب إيذاء الذات تمَّ تحديد الأسباب أو الوظائف التالية:

- تخفيف المشاعر السلبية شديدة الأثر (مؤقتاً)، إذ تسبق المشاعر السلبية الشديدة إيذاء الذات، ويؤدي تنفيذه إلى تقليل المشاعر السلبية بالإضافة إلى إثارة مشاعر الهدوء والراحة.
- هو شكل من أشكال الغضب الموجه ذاتياً أو معاقبة الذات؛ ما يشير إلى أنَّ النقد الذاتي له علاقة سببية بإيذاء الذات.
- وظائف أخرى متعددة، مثل الرغبة في التأثير في الآخرين، أو خلق علامة جسدية دالّة على الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه الشخص.

يمكن تقسيم الوظائف المختلفة لإيذاء الذات إلى فئتين رئيسيتين:

- التركيز على الذات (كالتنظيم الانفعالي والعقاب الذاتي).
- التركيز على التعامل مع الآخرين (كالتأثير في الآخرين وجذب الانتباه والاهتمام). (Klonsky, Victor &Saffer, 2014, P565)

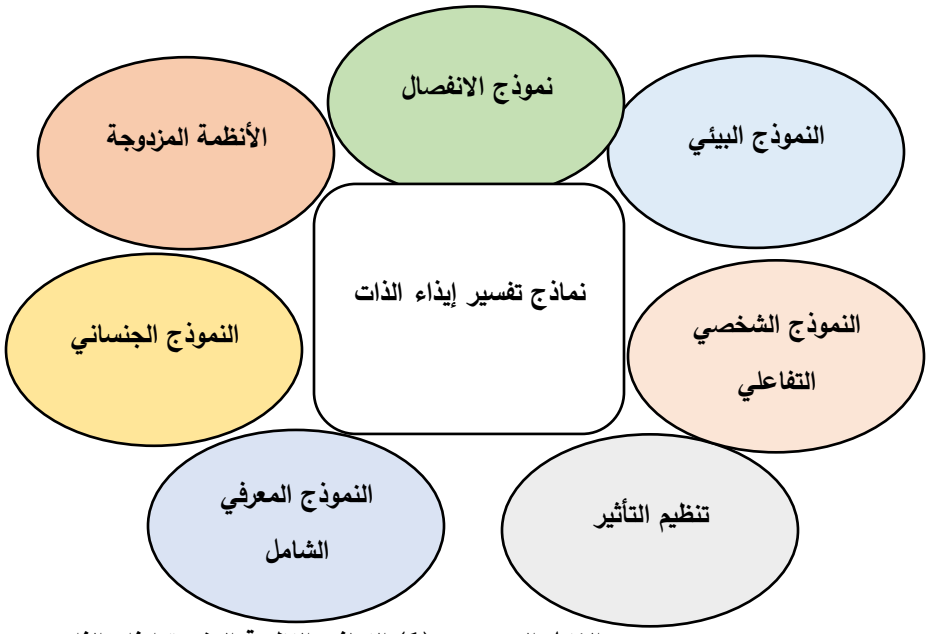
8. **آثار إيذاء الذات عند المراهقين Self-Harm Effects on Adolescents**

قد تصبح سلوكيات إيذاء الذات آلية مواجهة تلقائية غير تكيفية لدى المراهقين، تؤدي إلى دورة مستمرّة من سلوكيات التدمير الذاتي، إذ تزداد احتمالية حدوث نوبات إيذاء الذات على نحو متكرر، ما يسهم في عدم الاستقرار الانفعالي المزمن، وصعوبات في التكيف، وتعد منبئات للسلوك الانتحاري لاحقاً، هكذا فإنَّ سلوكيات إيذاء الذات لدى المراهقين لها تأثيرات متعددة الأبعاد وكبيرة، وقد تتطلب رعاية مباشرة، كما يمكن أن تكون هناك آثار نفسية طويلة المدى، ويمكن إجمالها بما يأتي:

- **اضطرابات الصحة النفسية:** تزيد سلوكيات إيذاء الذات من خطر الإصابة باضطرابات الصحة العقلية مثل الاكتئاب المبكر، والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، وتنَّبئ بقوة بالاكتئاب المستقبلي، وإدمان المخدرات، واضطرابات النوم والوظائف الحيويّة العامة.
- **خلل التنظيم الانفعالي:** قد تكون سلوكيات إيذاء الذات أسلوباً لتخفيف المشاعر الشديدة التي لا يستطيع المراهقون السيطرة عليها، إذ أفاد 88% من الأفراد أنهم لجأوا لإيذاء الذات بنية تخفيف المشاعر، واستعادة السيطرة على أنفسهم بمواجهة الضغوط النفسية، وعبّروا عنه بأنه آلية للتعبير عن الألم الانفعالي غير اللفظي من خلال الأفعال الجسدية.
- **التأثيرات الاجتماعية:** تؤدّي سلوكيات إيذاء الذات إلى انخفاض في تقدير الذات، والعزلة الاجتماعية وتوتر العلاقات مع العائلة والأصدقاء، وقد تظهر أعراض الانسحاب الاجتماعي وخاصة عند تعرّضهم للتنمر الاجتماعي والالكتروني.
- **ضعف الأداء العام:** يمكن أن يؤثر في ضعف الأداء الأكاديمي وتعطيل النجاح المهني، لإنَّ سلوكيات إيذاء الذات تميل إلى التكرار، فأكثر من نصف المراهقين والشباب الذين يأتون إلى المستشفى بسبب إيذاء الذات لديهم تاريخ سابق مماثل (Lindgren et al, 2022, P155) (Hetrick ET AL, 2020, P2) (Do Nascimento Brás, et al , 2022, 20144).

9. النماذج المفسرة لسلوكيات إيذاء الذات Models explaining self-harm behaviors

تم اقتراح نظريات متعددة للمساعدة على فهم إيذاء الذات، ويقدّم كل نموذج إطاراً نظرياً مفاهيمياً يتضمن القواسم المشتركة مع النماذج الأخرى، وقد حدَّدت مراجعة البحوث التجريبية سبع وظائف لإيذاء الذات هي: تنظيم المشاعر، ومكافحة الانفصال أو التفكك، ومكافحة الانتحار، وتأكيد الحدود الشخصية، وتأكيد التأثير الشخصي، ومعاقبة الذات، والبحث عن الإحساس والتقدير(Walker, 2014, 15) ، وتمَّ تجميع الأطر أو النماذج النظرية والمفاهيمية المفسّرة لوظائف إيذاء الذات في ستَّة نماذج وظيفية محددة :



الشكل التوضيحي (1) النماذج النظرية المفسّرة إيذاء الذات

1) النموذج البيئي Environmental Model

يُعدّ النموذج البيئي الحيوي، الذي طوره يوري برونفينبرينر (Bronfenbrenner)، في العام 2011 ذا أهمية خاصة لفهم إيذاء الذات لدى المراهقين، فهو يركز على التفاعل بين الفرد النامي (قيد التطوّر) وبيئته عبر الأنظمة المختلفة ذات التأثير المباشر في الفرد (الأسرة، المدرسة، الأقران، والأعراف الاجتماعية والثقافية ومؤسسات الدعم الخارجية)، ويُؤطّر هذا النموذج عوامل التأثير الاجتماعية الثقافية أو البيئية الأوسع، ليقدّم نهجاً شاملاً لفهم سلوكيات إيذاء الذات،

ويركّز على التفاعل بين العوامل الفردية والاجتماعية والثقافية والبيئية التي تُسهم في تطوير سلوكيات إيذاء الذات، ومن أهم مكوّنات هذا النموذج:

- المستوى الفردي: مثل صعوبات التنظيم الانفعالي، والاندفاعية، واضطرابات الصحة النفسية كالاكتئاب والقلق، والعوامل البيولوجية التي تعكس تأثير الاستعدادات الوراثية والإشارات العصبية الحيوية في تطوّر سلوكيات إيذاء الذات.
- المستوى العلائقي (العلاقات): ما يتعلق بالديناميكيات الأسرية، أنّه يُمكن أن تُفاقم أساليب التربية النقدية أو القاسية أو العدائية، والضغوط الأسرية، والبيئات المُحبطة فرص تطوّر سلوكيات إيذاء الذات.
- المستوى المجتمعي: تؤدي البيئة المدرسية والعلاقات بين المعلم والطالب، وتوافر مصادر الدّعم والرعاية الصحية، والمواقف المجتمعية وخاصة القوانين والسياسات والتشريعات تجاه اضطرابات الصحة النفسية دوراً حيوياً في الوقاية أو زيادة سلوكيات إيذاء الذات، والوصمة الاجتماعية واللجوء إلى مصادر الدّعم وطلب المساعدة.

. (Santo & Dell'Aglio, 2022, P5-6)؛(Thum et al, 2021, P1)

2) نموذج الانفصال: Dissociation Model

يفسّر هذا النموذج إيذاء الذات بوسيلة لإنهاء شدة التأثير الانفعالي؛ وعدم القدرة على مواجهتها بفعّالية، إذ يشير إلى أنَّ الانفصال تؤدي دوراً هاماً في تطور سلوكيات إيذاء الذات واستمراريتها ، ويشمل انفصال الفرد عن أفكاره أو مشاعره أو تجاربه وخبراته، ليبدو كأنّه آلية للتكيف مع الخبرات الصادمة أو مواقف الضيق والتوتر الشديدين، ومن أهم مكوّناته:

- الصدمة والانفصال: إنَّ إساءة معاملة الأطفال ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسلوكيات إيذاء الذات لدى المراهقين.
- التنظيم الانفعالي: قد يلجأ المراهقون إلى إيذاء أنفسهم استجابة لعجزهم عن التحكم في مشاعرهم الجارفة أو لإعادة التواصل مع أحاسيسهم الجسدية، إذ يمكن أن يوفر إيذاء الذات شعوراً مؤقتاً بالسيطرة أو الراحة من الألم الانفعالي.

ينبغي أن تُركز التدخلات على الرعاية المستنيرة بالصدمات لمعالجة الصدمات، وعلى مهارات التنظيم الانفعالي لتعليم المراهقين طرائق صحية لإدارة المشاعر المضطربة (Tolmunen, 2008, P769) (Nester et al, 2021, P2).

3) نموذج الأنظمة المزدوجة Dual Systems Model

هو إطار عمل معترف به على نطاق واسع لفهم سلوكيات المراهقين في سلوكيات إيذاء الذات، ويفترض هذا النموذج أنَّ النظام الاجتماعي والانفعالي (المسؤول عن البحث عن الإحساس والحساسية للمكافأة) ونظام التحكّم المعرفي (المسؤول عن التنظيم الذاتي والسيطرة المثبطة) يتطوَّران بمعدلات مختلفة خلال فترة المراهقة، وأنَّ الخلل في نمو هذه الأنظمة يخلق فترة من التعرض المتزايد للسلوكيات الخطرة، فالمراهقون الذين يعانون من اختلالات نمو أكبر بين البحث عن الإحساس وتنظيم الذات يكونون أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات عالية الخطورة، بما فيها إيذاء الذات، إذ تُحرك هذه السلوكيات دوافع ومحفزّات عاطفية تصاعدية تطغى على القدرات التنظيمية المعرفية التي ماتزال بطور النمو، فبالنسبة إلى هؤلاء الأفراد، قد يكون إيذاء الذات آلية لإدارة الحالات الانفعالية الساحقة أو تحقيق راحة فورية من الضائقة النفسية (Murray et al, 2021, P1293).

ويمكن فهم هذا النموذج من خلال تحديد آثار التفاعل بين التحكم المعرفي المثبط (inhibitory regulation) والحساسية الانفعالية تجاه المكافأة/العقاب (reward/punishment sensitivity)، ويشير التحكم المثبط إلى القدرة على تجاوز استجابة تلقائية أو مسيطرة أو مهيمنة بشكل متعمّد، وهي مؤشّر سلوكي يميّز إيذاء الذات، فالمراهقون الذين يؤذون أنفسهم يمتلكون تحكماً معرفياً سلوكياً مثبطاً أضعف، ووفقاً لنموذج الأنظمة المزدوجة.

(Liu et al, 2024,1-2) (Murray et al, 2021, P1293).

4) النموذج الشخصي التفاعلي Interpersonal Model

يفسّر هذا النموذج إيذاء الذات بأنّه محاولة لإيجاد تمييز بين الذات والآخرين، وبأنه وسيلة لإنشاء حدود أو هوية شخصية مستقلّة من أجل حماية النفس من مشاعر الانغماس مع الآخرين أو الخوف من فقدان الهوية الخاصّة (Runcan & Nadolu, 2020, P19)، ويُركز هذا النموذج على دور التفاعلات الاجتماعية في فهم سلوكيات إيذاء الذات، ويشير إلى أنّه يُمكن أن يكون آلية للتعامل مع الضغوط والتعبير عن الضيق وعن مشاعر الاغتراب الاجتماعي (Barzilay et al, 2021, P69) ، ويركّز هذا النموذج على تفسيره لسلوكيات إيذاء الذات على مبدأين هما:

- **الديناميكيات التفاعلية:** فالصراعات الشخصية والعلاقات الأسرية والاجتماعية المتوترة ومشاعر الرّفض والتجارب التفاعلية القاسية أو محاولات التعبير عن الاحتياجات غير المُلباة تُعدّ من العوامل الرئيسية المحفزَّة لإيذاء الذات.
- **الوظائف الشخصية لإيذاء الذات:** (مثل خلل التنظيم الانفعالي) تكون في الأغلب أكثر قدرة على التنبؤ باستمرارية إيذاء الذات.(Miller et al, 2021, P2)

5) نموذج تنظيم التأثير Affect regulation models

يشير هذا النموذج إلى أنَّ سلوكيات إيذاء الذات، تعمل كإستراتيجيات غير تكيفية لإدارة الحالات الانفعالية الشديدة، مع الحاجة إلى التعبير عن الغضب، أو القلق، أو الألم، لا يمكن التعبير عنها لفظياً أو من خلال وسائل تكيفيّة أخرى. وتشمل المبادئ الأساسية لنماذج تنظيم التأثير ما يأتي:

- **آلية التعزيز السلبي:** يستمر إيذاء الذات من خلال التخفيف الفوري لآثار الضيق الانفعالي، عبر مرحلتين، الأولى السابقة المحفزّة؛ عندما يشتد التأثير السلبي للخلل الانفعالي قبل سلوك إيذاء الذات، وهو أحد عوامل الخطر، والثانية اللاحقة؛ حين ينخفض الألم الانفعالي على نحو مباشر بعد القيام بالسلوك كنتيجة، ما يعزّز استمرار السلوك.
- **خلل التنظيم الانفعالي:** إنَّ أكثر العوامل المؤثرّة في استثارة سلوك إيذاء الذات محدودية الشخص بالوصول إلى إستراتيجيات التنظيم الانفعالي، وهو المؤشّر الأقوى، إضافة إلى عدم تقبل المشاعر المستثارة بالتزامن مع صعوبات التحكم في انفعالاته، وقلة الأبدال التكيفية أو مصادر الدّعم التي تساعد الشخص على تعزيز تنظيمه الانفعالي، ما يدخله في دورة من الاضطراب الانفعالي ترتبط بالسلوكيات المؤذية للذات كسبب ونتيجة. (Kuehn et al, 2022, P965) (Wolff et al, 2019, P26)

6) النموذج الجنسي Sexual Model

يُسلّط النموذج الجنسي لتفسير سلوك إيذاء الذات –وخاصةً تلك التي تُعرّف الجنس بأنه سلوك إيذاء للذات– الضوء على ديناميكيات نفسية مُعقّدة ترتبط في الأغلب بالتجارب الصادمة في مراحل النمو المبكرة، والمشكلات المرتبطة

بمفهوم الذات، عبر فهم آلية التفاعل المعقدة بين الصَّدمة المبكرة والخلل في صورة الذات المدرَكة، وأهم المبادئ التي يستند إليها هذا النموذج:

- **الصدمة والتجنيس Trauma and Sexualization**

يشرح نموذج ديناميكيات الصدمة الذي وضعه فينكلهور وبراون (1985) كيف يُمكن أن يُؤدي الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة إلى تطوير سلوك جنسي صادم قهري، ومواقف سلبية أو تشوّه تجاه العملية الجنسية والهوية الجنسية، ما يهيئ الشخص لتطوير السلوكيات الجنسية المُؤذية للذات.

مفهوم الذات وكراهية الذات Self-Concept and Self-Hatred

قد يعاني الأفراد الذين يمارسون إيذاء الذات من كراهية شديدة للذات ويطوّرون صورة سلبية مشوّهة عن الذات التي تعززها سلوكيات إيذاء الذات، ويمكن أن تتجلى كراهية الذات في الرغبة بالتعرض للأذى أو الاستغلال، وسيلةً لتبرير مشاعر انعدام القيمة، ويرتبط السلوك الجنسي غير السوي (SASI) عادةً بمشكلات الصحة النفسية مثل القلق، والاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والانفصال، ويُبلّغ الأفراد الذين يُعانون من السلوك الجنسي غير السوي (SASI) عن مستويات أعلى من أعراض الصدمة وسلوكيات المخاطرة، ويدركون سلوك إيذاء الذات الجنسي بأنه سلوك قهري يصعب إيقافه، يهدف إلى التخلص من المشاعر السلبية أو الحصول على القبول من خلال لقاءات جنسية مؤذية(Hedén et al,2023, P3532) (Fredlund et al, 2020, P898).

7) النموذج المعرفي الشامل Comprehensive Cognitive Model

يشير هذا النموذج إلى أنَّ التقلبات المزاجية الانفعالية يمكن أن تتنبأ بوجود أفكار لاحقة لإيذاء الذات، أو الانخراط الفعلي بسلوكيات إيذاء الذات، وتبدو أفكار اليأس والنقد الذاتي الأكثر إزعاجاً وإلحاحاً أثناء التفكير في إيذاء الذات؛ فأولئك الذين ينخرطون في أفكار وسلوك إيذاء الذات لديهم عادةً موقف ذو أحكام مسبقة وناقدة مرتفعة تجاه أنفسهم، كما أنَّ وظائف سلوك إيذاء الذات تعكس سمات شخصية ذات طبيعة معرفية معيّنة، ويبدو أنَّ الوظائف الشخصية، التي يشار إليها أيضاً باسم "التعزيزات التلقائية Automatic reinforcements، أكثر شيوعاً وأهمية في تحفيز إيذاء

الذات وإثارته مقترنة بالوظائف ذات الطبيعة الاجتماعية التفاعلية التي يطلق عليها "التعزيزات الاجتماعية social reinforcements"، مع أنَّ هناك أدلة على أن التعزيزات الاجتماعية يسهم إسهاماً كبيراً في سلوك إيذاء الذات. ويتضمن النموذج المعرفي الشامل لفهم وظائف إيذاء الذات أربع وظائف سلوكية بارزة، ويفحص الخصائص الإدمانية لإيذاء الذات، ويتألَّف النموذج من وظائف عديدة ذات تأثير عالٍ على الاستقرار السلوكي والنفسي للفرد وهي:

- التأثير الاجتماعي: يعني الوصول إلى شيء ما أو تغييره في البيئة الاجتماعية من خلال هذا االسلوك.
- البحث عن الإحساس بالذات والآخر: يعني البحث عن مشاعر التحفيز والإثارة عبر إيذاء الذات.
- التنظيم الانفعالي الداخلي: يعني تنظيم التجارب الانفعالية الداخلية من خلال أذية الذات.
- تنظيم خبرات التنظيم الانفعالي الخارجية: يعني التعامل مع المشاعر المعبر عنها خارجياً عبر هذا السلوك.

(Saarijärvi et al, 2023, P630).

10. عوامل الخطر المرتبطة بسلوكيات إيذاء الذات Risk Factors associated with Self Harm

اختبرت أبحاث كثيرة عوامل الخطر المرتبطة بتطوير سلوكيات إيذاء الذات، وفيما يلي مجموعة العوامل التي تحمل الخطورة في مضمونها:

1- العوامل الأسرية:

أ- الخلل الأسري Family Disfunction

يتوّجه سلوك الأبوة الذي يمكن ملاحظته من أحد الوالدين في تفاعله مع طفله ضمن اتجاهين واضحين؛ إما عبر سلسلة **متواصلة من الدعم**؛ عندما يظهر أحد الوالدين الدفء والقبول والتفهم للطفل، فدعم الوالدين واحتواؤهما مشاعر الطفل يرتبطان بإظهار الطفل مستويات أعلى من الأداء الذاتي والاجتماعي التكيفي (مثل الكفاءة والتنظيم الذاتي والتحصيل الأكاديمي)، وانخفاض مستويات سوء التكيف (مثل السلوكيات الإشكالية)، أو عبر سلسلة متواصلة من **السيطرة والتحكّم** عندما يرغب أحد الوالدين في التأثير في سلوك الاطفال؛ وتنقسم إلى سلوكيات نفسية (مثل الرقابة الأبوية الصارمة على العالم الداخلي للطفل وأفكاره ورؤيته للعالم المحيط)، وسيطرة سلوكية (التحكّم بسلوك الطفل وردود أفعاله)، فالرعاية

الأبوية غير الكافية، والحماية المفرطة، والسيطرة غير الملائمة قد تسهم في تشكيل الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين؛ ويعد التفاعل بين نقص الدعم والسيطرة السلوكية غير الانفعالية، مؤشراً هامّاً لسلوكيات إيذاء الذات اللاحقة، إذ وجد كلوتير وآخرون (Cloutier et al,2010) علاقة إيجابية بين إيذاء الذات والرقابة الأبوية الصارمة، وهناك ارتباط سلبي بين إيذاء الذات والرعاية الأبوية الدافئة المتصورةّ. (Baetens et al, 2014, 391)

ب- التعبير عن المشاعر Expressed Emotions

وجدت المقاييس المستخدمة لتقييم المشاركة الانفعالية داخل الأسرة أنَّ العداء المعَّبر عنه تجاه الطفل، والسلوك المتسلّط في التعامل معه، من المرجَّح أن يكونا من مؤشرات حدوث سلوك إيذاء الذات، ويرتبطان بكمية الوقت الذي يقضيه الطفل مع أفراد الأسرة الرئيسيين، فضلاً عن المستوى العام للحالة الانفعالية داخل الأسرة، إذ تمَّ تقسيم الحالة الانفعالية إلى مكونين متميزين: الأوّل؛ التعليقات الانتقادية والعداء تجاه الفرد، الذي يتمثّل بعدم الإعجاب بالطفل أو رفضه بوضوح، أمّا الثاني؛ فهو الإفراط في المشاعر تجاهه، ويشير الإفراط الانفعالي إلى الاستجابات الانفعالية المبالغ فيها والدرامية، و/أو السلوكيات المفرطة في حمايته، أو استهدافه بالنقد المستمر.(Hack & Martin, 2018, P890)

2- العوامل الاجتماعية Social Factors

أ- **العلاقات مع الآخرين:** يرتبط إيذاء الذات ارتباطاً وثيقاً بالتعلّق غير الآمن بالآخرين، كما أنَّ المراهقين الذين لا يتلقون دعماً كافياً من المحيط والأقران من أجل تطوير إستراتيجيات تكيفية انفعالية، تزداد لديهم قابلية التعرض لإيذاء الذات .(Santangelo et al, 2017, 1430-1435)

ب- **وسائل التواصل الاجتماعي:** يُعد الاستخدام المفرط لوسائل التواصل الاجتماعي من العوامل المؤثرة في تشكيل السلوكيات غير التكيفية، بسبب التعرض اليومي لصور ونماذج مثالية عن حياة ورفاه الآخرين، أو التعرّض للتنمر والاستغلال الإلكتروني، أو الترويج لاستراتيجيات تكيف غير صحيَّة عبر الألعاب والمنتديات الجماعية، وجميع هذه العوامل يمكن أن تُضخّم مشاعر عدم الكفاءة وتدني احترام الذات، وتُسهم في الضيق الانفعالي.

ت- **الضغوطات المجتمعية والأحداث الحياتية الكبرى:** تعد التغييرات الطارئة على المجتمعات التي تمنع المراهقين من ممارسة الأنشطة الخارجية الاجتماعية والترفيهية، أو مقابلة الأصدقاء، والتعرّض المفرط للأخبار السلبية، مصادر للضغط النفسي المهيئة للسلوكيات الاندفاعية؛ فقد لا يستطيع جميع المراهقين التكيّف معها بأبدال صحية، وقد أكدت دراسة دو وآخرين (2021) أنَّه في العام (2020) بعد جائحة كورونا هناك ما بين (15–30) مليون مراهق في العالم انخرطوا في أنشطة وسلوكيات غير صحية، منها إيذاء الذات (Du et al, 2021, P2-3).

ث- **العوامل المدرسية:** تبرز العوامل المرتبطة بالبيئة المدرسية غير المستقرة كعوامل منبئة بسلوكيات إيذاء الذات بما في ذلك الإجهاد الأكاديمي والتنمر المدرسي، وقد يؤدي الضغط الأكاديمي إلى تعزيز مشاعر الغضب والقلق والعجز والخجل والملل، إضافة إلى التعرَّض للظلم والنبذ من قبل الأقران التي تعكس تجربة العدوان الصريح أو المتعلق بالسمعة أو العلاقات معهم (Lim et al, 2019, 4851) .

ج- **ضحية الأقران: Peer victimization** تم تعريف حالة الضحيّة من الأقران على أنها عدوان من أحد الأقران ضد الآخر بقصد إيذائه أو الحصول على هدف اجتماعي للهيمنة في التسلسل الهرمي للأقران، من خلال التعرّض المتكرر لأفعال سلبية منهم، ما قد يؤدي إلى عواقب نفسية وخيمة، وهو مرتبط بمجموعة متنوعة من المشكلات الداخلية والخارجية، ما يزيد من خطر الانخراط في السلوكيات غير السوية، وعموماً؛ يبرز التماسك الأسري عاملاً وسيطاً في تأثير ضحية الأقران، وقد يعمل إدراك التماسك الأسري المرتفع كعامل وقائي يساعد المراهقين على التغلب على الصعوبات الشخصية ويمنعهم من الانخراط في سلوكيات إشكالية، إذ أنَّ التماسك الأسري المرتفع يخفف من العلاقة بين أعراض الاكتئاب وإيذاء الذات. (Jiang et al, 2016, 108-109)

3- العوامل الشخصية والنفسية:

أ- **العمر والجنس Age and Gender:** يشكّل العمر عاملاً حاسماً في تفسير تباين انتشار إيذاء الذات، وكان الأطفال والمراهقون الصغار أقل تعرضاً لعوامل خطر الانتحار مقارنة بالمراهقين الأكبر سناً، كما أنَّ المراهقين الأكبر سناً أكثر عرضة لعوامل خطر محددة مرتبطة بالسلوكيات الانتحارية وإيذاء الذات، والمشكلات الشخصية الأساسية في الدائرة

الاجتماعية المقرّبة للفرد وخاصة الأقران، كما وُجِد أنَّ الجنس لم يشكّل عاملاً حيوياً لتفسير التباين في انتشار إيذاء الذات، فمن منظور النوع الاجتماعي، تواجه المراهقات خطراً أعلى بكثير لمحاولات الانتحار وإيذاء الذات مقارنة بنظرائهن من الذكور، مع تناقص الاختلافات بين الجنسين مع تقدم العمر، وعلاوة على ذلك، وجد أن النوع الاجتماعي يتنبأ بالوفيات في محاولات الانتحار، إذ قام عدد أكبر من الذكور مقارنة بالإناث بمحاولات ذات وفيات عالية ووفيات طبية (Lim et al, 2019,4581).

ب- **الخزي والعار shame:** يعرّف العار بأنّه شعور ساحق وموهن للفرد، يؤدّي إلى تفحّص الذات وإدراكها على نحو سلبي ويرى أنها معيبة وغير جديرة بالتقدير والاحترام، كما يعزز الاعتقادات السلبية عن الذات، وانعدام القيمة والإذلال والعجز مما يدفع الناس إلى الرغبة في "الغرق في الأرض" أو الاختفاء، ويعتقد الأفراد الذين يعانون من مشاعر العار أن ذاتهم الداخلية لا يمكن تغييرها، وهذا يؤدّي إلى انخفاض احترام الذات أو الاكتئاب أو الظهور دائماً بصورة الضحية، ما يجعل الفرد عدائياً تجاه ذاته، ويوجه العدوان إلى سلوك إيذاء الذات لتنظيم المشاعر المخزية.

ت- **الإجهاد والتوّتر Distress** : يفترض هذا العامل أنَّ الأفراد ينخرطون في إيذاء أنفسهم كإستراتيجية لوقف الإثارة الفسيولوجية الشديدة وغير المحتملة الناجمة عن أحداث الحياة المجهدة، ووجدت دراسة أجريت على المراهقين دليلاً على هذا النموذج من خلال التنبؤ بزيادة إيذاء الذات بسبب التفاعل بين أسلوب الإسناد السلبي وأحداث الحياة المجهدة، فأولئك الذين ينخرطون في إيذاء الذات يظهرون مستويات أعلى من فرط الإثارة الفسيولوجية عند الاستجابة للإجهاد والظروف الضاغطة، فضلاً عن انخفاض الرغبة في الاستمرار في المهام، وضعف تحمل الضيق والتوّتر، ما يعني أنَّ الأشخاص الذين يؤذون أنفسهم سيعانون مستويات أعلى من التوتر في الحياة اليومية مقارنة بالأفراد الذين لا يؤذون أنفسهم (Hack & Martin, 2018, 890).

ث- **الكحول:Alcohol** إن تعاطي الكحوليات المفرط سلوك شائع خاصة بين الشباب والمراهقين، ويسبب ضرراً غير مباشر للجسم، ويمكنه، مؤقتاً، تخفيف التأثير السلبي لأحداث الحياة الراضّة، فبعض الشباب يعتمدون على شرب الكحول لتنظيم المشاعر أو الهروب من الضغوط أو نتيجة العزلة والاغتراب، وقد يكون الأشخاص الذين ينخرطون في

كل من إدمان الكحوليات والشرب المفرط مجموعة معرَّضة للخطر، إذ يجرّبون طرائق متعددة لإدارة المشاعر أو المواقف العصيبة مثل التضحية بالذات أو محاولة الانتحار.(Hasking, 2017, P699)

ج- المخططات اللا تكيفية المبكرة وإيذاء الذات Early Maladaptive Schemas

تمثل المخططات التكيفية المبكرة نماذج معرفية شاملة لتفسير الأداء فيما يتعلق بالعلاقات مع الذات والآخرين، وتميل المخططات اللا تكيفية إلى التطوّر نتيجة تجارب حياتية راضّة مبكرة، واحتياجات عاطفية غير مُلبَّاة أثناء الطفولة وتستمر في التأثير في حياة الأفراد حتى مرحلة البلوغ، إذ تنشط هذه المخططات في وقت لاحق من الحياة عندما يواجه الأفراد خبرات تذكرهم بصدماتهم الطفولية، ومع ذلك، قد لا يدرك الأفراد أنَّ تفسيراتهم للمواقف، واستجاباتهم السّلوكية لها لم تعد تتوافق مع الواقع الحالي، وتبدو بصورة آليات التعامل والمواجهة اللا تكيفية والاعتياد عليها على نحو غير واعٍ، وتشكّل هذه المخططات مكوّناً معرفياً أساسياً للعديد من الاضطرابات النفسية والسّلوكية اللاحقة، إذ أنَّ وجِدَت أدلة تشير إلى العلاقة القويّة بين المخططات اللا تكيفية المبكرة وسلوكيات إيذاء الذات، حيث ارتبطت المستويات المرتفعة في العديد من المخططات مثل التثبيط الانفعالي والعزلة الاجتماعية وانخفاض الشعور بالاستحقاق بسلوك إيذاء الذات، وتختلف مخططات الحرمان الانفعالي والتخلّي وضبط النفس وعدم الثقة/الإساءة بين الأفراد الذين يعانون إيذاء الذات ومن لا يعانون منه، وقد ثبت أن التخلي والرفض من جانب الوالدين يرتبط بزيادة الفرصة لتطوير المخططات اللا تكيفية المبكرة التي تشكّل دوافع لسلوك إيذاء الذات.(Saarijärvi et al, 2023, P632)

كما وجدت دراسات أخرى ارتباطات مهمة بين مخططات العزلة الاجتماعية/الاغتراب والتثبيط الانفعالي مع إيذاء الذات، بينما لوحظ أنَّ مخطط الهجر/التخلي كان مرتبطاً بإيذاء الذات بين الإناث (Nicol et al, 2021, P1446). كما وُجِدَت علاقة إيجابية مهمة بين المخططات اللا تكيفية في مجال الانفصال والرفض (الحرمان الانفعالي والتخلي) والميل إلى إيذاء الذات والانتحار، وتؤدي إلى أفكار انتحارية في المواقف العصيبة وسلوكيات هروبية مثل سلوكيات تدمير الذات وإيذاءها(Karimi et al , 2021, P208).

11. تقييم إيذاء الذات Self-Harm Assessment

قد يواجه مقدمو الرعاية النفسية الأولية من المتخصصين والأطبّاء تحديات في التقييم الدقيق لشدة إيذاء الذات والأسباب الكامنة وراءه، لأنه سلوك معقد ومتعدد العوامل، وقد يعيق الوقت والموارد المحدودة في أماكن الرعاية الأولية القدرة على تقديم الدعم الشامل والمستمر للأفراد المشاركين في إيذاء الذات، وقد وجدت دراسة استقصائية أجريت على أكثر من (500) طبيب عام أن (70%) منهم قدموا دعماً في مجال الصحة العقلية للأطفال بما يتجاوز مستوى كفاءتهم، ما يشير إلى نقص التدريب والموارد، وقد يكون تنسيق الرعاية وضمان المتابعة المناسبة للأفراد الذين يؤذون أنفسهم أمراً صعباً، خاصة في الحالات التي لا تتوفر فيها خدمات الصحة النفسية المتخصصة بسهولة، ويمكن أن يساعد اتباع وتنفيذ نهج منظم لتقييم إيذاء الذات في تحسين دقة عملية التقييم وشموليتها، إذ يجب أن يتضمن هذا النهج المنظم جمع معلومات عن تاريخ الفرد، بما في ذلك أي صدمة سابقة أو تجارب صعبة، بالإضافة إلى حالته الانفعالية الحالية والأساليب المحددة التي يستخدمها لإيذاء الذات، ووصف دقيق من قبله للأسباب الممكنة التي تدفعه لاتباع هذه السلوكيات، فمن المهم تقييم شدة إيذاء الذات وعوامل الخطر المرتبطة بالانتحار أو الوفاة(Mughal et al, 2023).

ويكون أطباء الأطفال أو الاختصاصيون النفسيون الذين يعملون في خدمات الاستجابة الطارئة نقطة الاتصال الأولى للأطفال أو المراهقين المعرَّضين للخطر، ويؤدّون دوراً حاسماً في التعامل مع حالات إيذاء الذات، فهم مسؤولون عن تحديد عوامل الخطر، واقتراح التدخلات المناسبة بحسب طبيعة العوامل، وتسهيل خيارات العلاج في المستقبل، وهذا ما يثبت اعتماد تشخيص إيذاء الذات أساساً على العرض السريري، واعتماد التخلّص منه على النهج العلاجي المتبّع مع الأخذ بالحسبان خطر تكرار الفعل واحتياجات الأفراد السريرية والذاتية والاجتماعية والجسدية، وبشكل عام، يتضَّمن إدارة حالات إيذاء الذات الخطوات الآتية:

1- إجراء فحص جسدي مباشر وتوفير الرعاية المباشرة اللازمة، مع الحرص على عدم تأخير التقييم الذاتي إلى ما بعد العلاج الطبي، إلا إذا كانت هناك حاجة ملحة لذلك في مواقف الإيذاء التي تهدّد الحياة.

2- يجب إزالة جميع الأدوية أو الأدوات التي قد تُستخدم في إيذاء الذات عند الاقتراب من الشخص، وهنا يظهر دور إساءة استخدام المواد المخدرة كعامل خطر قوي ومستقل لإيذاء الذات وتعزيز الميل للانتحار.

3- إجراء تقييم نفسي شامل، واستكشاف الأفكار المرتبطة بالتوجه نحو إيذاء الذات أو الانتحار، ويجب تمييز إيذاء الذات من محاولة الانتحار، ومن المهم تقييم الاكتئاب ومشاعر اليأس والسجل السابق والسجل الحالي من إيذاء الذات ومحاولات الانتحار، بالإضافة إلى توجيه الاهتمام إلى علامات القلق والاكتئاب لدى الشباب والمراهقين لأنّها من العوامل المهيّئة لهذه السلوكيات.

4- تقييم مستويات التوتر وإستراتيجيات التكيف المتبّعة، لضمان تقديم الدعم الأمثل، وخاصّة في سياق المراهقين، ومن المهم الحصول على معلومات من المصادر الموثوقة المقرّبة من الأفراد مثل الآباء أو المعلمين والمتخصصين، لتقييم احتمالية التكرار، ويجب الأخذ بالحسبان الطريقة المستخدمة في إيذاء الذات، لأنّ بعضها تُرتبط ارتباطاً مباشراً بزيادة خطر الانتحار.

5- تحديد الظروف وعوامل الخطر التي أدت إلى إيذاء الذات، سواء أكانت مرتبطة بالرغبة في الموت، أم بالهروب من المشاعر، أو الرغبة في جذب انتباه الآخرين، ويجب تمييز إيذاء الذات من محاولة الانتحار بوصفهما كيانين منفصلين لهما نوايا ووظائف مختلفة وطرائق تقييم وعلاج مستقلة (Do Nascimento Brás, et al , 2022, 2014) .

12.التدخلات العلاجية والإرشادية لخفض سلوكيات إيذاء الذات

قد تعيق الحواجز الشخصية والافتقار إلى معرفة المكان الذي يجب التوجه إليه للحصول على المساعدة في حالات إيذاء الذات فهذه السلوكيات قد تحدث على نحو انعزالي في مراحلها الأولى، ومن هذه العوائق القلق بشأن ما قد يفكر فيه الناس، أو الوصمة التي قد تلحقه، وعدم التأكد من كون الطفل/المراهق بحاجة إلى المساعدة، ومدى خطورة ما يقوم به؛ وهل هو عرض لمشكلة معينة أم مشكلة قائمة بحد ذاتها، وعدم التأكد من المكان الأنسب للحصول على المساعدة، وعدم القدرة على تحمّل تكاليفها، وعدم القدرة على إدارة الوصمة ذاتياً أو أسرياً، ووجود مشكلة في الوصول إلى خدمة ملائمة يمكن أن تساعده، أو الافتقار إلى إمكانية الوصول، وعدم امتلاك المعرفة الكافية بالصحة العقلية

واضطراباتها وتدخلاتها، وعدم الحضور إلى الموعد أو الالتزام به، وتفضيل التعامل مع الأمر بنفسه أو مع الأسرة/الأصدقاء، ورفض المساعدة، والاعتقاد بأنه لا يعاني من مشكلة، والاعتقاد بأن المشكلة ستتحسن من تلقاء نفسها (Runcan & Nadolu, 2020, 19-30).

إنَّ التدخلات العلاجية مع حالات إيذاء الذات تتمحور في أنواع رئيسية من التدخل، تشمل ما يأتي:

1- **التدخلات العلاجية الذاتية Self-therapeutic interventions:** وتشمل المناهج العلاجية المتنوّعة مثل العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج السلوكي الجدلي وغيرها من العلاجات النفسية:

أ- **العلاج الجدلي السلوكي: Dialectical Behavior Therapy (DBT-A):** يُعد العلاج السلوكي الجدلي للمراهقين نهجاً علاجياً مُصمماً لمرضى العيادات الخارجية لتلبية الاحتياجات النمائية للمراهقين، ويتألف من جلسات علاج فردية وجماعية أسبوعية لمدة سنة واحدة على الأقل، ويتضمن مشاركة الوالدين أو الأسرة ومقدّمي الرعاية، ويركز على محاولة تغيير أنماط التفكير السلبي وتعزيز التغييرات الإيجابية، ومساعدة المرضى على تطوير مهارات اليقظة الذهنية، وتحمل الضيق، والفعالية الشخصية، وتنظيم الانفعالات السلوكية، كأدوات علاجية رئيسية للتغلب على اضطراب الانفعالات الشامل والأفكار الانتحارية، وإيجاد طرائق أكثر ملاءمة للاستجابة للتوتر عبر تعليم المرضى مهارات التنظيم الانفعالي طويلة الأمد، وفعالية التواصل الفعال مع الآخرين، وهي مهارات أساسية لإدارة سلوكيات إيذاء الذات، فمقاومة الدوافع التي تثير السلوكيات التي تؤدي لإيذاء الذات، تثبت فاعليتها في تخفيف أعراض الشخصية الحدية (Kothgassner et al, 2021, P1058).

ب- **العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (CBT):** يكون العلاج المعرفي السلوكي (CBT) عادةً علاجاً فردياً للمرضى، ويحدث التحسّن من خلال مساعدة الشخص على تغيير طرائق استجابته لأفكاره التلقائية، وفك الارتباط بين أنماط التفكير السلبية والسلوكيات والمشاعر الناتجة عنه، ويساعد العلاج السلوكي المعرفي المراهقين على معالجة السلوكيات والأفكار غير التكيفية التي تُسهم في إيذاء الذات من خلال تحديد أنماط التفكير المشوهة ونواقص المهارات وتغييرها، كما يحسّن من تقدير الذات، والقدرة على حل المشكلات، وهما أمران أساسيان لإدارة

سلوكيات إيذاء الذات، باستخدام إستراتيجيات تخطيط الأنشطة، وتشجيع الأفراد على الانخراط في أنشطة ممتعة، ما تؤدي إلى تغييرات إيجابية في المواقف وتحسين المزاج، ومساعدة الأفراد على إدراك الأفكار المُختلّة، وتحدي التشوهات المعرفية المرتبطة بالأفكار الانتحارية، وتعديل المعتقدات السلبية عن أنفسهم والآخرين وعن المستقبل، وتغيير المزاج السلبي وتحسين المشاعر من خلال تصحيح الأفكار والمشاعر التلقائية والسلوكيات السلبية وغير المُفيدة الناتجة عن التجارب المؤلمة. (Vafaeinejad et al, 2024, P127)

ويساعد العلاج المعرفي الانفعالي الجماعي على تحسين التنظيم الانفعالي، ويتضمن هذا العلاج تعليم المرضى كيفية زيادة الوعي بمشاعرهم وتزويدهم بالمهارات اللازمة للتعامل معها، ويساعد المرضى على قبول المشاعر السلبية جزءاً من الحياة وعدم الاستجابة لهذه المشاعر بشكل مكثف ومندفع ومستثار وإيذاء أنفسهم.(Turner et al, 2014, 582)

ت- **العلاج بالمخطط (Schema Therapy):** يبرز الدور أهم لهذا النهج العلاجي في لاتعامل مع سلوكيات غيذاء الذات لأنّه يعتمد على تحديد المخططات اللا تكيفية المبكرة وأوضاع تنشيطها وإستراتيجيات التعامل أو الموجهة غير الوظيفية ثمَّ تعديلها، وتدعم الأدلة التجريبية فعالية علاج المخطط في تعطيل تنشيط المخططات اللا التكيفية وتنظيم التنظيم الانفعالي، وهي من الأسباب الشائعة لإيذاء الذات، وثّمة دراسات عدّة أظهرت فاعلية الأساليب العلاجية التي تركز على المخططات في تقليل الأعراض السلوكية الحدية حيث تسود سلوكيات إيذاء الذات، ومعالجة المشكلات ذات الصلة مثل العدوانية واضطراب الانفعالات، ويركز العلاج بالمخطط على تحديد وتعديل المخططات اللا التكيفية وتُسهم في عدم الاستقرار الانفعالي والسلوكيات المُدمرة للذات، ويساعد العلاج بالمخطط المراهقين على إدراك كيفية تأثير هذه المخططات (مثل التخلي/الهجر، وعدم الثقة/الإساءة) في سلوكهم وتطوير إستراتيجيات التعامل أو المواجهة غير التكيفية التي تستهدف أنماط التفكير والسلوك الراسخة في جذور الشخصية، ويُعلّمهم طرائق أكثر صحة للتعامل مع الضغوطات الانفعالية من خلال فنيات إعادة الهيكلة المعرفية، والتمارين التجريبية، والاستراتيجيات السلوكية التي تهدف إلى الحد من ردود الفعل الاندفاعية المرتبطة بإيذاء الذات، إذ يتعلم المراهقون إستراتيجيات تعامل ومواجهة تكيفيّة لاستبدال السلوكيات الضارة بسلوكيات أكثر صحّة، من خلال معالجة الأسباب الجذرية للضيق الانفعالي (مثل

الاحتياجات الانفعالية غير المُلباة أو المعتقدات اللا التكيفية)، كما يعزز المرونة لديهم ومهارات حل المشكلات على نحو صحّي، من خلال العمل على تعزيز الوعي الذاتي وفهم مشاعر الفرد وسلوكياته، ويُقلل من الحاجة إلى إيذاء الذات كآلية تكيفية غير صحية، (Ramshe et al, 2023, P43) وأثبت دمج العلاج بالمخطط مع العلاج السلوكي الجدلي (DBT) فاعليته في تعزيز مهارات التنظيم الانفعالي وتقليل حوادث إيذاء الذات بين المراهقين.

2- **التدخلات على مستوى الخدمة الذاتية الاجتماعية (Social self-service interventions)**

تشمل العديد من التدخلات المباشرة مثل إدارة الحالة، والاستشارة الفردية أو الجماعية بشأن المشكلات الشخصية أو المخاوف أو الضغوط، وكيفية إدارة مشكلات الطفل، والاستشارة لتعزيز العلاقات الأسرية، والتدخلات المنزلية أو الخارجية، ومعلومات عن المشكلات والعلاجات والخدمات، والتدخلات المكثفة، والعلاج طويل الأمد أو قصير الأمد، وتوفير دورات مهارات الأبوة والأمومة، والاستشارة المدرسية، ومجموعات الدعم، والرعاية المؤسسية المؤقتة. وتتميز هذه التدخلات بأنها الخطوات الأولى لاحتواء سلوكيات إيذاء الذات وتحديد المناهج العلاجية الأكثر ملاءمة لحالات الإيذاء المناسبة لكل فرد على نحو مستقل ويكون دورها فعالاً في الحد من الأفكار الانتحارية وإيذاء الذات لدى المراهقين وتعزيز مهارات التواصل وحل المشكلات. (Witt et al, 2025, P122) (Turner et al, 2014, 580)

3- **أنشطة الدّعم الخارجية (External support activities)**

يتم تنفيذ هذه الأنشطة ضمن إطار الخطة العلاجية المتبّعة مع المرضى، أو قد تكون مستقلة بحيث تحسّن من رغبة المريض بالتعافي والشفاء، فقضاء الوقت مع الأصدقاء أو أفراد الأسرة المقرَّبين قد يقلل من الرغبة في إيذاء الذات، وتطوير آليات التكيف الصحية، وبناء شبكة دعم قوية تتضمن المعالجين أو مجموعات الدعم يمكن أن تساعد الأفراد على إدارة دوافع إيذاء الذات وتخفيفها والتحّكم بها. (Miller et al, 2021, P3361) ، إنَّ خدمات الصحة النفسية الإلكترونية توفر حلاً فعالاً من حيث التكلفة مع انتشار استخدام الهواتف الذكية المتزايد ورخص ثمنها، ازداد الأطفال والمراهقين القادرين على امتلاك جهاز هاتف ذكي وتنزيل تطبيقات متعلقة بالصحة النفسية او التواصل مع المختصين للحصول على الخدمات التي يحتاجونها من قبلهم (Lim et al, 2019,4581).

الفصل الثالث:الإطار النظري

المحور الثاني: المخططات اللا تكيفية المبكرة

1- تعريف المخططات اللا تكيفية المبكرة (EMS)

2- خصائص المخططات اللا تكيفية المبكرة

3- أصول المخططات

4- مجالات المخططات

5- نموذج أوضاع المخططات اللا تكيفية المبكرة

6- أوضاع المخططات بوصفها حالات وسمات

7- عمليات المخطط

8- **بيولوجيا المخططات غير تكيفية المبكرة**

9- نظرية التعلق والمخططات اللا تكيفية المبكرة

10- العلاقة بين المخططات اللا تكيفية المبكرة وعلم النفس المرضي

المحور الثاني: المخططات اللا تكيفية المبكرة

1- تعريف المخططات اللا تكيفية المبكرة Early Maladaptive Schemas (EMS)

هي موضوعات أو أنماط واسعة الانتشار، تتألف من الذكريات والانفعالات والأفكار والأحاسيس الجسدية، وترتبط بالعلاقة مع الذات والآخرين، وتتشكّل خلال مرحلة الطفولة، وتبرز آثارها مع بداية البلوغ في مرحلة المراهقة، ويستمر نشاطها بتواتر وتكرار معيّن طوال الحياة، وتشير إلى اختلال وظيفي على المستوى النفسي والمعرفي بدرجة كبيرة، وتعكس المخططات هزيمة ذاتية تبدأ في وقت مبكر من تطور الفرد وتتكرر طوال الحياة، فسلوك الفرد ليس جزءاً من المخطط؛ بل إنَّ السلوكيات اللا تكيفية تتطور كردود فعل أو استجابة محدّدة لنشاط المخطط، فالسلوكيات مدفوعة بالمخططات وليست جزءاً منها (Young et al,2006, 7).

ولأنَّ المخطط في الأساس بنية معرفية منظَّمة تتجلى في سلوكيات ومشاعر وأفكار معينة، لا يمكن قياسه مباشرة؛ بل يمكن التقاطه من خلال تحليل التاريخ الشخصي للمريض، ومراقبة الإستراتيجيات التي يستخدمها في التعامل مع مواقف الحياة اليومية، وتظهر المخططات الصحية التكيفية البديلة عندما تلبي الاحتياجات الأساسية للأطفال، ما يسمح لهم بتطوير صورة إيجابية لأنفسهم والآخرين والمحيط الكلي على المستوى المعرفي، أما المخططات اللا تكيفية فتتطوّر بشكل مبكر عندما لا يتم تلبية الاحتياجات الأساسية للطفل. وعندما يتم تنشيط مخطط لا تكيفي، تنشأ عادةً مشاعر سلبية شديدة، مثل مشاعر التهديد والعجز في حالات مخططات الإساءة، أو الشعور بالوحدة في حالات مخططات التخلي/الهجر، وتؤدي إلى سلوكيات وردود فعل إشكالية، ويمكن أن تحدث إستراتيجيات أساسية عدّة للتعامل والمواجهة عند تنشيط مخطط ما، وقد تمَّ تحديد (18) مخططاً مختلفاً، وتصنيفها ضمن خمسة "مجالات" متشابهة مفاهيمياً، وتنشأ مجموعة كبيرة من "عمليات" المخطط المحتملة، التي يصعب التمييز بينها من عدد المخططات الثمانية عشر وآليات التعامل، فيصبح تصور الحالة وفهم المواقف الإشكالية معقداً للغاية عندما يُظهِر الشخص مستويات عالية من المخططات المتعددة (Jacob & Arntz, 2014, 5-6).

2- خصائص المخططات اللا تكيفية المبكرة characteristics of EMS

من المراجعات المستمرة للمخططات اللا تكيفية المبكرة وتأثيرها في صحة الأشخاص النفسية، تم تحديد أقوى أربعة مخططات وأكثرها تأثيراً من المخططات اللا تكيفية المبكرة الشاملة ذات (18) مخطط وهي:

- مخطط التخلي/الهجر Abandonment/Instability
- مخطط الإساءة/ عدم الثقة Mistrust/Abuse
- مخطط الحرمان الانفعالي Emotional Deprivation
- مخطط الخزي/العار Defectiveness

وفُسِّرت قوّة هذه المخططات بأنَّ المرضى الذين طوّروا هذه المخططات، اختبروا خبرات راضّة قاسية في طفولتهم من التخلّي، وسوء المعاملة أو الإهمال أو الرفض، وفي مرحلة البلوغ، تتحفّز مخططاتهم من خلال أحداث الحياة التي يدركونها (على نحو غير واعٍ) على أنها مشابهة للتجارب الصادمة في طفولتهم، وفي حالة تنشيط أحد هذه المخططات، يواجه المرضى مشاعر سلبية قوية، مثل الحزن أو العار أو الخوف أو الغضب، ومع ذلك؛ لا تستند جميع المخططات إلى صدمة الطفولة أو سوء المعاملة، إذ يمكن للفرد تطوير مخطط الاعتمادية / عدم الكفاءة دون التعرض لحالة واحدة من صدمة الطفولة، بل ربما يكون الفرد قد تمَّت حمايته بشكل زائد ومبالغ فيه طوال فترة الطفولة، ومع ذلك، على الرغم من عدم وجود الصدمة في جميع المخططات، إلا أنها ذات أثر مدمّر في التوافق النفسي للفرد، ومعظمها ناتج عن خبرات قاسية مبكرة، تتكرر وتترك آثاراً تراكمية طوال فترة الطفولة والمراهقة، ، فالمخططات اللا تكيّفية تكافح من أجل البقاء، وهذا نتيجة الدافع البشري للثبات والاستقرار. (Young et al, 2006, 8-9).

ومع أنّ المخططات تسبّب المعاناة، إلا أنَّ المريض يعّدها مريحة ومألوفة ويعتادها، وتتشكّل على نحو شعور صحيح ومألوف ومُرضٍ، إذ يشعر الناس بالانجذاب إلى الأحداث التي تؤدي إلى ظهور مخططاتهم على نحو لا شعوري، وهو أحد أسباب صعوبة تعديل المخططات في مرحلة معينة من العلاج، إذ تصبح الطبيعة غير الوظيفية أو المختلّة للمخططات أكثر وضوحاً في وقت لاحق من الحياة، وخاصة عندما يستمر المرضى في إدامة مخططاتهم وتفعيلها في

تفاعلاتهم مع الأشخاص الآخرين بسبب اعتيادهم عليها، وغالباً ما تكمن المخططات اللا تكيفية المبكرة وطرائق الاستجابة اللا تكيفيّة التي يتعلم المرضى من خلالها كيفية التعامل معها في ظهور أعراض مجموعة من الاضطرابات النفسية المزمنة مثل القلق والاكتئاب وتعاطي المخدرات والاضطرابات النفسية الجسدية، ولأنّ المخططات اللا تكيفية المبكرة ذات أبعاد وأنماط كثيرة، تنعكس عبر مستويات مختلفة من الشدّة والانتشار لدى كل شخص، فكلما زادت حدّة المخطط، زاد عدد المواقف التي تنشطه وتفعلّه، فإذا تعرض الفرد للنقد المستمر المتكرّر والمتطرّف في طفولته المبكرة من قبل الوالدين، فمن المحتمل أن يؤدي تواصل هذا الفرد مع أي شخص إلى تشغيل مخطط الخزي أو العار لديه، فإذا تعرض الفرد لنقد حتى لوكان عرضياً أو بسيطاً أو أخف حدّة وتكراراً في مراحل بلوغه يقوم هذا الفرد بتنشيط المخطط لاحقاً في الحياة؛ وكلما كان المخطط أكثر شدة، زاد التأثير السلبي في أحداث حياته وتفاعله معها عند تشغيل المخطط وطول مدة استمراره، وتؤثّر مخططات الوالدين أو مقدّمي الرّعاية في ممارسات التربية لأطفالهم، ما يُديم دورات من الخلل النفسي المنتقلة من الأسرة للطفل عبر أكثر من جيل، فعلى سبيل المثال، قد يُفرط مُقدمو الرعاية الذين لا تُلبى احتياجاتهم الانفعالية في حماية أطفالهم أو يُهملونهم، ما يُعزز مخططات مماثلة في الجيل التالي، ويتجلّى هذا الانتقال بشكل خاص في العائلات التي تعاني من مشكلات في الصحة النفسية للأمهات، إذ تُعزز تجارب الطفولة السيئة والمخططات بعضها (Thimm, 2010, P175-378) ، (Sojta & Strzelecki, 2023, P13).

3- أصول المخططات The origins of schemas

تتشكّل المخططات بشكل مبكر وتتجذّر مع مرور الوقت في البنية المعرفية للأشخاص، ومن أهم العوامل المرتبطة بتشكيلها وتطوّرها ما يأتي:

أ- التنشئة الاجتماعية Social upbringing

يتعلّم الأفراد تطوير المشاعر والاستجابة لها من خلال ملاحظة كيفية استجابة الآباء والآخرين لمشاعرهم، إذ تؤسس التنشئة الاجتماعية المبكرة المخططات الانفعالية التي قد تسيطر على الأداء الشخصي للطفل وتنظيم انفعالاته طوال الحياة، ويعترف نموذج المخططات اللا تكيفية المبكرة بأهمية أسلوب التعلّق واستجابة الوالدين لتعبير الرضيع عن

الضيق والانزعاج إذ يختلف الرضَّع في أسلوب التعلق سواء القَلِق أو المتناقض أو الآمن، وغالباً ما تعكس أنماط التعلق هذه مدى استجابة مقدّم الرّعاية الأساسي لمشاعر الطفل، إذ ترتبط أنماط التعلق بعمليات تنظيم الانفعالات الفعالة في مرحلة الطفولة بشكل أساسي.

إنَّ نموذج المخططات اللا تكيفية المبكرة في دراسته لتأثير عومل البيئة يدرك أهمية كيفية استجابة الأفراد (الشركاء والأصدقاء وأفراد الأسرة) السابقة في تحديد السمة الحالية لمشاعر البالغ، وتتمثّل أهم الأساليب والإستراتيجيات المبكرة المؤثرة من قبل الأشخاص المهمين في بيئة الطفل بالحالة المعرفية والانفعالية الآنية للبالغ فيما يأتي:

- إستراتيجية رافضة Dismissive strategy تنفي أهمية مشاعر الطفل ولا توليها الأهمية أو الإشباع.
- نمط القسوة cruel style عبر النقد المستمر أو السيطرة المفرطة على مشاعر الطفل.
- نمط المختلّ الانفعالي Dysregulated عندما يكون الآباء غارقين في مشاعرهم الشخصية ويرفضون أو لا يشبعون مشاعر الطفل.
- نمط التدريب الانفعالي Emotional Coaching مساعدة الطفل وتحفيزه إلى التعبير عن المشاعر وتحديدها والتمييز بين المشاعر وحل المشكلات، أو تعليمه كيفية التفاعل الفعال مع الأقران والآخرين وتوكيد الذات. (Leahy, 2018, 71-73)

ب- **الاحتياجات الانفعالية الأساسية Core Emotional Needs**: المخططات ناتجة عن الاحتياجات الانفعالية الأساسية غير الملبّاة في مرحلة الطفولة، ومن هذا المنطلق يتم افتراض وجود خمسة احتياجات عاطفية أساسية للبشر، وهي:

- تأمين التعلّق بالآخرين (بما في ذلك الأمان والاستقرار والرعاية والقبول).
- الاستقلالية والكفاءة والشعور بالهوية الشخصية.
- حرية التعبير عن الحاجات والمشاعر الصحيحة.
- العفوية والحرية واللعب.

- الحدود الواقعية وضبط النفس.

وهذه الاحتياجات عالمية ومشتركة بين كل البشر ومع أنَّ بعض الأفراد لديهم احتياجات أقوى من غيرهم، يستطيع الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية تلبية هذه الاحتياجات الانفعالية الأساسية على نحو تكيفي، إذ يؤدّي التفاعل السلبي بين مزاج الطفل الفطري والبيئة المبكرة في مرحلة الطفولة إلى إحباط هذه الاحتياجات الأساسية بدلاً من إشباعها، ومن هذا المنطلق يهدف العلاج بالمخطط إلى مساعدة المرضى على إيجاد طرائق تكيفية لتلبية احتياجاتهم الانفعالية الأساسية.

ج- **تجارب الحياة المبكرة Early Life Experiences**، إنَّ تجارب الطفولة السامّة هي الأصل الأساسي للمخططات اللا تكيّفية المبكرة، وعادة ما تنشأ المخططات التي تتطور في وقت مبكر عادة على نحوٍ قوي في الأسرة الأصلية، إذ إنَّ ديناميكيات التفاعل ضمن أسرة الطفل هي ديناميكيات العالم المبكر لهذا الطفل بأكمله من وجهة نظره، وعندما يجد المرضى البالغون أنفسهم في مواقف حياتية تسهم في تنشيط مخططاتهم المبكرة، فإن ما يمرون به عادة هو تمثيل لخبرات طفولتهم القاسية في تفاعلاتهم مع أحد الوالدين أو إعادة استحضار واقعي له، إضافة إلى تأثير الديناميكيات الأخرى المحتملة، مثل الأقران، والمدرسة، والمجموعات في المجتمع، والثقافة المحيطة التي قد تعزّز أو تخفف من احتمالية تطوير هذه المخططات. (Young et al,2006, 10-12) (May et al, 2022, P1163)

وقد لوحظ أربعة أنواع من تجارب الحياة المبكرة التي تعزز اكتساب المخططات، وهي:

- الإحباط السام للاحتياجات toxic frustration of needs : يحدث هذا عندما يختبر الطفل القليل جداً من الأشياء الإيجابية الجيدة في حصوله على احتياجاته الأساسية، ويكتسب مخططات مثل الحرمان الانفعالي أو التخلي/الهجر بسبب ما يختبره من العجز في البيئة المبكرة، حيث تفتقد بيئة الطفل شيئاً مهماً، مثل الاستقرار أو التفاهم أو الحب، في هذه العملية، ويتلقى الطفل اهتماماً غير كافٍ من الآخرين المهمين وخاصة مقدّمي الرّعاية.
- الصدمة أو الإيذاء traumatization or victimization هنا يتعرض الطفل للأذى أو الإساءة ويطوّر مخططات مثل الإساءة / عدم الثقة، الخزي / العار، أو قابلية التعرّض للأذى، ويتعرّض الطفل لحدث صادم أو راض ليصبح ضحية لموقف خطير غير قادر على التعامل معه أو استيعابه.

- النقص في الخبرات الإيجابية للاستقلالية Lack of Positive Experiences to independence: قد يزوّد الوالدان طفلهما بالكثير من الأشياء التي تعد صحية للطفل ولكن على نحو مفرط ومبالغ فيه، ما يطوّر مخططات مثل الاعتمادية/عدم الكفاءة أو الاستحقاق/العظمة، على سبيل المثال، نادراً ما يتعرض الطفل لسوء المعاملة، بدلاً من ذلك، فإن الطفل مدلل بشكل مفرط أو منغمس بتبعية والديه تبعية يحرمه من تلبية الاحتياجات الانفعالية الأساسية للطفل للاستقلالية أو الحدود الواقعية، فيشارك الوالدان بشكل مفرط في حياة الطفل وحمايته، أو قد يمنح الطفل درجة مفرطة من الحرية والاستقلالية دون أي قيود، كما يحدث عندما يتلقى الطفل الكثير من الاحتواء والدّعم من الأشخاص الآخرين المهمين، فيقدم الآباء أو مقدمو الرعاية دعماً مفرطاً يمنع الطفل من إنشاء أساس متين لرعاية ذاته وتوكيدها، ويؤدي إلى الفشل في تطوير الاستقلال والحدود الواقعية.
- الاستيعاب الانتقائي أو التعرف على الآخرين المهمين selective internalization or identification with significant others، يحدد الطفل بشكل انتقائي أفكار الوالدين ومشاعرهم وخبراتهم وسلوكياتهم ويستوعبها، على سبيل المثال، من المحتمل ألا يستوعب الطفل المصاب باضطراب المزاج الأسلوب المتفائل للوالد في التعامل مع مواقف الفشل أو سوء الحظ، إذ يتعارض سلوك الوالدين مع تصرفات الطفل بحيث لا يستطيع الطفل استيعابها، هنا، لا يستوعب الطفل أو يتماهى مع جميع جوانب الأشخاص المهمين الآخرين، بل يستوعب بشكل انتقائي خصائص محددة مماثلة لفهمه للمواقف واستجابته لها.(Shorey et al, 2012, P430) (Gök, 2012, P3)

ت- المزاج الانفعالي Emotional Temperament

المزاج الانفعالي للطفل مهم بشكل خاص، إذ يتمتع كل طفل بشخصية خاصّة أو مزاج فريد ومميز به منذ الولادة، فيكون بعض الأطفال أكثر عصبية، وبعضهم أكثر خجلاً، وبعضهم أكثر عدوانية، وهناك قدر كبير من الأبحاث التي تدعم أهمية الأسس البيولوجية للشخصية في التفاعل مع خبرات الحياة المبكرة، وفيما يأتي بعض أبعاد المزاج الانفعالي التي يُفترض أنها قد تكون فطرية إلى حد كبير وغير قابلة للتغيير نسبياً من خلال العلاج النفسي وحده وهي:

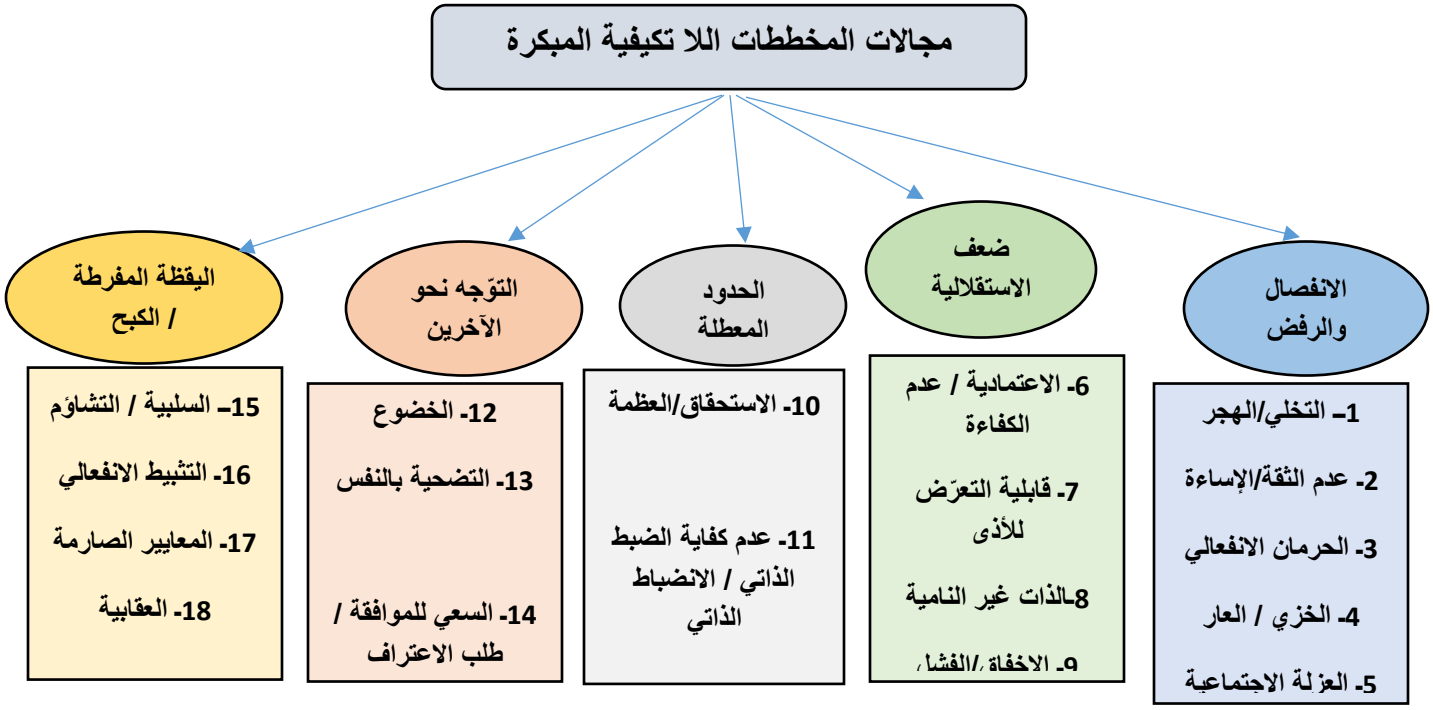
- المتقلّب مقابل غير التفاعلي.

- المتشائم مقابل المتفائل.
- القَلِق مقابل الهادئ.
- المهووس مقابل سريع تشتت الانتباه.
- السلبي مقابل العدواني.
- العصبي الانفعالي مقابل المَرِح والمبتهج.
- الخجول مقابل الاجتماعي.

ويتفاعل المزاج الانفعالي مع أحداث الطفولة المؤلمة في تكوين المخططات ضمن مواقف الحياة المختلفة، فقد يكون الطفل العدواني أكثر عرضة للإيذاء الجسدي من الوالد العنيف العقابي مقارنة بالطفل السلبي الذي يسترضي طوال الوقت، فالمزاجات المختلفة تجعل الأطفال عرضة بشكل مختلف لظروف الحياة المتشابهة، فبالنظر إلى نفس المعاملة الأبوية، قد يتفاعل طفلان بشكل مختلف تماماً، على سبيل المثال ولدان رفضتهما والدتهما، يختبئ الطفل الخجول من العالم ويصبح منعزلاً بشكل متزايد ويعتمد على أمه؛ أمّا الشخص الاجتماعي فيغامر بالخروج ويكوّن علاقات خارجية أخرى أكثر إيجابية، وفي الواقع، ثبت أن التواصل الاجتماعي سمة بارزة للأطفال المرنين أو الصامدين resilient children، الذين يزدهرون على الرغم من سوء المعاملة أو الإهمال، مقابل الأطفال الخجولين أو الانسحابيين، لذلك يمكن للبيئة المبكرة المواتية أو المكرهة أن تتجاوز المزاج الانفعالي إلى حد كبير، فقد تجعل البيئة المنزلية الآمنة والمحبَّة الطفل الخجول ودوداً للغاية في العديد من المواقف؛ وبدلاً من ذلك، إذا كانت البيئة المبكرة ترفض الطفل، فقد يصبح الطفل الاجتماعي منسحباً، وبالمثل، فإن الحالة المزاجية الانفعالية المتطرفة يمكن أن تطغى على البيئة العادية وتنتج اضطرابات صحة نفسية دون مبرر واضح في تاريخ المريض(Young et al,2006, 10-12) (Gökdağ & Yildirim, 2023, P162).

4- مجالات المخطط Schema Domains

تتجمّع المخططات اللا تكيفية المبكرة وعددها (18) مخططاً فرعياً ضمن (5) فئات تطوّرية واسعة من المخططات كبيرة الأثر التي تسَّمى مجالات المخطط (Schema Models)، ويمثّل كل مجال من المجالات الخمسة مكوناً هامّاً لاحتياجات الطفل الأساسية، وتتداخل المخططات مع محاولات الطفل لتلبية الاحتياجات الأساسية وإيجاد طرائق للتكيّف معها داخل كل مجال، (العاسمي والزعبي، 2022، ص255) وفيما يأتي عرض لمجالات المخطط:



الشكل التوضيحي (2) مجالات المخططات اللا تكيفية المبكرة

المجال الأول: الانفصال والرفض (Disconnection and Rejection) وهو التوَّقع بأنَ احتياجات الشخص للأمان والسلامة والاستقرار والرعاية والتعاطف ومشاركة المشاعر والقبول والاحترام لن يتم تلبيتها بطريقة يمكن التنبؤ بها، حيث يكون الأصل العائلي النموذجي له منفصلاً، بارداً، مرفوضاً، مقيّداً، وحيداً، أو مسيئاً، ويتضّمن هذا المجال المخططات الفرعية التالية:

1- التخلي/الهجر (Abandonment/Instability) ويتمثل بعدم الاستقرار الملحوظ أو عدم الموثوقية بالأشخاص المتاحين للدعم والتواصل في محيطه الأقرب، إذ ينطوي على الشعور بأنَّ الآخرين المهمين له لن يكونوا قادرين على الاستمرار في تقديم الدعم الانفعالي، أو التواصل الفعال، أو القوة أو الحماية له لأنهم غير مستقرَّين عاطفياً ولا يمكن التنبؤ بهم (على سبيل المثال، يظهرون نوبات غضب متكرّرة)، أو غير موثوق بهم، أو حاضرون بشكل غير منتظم؛ وترتبط هذه الأفكار بالتوّقع بأنَّهم سيموتون قريباً أو أنهم سيتخلون عنه لصالح شخص أفضل منه.

2- عدم الثقة/الإساءة (Mistrust/Abuse) تَّوقع أن الآخرين سوف يؤذونه أو يسيئون له أو يذلّونه أو يغشونه أو يكذبون عليه أو يتلاعبون به أو يستغلونه، ويترافق مع تصوَر أنَّ الضرر الموّجه له متعمَّد أو ناتج عن إهمال شديد وغير مبرّر، ويتضمن الإحساس بأن الشخص ينتهي به الأمر دائماً إلى التعرّض للخداع والخذلان مقارنة بالآخرين.

3- الحرمان الانفعالي (Emotional Deprivation) توّقع أنَّ رغبة المرء في الحصول على درجة طبيعية من الدعم الانفعالي لن يتم تلبيتها بشكل كافٍ من قبل الآخرين، وتتمثّل الأشكال الثلاثة الرئيسية للحرمان بما يأتي:

- الحرمان من الرعاية: غياب الاهتمام، أو المودة، أو الدفء، أو الرأفة بمّن حولهم.
- الحرمان من التعاطف: غياب الفهم أو الاستماع أو الإفصاح عن الذات أو المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين.
- الحرمان من الحماية: غياب القوة أو التوجيه أو الإرشاد من الآخرين المقرّبين.

4- **الخزي/العار (Defectiveness/ Shame)** الشعور بأنَّ المرء معيب أو سيئ أو غير مرغوب فيه، أو أدنى من سواه أو غير صالح في جوانب مهمة، أو أنه سيكون غير محبوب أو متقبّل من قبل الآخرين المهمين، وقد ينطوي على فرط الحساسية للنقد والرفض واللوم؛ والوعي الذاتي بالنقص والمقارنات مع الآخرين، أو الشعور بالخجل بشأن العيوب التي يدركها المرء وليس سواه، وقد تكون هذه العيوب خاصة بصفاته النفسية (مثل الأنانية والاندفاعات الغاضبة والرغبات الجنسية غير المقبولة) أو بصفاته الخارجية (مثل المظهر الجسدي وطريقة كلامه وتواصله مع غيره).

5- العزلة الاجتماعية/الاغتراب (Social Isolation/ Alienation) الشعور بأنَّ الشخص منعزل عن بقيّة العالم، ومختلف عن الآخرين، و/أو غير منتمٍ إلى أي مجموعة أو مجتمع، وينبع هذا المخطط في الأغلب من تجارب مبكرة

في بيئات عائلية باردة أو رافضة أو مهملة، حيث لم تُلبَّ الاحتياجات الانفعالية للحب والأمان والانتماء، وقد يشعر الأفراد الذين يعانون من هذا المخطط بوحدة عميقة حتى وهم محاطون بالناس، ويكافحون من أجل تكوين علاقات هادفة، وينظرون إلى أنفسهم كغرباء مع الشعور بالوحدة، وصعوبة الثقة بالآخرين وتكوين علاقات وطيدة، ويمكن أن يستمر هذا المخطط حتى مرحلة البلوغ، ويؤثر في التكيف الاجتماعي والصحة النفسية, (Shi et al, 2024, P931)

المجال الثاني: ضعف الاستقلالية والأداء (Impaired Autonomy and Performance) توقعّات سلبية حول الذات والبيئة الخارجية تتداخل مع قدرة الشخص المتصورَّة على الاستقلالية، والبقاء، والعمل المنفرد، أو الأداء بنجاح وإنجاز، وعادةً ما يكون أصل الأسرة متشابكاً وحدودها غير واضحة، ما يقوّض ثقة الطفل بنفسه نتيجة الإفراط في حمايته، أو الفشل في تعزيز الطفل لأدائه بكفاءة خارج الأسرة، ويتضّمن المخططات الفرعية التالية:

6- الاعتمادية / عدم الكفاءة (Dependence/ Incompetence) الاعتقاد بأنَّ المرء غير قادر على التعامل مع مسؤولياته اليومية بطريقة كفؤة، دون مساعدة كبيرة من الآخرين (مثلاً، الاعتناء بالذات، وحل المشكلات اليومية، وممارسة المحاكمة المنطقية الجيدة، ومعالجة المهام الجديدة، واتخاذ القرارات المناسبة) فيظهر عاجزاً وغير قادر.

7-قابلية التعرّض للأذى أو المرض (Vulnerability to harm or illness) يظهر من خلال الخوف المبالغ فيه من وقوع كارثة وشيكة في أي وقت، مع عدم قدرة المرء على منعها أو التعامل معها، إذ تتركّز المخاوف في واحد أو أكثر من الموضوعات الآتية:

- الكوارث الطبية: مثل النوبات القلبية، الإيدز أو أية أمراض خطيرة أخرى.
- الكوارث الانفعالية: مثل الجنون أو نوبات الهلع أو فقدان السيطرة على الذات.
- الكوارث الخارجية: مثل انهيار المباني، أو وقوع ضحايا من قبل المجرمين، أو حوادث الطائرات أو كوارث أخرى.

8- الذات غير النامية (المتطوّرة) / الانغماس (التشابك) (Enmeshment/ Undeveloped Self) يتسّم بالانخراط الانفعالي المفرط، والقرب من واحد أو أكثر من الأشخاص المهمّين (غالباً من الوالدين)، على حساب التفرّد الكامل بشخصيته وذاته أو تطوره الاجتماعي الطبيعي، وينطوي في الأغلب على الاعتقاد بأنَّ واحداً على الأقل من

الأفراد المتعلق بهم أو المتورّط معهم لا يمكنه البقاء على قيد الحياة أو أن يكون سعيداً دون الدعم المستمر من الآخر، وقد يشمل أيضاً الشعور بالاختناق أثناء تواجده مع الآخرين أو الاندماج معهم، أو عدم كفاءة الهوية الفردية المستقلّة، فيشعر بالفراغ والتخبّط، وليس له اتجاه و سبب، أو في الحالات القصوى يشكك في وجود المرء.

9- الإخفاق/الفشل (Failure) الاعتقاد المستمر بأنَّ المرء قد فشل، أو سيفشل حتماً، أو أنه غير ملائم بشكل أساسي، أو ذو أهميّة بالنسبة لأقرانه، وخاصّة في مجالات الإنجاز (المدرسة، المهنة، الرياضة، إلخ)، وينطوي في الأغلب على الاعتقاد بأن المرء غبي، وغير كفء، وغير موهوب وجاهل مقارنةً بغيره، وذو مكانة منخفضة، وأقل نجاحاً من الآخرين، وما إلى ذلك (Bojed & Nikmanesh et al, 2013, 72) .

المجال الثالث: الحدود المعطلة (Impaired Limits) وتتمثّل بالقصور في الحدود الذاتية الشخصية، أو المسؤولية تجاه الآخرين، أو التوجّه نحو هدف طويل الأمد، ما يؤدي إلى صعوبة احترام حقوق الآخرين وحدودهم أو التعاون معهم، أو تقدير مساحته الشخصيّة في تفاعله معهم، أو تقديم الالتزامات تجاههم، أو تحديد الأهداف الشخصية الواقعية وتحقيقها، ويتميز الأصل العائلي النموذجي لهذا النمط بالسّماح المفرط، والمبالغة بالاهتمام، والافتقار إلى التوجيه، أو الشعور بالتفوق – بدلاً من المواجهة المناسبة والانضباط والقيود فيما يتعلق بتحمل المسؤولية، والتعاون بطريقة تبادلية مع الآخر، وتحديد الأهداف بحكمة، وفي بعض الحالات، قد لا يكون الطفل قد تمَّ دفعه للتسامح مع المستويات الطبيعية من الانزعاج، أو ربما لم يتم منحه إشرافاً أو توجيهاً مناسباً، ويتضّمن المخططات الفرعية التالية:

10- الاستحقاق/العظمة (Entitlement/ Grandiosity) الاعتقاد بأنه شخص متفوَّق على الآخرين؛ يحق له التمتع بحقوق وامتيازات خاصة؛ أو غير ملزَم بقواعد المعاملة بالمثل التي توّجه التفاعل الاجتماعي الطبيعي، وينطوي في الأغلب على الإصرار بأنه قادر على فعل ما يرغب، والحصول على ما يريده، بغض النظر عما هو واقعي أو ما يعدّه الآخرون معقولاً، أو عن التكلفة التي يتحملّها الآخرون؛ أو يكون عبر التركيز المبالغ فيه على التفوق (أن يكون من بين الأكثر نجاحاً وشهرة وثراءً) وتحقيق القوّة أو السيطرة، كما يتضمن أحياناً التنافس المفرط تجاه الآخرين أو

الهيمنة عليهم وتأكيد قوته، أو فرض وجهة نظره، أو التحكم في سلوك الآخرين على نحو يتماشى مع رغباته دون إبداء التعاطف أو الاهتمام أو الاعتبار لاحتياجات الآخرين أو مشاعرهم.

11- عدم كفاية الضبط الذاتي / الانضباط الذاتي (Insufficient Self-control/Self-discipline) ويتمثّل بصعوبة أو رفض ممارسة ضبط الذات الكافي، وتحمل الإحباط عند تحقيق الأهداف الشخصية، أو كبح التعبير المفرط عن مشاعر الفرد ودوافعه، وفي شكله الأكثر اعتدالاً، يقدم المريض تركيزاً مبالغاً فيه على تجنب الانزعاج؛ كتجنب الألم أو الصراع أو المواجهة أو المسؤولية أو الإرهاق على حساب الوفاء الشخصي أو الالتزام أو النزاهة (Pellerone et al, 2016, 302) .

المجال الرابع: التوّجه نحو الآخرين (Other-Directedness) التركيز المفرط على رغبات الآخرين ومشاعرهم واستجاباتهم، على حساب الاحتياجات الشخصية من أجل كسب الحب والقبول، والحفاظ على إحساس المرء بالارتباط مع الآخرين، أو تجنّب الانتقام، وينطوي عادةً على قمع المشاعر، ونقص الوعي بشأن غضب الفرد وميوله الطبيعية، ويعتمد أصل الأسرة النموذجي لهذا المجال على القبول المشروط؛ إذ يجب على الأطفال قمع جوانب مهمة من أنفسهم من أجل كسب الحب والاهتمام والقبول، وفي العديد من هذه العائلات، تتمركز احتياجات ورغبات الوالدين الانفعالية أو الاجتماعية حول القبول والمكانة المشروطة، ويتم تقديرها والتركيز عليها أكثر من الاحتياجات والمشاعر الفريدة لكل طفل، ويتضّمن المخططات الفرعية التالية:

12- الخضوع (Subjugation) التخلي المفرط لسيطرة الآخرين عليه، لأن المرء يشعر بالإكراه وبأنّه أدنى من غيره، وعادة يفعّل هذا المخطط لتجنَّب الغضب أو الانتقام أو الهجر، ويتمثّل الشكلان الرئيسيان للخضوع بما يأتي:

أ. خضوع الحاجات: من خلال قمع ما يفضله المرء وقراراته ورغباته.

ب- خضوع المشاعر: قمع التعبير الانفعالي، وخاصة الغضب أو الانزعاج.

ينطوي عادةً على تصَّور أنَّ رغبات المرء وآراءه ومشاعره ليست صالحة أو مهمة للآخرين، ويظهر بشكل متكرر على أنه امتثال مفرط لهم، مصحوب بفرط الحساسية للشعور بالحصار، ويؤدّي بشكل عام إلى تراكم الغضب الذي يتجلى

في أعراض سوء التكيف (على سبيل المثال، السلوك العدواني، نوبات الغضب، الأعراض النفسية الجسدية، كبت المشاعر، تعاطي المخدرات).

13- التضحية بالنفس (Self-sacrifice) التركيز المفرط على تلبية احتياجات الآخرين طواعية في المواقف اليومية، على حساب إرضاء الفرد لحاجاته ورغباته، وتتمثّل الأسباب الأكثر شيوعاً له في: منع التسبب بالألم للآخرين؛ وتجنب الإحساس بالذنب بسبب الشعور بالأنانية؛ أو للحفاظ على التواصل مع الآخرين الذين يُنظر إليهم على أنهم محتاجون، وغالباً ما ينتج عن حساسية حادة تجاه آلام الآخرين، ويؤدي أحياناً إلى الشّعور بأنَّ احتياجات المرء الخاصة لا يتم تلبيتها بشكل مناسب، وإلى الاستياء من الذين يتم الاعتناء بهم (يتداخل مع مفهوم الاعتماد المتبادل).

14- السعي للموافقة/ طلب الاعتراف (Approval seeking/ Recognition seeking) التركيز المفرط على اكتساب الموافقة أو الاعتراف أو الاهتمام من قبل الأشخاص الآخرين، أو التوافق معهم، على حساب تطوير شعور آمن وحقيقي بالذات، ويعتمد إحساس المرء بالاحترام والتقدير في المقام الأول على ردود أفعال الآخرين وليس على الميول الطبيعية الخاصّة، ويتضمن أحياناً التركيز المفرط على المكانة أو المظهر أو القبول الاجتماعي أو المال أو الإنجاز وسيلة لكسب الموافقة أو الإعجاب أو الاهتمام من قبلهم (ليس في المقام الأول بهدف للسلطة أو السيطرة)، ويؤدي في كثير من الأحيان إلى قرارات حياتية رئيسية غير صادقة أو غير مرضية؛ أو تؤدّي إلى فرط الحساسية للرفض من قبلهم .(Eksi et al, 2020, P125)

المجال الخامس: اليقظة (الحذر) المفرطة/الكبح (Over vigilance and Inhibition) التركيز المفرط على قمع المشاعر والدوافع والخيارات العفوية، أو على الامتثال للقواعد والتوقعات الصارمة حول الأداء والسلوك الأخلاقي على حساب السعادة أو التعبير الحر عن الذات أو الارتياح أو العلاقات الوثيقة أو الصحيحة، ويتميّز الجو العام للأسرة النموذجية الأصل بأنّه سوداوي وقاتم ومتطّلب وعقابي في كثير من الأحيان، إذ يكون المرء مُطالَباً بالأداء المثالي والكمال، ويسود اتباع القواعد والضوابط وإخفاء المشاعر وتجنب الأخطاء على مشاعر المتعة والفرح والاسترخاء، وعادةً

ما يكون هناك تيّار خفي من التشاؤم والقلق متمّثل بأنَّ الأشياء يمكن أن تنهار إذا فشل المرء في توخي اليقظة والحذر في جميع الأوقات، ويتضّمن المخططات الفرعية التالية:

15- السلبية/التشاؤم (Negativity/ Pessimism) وهو تركيز واسع النطاق مدى الحياة على الجوانب السلبية للحياة (الألم، الموت، الخسارة، خيبة الأمل، الصراع، الذنب، الاستياء، المشكلات التي لم يتم حلها، الأخطاء المحتملة، الخيانة، الأشياء التي يمكن أن تزداد سوءاً، وما إلى ذلك) مع تقليل أو إهمال الجوانب الإيجابية أو المتفائلة، يتضمن عادةً توقعًّاً مبالغاً فيه ضمن مجموعة واسعة من المواقف المهنية والمواقف التي لها علاقة بالمال أو العلاقات الشخصية بأنَّ الأمور ستسوء بشكل خطير في النهاية، أو أنَّ جوانب حياة المرء التي يبدو أنها تسير على ما يرام ستنهار في النهاية، ينطوي عادةً على خوف مفرط من ارتكاب الأخطاء التي قد تؤدي إلى الانهيار، أو الخسارة، أو الإذلال، أو الوقوع في وضع سيئ، بسبب المبالغة في النتائج السلبية المحتملة، ويتسم هؤلاء المرضى في كثير من الأحيان بالقلق المزمن أو اليقظة أو الشكوى أو التردد.

16- التثبيط الانفعالي: (Emotional inhibition) المنع المفرط للأفعال التلقائية أو الشعور أو التواصل لتجنب استنكار الآخرين، أو الشعور بالخزي أو فقدان السيطرة على دوافع الفرد، وتشمل أكثر مجالات التثبيط شيوعاً ما يلي:

- تثبيط الغضب والعدوانية.
- تثبيط النبضات الإيجابية (كالفرح، المودة، الإثارة الجنسية، اللعب).
- صعوبة التعبير عن الضعف، أو التواصل بحرية حول مشاعر المرء واحتياجاته وما إلى ذلك.
- التركيز المبالغ فيه على العقلانية مع تجاهل المشاعر الطبيعية.

17- المعايير الصارمة (لا هوادة فيها)/النقد المفرط: (Unrelenting standards/ hyper criticalness)

يكمن الاعتقاد الأساسي في أنَّه يجب على المرء أن يسعى جاهداً لتلبية معايير داخلية عالية للغاية للسلوك والأداء لتجنب النقد أو الملاحظات من الآخرين، ويؤدي عادةً إلى الشعور بالضغط أو الصعوبة في الهدوء والعمل بارتياح؛ أو

في انتقاد الذات والآخرين، وينطوي على ضعف كبير في مشاعر المتعة، والاسترخاء، والصحة، وتقدير الذات، والشعور بالإنجاز، أو العلاقات المُرضية، وتظهر المعايير الصارمة في الأشكال الآتية:

- السعي للكمال، مع الاهتمام المفرط بالتفاصيل، أو التقليل من مدى جودة أداء الفرد مهما كان.
- الإفراط بالامتثال للقواعد الصارمة في العديد من مجالات الحياة، بما في ذلك التعاليم الأخلاقية أو الثقافية أو الدينية غير الواقعية.
- الانشغال الشديد بالوقت وتحقيق الكفاءة بحيث يمكن إنجاز المزيد على حساب رفاهه الذاتي.

18- العقابية: (Punitiveness) الاعتقاد بوجوب معاقبة الناس بقسوة لارتكابهم الأخطاء، وينطوي على الميل إلى الغضب وعدم التسامح والقصاص وعدم الصبر مع هؤلاء الأشخاص (بما في ذلك الذات) الذين لا يستوفون توقعاته أو معاييره، وعادةً ما يتضمن صعوبة مسامحة المرء للأخطاء التي ارتكبها بحق نفسه أو الآخرين، بسبب الإحجام عن التفكير في الظروف المخففة، أو التسامح مع نقص الإنسان وضعفه، أو التعاطف مع المشاعر. (Young et al 2022, P168) (Shrivastava, O., & Sharma, ,2006, P13-20) (Dobson, 2010, P321-325) (Gök, 2012, P31)

5ـ نموذج أوضاع المخططات اللا تكيفية المبكرة The Schema Mode Model

يوّضح نموذج وضع المخطط كيف يمكن لمخطط معين أن يؤدّي إلى أوضاع سلوكية وعاطفية مختلفة، فقد يشعر المرء الذي يعاني من مخطط الفشل/الإخفاق القوي بالحزن الشديد والعجز بسبب الأخطاء البسيطة، ولكن في أوقات أخرى، قد يعوّض ذلك بشكل مفرط من خلال التباهي بالإنجازات وإنكار الأخطاء، كما قد يتجنب بعض المرضى المواقف المرتبطة بالإنجاز لتجنب الفشل وتداعياته الانفعالية، ويساعد مفهوم وضع المخطط في تفسير هذه السلوكيات، ويُحدَّد بأنّه حالة عاطفية حالية مرتبطة بمخطط محدد، ويمكن أن تكون هذه الأوضاع عابرة أو مستمرة، وقد يكون التعامل مع أوضاع المخطط مباشرة أكثر فعالية من التركيز على المخططات الأساسية، وخاصة لدى المرضى الذين

يعانون أوضاع مخطط متنوعة ومكثفة، ويتم تصنيف أوضاع المخطط إلى تلك التي تثير المشاعر السلبية على نحو أساسي، وتلك التي يتم استخدامها للتعامل مع مثل هذه المشاعر. (Kreuter & Moltner, 2014, P46)

وفي النهج التشخيصي للمخططات اللا تكيّفية المبكرة، يتم تعريف أربع فئات مختلفة من الأوضاع التي تتشكّل لتفعيل المخطط أو تنشيطه على نحو سلوكيّ معيّن، وهي:

- أوضاع التعامل المختلة غير الوظيفية، وتشمل إستراتيجيات التجنب والخضوع والتعويض المفرط.
- أوضاع الطفل غير التكيفية، التي تتميز بالمشاعر السلبية الشديدة (المفرطة).
- أوضاع الوالدين المختلّة غير الوظيفية، المرتبطة بكراهية الذات والضغط على الذات.
- الأوضاع الوظيفية للبالغين الأصحاء والطفل السعيد (Jacob & Arntz, 2014, 5).

أ- إستراتيجيات التعامل المختلة غير الوظيفية Un unctional Schema Coping strategies

يطور الأشخاص إستراتيجيات تعامل أو مواجهة مع المخططات اللا تكيفية في وقت مبكر من الطفولة للتكيف مع محتوى المخططات، فالأفكار والمشاعر والدوافع والذكريات المرتبطة بالمخططات اللا تكيفية المبكرة تكون في الأغلب محزنة ومتعبة، وقد تكون هذه الإستراتيجيات آلية تكيفيَّة في الطفولة للتعامل مع أحداث الحياة غير السارة؛ ومع ذلك، يمكن أن تصبح غير وظيفية عندما يتم تعميمها على مواقف الحياة المختلفة في وقت لاحق، وخاصة في مرحلة البلوغ، فتفشل إستراتيجيات التعامل أو المواجهة هذه في تلبية الاحتياجات الأساسية المتجذرة في المخططات اللا تكيفية وتعيق عملية الشفاء، وعلى الرغم من استخدامها لتلبية الاحتياجات غير الملبّاة بشكل اعتيادي لتخفيف الضيق والضغط في الأمد القريب، إلا أنها تميل إلى تعزيز المخططات اللا تكيفية في الأمد البعيد، وهنا نميّز بين المخططات اللا تكيفية وإستراتيجيات التعامل مع المخططات:

- **المخططات اللا تكيفية:** تشمل الذكريات، والمشاعر، والأحاسيس الجسدية، والإدراكات والأفكار.
- **إستراتيجيات التعامل مع المخططات:** تتكوّن من الاستجابات السلوكية أو ردود الفعل على المثيرات، ولا تعد الاستجابات السلوكية جزءاً من المخططات بل جزءاً من استراتيجية المواجهة، فقد يستخدم الفرد إستراتيجيات مواجهة مختلفة لنفس

المخططات بمرور الوقت، بينما تظل المخططات نفسها مستقرّة في شخصيته، ومع أنَّ إستراتيجيات المواجهة والتعامل للمخططات ذات طابع سلوكي في المقام الأول، قد يلجأ الأفراد إلى استراتيجيات معرفية وعاطفية بالتزامن معها، لا تزال تعدّ مكونات لإستراتيجيات التعامل، لذا يمكن تشبيه أوضاع التعامل غير التكيفية بالاستجابات الأساسية للكائنات الحية للتهديدات: وهي القتال والهروب والتجميد، وتتوافق هذه الاستجابات الأساسية مع ثلاثة أوضاع مواجهة مرتبطة بالمخططات اللا تكيفية المبكرة: فالقتال يمثل التعويض المفرط للمخطط، والهروب يمثل تجنب المخطط، والتجميد يمثل الاستسلام للمخطط. (Gök, 2012, 12-13)

إن استراتيجيات التعامل والمواجهة التي تتطور في مرحلة الطفولة قد تكون تكيفية وصحية ومريحة؛ ولكنها قد تصبح لا تكيفية إذا عززت تنشيط مخطط لا تكيفي أو تفعيله بمرور الوقت، وخاصة عندما تتغير الظروف، وتصبح الاستراتيجيات الأكثر تكيفاً متاحة، ويستخدم معظم الأفراد مزيجاً من إستراتيجيات المواجهة المتأثرة بمخططاتهم المستقرة، والتي يمكن أن تتجلّى بشكل مختلف عبر مواقف ومراحل مختلفة من الحياة، ويمكن إظهار أوضاع تعامل مختلفة لمخططات مختلفة، وتؤثر المزاجية كثيراً في هذه الأوضاع (Dobson, 2010, 328)، وهذه الأوضاع توازي آليات الدفاع الديناميكية النفسية من حيث اللجوء إليها، ويمكن تصنيفها وفق ثلاثة إستراتيجيات للتعامل أو المواجهة:

1. **الاستسلام (Surrender)** يتضمن هذا الأسلوب اختبار المرضى المشاعر المرتبطة بالمخططات وقبولها على أنها حقيقية على نحو شديد والاستسلام لها تلقائياً، فقد يتسامحون مع سوء المعاملة، ويتوافقون مع مخططاتهم؛ على سبيل المثال، قد يقبل أولئك الذين لديهم مخططات الخضوع والإساءة في العلاقات بسبب تجاربهم السابقة (Kreuter & Moltner, 2014, 41)، كما يتضّمن قبول المخطط على أنه حقيقي والامتثال له ما يدفع الأفراد إلى إعادة إحياء تجارب الطفولة واختيار شركاء يكررون ديناميكيات غير صحية، وغالباً ما يعيدون تمثيل هذه الأوضاع في العلاج، ومن هذا الأسلوب الامتثال والاعتماد (Dobson, 2010,327).
2. **التجنب (Avoidance):** يتجنب الأفراد الذين يستخدمون هذه الاستراتيجية تنشيط مخططاتهم أو المشاعر المرتبطة بها لحماية أنفسهم، وتشمل السلوكيات الشائعة الانسحاب الاجتماعي والانفصال الانفعالي، ويمكن أن يتجلّى في

سلوكيات هروبية مثل تعاطي المخدرات أو الانخراط المفرط في أنشطة تشتت الانتباه مثل الانشغال بالعمل أو إدمان الألعاب أو الإفراط في تناول الطعام، بهدف التهرب من المشاعر الشديدة المرتبطة بالمخطط (Kreuter & Moltner, 2014, 41)، وفي سياق العلاج قد يلجأ المريض إلى الاستقلالية المفرطة، أو رسم الحدود الشخصية الصّارمة، أو تجنب مناقشة المواقف التي قد تؤدي إلى تحفيز المخطط أو مناقشته يؤدي أحياناً إلى سلوكيات متطرّفة تصل إلى الانسحاب من العلاج، أو إهمال مهام العلاج المطلوبة، أو الوصول المتأخّر للجلسات العلاجية، أو التركيز فقط على القضايا السطحية (Dobson, 2010,327).

3. **التعويض المفرط (Overcompensation):** يتضمن التصرف على عكس المخطط، على سبيل المثال، قد يتفاخر الشخص الذي يعاني من مخطط الفشل بإفراط بنجاحاته وإنجازاته مهما كانت محدودة وعلى نحو غير واقعي، بينما قد يصبح الشخص الذي يعاني من مخطط عدم الثقة/الإساءة عدوانياً بشكل مفرط أو أنانياً، وأحياناً يُسقط الإساءة على الآخرين، وفي العلاج، يمكن تعرف التعويض المفرط عندما يشعر المعالجون بالهيمنة أو التهديد من سلوك المريض، (Kreuter & Moltner, 2014, 41−45) ويحدث التعويض المفرط عندما يتفاعل الأفراد بقوة ضد مخطط نشط، مما يؤدي في الأغلب إلى استجابات غير متناسبة قد تتجاهل مشاعر الآخرين وتعوّق النتائج الإيجابية، ويمكن أن ينبع هذا الأسلوب من الرغبة في الهروب من مشاعر العجز، ولكنه يتطور عادةً إلى سلوكيات صارمة مثل العدوان والتلاعب. (Dobson, 2010, 328)

وعلى عكس المخططات، من الأسهل تحديد استراتيجيات التعامل أو المواجهة من خلال الاستجابات السلوكية، ومن المرجح أن يظهر المرضى الخاضعون والمعتمدون الاستسلام، وقد يكون أولئك الذين يظهرون الانفصال الانفعالي في حالة تجنب، والمرضى الذين يعانون من التعويض المفرط يجعلون الآخرين يشعرون بالسيطرة أو التهديد (Kreuter & Moltner, 2014, 41-45).

ب- أوضاع الطفل غير التكيّفية Maladaptive Child Modes

تنشأ هذه الأوضاع وتتطوّر عندما يعاني المريض من مشاعر شديدة أو سلبية أو مؤلمة أو ساحقة غير متناسبة مع الموقف، وفي حالة أوضاع الطفل الضعيفة، يمكن أن تشمل هذه المشاعر الخوف واليأس وفقدان الأمل والشعور بالوحدة والشعور بالضياع أو التهديد الوجودي بالإضافة إلى الغضب، والإحباط، أو العجز، والتحدي، أو الافتقار إلى الانضباط الذاتي، أو الاندفاع والتهوّر (Jacob & Arntz, 2014, 6)، وترتبط أوضاع الطفل بالمشاعر السلبية الشديدة مثل الغضب والحزن والتخلّي، وتشبه مفهوم "الطفل الداخلي" المستخدم في العلاجات المختلفة ومنها المعرفية السلوكية، على سبيل المثال، قد يشعر الأفراد الذين لديهم مخطط عدم الثقة/الإساءة بالتهديد عندما يكونون في وضع الطفل المسيء (Kreuter & Moltner, 2014, 50-52)، وفيما يأتي عرض لهذه الأوضاع مع السمات التي تميّزها:

1- وضع الطفل الضعيف (النواة الجريحة) The wounded core: Vulnerable Child mode

هو الوضع الأساسي الذي يجب مراعاته سريرياً، إذ يجسد مشاعر الضياع والجرح والحزن والقلق والإرهاق والعجز، ويعكس هذا الوضع الأوقات التي احتاج فيها الفرد، إلى رعاية الكبار من حوله، ولكن لم يتم توفيرها أو إشباعها، ما أدى إلى احتياجات مختلفة غير مُلبّاة، وتعتمد الطبيعة المحددة لهذا الوضع على المخططات السائدة والمفعّلة، مثل الهجر/التخلي وعدم الثقة/الإساءة أو غيرها، التي تعكس مشاعر الوحدة أو الخوف أو العزلة.

ويشمل وضع الطفل الضعيف معظم المخططات، ويُعدّ الوضع الأساسي في العلاج بالمخططات، لذلك يكون الهدف من العلاج مساعدة البالغين على تلبية احتياجاتهم غير المُلبَّاة وتسهيل الشفاء في هذا الوضع ، وصولاً إلى تعزيز الرعاية الذاتية، ومع ذلك، فإنَّ الوصول إلى هذا الوضع ورعايته قد يكون أمراً صعباً بسبب التجارب المؤلمة التي اختبرها من الضعف، التي يحاول المرضى في الأغلب تجنبها من خلال سلوكيات التعامل غير التكيفية، ويمكن أن تؤدي آليات التعامل هذه إلى تفاقم الضيق بدلاً من تخفيفه، ويعترف العلاج بالمخططات بالضعف المؤلم المرتبط بهذا الوضع باعتباره أمراً بالغ الأهمية وركيزة أساسية لعلاجه وتلبية الاحتياجات، فمن المهم للمرضى تحديد العمر الذي يشعرون به عندما يكونون في هذا الوضع، (Rafaeli, Bernstein & Young, J. (2010, 51-53)

2- وضع الطفل الغاضب Angry Child mode

يمثّل ميل الشخص للتعبير عن الغضب أو الانزعاج عندما لا يتم تلبية الاحتياجات الأساسية، و تتدرّج الأعراض من الانفجارات الانفعالية الشديدة مثل الصراخ وتخريب الأشياء إلى ردود الفعل الأقل حدة مثل تعبيرات الوجه المضطربة والتحدث بصوت عالٍ، وتبدو هذه المظاهر غير متناسبة مع الأحداث المثيرة، وتتأثر بالتشوهات المرتبطة بالمخطط النشط التي تحيط عادةً بمشاعر الظلم أو عدم العدالة، ويمكن أن يشبه عرض الغضب في وضع الطفل الغاضب نوبة الغضب الطبيعية، وغالباً ما يُنظر إليها على أنها طفولية أو مهدِّدة ما يؤثر سلباً على العلاقات الشخصية والمهنية، على عكس الغضب الصحّي، الذي يمكن أن يعزّز الحل، إذ يفتقر وضع الطفل الغاضب إلى جانب قوي من الوضع الصحي للبالغين لإدارة هذه المشاعر إدارة بنَّاءة. (Rafaeli, Bernstein & Young et al, 2010, P54-56)

3- وضع الطفل المندفع Impulsive Child mode

يمثّل الحالة التي يتفاعل فيها الأفراد مع الاحتياجات الانفعالية غير المُلباة بسلوكيات أنانية لا يمكن السيطرة عليها، وتشمل السمات الرئيسية غياب الإشباع المؤجل أي إعطاء الأولوية للمكافآت الفورية على حساب النتائج طويلة المدى، وضعف ضبط النفس، وصعوبة تنظيم الانفعالات أو السلوكيات الاندفاعية، ما يؤدّي في الأغلب إلى سلوكيات عدوانية، أو سلوكيات خطرة، مع حالة من التركيز على الذات وتجاهل المعايير الاجتماعية أو حدود الآخرين، ويمثّل وضع الطفل المندفع جزءاً من الفرد الذي يتصرَّف باندفاع ويكافح لتحمّل الإحباطات، ويرغب هذا الجانب في الإشباع الفوري لاحتياجاته ولا يمكنه التعامل مع عدم تلبية الاحتياجات أو تأخير تلبيتها. (Dunne et al, 2018, P254)

4- وضع المستسلم الممتثل: Submissive Compliant Mode

يُعطي الأفراد في هذا الوضع الأولوية لاحتياجات الآخرين ورغباتهم على حساب احتياجاتهم ورغباتهم وسلامتهم، وتشمل السمات الرئيسية ما يأتي: الميل إلى الامتثال لمطالب الآخرين أو توقعاتهم، حتى لو تسبّب ذلك في إزعاج أو أذى شخصي، ويتجنّب الفرد التعبير عن احتياجاته أو آرائه لتجنّب المواجهة أو الرفض، وقمع المشاعر والرغبات الشخصية أو كبتها لصالح الحفاظ على الانسجام أو إرضاء الآخرين، ويرتبط هذا الوضع ارتباطًا وثيقًا بمخططات من

مجال الخضوع أو الهجر/التخلي، والتضحية بالنفس، ويتطور في الأغلب بسبب التربية المسيطرة والصارمة أو العقاب في حال التعبير عن الذات، أو غرس الخوف في محاولاتهم لتأكيد احتياجاتهم، أو عندما يكون الحب والقبول مشروطين بالامتثال، كما يمكن أن تُعزز تجارب الإساءة الانفعالية أو الإهمال السلوكيات الخاضعة آليةً للبقاء. (Yakın & Arntz, 2023, P7-8)، إذ يتصرف المرء بطريقة سلبية أو خاضعة حيث تغيب ملامح شخصيته أو محاولات توكيدها، أو يسعى للحصول على الموافقة أو الاستنكار الذاتي في تفاعله مع الآخرين بسبب الخوف من الصراع أو الرفض من قبلهم؛ كما يتسامح مع سوء المعاملة و/أو الإساءة؛ ولا يعبر عن احتياجات أو رغبات صحّية للآخرين؛ بل يختار الأشخاص أو ينخرط في سلوك آخر يحافظ مباشرة على نمط الهزيمة الذاتية المدفوع بالمخطط النشط.

5- وضع الحامي المنفصل: Separate child protector Mode

يعكس هذا الوضع حالة نفسية وسلوكية معقدة يعيشها الأفراد، ويتميز بانفصال عاطفي واضح عن الآخرين، فالشخص هنا يميل إلى قطع تواصله الانفعالي مع الآخرين، ما ينعكس سلباً على نوعية علاقاته الإنسانية، ويجعله غير راغب في التفاعل أو التواصل على مستوى عميق، فيميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية ويبدو عليه تشتت الانتباه، ما يسفر عن شعور بالقلق أو الفراغ الداخلي، وعدم إثبات الشخصية، والفراغ أو الملل؛ ويتابع أنشطة تشتيت الانتباه أو تهدئة الذات أو تحفيز الذات بطريقة قهرية أو مفرطة؛ وقد يتبنى موقفاً ساخراً أو متحفظاً أو متشائماً لتجنب الاستثمار في الأشخاص أو الأنشطة (Rafaeli , Bernstein & Young, J. (2010, 57-58)

ت- أوضاع الوالدين غير الوظيفية المختلة Dysfunctional parent modes

تتضمن أوضاع الوالدين غير الوظيفية المختلة استجابات والدية سلبية داخلية، ما يؤدي إلى النقد الذاتي المتكرر والضغط التراكمي، وأهم هذه الأوضاع:

1- **وضع الوالد الناقد Critical Parent Mode** يتجلى هذا الوضع بصوت داخلي يحكم على الذات أو الآخرين بعدم الكفاءة، ويعكس في الأغلب النقد الأبوي الذي يتعرّض له الطفل في مرحلة الطفولة، وتشمل سماته الرئيسية النقد الذاتي عبر الحديث الذاتي السلبي المستمر، ويُركز على العيوب أو النقائص، وتوقعات غير واقعية للذات أو للآخرين، ويرتبط

في الأغلب بمخططات مثل المعايير الصارمة أو الخزي/العار، بالإضافة إلى الموافقة المشروطة مثل الاعتقاد بأن الحب أو القبول يعتمدان على استيفاء معايير صارمة (مثل النجاح الأكاديمي والمكانة الاجتماعية، وينشأ وضع الوالد الناقد من أنماط تربية سلبية، وخاصة التربية المفرطة في النقد كمقدمي الرعاية الذين يركزون على الإنجاز على حساب الاحتياجات الانفعالية، ما يؤدّي إلى تعزيز الشك الذاتي والسعي إلى الكمال (Tappel, 2021, P7-8).

2- **وضع الوالد العقابي** :**Punitive parent Mode** الشعور بأن نفسه أو الآخرين يستحقون العقاب أو اللوم، ويتصرف المرء بناءً على هذه المشاعر من خلال إلقاء اللوم أو العقاب أو الإساءة إلى الذات أو الآخرين، ويشير هذا الوضع إلى الأسلوب الذي يتم من خلاله تطبيق القواعد بدلاً من طبيعة القواعد، وفي الأغلب يقلل المرضى الذين يعانون من مخطط عدم الثقة/الإساءة من قيمة أنفسهم ويعاقبون أنفسهم عند تجربة وضع الوالد العقابي.

3- **وضع الوالد المطالب: Claimant parent Mode** ينطلق هذا الوضع من مبدأ أنَّ الطريقة "الصحيحة" هي أن يكون الشخص مثالياً على نحو مستمر أو يحقق مستوى عالياً جداً من الإنجاز، والحفاظ على كل شيء بالترتيب وعلى نحو منظّم، والسعي للحصول على مكانة عالية، وأن يكون متواضعاً، ويضع احتياجات الآخرين قبل احتياجاته الخاصة، أو على أن يكون فعالاً أو يتجنب إضاعة الوقت؛ ويشعر الشخص بأنّه من الخطأ التعبير عن المشاعر أو التصرف العفوي والتلقائي، كما يشير هذا الوضع إلى طبيعة المعايير الداخلية العالية والقواعد الصارمة الحازمة، بدلاً من الأسلوب الذي يتم من خلاله تطبيق هذه القواعد، ويرتبط هذا الوضع في الأغلب بمخططات المعايير الصارمة والاستحقاق. (Rafaeli , Bernstein & Young, 2010, 57-58)

ح- الأوضاع الصحيّة Healthy Modes

1- الوالد البالغ الصحّي (السليم) Healthy Adult Mode

يتيح وضع الشخص البالغ السليم للأفراد إدراك حياتهم بشكل واقعي مع موازنة الالتزامات بالعناية الذاتية، ويرتبط هذا الوضع بالمفهوم الديناميكي النفسي لأداء الأنا الصحي، ويساعد على تفعيل وضع الطفل السعيد عبر التواصل الفعال والفرح واللعب، (Kreuter & Moltner, 2014, 50-52)، وهذا الوضع من الوالدين يرعى وضع الطفل الضعيف

ويعززه ويدعمه ويتحقق من صحته ويؤكده؛ ويضع حدوداً لأوضاع الطفل الغاضبة والمندفعة؛ ويحارب في النهاية أوضاع التعامل اللا تكيفية ويستبدلها؛ كما يخفف من أوضاع الوالدين اللا تكيفيّة، ويؤدي وظائف البالغين المناسبة مثل العمل وتربية الأطفال وتحمل المسؤولية والالتزام؛ ويحفّز ممارسة أنشطة البالغين الممتعة مثل الاهتمامات الفكرية والجمالية والثقافية؛ والمحافظة على الصحة؛ والأنشطة الرياضية(Rafaeli , Bernstein & Young, 2010, 58).

2- الطفل السعيد Happy Child Mode

ويعد وضعاً صحياً في العلاج بالمخطط، ويمثل حالة من الرفاهية الانفعالية والمرح والإنجاز، وهو أحد أوضاع الطفل التكيفية التي تعكس إشباع الاحتياجات الانفعالية الأساسية والمشاعر والسلوكيات الإيجابية، ويتسّم بالشعور بحرية الاستكشاف واللعب والتعبير عن الإبداع دون خوف من الحكم، والشعور بالحب والقبول والتحقق، والقدرة على التعبير عن المشاعر بحرية وصدق، والشعور بالارتباط الآمن والشعور بالانتماء، ويتناقض هذا الوضع مع أوضاع الطفل غير التكيفية (مثل الطفل الضعيف أو الطفل الغاضب)، ويتطوّر وضع الطفل السعيد عندما يُلبي مُقدمو الرعاية احتياجات الطفل الانفعالية الأساسية باستمرار كالتعلق الآمن والحب والحماية والتصديق والاستقلالية والكفاءة والتشجيع على استكشاف الذات وتطويرها، وإيجاد فرص للعب العفوي والتعبير عن الذات، والتوجيه بحدود مناسبة ما يغرس في الطفل شعورًا بالأمان وتقدير الذات.(Yakın & Arntz, 2023, P7-8)

6- أوضاع المخطط بوصفها حالات وسمات Modes as Personality States and Traits

تشير أوضاع المخططات اللا تكيفية المبكرة إلى الحالة الانفعالية السائدة وردود الفعل التكيفية التي تكون نشطة لدى الفرد في موقف معين، والأوضاع هي حالات عابرة، وهذا على النقيض من الأوضاع التي يمكن عدّها سمات شخصية أو خصائص مستقرة للشخص، إذ إنَّ مفهوم الوضع Mode تم تقديمه لأول مرة بعد إدراك أنَّ المخططات سمات متشابهة لدى بعض المرضى، وخاصة أولئك الذين لديهم السمات المميزة للشخصية الحديّة أو الشخصية النرجسية، وتترك العديد من الأعراض الأكثر تغيراً دون تفسير، إذ يعاني المرضى الذين يعانون من سمات الشخصية هذه من تقلّبات سريعة في الأغلب بين حالات مزاجية مختلفة، أي يتنقلون بين الأوضاع استجابة لمحفزات تؤدّي إلى تنشيطها.

وتم تقديم مفهوم الأوضاع وسيلة لتسمية هذه الحالات والعمل معها سريرياً، فكلّما تميّز المريض بالتقلبات بين الحالات المختلفة، كان هناك مجال أكبر للعمل على أوضاعه، ولكن مفهوم الأوضاع والفنيات التي تستخدم هذا المفهوم مفيدة ليست في علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية فحسب؛ بل أصبحت بدلاً من ذلك جزءاً لا يتجزأ من العلاج بالمخططات، فالأشخاص الأصحّاء يتنقلون أيضاً بين الأوضاع، ولكنهم يحتفظون بإحساس موحَّد بالذات، ويمكنهم تجربة مزيج من الأوضاع في وقت واحد، أي أكثر من وضع في وقت واحد، وعندما ينتقلون بين الأوضاع، يفعلون ذلك تدريجياً لا على نحو مفاجئ، كما يواجهون صعوبة أقل في تعرف أوضاعهم والاعتراف بها(Rafaeli , Bernstein & Young, (2010, 49-50، وفيما يأتي توضيح كل ممن الحالة والسمة للمخطط:

أ- الأوضاع كحالة شخصية (state): تمثل أوضاع المخطط حالات عاطفية مؤقتة أو آليات تكيف تُفعَّل عند المخططات اللا تكيفية المبكرة، وتتميز بمرونتها وسرعتها في التحوّل وقابليتها للتغيير تبعاً للظروف الخارجية أو الضغوطات الداخلية، فعلى سبيل المثال، قد يتأرجح الشخص ذو مخطط الهجر/التخلي بين وضع الطفل الضعيف (الشعور بالعجز) ووضع الحامي المنفصل (الانسحاب عاطفياً لتجنب الألم)، أي إنَّ الضغوط النفسية الشديدة (تؤدّي) لتنشيط مخطط الهجر الذي يؤدي إلى اتخاذ وضع الطفل الضعيف أو الحامي المنفصل.

ب- الأوضاع كسمات شخصية:(trait) مع أنَّ أوضاع المخطط مؤقتة، تعكس في الأغلب سمات شخصية مستقرَّة متجذرة ومتأصّلة في الشخصية نتيجة ترافقها فترات طويلة مع اضطرابات نفسية مثل الشدة ما بعد الصدمة، فعلى سبيل المثال قد يُظهر الشخص ذو مخطط عدم الثقة أو الإساءة سمات مستمرة مثل الشك أو صعوبة تكوين علاقات وثيقة، وتكون هنا الأوضاع انعكاساً للاضطراب النفسي الذي يعاني منه الشخص. (Gökdağ & Yıldırım,2023)

7- عمليات المخطط schema operations

إن العمليتين الأساسيتين للمخطط هما إدامة المخطط وشفاء المخطط، فكل فكرة، أو شعور أو سلوك أو تجربة حياة ذات صلة بالمخطط يمكن أن تؤدي إمّا إلى إدامة المخطط من خلال تعزيزه، أو إضعافه تدريجياً، ثمَّ شفائه، وفيما يأتي توضيح لهاتين العمليتين:

1- إدامة المخطط Schema Perpetuation

يشير مصطلح إدامة المخطط إلى كل ما يفعله الفرد داخلياً (معرفياً وعاطفياً) وخارجياً (سلوكياً) للحفاظ على المخطط حياً نشطاً وفعّالاً، ويشمل كل الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تعزز المخطط بدلاً من شفائه، مما يؤدي إلى توّقعات تحقق ذاتها، فالمخططات تدوم وتستمر من خلال ثلاث آليات أساسية:

A. التشوهات المعرفية: وما يرتبط بها من معتقدات وأفكار غير عقلانية أو نظم معرفية مشوّهة. إذ يخطئ الأفراد في فهم المواقف بطرائق تعزز المخطط، ويؤكدون المعلومات التي تعزّزه مع التقليل من المعلومات المتناقضة أو المخالفة له أو إنكارها. وعاطفياً، قد يحجب الأفراد المشاعر المرتبطة بمخطط ما أو يتجنّبونها، مما يمنعها من الوصول إلى حالة الوعي بها ويعيق أي محاولات لتغييرها أو علاجها سلوكياً.

B. أنماط الحياة التي تؤدي إلى هزيمة الذات، مثل أنماط الرعاية الوالدية الناقدة، المعاقبة، المطالبة للطفل.

C. إستراتيجيات التعامل أو المواجهة مع المخطط: ينخرط الأفراد في أنماط هزيمة الذات، ويختارون دون وعي استراتيجية من المواجهة كتجنبه أو الاستسلام له أو يبالغون في تعويضه، ما يجعلهم يحافظون على المواقف والعلاقات المؤدية إلى تحفيز المخطط وإدامته مع تجنب المحاولات التي قد تشفيه أو تثبط تشغيله.

2- شفاء المخطط schema healing

هو الهدف النهائي للعلاج بالمخطط، ويتضَّمن تقليل شدة الذكريات والشحنات الانفعالية والأحاسيس الجسدية الأفكار اللا التكيفية المرتبطة بالمخطط، ويتطلب الشفاء أيضاً تغيير السلوك، ما يسمح للأفراد باستبدال أوضاع تكيفية صحية باستراتيجيات التعامل والمواجهة اللا التكيفية، فمع شفاء المخطط، يصبح تنشيطه أكثر صعوبة، وعندما يتم تحفيزه لاحقاً، تكون التجربة أقل إرهاقاً أو إعاقةً لنمو الفرد واستقراره مما يتيح التعافي بسرعة أكبر، وقد تكون عملية إضعاف المخطط حتى شفائه شاقَّة وطويلة بسبب المعتقدات الراسخة حول الذات والعالم التي يتم تعلمها في سن مبكرة، في الوقت الذي توّفر المخططات شعوراً لا واعياً بالأمان والقدرة على التنبؤ، ما يجعل التخلي عنها أمراً صعباً، ويمكن أن

تعكس مقاومة العلاج الرغبة في الحفاظ على السيطرة والتماسك الداخلي، فالتخلي عن المخططات قد يكون مزعجاً لاستقرار المرء بسبب اعتياده عليها وعلى عواقبها.

ويتطلّب الشفاء من المخطط الاستعداد والانضباط والممارسة المستمرة ضمن سياق العلاج، ويجب على الأفراد فحص مخططاتهم منهجياً ووعيها والعمل يومياً لتغييرها من خلال المراقبة للآليات التي يتعاملون بها مع أحداث حياتهم غير السارّة، وبدون تصحيحها أو شفائها، ستستمر المخططات في التكاثر والتأثير، فالعلاج يشبه خوض معركة ضد المخطط، إذ يشكل المعالج والفرد تحالفًا تعاطفياً لمواجهته، في حين أن القضاء التام على المخططات قد لا يكون ممكناً، فالشفاء يؤدي إلى تنشيط أقل تواتراً وانخفاض شدة المشاعر المرتبطة بها ومدّتها ومع شفاء المرضى يتعلمون الاستجابة للمحفزات بطرائق أكثر صحة، واختيار شركاء وأصدقاء أكثر حباً، وتطوير تصورات ذاتية أكثر إيجابية. (Young al, 2006, 30-31)

8- بيولوجيا المخططات غير التكيفية المبكرة Biology of early maladaptive schemas

من المنظور العصبي يتم مناقشة فرضيات متعلقة بالآليات المحتملة لتطور المخططات وتغييرها من وجهة نظر بيولوجيا الدّماغ، وتشير الأبحاث الحديثة إلى أنه لا يوجد نظام عاطفي واحد في الدماغ بل أنظمة عدة، وتشترك مشاعر مختلفة في وظائف البقاء المختلفة مثل الاستجابة للخطر، وتلبية الاحتياجات، وإيجاد الأصدقاء، ورعاية النسل، والترابط الاجتماعي، وغيرها من التجارب والخبرات التي يبدو أنَّ كلاً منها يتم توسطه بوساطة شبكة الدماغ الخاصة به، وهنا نركز على شبكة الدماغ المرتبطة بتكييف خبرات الخوف والصدمة في مراحل النّمو المبكرة.

- أنظمة الدماغ المشاركة في تكييف الخوف والصدمة:

تشير الدراسات التي أجريت في بيولوجيا الدماغ إلى المواقع التي قد يحدث فيها تحفيز المخططات بناءً على أحداث الطفولة المؤلمة مثل الهجر أو الإساءة أو سوء المعاملة، ففي أثناء موقف التعلم المؤلم، يتم ترميز الذكريات الواعية المدرَكة بوساطة نظام دماغي يشمل كلاً من الحُصين (hippocampus) والمناطق القشرية ذات الصلة cortical) (areas، في حين يتم إنشاء الذكريات اللا واعية من خلال آليات تكييف الخوف التي تعمل بنظام قائم على اللوزة

الدماغية (amygdala)، ويعمل هذان النظامان بالتوازي معاً، ويخزنان أنواعاً مختلفة من المعلومات ذات الصلة بالتجربة التي اختبرها الفرد، وعندما يتم مواجهة المحفزات التي كانت موجودة في أثناء الصدمة الأولية يمكن لكل نظام استرجاع ذكرياته، ففي حالة نظام اللوزة الدماغية، يؤدي الاسترجاع إلى التعبير عن الاستجابات الجسدية التي تستعد لمواجهة الخطر، بينما في حالة نظام الحُصين، تحدث الذكريات الواعية. .(Ramamurthy & Chen ,2025)

إنَّ الآليات الدماغية التي تسجّل الذكريات ذات الأهمية الانفعالية لحدث مؤلم وتخزّنها وتستعيدها تختلف عن الآليات التي يتم فيها معالجة الذكريات والإدراكات الواعية المتصلّة بنفس الحدث، إذ تخزن اللوزة الدماغية الذاكرة الانفعالية، في حين يخزن الحصين والقشرة الحديثة ذاكرة المعالجة المعرفية الواعية، ويمكن أن تحدث الاستجابات الانفعالية دون مشاركة أنظمة المعالجة المعرفية العليا في الدماغ التي تشارك في التفكير والاستدلال والوعي. (Young at al, 2006, P26-27). (Ramamurthy & Chen ,2025, P)

خصائص نظام اللوزة Characteristics of the Amygdala System

يتميز نظام اللوزة بعدد من السمات التي تميزه من نظام الحصين والقشرة العليا:

1- غير واعٍ: يمكن أن تتشكل ردود الفعل الانفعالية في اللوزة تلقائياً دون أي تسجيل واعٍ للمثيرات، ويمكن أن تتعزّز المشاعر دون إدراك واعٍ مباشر لها.

2- سريع الاستجابة: تنتقل إشارة الخطر المهدّدة عبر المهاد إلى كل من اللوزة والقشرة، ومع ذلك، تصل الإشارة إلى اللوزة بسرعة أكبر، ما يعني أنه بحلول الوقت الذي تتعرّف فيه القشرة على إشارة الخطر وتعيها، تكون اللوزة قد بدأت فعلياً في الاستجابة مباشرة.

3- تلقائي مباشر: بمجرد أن يقدَّر نظام اللوزة الخطر، تحدث المشاعر والاستجابات الجسدية تلقائياً. وعلى النقيض من ذلك، لا ترتبط الأنظمة المشاركة في المعالجة المعرفية كالحصين والقشرة العليا ارتباطاً وثيقاً بالاستجابات التلقائية؛ فالسمة المميزة للمعالجة المعرفية مرونة الاستجابة، ما يسمح بالتفكير والتخطيط والاختيار لنمط الاستجابة.

4- دائم طويل المدى: الذكريات الانفعالية في نظام اللوزة الدماغية دائمة، ويبدو أن ذكريات الخوف اللا واعية التي تم إنشاؤها من خلال اللوزة الدماغية محفورة ومتجذّرة بشكل لا يمحى في الدماغ، وهذا مؤشر قوي لصعوبة نسيان المحفزات الخطيرة في المراحل المبكرة من الطفولة، وهذه الذكريات مقاومة للانقراض أو الاختفاء، حتى المخاوف التي تبدو وكأنها انطفأت تتكرر تلقائياً في الأغلب تحت الضغط، ويمنع اختفاء هذه المثيرات التعبير عن استجابات الخوف المشروطة، ولكنه لا يمحو الذكريات التي تكمن وراء الاستجابات.

5- لا يقوم نظام اللوزة الدماغية بالتمييز الدقيق: فهو متحيز نحو استحضار استجابات الخوف المشروطة للمحفزات المؤلمة، فعند تخزين الذكريات الانفعالية في اللوزة الدماغية، يثير التعرَّض اللاحق لمحفزات تشبه ولو على نحو طفيف تلك الموجودة في أثناء الصدمة رد فعل الخوف ذاته، إذ توفر اللوزة الدماغية صورة بدائية للعالم الخارجي، في حين تقدم القشرة الدماغية تمثيلات أكثر تفصيلاً ودقة وتحليلاً ووعياً.

6- إن نظام اللوزة الدماغية سابق من الناحية التطورية للقشرة الدماغية العليا، فعندما يواجه الفرد تهديداً ما، تنشَّط اللوزة استجابة الخوف التي لم تتغير كثيراً بمرور الوقت، وهي مشتركة بين جميع الحيوانات، كما يشكل الحُصين جزءاً من الجزء الأقدم تطوراً من الدماغ، ولكنه متصل بالقشرة الحديثة، التي تحتوي على المهارات العليا التي تطورت لاحقاً. (Young et al , 2006, P27-28)

وقد أشارت دراسة تالاروسكا وآخرين (2022) ارتباط المخططات اللا تكيفية المبكرة بنشاط اللوزة الدماغية، فمخططات الهجر/التخلي والحرمان الانفعالي والخزي/العار مرتبطة بزيادة نشاط اللوزة الدماغية نتيجةً لتجارب الرفض أو الإهمال المبكرة، وتُؤدي هذه المخططات في الأغلب إلى استجابات انفعالية مبالغ فيها تجاه الرفض أو النقد المُتصوَّر، كما تتضمن مخططات مثل المعايير الصارمة أو التثبيط الانفعالي سيطرة مفرطة على المشاعر، وقد ترتبط بضعف تنظيم الفص الجبهي للوزة الدماغية، ويمكن أن يؤدي هذا الخلل إلى توتر وقلق مزمنين، كما قد تتبع مخططات مثل الاعتماد/عدم الكفاءة من تجارب مبكرة تُنشّط استجابة اللوزة الدماغية للخوف، ما يؤدي إلى الشعور بالعجز والاعتماد على الآخرين من أجل الأمان. (Talarowska et al, 2022, P)

9- نظرية التعلق والمخططات اللا التكيفية المبكرة Attachment Theory and EMS

سعت أدبيات علم النفس منذ البداية إلى دراسة وفهم تأثير عوامل الطفولة في تطوّر الأمراض النفسية لدى البالغين وفهمه، وأبرزت أطر نظرية عدّة أنَّ العلاقة المبكرة بين الوالد والطفل ضرورية للتكيف النفسي الصحي اللاحق من مرحلة البلوغ، إذ تعدَّ التفاعلات الاجتماعية مع الأشخاص المهمين في مرحلة الطفولة نقطة مركزية للعديد من النظريات، وتفترض نظريات العلاقات بين الأشياء وعلم نفس الأنا أن العلاقات المبكرة للطفل مع مقدمي الرعاية هي العناصر الأكثر أهمية في تطور الاضطرابات النفسية، وقد ركز بولبي (Bowlby, 1969-1981) في نظرية التعلق (attachment) على علاقة الرضيع بشخصية مقدّم الرعاية التي كوّن معها علاقة ثقة أو تعلق مبكر، إذ تتنبأ العلاقة الآمنة مع شخصية التعلق المبكرة بالقدرة على التواصل الاجتماعي الفعال لاحقاً، والامتثال المتوازن للوالدين، وتنظيم المشاعر الفعال، والرفاهية النفسية، ومن ناحية أخرى، تزيد العلاقة غير الآمنة بين الطفل وشخصية التعلق من احتمالية العلاقات الاجتماعية غير الوظيفية، والخلل في التنظيم الانفعالي، والاضطرابات النفسية، إذ يتضَّمن المكوّن المعرفي لعلاقة التعلق بين مقدم الرعاية والطفل التمثيلات والتصوّرات العقلية لشخصية التعلق، والذات، والبيئة التي تنشأ من العلاقة بينها والتفاعل معها، وتُنظَّم التجارب المتكررة في علاقة التعلق ضمن أفكار موجهة، تؤدّي إلى تشكيل نماذج عمل وتوجيهات داخلية، وتُستخدم هذه النماذج كقوالب سلوكية للاستجابة للمواقف أو العلاقات اللاحقة. (Young et al, , 2006, 27-28)

وعلى نحو مماثل، يشبه مفهوم المخططات اللا التكيفية المبكرة فكرة نماذج العمل الداخلية للتفاعلات المبكرة مع الآخرين المهمين في محيط الطفل، ويتم تصوَّر المخططات اللا التكيفية المبكرة على أنها أفكار ومشاعر منظمة حول الذات والآخرين والعالم، وتشكل كيفية وآلية إدراك الأفراد للتجارب والاستجابة لها، وتتطور هذه المخططات في مرحلة الطفولة من خلال مجموعة من الاستعدادات الوراثية والعوامل البيولوجية والتأثيرات البيئية؛ لذا تعرّف بأنها موضوعات مستقرة ودائمة تكبر طوال حياة الفرد وتعدّ "لا تكيفية" إلى حد ما، وتعكس تجارب الطفولة المتعلقة بقضايا التعلق

وتجارب التعلم والتفاعل السابقة مع الآخرين المهمين وخاصة مقدّمي الرّعاية الأساسيين، فعندما تُعاق تلبية الاحتياجات الأساسية للطفل، تتطور المخططات نتيجة جهود الطفل لاستيعاب هذه التجارب وفهمها. (Gök, 2012, 1)

وهكذا؛ تتقاطع المخططات اللا تكيفية المبكرة ونظرية التعلق بشكل وثيق، حيث يستكشف كليهما كيف تُشكل التجارب العلائقية المبكرة الأنماط الانفعالية والمعرفية للفرد، فالمخططات معتقدات واستجابات عاطفية شاملة ومختلة وظيفياً تتطور في الطفولة نتيجةً عدم تلبية الاحتياجات الانفعالية الأساسية، بينما تُركز نظرية التعلق، على كيفية تأثير علاقات مقدمي الرعاية المبكرة على نماذج العمل الداخلية للذات والآخرين، وتفترض نظرية التعلق أن التفاعلات المبكرة مع مقدمي الرعاية تُشكل نماذج عمل داخلية أو تمثيلات عقلية لقيمة الذات والتوقعات بشأن توَّفر الآخرين والعلاقة معهم، وبالمثل، تُعد نماذج العمل الداخلية ومخططاته أطراً معرفية عاطفية تتشكل من خلال التجارب المبكرة، وخاصة تلك التي تنطوي على احتياجات عاطفية غير مُلباة أو وضع من الرعاية السلبية كالرعاية الناقدة أو العقابية، كما تتوافق مجالات المخططات الخمسة المقترحة في العلاج بالمخطط (الانفصال/الرفض، ضعف الاستقلالية/الأداء، ضعف الحدود، التوجُّه نحو الآخرين، واليقظة المفرطة/الكبح) بشكل وثيق مع أنماط التعلق، فعلى سبيل المثال يرتبط مجال الانفصال/الرفض بأنماط التعلق غير الآمنة مثل القلق أو التجنب بينما ترتبط مخططات ضعف الاستقلالية كالخوف من الهجر بالتعلق القَلِق. (Roelofs et al, 2013, P379)

الفصل الثالث: الإطار النظري

المحور الثالث: العلاج بالمخطط schema therapy

1- تعريف العلاج بالمخطط

2- **تطبيق العلاج بالمخطط مع الأطفال والمراهقين**

3- التطور من العلاج المعرفي السلوكي التقليدي إلى العلاج بالمخطط

4- السمات المميّزة للعلاج بالمخطط

5- أهداف العلاج بالمخطط

6- مكونات العلاج بالمخطط

7- مراحل العلاج بالمخط

أ- عملية تقييم المخططات

ب- علاج المخططات والأوضاع

8- الفنيات العلاجية في العلاج بالمخطط

أ- الفنيات المعرفية

ب- الفنيات التجريبية والمرتكزة على المشاعر

ت- الفنيات السلوكية (كسر النمط السلوكي)

التعقيب على الجانب النظري والمراجعة المنهجية لأدبيات الدراسة

المحور الثالث: العلاج بالمخطط schema therapy

1- تعريف العلاج بالمخطط وتطوّره من العلاج المعرفي السلوكي Schema Therapy (ST)

نهج علاجي متكامل وإطار نظري يستخدم لعلاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية، وتشخيصات المحور الأول المزمنة للاضطرابات النفسية، والمشكلات الصعبة الأخرى التي يعاني منها الأفراد، وتطور العلاج بالمخططات من العلاج المعرفي Cognitive Therapy لآرون بيك بدمج جوانب من العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي، والعلاقات الموضوعية والبين شخصية inter personal، والعلاج الجشطالتي، والبنائية structure ، ونماذج التعلق، والتحليل النفسي لاستهداف الجوانب المزمنة والشخصية للاضطراب بدلاً من الأعراض النفسية الحادة. يَّوفر العلاج بالمخطط إطاراً مرناً للعلاج، إذ يستهدف المخططات اللا تكيفية، وإستراتيجيات المواجهة للمرضى، ويكون العلاج متوسطاً أو طويل الأمد ويتم إجراؤه بالاشتراك مع أشكال أخرى من العلاج.(Dadomo et al, 2016, P2)

كانت نشأة العلاج بالمخططات على يد جيفري يونج (Jeffery Young) نتيجة الممارسات السلوكية المعرفية والتجارب السريرية، إذ أدرك الحاجة إلى منظور أوسع لعلاج الاضطرابات النفسية، وأنماط السلوك المعقّدة والمشكلات الانفعالية طويلة الأمد، إذ أظهر فاعلية بعض العلاجات السلوكية المعرفية للعديد من اضطرابات المحور الأول المزمنة كالاكتئاب والقلق والشخصية لكن هذه العلاجات غير فعّالة للعديد من المرضى، لأنَّ العلاج السلوكي المعرفي قد يكون قصيراً ومركّزاً على الحاضر والاعراض الآنية، إلا أن بعض المرضى يعانون خللاً وظيفياً مزمناً ومستمراً أو سمات شخصية تعقّد وتوسّع مسار العلاج، فعلى سبيل المثال، لا يستجيب ما يصل إلى (40%) من المرضى المصابين بالاكتئاب بنجاح للعلاج المعرفي السلوكي، ويعاني نحو (30%) من المستجيبين للعلاج من الانتكاس في غضون عام واحد. (Taylor et al, 2017, P457)

ويفشل المرضى الذين يعانون اضطرابات شخصية أساسية في الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي التقليدي في الأغلب وقد يواجهون صعوبات مختلفة في العمل العلاجي بسبب ما لديهم من دوافع متناقضة أو معقدة للعلاج، وقد يكونون غير راغبين أو غير قادرين على الامتثال للإجراءات العلاجية، لذا ينخرط المرضى الذين يعانون مشكلات شخصية

عادة في سلوكيات تجنب معرفي وعاطفي وسلوكي مستمر كآليات غير تكيفية، وقد يكونون غير راغبين أو غير قادرين على ملاحظة أفكارهم ومشاعرهم والإبلاغ عنها، وقد يفتقر هؤلاء المرضى إلى المرونة النفسية اللازمة للتعديل قصير الأجل للأفكار والسلوكيات غير التكيفية الراسخة والدائمة، لأنَّ التصلب سمة مميزة لاضطرابات الشخصية عامّة، لذا قد تنعكس الصعوبات الشخصية الأساسية للمرضى الذين يعانون من مشكلات وصعوبات شخصية في الانخراط ضمن تحالف علاجي، وفي العديد من الحالات قد يصبح بعض المرضى منغمسين انغماساً مفرطاً في تلبية المعالج لاحتياجاتهم الانفعالية ويتوقفون عن العمل بشكل مستقل، وقد يكون آخرون غير منخرطين أو عدائيين للغاية لتشكيل تحالف علاجي فعّال، في الأغلب يعاني المرضى مشكلات شخصية بسبب قضايا غامضة غير واضحة ومزمنة ومنتشرة تتعلق بعدم الرضا في الحب أو العمل أو اللعب، وقد يكون من الصعب تجسيد هذه الموضوعات وتشغيلها كأهداف للعلاج للنهج المعرفي السلوكي . (Dobson, 2010, p317-318).

لهذه الأسباب، طور يونغ (Jeffery Young,1990-1999) العلاج بالمخطط على نحو منهجي عبر التوّسع في العلاج المعرفي السلوكي، وبالمقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي التقليدي والعلاج بالمخطط تبرز نقاط ذات أهمية تُعد سمات مميزة لكليهما: فمن ناحية التركيز على الأصول النمائية يستهدف العلاج السلوكي المعرفي في المقام الأول التفكير والسلوك غير الوظيفي في الوقت الحاضر بينما يُركز العلاج بالمخططات على الأصول النمائية للضائقة النفسية، وعلى المخططات غير التكيفية المبكرة التي تتشكل خلال تجارب الحياة المبكرة، ويعتمد العلاج السلوكي المعرفي اعتماداً كبيراً على إعادة الهيكلة المعرفية والتنشيط السلوكي بينما يدمج العلاج بالمخطط عناصر من نظرية التعلق، وعلاج الجشطالت، والعلاج المرتكز على العاطفة، والمناهج النفسية الديناميكية لمعالجة الاحتياجات الانفعالية العميقة، ولا يأخذ العلاج السلوكي المعرفي التقليدي في الحسبان الحالات الانفعالية المتغيرة بسرعة، ويُقدّم العلاج بالمخطط مفهوم أوضاع المخطط التي تعكس الحالات الانفعالية اللحظية واستراتيجيات التعامل، وهو مفيد على نحو خاص للاضطرابات المعقدة مثل اضطراب الشخصية الحدية، ومن ناحية العلاقة العلاجية يتبنى العلاج السلوكي المعرفي موقفاً محايداً من المعالج بينما يركّز العلاج بالمخطط على "التعويض المحدود"، فيقدّم المعالجون تجارب

عاطفية تصحيحية لتلبية الاحتياجات غير الملباة من خلال تحالف علاجي تعاطفي بين المرضى والمعالج. (Kopf-Beck et al, 2020, P3-4)

لقد ثبت أنَّ العلاج بالمخطط، الذي ظهر في الأصل لعلاج اضطرابات الشخصية، مفيد في علاج القلق المزمن واضطراب الاكتئاب واضطرابات الأكل ومشكلات الزوجين والصعوبات طويلة الأمد، وفي الحفاظ على علاقات حميمة مرضية والانتكاس في اضطرابات تعاطي المواد، إذ تمَّ التحقق من فعالية العلاج بالمخطط الفردي (Individual ST) والجماعي (Group ST) لاضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder) تجريبياً، واضطراب الشخصية التجنبية (PD) والقلق الاجتماعي، واضطرابات الأكل، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، والنرجسية، وإدمان المخدرات، والاعتلال النفسي على المستوى الدولي، فمن مزايا العلاج بالمخططات أنه يتعامل مع العلاج باستهداف أوضاع المخططات اللا التكيفية وجذورها بدلاً من الأعراض أو الاضطرابات المحددة، ويتجاوز التشخيصات النفسية والتغييرات الوشيكة في التصنيف التشخيصي، ويمكن تنفيذ هذا البرنامج في المستشفيات الداخلية، وجلسات العلاج العيادية التقليدية والمكثّفة، وقد يعمل برنامج الجلسات المكثفة بدايةً لعلاج المرضى الخارجيين على "إعطاء دفعة" لعلاج المرضى الذين يعانون من استراتيجيات مواجهة غير تكيفية راسخة تنتج أعراضاً شديدة ومهددة للحياة في بعض الأحيان. (Farrell, Reiss & Shaw, 2014, P1-3)

2- تطبيق العلاج بالمخطط مع الأطفال والمراهقين ST with Children and Adolescents

أثبت العلاج بالمخطط المصمم للأطفال والمراهقين فاعليته بإحداث نتائج إيجابية في حياة العديد من المراهقين، وخاصة ذوي سمات الشخصية الحدية، أو التجنبية، أو الاعتمادية، إذ يقلل من خلل التنظيم الانفعالي والاندفاعية، من خلال جلسات العلاج بالمخطط الجماعي التي أسهمت في تعديل الأوضاع غير التكيفية للمخططات (مثل الطفل الضعيف، والحامي المنفصل) وتعزيز الأوضاع الصحية (مثل الطفل السعيد والبالغين الأصحّاء) عبر فنيات اللعب والتفاعل، وحوار الكرسيين، ولعب الدور، والأهم إشراك مقدّمي الرعاية في الخطة العلاجية، عبر تعزيز مشاركة الوالدين أو مقدّمي الرّعاية، الأمر الذي يحد من انتقال المخططات اللا تكيفية بين الأجيال، ويُحسّن الحساسية لاحتياجات الأطفال

الانفعالي ة، كما يعلّم مقدمي الرعاية كيفية تعرف أوضاعهم الخاصة والاستجابة لها بتعاطف فلا تنتقل عبر سياق التربية والرعاية إلى الأطفال. (Louis et al, 2021, P6)

وقد يواجه تطبيق العلاج بالمخطط للأطفال والمراهقين حواجز تتعلق بطبيعة ولائهم لأسرتهم، تجعلهم أقل قدرة على مواجهة الأعراض المرتبطة بديناميكيات الأسرة غير الصحية بطريقة فعالة، لذلك من المهم إيجاد طريقة أقل مباشرة للتحقيق في مشاعر الطفل وتجاربه، مثل أساليب العلاج باللعب أو الحوار الحر أو العلاج بالفن وخاصة للمراهقين الأصغر سنّاً التي تسمح للطفل بمتابعة حاجته للتعبير عن الذات بحريّة وانفتاح في موقف العلاج، ويسمح هذا للمراهقين بالتواصل بشأن المشاعر غير المريحة والعلاقات الصعبة والذكريات المؤلمة، مع استنباط واستكشاف طرائق التكيف الرئيسية للطفل، وهنا، تشكل الفنيات الموائمة جسرًا مبتكراً بين العلاج باللعب الكلاسيكي ونهج العلاج المعرفي السلوكي لإشراك الأطفال في عملية علاجية ممتعة ومرنة ومنظمة في الوقت نفسه، وهذا مهم، إذ يساعد التنظيم الدقيق والتوجيه للعلاج بالمخطط على إبقاء كل من الوالدين والأطفال حاضرين وفهم المحتوى في العملية العلاجية التعاطفية، ويمنع جميع المشاركين من الضياع في نهج علاجي غير منظم، لذا من المهم أن يبني نهج العلاج بالمخطط جسراً موجهاً نحو الحل بين تجربة الطفل والتغييرات المقابلة التي يجب إجراؤها في الحياة اليومية، ويعتمد النجاح على استعداد مقدمي الرعاية لمعالجة مخططاتهم وتحسين مخططات أطفالهم، ما يسمح بالنمو والتغيير الإيجابي دون التركيز على الأعراض والصعوبات.(Graaf & Loose, 2013)

3- السمات المميّزة للعلاج المخطط schema therapy

وهناك عدة سمات أساسية تميز العلاج بالمخطط من مناهج العلاج المعرفي الأخرى؛ وهي كالآتي:

- **التوّجه:** يركز العلاج بالمخطط كثيراً على معالجة ذكريات تجارب الطفولة المنفرة أو القاسية وتلبية الاحتياجات النمائية الانفعالية المبكرة، ويساعد نموذج وضع المخطط كلاً من المعالج والمريض على فهم مشكلات المريض الحالية ويوجه اختيار فنيات العلاج.

- **الفنيات:** الاستخدام المكثف للفنيات الانفعالية والمعرفية العلائقية والتجريبية مثل تمارين إعادة صياغة الصور والحوارات بين الكراسي لتغيير المشاعر السلبية المرتبطة بذكريات الطفولة المنفرة، ويتم ذلك بطريقة شمولية تكاملية.
- **العلاقة العلاجية:** تصور العلاقة العلاجية على أنها إعادة تربية (تعويض) محدودة في سياق الحدود الأخلاقية والمهنية للتجربة العلاجية بين كل من المريض والمعالج. (Jacob & Arntz ,2013, 172)
- **نموذج شمولي ومتماسك:** من خلال الدمج الإستراتيجي لتدخلات نماذج العلاج النفسي الأخرى، مثل العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الجشطالتي، والعلاج المرتكز على المشاعر، إلا أنه يظل فريداً من نوعه، لأنّه متوافق مع أبحاث نظرية التعلق وعلم النفس النمائي وعلم الأعصاب، ما يسهم في وضع تصوّر كامل لحالة المريض.
- **التكامل الشامل** مع التجارب العلاجية المعرفية والتعلق والتحليل لنفسي والبنائية والجشطالت لكسر الأوضاع اللا تكيفية المتجذّرة في الشخصية وتحقيق أهداف العلاج، فحجم التأثير العلاجي الكبير للنموذج الفردي والجماعي والمركب من هذا العلاج ترجع جزئياً إلى هذا النهج التكاملي الذي يسهل تحسين الأداء وتقليل الأعراض، ويسهل التغيير الطويل الأمد في الشخصية لدى المرضى. (Farrell & Shaw, 2017, P8)

وترتبط مخططات المريض اللا تكيّفية بنموذج الوضع النشط (Active Mode) ، ويتم اختيار فنيات العلاج وفق الأوضاع التي يتم تنشيطها حالياً، إذ يتطلب كل وضع فنيات وأهداف علاجية محددة، وتهيمن أوضاع التعامل أو المواجهة عادةً على المرحلة الأولى من العلاج، ويتجلّى دور المعالج في مساعدة المريض على تحديد أوضاعه ومخططاته، ويناقش إيجابياتها وسلبياتها والطريقة التي تطورت بها من البداية في مرحلة الطفولة، في المرحلة التالية، يساعد المعالج المرضى على تقليل اعتمادهم على إستراتيجيات التعامل حتى يتمكنوا من الوصول إلى المشاعر الشديدة التي يتم حظرها تلقائياً من خلال أداء إستراتيجيات التعامل هذه، ويكون موقف العلاج هو الموقف الأول الذي يتخلى فيه المرضى عن إستراتيجية التعامل المعتاد، ويشاركون مشاعرهم الشديدة المرتبطة بأوضاع الطفل غير الوظيفية مع شخص آمن، فهذه المشاعر هي المحور الرئيسي للعلاج بعد تقليل إستراتيجيات التعامل التي اعتادها، كما يجب الحد من أوضاع الوالدين المختلّة أو غير الوظيفية من أجل إضعاف تأثيرها في حياة المريض، وعلى النقيض من ذلك،

يمكن تعزيز الأوضاع الصحية بطرائق عدّة، ويمكن للمعالج أن يعمل كنموذج لوضع البالغين الأصحاء، وخاصة في المرحلة الأولى من العلاج كإعادة لترميز البالغ الصحي ضمن العلاقة العلاجية (Jacob & Arntz ,2013, 174)

4- أهداف العلاج بالمخطط schema therapy objectives

الهدف الشامل للعلاج بالمخطط تطوير وضع البالغين الأصحاء حتى يتمكن الشخص من الحفاظ على حياة مُرضية تشمل جميع المجالات: العمل/المهنة، والالتزامات، والعلاقات الاجتماعية، والحياة الجنسية الصحية، والهوايات، والترفيه والمرح، وذلك لأداء الوظائف التالية:

- **وضع رعاية الطفل الضعيف:** يتطلب هذا وجود "والد جيد/ بالغ صحّي" داخلي يمكنه المواساة و/أو التصرف بعطف لتلبية الحاجة الأساسية عندما يتم تشغيل مشاعر الخوف أو الحزن أو الوحدة في وضع الطفل الضعيف.
- **إدراك أوضاع التعامل اللا التكيفية:** ويُستبدل بها سلوكيات التعامل التكيفية؛ على سبيل المثال، القدرة على تجربة المشاعر عندما تنشأ، والتواصل مع الآخرين، والتعبير عن الاحتياجات، إذ يتم اتخاذ خيارات نشطة تلبي الاحتياجات وتتناسب مع واقع الموقف البالغ الذي يمر به الشخص، بدلاً من التخلي عن وضع الاستراتيجيات غير التكيفي.
- **استبدال سلوك الطفل الغاضب أو المندفع/غير المنضبط:** أساليب مناسبة وفعّالة للتعبير عن المشاعر والاحتياجات (على سبيل المثال، القدرة على التعبير عن الاحتياجات والغضب بطريقة حازمة للبالغين)، يتم النظر في العواقب طويلة المدى للأفعال الغاضبة أو المندفعة أو غير المنضبطة.
- **تقليل قوة أوضاع الوالد الناقد أو العقابي وسيطرته:** من حيث العمل على التخلص من الناقد الداخلي العقابي، ويستبدل به القدرة على تحفيز الذات بطريقة إيجابية صحية؛ وتقبل الأخطاء، وعند الحاجة الانتقام منها، والتخفيف من وضع الناقد المطالب ليكون لديه توقعات ومعايير واقعية.
- **تحرير وضع الطفل السعيد** حتى يتمكن الشخص من استكشاف البيئة لمعرفة ما يوفر الفرح في الحياة ويسمح باللعب. (Farrell & Shaw, 2017, 20) (Roelofs et al, 2016, 2247)

5- مكونات العلاج بالمخطط :

إن أحد الجوانب المميزة لجميع تدخلات العلاج بالمخطط هو التوازن الذي يتم الحفاظ عليه بين العمل التجريبي أو المرتكز على المشاعر، والمعالجة المعرفية للوعي الجديد والبصيرة (الاستبصار) من التجارب الانفعالية التصحيحية، وكسر الأنماط السلوكية، ومن المفيد تقسيم أهداف العلاج بالمخطط وتدخلاته إلى ثلاثة مكونات رئيسية، يتم التعامل معها على التوالي: وعي الوضع، وإدارة الوضع، وعلاج الوضع أو عمل الوضع التجريبي. وسيحتاج المرضى والمعالجون إلى كميات مختلفة من العمل في كل مكون:

أ- وعي الوضع: Mode Awareness يتضمن هذا المكون تدخلات معرفية في المقام الأول، مع بعض الجوانب التجريبية، والهدف تعليم المرضى كيفية تحديد تجارب الوضع الخاصة بهم، والأنماط المحفزة، والحاجة الأساسية، إذ يساعد تحديد الجوانب المختلفة للتجربة (وهي الأفكار، والمشاعر، والأحاسيس الجسدية، والذكريات) المرضى على إدراك الوضع الحالي، ويتيح ربط الموقف الحالي بذكريات الطفولة، وفهم جذور مخططاتهم، ولا يمكن للمريض اتخاذ قرار واعٍ بشأن البقاء بهذا الوضع أو الوصول إلى وضع البالغين الأصحاء واستخدامها إلا بعد أن يدرك الوضع الحالي.

ب - إدارة الوضع Mode Management : تستخدم هذه الجلسات وعي المريض الجديد بالوضع للتخطيط لتغيير السلوك، فالوعي هو الخطوة الأولى الضرورية، ولكنها ليست كافية، في عملية تغيير الوضع، بعد ذلك تكون مرحلة التقييم مع المرضى لفعالية استجاباتهم التي يهيمن عليها الوضع في تلبية احتياجاتهم وتشكيل خطط العمل وتقييمها، يشار إليها باسم "خطط إدارة الوضع"، وتعدّ الفنيات المعرفية والسلوكية والتجريبية التدخلات الأساسية المستخدمة في تطوير خطط إدارة الوضع واستخدامها، في هذا المكون، يتم تحديد أي حواجز للتغيير – على سبيل المثال، التشوهات المعرفية، أو المعتقدات، أو الأفعال التي تحافظ على سلوك الوضع اللّا التكيفي – وتحديها، ويوّفر تطبيق خطط إدارة الوضع العمل المطلوب لكسر الأنماط السلوكية لضمان تعميم التغييرات العلاجية على السلوك خارج إطار العلاج.

ج . تشافي الوضع أو العمل بالأنماط التجريبيةMode Healing: Experiential Mode Work : يتضمن العمل بالأنماط التجريبية وإعادة صياغة الصور، وحوارات المخططات، ولعب الأدوار بالأوضاع ، والتجارب الانفعالية

التصحيحية في علاقة العلاج، والعمل الإبداعي لتمثيل التجارب الإيجابية، فعندما يكون الهدف تغيير الأوضاع على المستوى الانفعالي ، نطوَّر "ترياقاً تجريبياً أو علاجاً آنياً" مع المرضى، وفي الأغلب يقول المرضى، "أعلم في رأسي أنني لست معيباً أو مهجوراً، لكنني أشعر بالخزي والتخلي"، ويلخص هذا البيان الحاجة إلى استهداف المستوى الانفعالي للمخططات، والمستوى الضمني أو العميق للخبرة، لإحداث تغيير أعمق، إذ إنَّ معرفة المرء بأنه ليس معيباً أو فاشلاً لا يزيل الشعور بأنه معيب وفشل، بل إنَّ مثل هذه المشاعر، مع الخجل المصاحب لها، وكراهية الذات، والمخاوف من الرفض، هي ما يجعل المرضى بائسين وغير سعداء، ويعملون بأقل من قدراتهم حتى عندما يتعلمون المهارات المعرفية والسلوكية، لذلك يتضمن العمل الإبداعي والرمزي في جلسات الوضع التجريبي استخدام الفن أو المواد المكتوبة التي يمكن أن تسهل التذكر وإعادة التجربة الانفعالية للأحداث المتناقضة مع المخطط. (Farrell & Shaw, 2017, 26-27) (Taylor et al, 2017, 458)

6- مراحل العلاج بالمخططات schema therapy phases

يرى نموذج العلاج بالمخطط أنَّ الأفراد الأصحاء يمكنهم تلبية احتياجاتهم الانفعالي ة الأساسية بأساليب تكيفية، أمّا في العلاج، فيتعلم المرضى تحديد المخططات اللا تكيفية وتغييرها، وأوضاع التكيف غير الصحيّة، والأساليب التي تعيقهم عن تلبية احتياجاتهم، وفي النهاية، يستكشف المرضى أساليب أكثر تكيفاً لتلبية احتياجاتهم الأساسية ويطوّرونها ويتبنونها، إذ يوّفر العلاج بالمخطط إطاراً مرناً يمكن استخدامه لاستهداف المخططات، وإستراتيجيات التكيف، والأساليب، أو أي مجموعة منها، وفق احتياجات المرض الفردية، لأنَّ الهدف العام من العلاج شفاء المخطط، من خلال العمل على تقليل شدة الذكريات المؤلمة، والمشاعر المرتبطة بها، والأحاسيس الجسدية، والأفكار غير الصحيّة المرتبطة بالأنماط السلبية للتكيّف، فتغيير السلوك هو المرحلة الأخيرة من عناصر شفاء المخطط، إذ يتعلم المرضى أنماطاً سلوكية أكثر تكيفاً لتعويض أوضاع التكيف غير السليمة، ما يقلل من تأثير المخططات النشطة ويعزز التعافي من التجارب السلبية.

قد يتخذ عمل الأوضاع في العلاج بالمخطط أشكالاً عديدة مختلفة بناءً على احتياجات المريض، ومع ذلك، يتم تحديد تسلسل مراحل العلاج في سبع خطوات أساسية هي:

- تحديد أوضاع المريض اللا تكيفية وتصنيفها أثناء ظهورها، ضمن العلاج أو خارج الجلسات.
- استكشاف أصل كل مخطط لا تكيفي ووظيفته والوعي بها واستبصارها.
- ربط المخططات غير التكيفية بالمشكلات والأعراض الحالية لتوفير أساس واعٍ ومنطقي للتغيير.
- إظهار فوائد التعديل أو التخلي عن المخططات اللا تكيفية، إذا كانت تعيق الوصول إلى وضع آخر أو تسبّب خللاً بطرائق أخرى.
- الوصول إلى الطفل الضعيف من خلال الصور الموّجهة وغيرها من الفنيات، وربطها بصوت البالغ الصحي.
- سحب المخططات الأخرى تدريجياً من خلال الحوارات باستخدام الصور وغيرها من الفنيات المعرفية والتجريبية.
- تشجيع وضع البالغ الصحي على حل المشكلات التي تنشأ في الحوار بين المخططات وتنشيط صوت الطفل السعيد.
- مساعدة المريض على تعميم عمل المخططات الصحيّة البديلة إلى مواقف الحياة خارج جلسات العلاج. (Dobson, 2010, 323-349)

يتضمن مسار العلاج بالمخطط مراحل معتادة لكل مرحلة أهداف، ويجب تناول جميع مراحل العلاج، ولكن ترتيبها يختلف بناءً على المشكلات التي يعاني منها المريض، والأساليب، والاحتياجات، ووتيرة كل فرد ومعالج. وفيما يلي عرض لمراحل العلاج بالمخطط مع الأهداف المتوّقعة لكل مرحلة:

1- تقييم المخططات والتثقيف النفسي، وتتضمن ما يأتي:

- التقييم والتثقيف النفسي وفهم المشكلات التي ترتبط بالمخططات اللا تكيفية المبكرة.
- تحديد المخططات باستخدام أدوات مثل الاستبانات أو المقابلات المُصممة خصيصًا للمراهقين.

- تثقيف المراهقين حول المخططات، وأصولها، وكيفية تأثيرها في الأفكار والمشاعر والسلوكيات عبر تقديم تفسيرات مناسبة لأعمارهم لتعزيز فهمهم.

2- إستراتيجيات التعامل والمواجهة النشطة للمخططات، وتتضمن ما يأتي:

- التواصل مع الطفل الضعيف والأصول النمائية المبكرة له.
- الالتفاف باستخدام إستراتيجيات التعامل اللا تكيفية (التجنب، الاستسلام، التعويض المفرط) والوعي بتأثيراتها ومحفزاتها على مستوى المشاعر والأفكار والسلوك.
- فهم مهارات التنظيم الانفعالي وإستراتيجيات التعامل التكيفية وارتباطهما المباشر.

3- تغيير وضع المخطط عبر كسر الأنماط السلوكية وتنمية المهارات، وتتضمن ما يأتي:

- استبدال بأوضاع التعامل غير تكيفية الخيارات التكيفية والتدريب عليها عبر إعادة العزو وحوارات المخطط.
- مكافحة أوضاع النقد غير الوظيفية وخاصة المرتبطة بأوضاع الوالدين المبكرة وتحديها عبر المواجهة التعاطفية.
- مساعدة وضع الطفل الضعيف على التعافي من خلال التعويض والتصحيح ضمن إطار التحالف العلاجي التعاطفي.
- تصحيح الخبرات الانفعالية عبر إستراتيجيات التنظيم الانفعالي مثل إعادة صياغة الصور.
- إعادة توجيه الطفل الغاضب والمندفع إلى وضع الكبار البالغين الأصحاء.

4- الاستقلال وتعميم الخبرات المكتسبة، وتتضمن ما يأتي:

- تطوير وضع البالغين الأصحاء والطفل السعيد والوصول الموثوق إلى هذه الأوضاع.
- تطوير علاقات صحية مع الذات والآخرين وتطوير حديث ذاتي إيجابي مرتبط بتقدير ذات متحسّن.
- تدريب مقدّمي الرّعاية على تنظيم انفعالات أطفالهم ودعم شفاء المخططات داخل منظومة الأسر
- الإنهاء التدريجي للعلاج النفسي مع خيار الاتصال المستقبلي. (Farrell & Shaw, 2017, 21) (Roelofs et al, 2016, 2247)

7-1- عملية تقييم المخططات Schemas Assessment

يبدأ معالجو المخطط عملهم مع المرضى بعملية تقييم شاملة، تتضمن عدة جلسات (عادة 2–4) جلسات مكرَّسة لجمع المعلومات في مجموعة متنوعة من طرائق التقييم، وتكون الأهداف العامة لعملية التقييم هي:

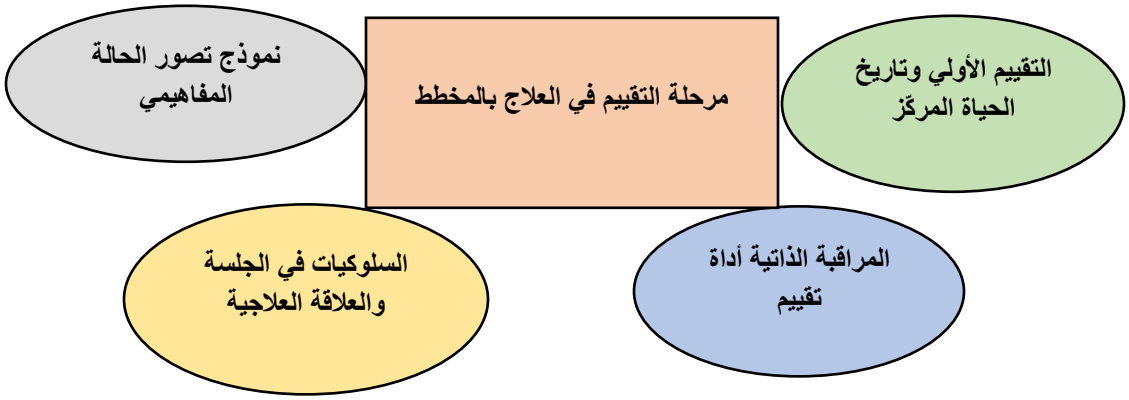
- تعرّف أنماط الحياة المختلّة غير الوظيفية (Dis Functional Patterns) الموجودة في حياة المريض.
- تحديد المخططات اللا تكيفية المبكرة (EMS)، وإستراتيجيات التعامل أو المواجهة (Coping Mods) ، والأوضاع غير الوظيفية السائدة (Modes) التي تلعب دوراً في إنشاء أوضاع الحياة المختلّة هذه أو الحفاظ عليها.
- تعرّف الأصول التطورية للمخططات واستراتيجيات المواجهة والأوضاع النشطة وتطوّرها بمرحلتي الطفولة والمراهقة.
- تقييم مزاج المريض، وتعرّف الطرائق التي قد يتفاعل بها هذا المزاج مع عوامل النمو الأخرى ضمن سياق العلاقة العلاجية (على سبيل المثال، الحرمان أو الصدمة أو الإفراط في التساهل).
- تبلغ عملية التقييم والتكامل ذروتها في تطوير تصوَّر حالة مكتوب (the case conceptualization)، يتم مشاركته مع المريض.

يتمثل دور المعالج في هذه المرحلة استخدام كل هذه البيانات لإنشاء فرضيات إكلينيكية، وتعديل هذه الفرضيات بجمع المزيد من البيانات ليظهر فهم متكامل، وفي نهاية التقييم يوَّضح تصور الحالة كلاً من المشكلات والأوضاع الحالية بالإضافة إلى الأصول التنموية المحتملة لهذه المشكلات، ويؤطر كل هذه المفاهيم باستخدام مفاهيم العلاج بالمخطط (أي الاحتياجات والمخططات واستجابات المواجهة والأوضاع)، ويتم مشاركة التصور مع المرضى لغرضين رئيسيين:

1- يسمح للمعالج والمريض بصقل فهمهم المشترك حول المخططات والأوضاع النشطة.

2- يساعد على تثقيف المريض بالعلاج بالمخطط وتدخلّاته وأهدافه. (Young et al, 2006, 63)

وتشمل مرحلة التقييم في العلاج بالمخطط المصادر الآتية:



الشكل (3) مرحلة تقييم المخططات اللا تكيفية المبكرة في العلاج بالمخطط

7-1-1-التقييم الأولي وتاريخ الحياة المركّز Initial Assessment and focused life history

يقوم المعالجون بإجراء مقابلات مع المرضى لتعرّف مشكلاتهم التي يقدّمونها، وأهدافهم من العلاج، واحتياجاتهم الانفعالية التي لم تُلَبَ، ضمن مصطلحات محددة وليس في العموميات الغامضة كما يحدث أحياناً في العلاج المعرفي السلوكي، فتوضيح ماهية هذه المشكلات والأهداف، وإبقاؤها في مركز الاهتمام، يضمن استمرار أجندة المريض في توجيه عملية العلاج وتحقيق الاستبصار عند المريض بوضعه الحالي، ليتم تحديد مدى ملاءمة علاج المخطط لاحتياجات المريض في هذه المرحلة، ومن أهم أدوات جمع البيانات في هذه المرحلة ما يأتي:

أ- استبانة المخططات اللا تكيفيَّة المبكرة للشباب Youth Schema Questionnaire for Early Maladaptive Schemas: تُعدَّ الأكثر استخداماً في الجلسات الأولى والثانية من جلسات العلاج، هي نقطة انطلاق للمناقشة اللاحقة بين المريض والمعالج، فالمعلومات الواردة فيه تعطي معلومات أكثر دقّة عن الأعراض أو السلوكيات التي أقرّوا بها ذاتياً، ووافقوا عليها فالمعلومات الأكثر فائدة لا تظهر عادة من الإجابات أو الدرجات نفسها على الاستبانة، ولكن من المحادثة والمناقشة التي تتلو الإجابة عليه عندما يقوم المعالج والمريض بمراجعة الاستبانة.

ب-قوائم الجرد (المسح) الأخرى واستبانات التقرير الذاتي Other inventories (surveys) and self-report questionnaires: وهي الأداة الثانية المستخدمة على نطاق واسع، وتسمّى مخزون الأبوة والأمومة (Young Parenting Inventory)، ويتم تنظيمها وفق تجارب الأطفال التي يُعتقد أنها تحمل أصولاً محتملة لمخططات معينة،

وينصب تركيزها على الخبرات الوالدية السابقة وتركيزها على الماضي، ويمكن الاستفادة من جرد أو مسح التجنب (Young-Rygh) . وتعكس حالات التعامل مع المخططات وتعطي معلومات عن أسلوب المواجهة التي يتبعها المريض في حالات تنشيط المخطط.

7-1-2- المراقبة الذاتية أداة تقييم Self-monitoring as an assessment tool

تُستخدم لرصد الأحداث اليومية والأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تنشأ استجابة للأحداث الضاغطة بشكل متكرر، وهي أداة بارزة في مختلف أساليب العلاج المعرفي السلوكي، ويمكن أن تكون ذات فائدة كبيرة في العلاج بالمخطط بالإضافة إلى استخدامها تدّخلاً معرفياً ونقطة أساس للتطوّر، وعلى وجه التحديد، قد يطلب المعالجون من المرضى البدء بإكمال مذكرات المخطط، أو المزيد من سجلات أحداث المراقبة الذاتية الأوّلية (مثل نموذج سجل الفكر اليومي) على أساس يومي بدءاً من الجلسة الأولى، وبحلول الجلسة الثالثة أو الرابعة، تتوفر تسجيلات متعددة للمراجعة وستكشف غالباً عن معلومات لتشخيصات مهمة، مع أنَّ التسجيلات اليومية لا تتطلب من المريض تحديد المخطط بالاسم، إلا أنها تساعد على توثيق تشغيل المخطط وتأثيراته، هذه التسجيلات اليومية توفر لكل من المعالج والمريض أمثلة قوية من الحياة اليومية، وتكمل المعلومات التاريخية التي تم الحصول عليها في المقابلة الأولى والانطباعات العامة التي توفرها استبانات التقرير الذاتي، لأنَّ المعالجين يدمجون هذه المصادر المختلفة للمعلومات ضمن العلاقة العلاجية نفسها، فالتفاصيل المحددة التي تم الحصول عليها من السجلات اليومية تساعد على جعل المفهوم حقيقيًا ومفصلاً لحالة المريض. (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010, 81-87)

7-1-3- السلوكيات في الجلسة والعلاقة العلاجية

تتضمن عملية التقييم اهتماماً كبيراً بعلاقة العلاج كمصدر للمعلومات، ففي الأغلب تكون احتياجات المريض ومخططاته وسلوكياته واحتياجاته غير الملبّاة حاضرة بقوّة في العلاقة العلاجية، إذ أنّو المخططات، بطبيعتها تنتج سلوكيات مميزة عبر المواقف والعلاقات، فالطبيعة الشخصية لأسئلة المعالج، توّفر جنباً إلى جنب مع عدم اليقين في المراحل المبكرة من العلاج، العديد من الفرص لإثارة مثل هذه المخططات، ويتفاعل المرضى مع العلاقة العلاجية بطرائق يحركها

المخطط النشط، فالمريض الذي لديه مخطط طلب الموافقة (Approval-seeking schema) قد يقلل من مشكلاته أو يتصرف بطريقة مفرطة في الامتثال للحصول على الموافقة؛ كما قد يطلب الشخص الذي لديه مخطط الاستحقاق (Entitlement schema) مطالب خاصة غير معقولة مثل المرونة المفرطة مع توقيت الجلسة ومدتها؛ كما قد يُظهر المريض الذي لديه مخطط سوء الثقة/الإساءة (Misuse/Abuse schema) اهتماماً كبيراً بالسرية، وقد يشعر بعدم الارتياح لتدوين ملاحظات المعالج؛ وقد يقاوم الشخص الذي لديه مخطط الهجر (Abandonment schema) الارتباط الانفعالي خوفاً من أن يتخلى عنه المعالج بمجرد تكوين الثقة معه.

لذلك عندما يتم تشغيل المخططات في الجلسة أو رد فعل للمعالج، يمكن للمعالج والمريض مناقشة ما حدث، ويمكنهما التعاون لتحديد كل من المخططات نفسها والأحداث المحفزّة و المثيرة التي أدت إلى ظهورها وتسميتها، فقد تعكس بعض السلوكيات وردود الفعل التي تمت ملاحظتها في الجلسة أوضاع المخطط (أي الحالات المؤقتة) أكثر من المخططات المزمنة نفسها، ومن الأمثلة الشائعة ظهور المرضى في مكان بعيد تتوّفر فيه شروط الهدوء والرّاحة وهم يعيدون سرد تاريخ حياتهم المزعج للغاية، حيث يتعرف معالجو المخطط على هذه السلوكيات على أنها سلوك أسلوب التعامل و المواجهة للمخطط (مثل وضع التجنب) ويقومون بتدوين ذلك، بالإضافة إلى الأوضاع الأخرى الواضحة في عرض المرضى، ومع ذلك فإنَّ الاهتمام بالعلاقة يحمل بعض التشابه مع مفهوم التحليل النفسي بمسألة التحويل (transference)، والموقف العلاجي لمعالجي المخطط (لا سيما الموقف التعويضي المحدود، الذي يوجه المعالج من اللحظة الأولى للعلاج) يميز بشدة استخدامهم علاقة العلاج مصدراً للمعلومات (ولاحقاً لتغيير المخطط) عن أسلوب التحويل في التحليل النفسي. (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010, 93-95)

7-1-4-تثقيف المريض واستخدام نموذج تصور حالة المخطط Educating the patient and using the schema case conceptualization form

تبلغ مرحلة التقييم ذروتها في تطوير تصور حالة (case conceptualization) مكتوب ومتكامل يجمع ويربط معاً المعلومات المستقاة من المقابلة والاستبانات، ومن سجلات الأفكار اليومية، ومن انتباه المعالج إلى علاقة العلاج

والسلوكيات في أثناء الجلسة على نحوٍ شمولي وتكاملي، فبعض مصادر المعلومات تكون ذات طابع معرفي ومنطقي (مثل استبانات التقرير الذاتي) وبعضها الآخر يكون مشحوناً عاطفياً (مثل الصور للتقييم)، وبجمعهما معاً، إذ تولد معلومات معرفية وعاطفية على حد سواء، تسمح للمرضى بفهم مخططاتهم والشعور والاستبصار بها، وبهذه الطريقة ، يمكن لكل من المرضى والمعالجين تحديد إن كانت جميع أجزاء هذا التصور "ملائمة أو مناسبة" أي إن كانت تتجاوب مع تجربة المريض الانفعالية.

يتشابه التصور المفاهيمي للحالة (The culminating conceptualization) مع تلك الأساليب المستخدمة في مناهج صياغة حالات العلاج المعرفي السلوكي الأخرى، ولكنه أوسع منها، إذ يصف أعراض المريض واضطراباته وأعراض صعوباته ومشكلاته؛ ويقترح آليات ظهور هذه المشكلات والحفاظ عليها؛ ويحدد المحفزّات أو المثيرات الحالية لمشكلاته؛ ويتناول أصول آليات المواجهة وجذورها، يتوسع في هذه الأساليب بطرائق عدّة على النحو الآتي:

1- يحدد بوضوح المخططات والأوضاع واستجابات التعامل.

2- يلفت الانتباه إلى الإدراك (الإدراك والتشوهات الأساسية)، والسلوك (الاستسلام، أو الهروب، أو التعويض الزائد)، والخبرة/الصور (ذكريات الطفولة الأساسية)، والجوانب العلائقية (معلومات عن علاقة العلاج)، والعوامل المزاجية/البيولوجية.

3- الهدف الصريح المتمثل في تقديم قصة تكاملية عن أصل مشكلات المريض والحل المحتمل لها. (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010, 97-100)

7-2- علاج المخططات والأوضاع

من الناحية العملية، يندر تحديد هذه المراحل جيداً وفصلها بدقة، ولكن يمكن تقسيم العلاج تقريباً إلى نقاط ذات أهمية خاصة، وفق ترتيب منطقي، ويمكن تقسيم خطة العلاج الفردية بالمخطط إلى خمس مراحل:



الشكل (4) مراحل العلاج بالمخطط

7-2-1- نمو تحالف علاجي Therapeutic Alliance development

إنَّ تطوير تحالف علاجي ليس أسلوبًا في حد ذاته، وينمو التحالف العلاجي في جميع المراحل، ويرجع هذا جزئياً إلى التقييم المتكامل لحالة المريض، والتركيز على بناء علاقة علاجية تعاطفية من أول مرحلة التقييم لضبط إيقاع العلاج، ومن المهم أن يكون المعالج موثوقاً ومتاحاً للمريض وللآخرين المهمين في بيئته، وأن يعطي وقتاً لتحفيزهم واستبصارهم بالمخططات النشطة، ويضع قيوداً على السلوكيات المتطرفة عبر التعاطف، ثمَّ التنفيذ الجيد للإستراتيجيات والفنيات التي تنتمي إلى مرحلة محددة، وخاصة بسبب الاستراتيجيتين العلاجيتين الرئيسيتين في العلاج بالمخطط: الإصلاح (التعويض) المحدود والمواجهة التعاطفية، وهدف هذا التحالف تثقيف المريض حول الاضطراب، وشرح الأساس المنطقي وراء العلاج، وإنشاء تصور للحالة لديه، لإعطاء المرضى نظرة ثاقبة عن العلاقة بين شكواهم، والمخططات النشطة لديهم، والأوضاع التي تزعجهم، والعلاقات والأحداث المهمة منذ طفولتهم. (Spinhoven et al, 2007, P105) (Renner et al, 2018, p99)

7-2-2-إدارة الأعراضSymptom management

من الحكمة البدء بمعالجة الأعراض التي يمكن أن تؤدي إلى نتائج سريعة، وفي كثير من الأحيان، يمكن تحقيق نتائج ممتازة من خلال علاج مشكلات النوم، أو صعوبة الحفاظ على المستويات الطبيعية للنشاط، أو مشكلات الحالة البدنية، وهناك مشكلة كبيرة لكثير من المرضى، وخاصة أولئك الذين يعانون اضطرابات الشخصية الحديّة، وتذبذب الحالات الانفعالية، ويمكن أن تؤدي المشاعر إلى زيادة التوتر أو القلق وأحياناً إلى سلوك مؤذٍ للذات، ومن المهم تحليل سبب

إثارة حالات عاطفية معينة وتحديد المخططات أو الأوضاع التي يتم تشغيلها، بعد ذلك، يمكن وضع خطة علاج أو تدّخل تحدد السلوكيات البديلة لكل حالة عاطفية، ويكون استخدام فنيات اليقظة العقلية مفيدةً، إذ يمكن للمريض أن يتدرّب أن يرى المشاعر القوية عابرة ويتعلم كيفية إيجاد مسافة بينها والتعامل معها. (Taylor et al, 2017, P458)

7-2-3- تحدي الافتراضات / الأفكار المختلةChallenge assumptions/misconceptions

يعد تتبع المشكلات التي تكمن وراء التفسيرات الخاطئة وتصحيحها نشاطًا متكرراً، لهذا الغرض، ثمّة فنيات عدّة مفيدة، مثل حوارات المخطط، وإعادة وصف الصور، وحوارات الكرسيين، وإعادة الإسناد أو العزو المعرفي وغيرها، وفي العموم، لا تكمن المشكلة في هذه المرحلة في ارتكاب الأخطاء، بل تتمثل في استمرارية في التفكير بكل شيء أو لا شيء (التطرف)، ولا يمكن أن يضع المرء نفسه مكان شخص آخر، للوصول إلى عمل دقيق، وفي الأغلب يجب إجراء العديد من الجلسات، والعمل مع العديد من وجهات النظر والفنيات لتعليم المريض كيفية التفكير بطريقة مختلفة.

7-2-4- تغيير المخطط ومعالجة الصدمات المحتملة

في هذه المرحلة، يكون الهدف تشكيل التفسيرات والمفاهيم الصحية الجديدة عبر فنيات التصوّر الموّجه، مع إعادة صياغة النص ولعب الأدوار في المواقف الماضية ولعب الأدوار في الوقت الحاضر، إضافة إلى الفنية الأبرز والأكثر شيوعاً وهي الإصلاح أو التعويض المحدود، ففي تمرين التخيل مع إعادة الكتابة، يمكن للمريض أن يستحضر الذكريات، أولاً بمساعدة المعالج، ولاحقاً من خلال وضع البالغين الأصحاء، ومن ثمَّ يمكن إزالة حساسية المشاعر القوية التي تنتمي إلى صورة تلك الذاكرة، ويمكن أن يتغير الإدراك السلبي إلى إدراك إيجابي بديل عبر العلاقة العلاجية التعاطفية مع تفعيل أنشطة التهدئة الذاتية وتفعيل دور مقدّمي الرعاية في تعميم النتائج العلاجية على بيئة المريض.

7-2-5-نهاية العلاج End of therapy

في المرحلة الأخيرة، يتم الانتباه إلى أية أعراض متبقية، فالإعلان عن انتهاء العلاج ومناقشة النتائج يتيح الفرصة لمناقشة سجل اليوميات الإيجابي وملاحظة التغييرات التي تمَّ تحقيقها، ويمكن للمريض أن يضع خطة للمرحلة الأخيرة وللفترة التي تلي العلاج. (Van Vreeswijk et al, 2012, 312-317)

8- الفنيات العلاجية في العلاج بالمخطط

8-1- الفنيات المعرفية Cognitive techniques

تُستخدم التدخلات المعرفية لاختبار صحة المخططات وحقيقتها، من خلال مناقشات إيجابية وسلبية ضمن العلاقة العلاجية، وتستخدم فنيات إعادة هيكلة الأفكار لشرح الأدلة القائمة على استمرار تنشيط المخطط، من خلال مجموعة متنوّعة من التدخلات المعرفية، فقد يتحدث المعالج مع المريض عن السبب الذي جعل شخصاً ما رآه مصادفة في الشارع لا يقول "مرحبا" في ذلك الصباح، قد يفسر المريض هذا عفوياً في سياق مخطط معين، ويراه إشارة على الرفض، وقد تساعد الفنيات المعرفية هذا المريض على الحصول على وجهة نظر أخرى وتبني تفسيرات أكثر وظيفية، وبالمثل، يتم مناقشة الأخطاء في الاستدلال المتوافق مع المخطط وإيجابيات استراتيجيات التكيف وسلبياتها.

عندما يقوم المريض والمعالج بتأسيس تصور حالة، يحدّدون مجموعة من أهداف التغيير المعرفي: (إضعاف المخططات الحالية لسوء التكيف وتقوية مجموعة بديلة وصحية من المخططات) ويمكن صياغة أهداف التغيير في مصطلحات الوضع أيضاً: (تقوية طريقة التفكير المرتبطة بوضع البالغين الأصحاء، وإضعاف طرائق التفكير التي تميز التعامل السيئ وأوضاع الوالدين). .(Arntz & Jacob, 2017, 115-117)، وتتوَّفر مجموعة واسعة من الفنيات المعرفية في العلاج بالمخطط، يشبه الطرائق المستخدمة في أشكال أخرى من العلاج المعرفي السلوكي، وأهمها:

أ- أوراق المراقبة الذاتية monitoring sheets

في البداية، يُطلب إلى المريض أن يُسجّل حدثاً معيناً واحداً كل يوم، وأن يلاحظ فقط أفكاره ومشاعره وسلوكياته التلقائية خلال استجابته لهذا الحدث، وفي وقت لاحق من العلاج، يمكن تعليم المريض طرائق لطرح الأسئلة التلقائية، وتحديد المخططات التي تحركها، وتقديم استجابات بديلة وأكثر صحة لنفس الأحداث التنشيطية. ويمكن تعليم المريض اختبار الأدلة المؤيدة والمعارضة لوجهة نظره القائمة على المخطط، ولتحديد إن كانت وجهة النظر هذه دقيقة أم متحيزة.

ب- سجل اليوميات والبيانات الإيجابية Positive Data Log

تهدف سجلات المخطط اليومية إلى الاكتمال كرد فعل على الأحداث المزعجة التي تؤدي إلى تنشيط مخططات لا تكيفية، وهي مهمة لرصد الأفكار والمشاعر والسلوك، ولكن من خلال سجلات البيانات الإيجابية يُطلب إلى المرضى مراقبة حياتهم اليومية بنشاط وتركيز بحثاً عن الأحداث والأدلة التي تتوافق مع المخططات البديلة الصحية والتكيفية، تكون هذه مهمة صعبة للغاية في البداية ولكن إذا تم القيام بها ببطء وبكثير من التشجيع، يمكن أن تكون قوية للغاية.

ت- إعادة الصياغة / إعادة الإسناد Reframing/reattribution

تتضمن إعادة الصياغة توفير إطار معرفي (أو تفسير) مختلف للإطار الذي تم إنشاؤه تلقائياً من قبل المريض لحدث، أو مشكلة أو موقف ما، على سبيل المثال، يمكن للمريض الذي يعاني من انتكاسة ويحكم تلقائياً على نفسه بأنه "خاسر وغير كفء وفاشل" أن يكسب معرفة صحيّة من إعادة صياغة الموقف، لذا فإنَّ إعادة الصياغة النموذجية (A typical reframe) في العلاج المعرفي السلوكي تعني إعادة توزيع الانتكاسة من الشخص نفسه إلى أفعاله أو مهارته" لم تبلِ بلاءً حسناً هذه المرة، لكن هذا لا يعني أنك فاشل"؛ "لم تتقن هذه المهارة بعينها، وكانت هناك حاجة إليها حقاً في هذا المثال يتم تشجيعه وتحفيزه إلى التفكير بطريقة أخرى جديدة يمكنه من خلالها إتقانها، لذلك فهدف هذه الفنية مساعدة المريض على إنشاء وتطوير عرض أكثر صحة للمخططات وأصولها، فقد يساعد المعالج المريض على إعادة توزيع مشكلة حياته الحالية على مخطط (على سبيل المثال، مخطط الخزي/العار Defectiveness/Shame)، أو استجابة التعامل غير الملائمة (الاستسلام ,Surrender)، أو الوضع (الوالد الناقد Critical Parent)، بدلاً من رؤيتها على أنها متأصلة في ذات المريض نفسه.

ث- البطاقات التعليمية ويوميات المخطط Schema flashcards and diaries

توَّفر البطاقات التعليمية للمخطط إرشادات منظمة للغاية لإعادة تفسير المواقف الصعبة (والمتكررة) في الحياة اليومية، وهي ملخصات مكتوبة للاستجابة الصحية للمثير أو المحفّز للمخطط، وتكون مصممة ليتم حملها من قبل المريض واستخدامها على الفور في لحظات عندما يتم تشغيل المخططات وإثارتها، ويتم إكمالها بشكل مشترك في الجلسة، وتتطلب جمع بيانات كافية وتطوير إعادة صياغة واضحة (ومفهومة جيداً) للمخطط، لتشير إلى أقوى دليل ضد تنشيط

المخطط، وتحتوي على قالب محدد يضع فيه المعالج والمريض عبارات ذات صلة بتجربة المريض، ويمكن إنشاء البطاقات التعليمية لمعظم أنواع الأحداث، خاصة تلك التي يحتمل تكرارها.

ج- حوارات المخطط أو الكرسيين Schema dialogues

تفترض فنيات الحوار أن المريض قد تعّلم بالفعل تعرّف وجود جانب المخطط والجانب الصحي في ذاته، هنا يقوم المعالج بدعوة المريض للانخراط في حوار مشترك معه أو ضمن لعب الأدوار الذي يتضّمن هذه الجوانب. قد يشعر المرضى أحياناً بعدم الارتياح عند استخدام هذه الأساليب؛ مع أنَّ قرار الانخراط فيها يجب أن يكون في النهاية قراراً تشاركياً، إلا أن المرضى غالباً يستجيبون لتشجيع المعالج اللطيف على تجربة هذه الفنية، وفي المرحلة الأولى من حوار المخطط، يلعب المريض جانب المخطط، ويلعب المعالج الجانب الصحي، ويدعو المعالج المريض لاستخدام الفنية بهذه الطريقة: "دعنا نجري نقاشاً بين جانب المخطط والجانب الصحي، أنت تلعب جانب المخطط، وسألعب الجانب الصحي، مهمتك هي أن تحاول بأقصى ما تستطيع أن تثبت أنَّ المخطط صحيح، وعملي هو أن أبذل قصارى جهدي لإثبات أن المخطط خاطئ" نبدأ بهذه الطريقة لأن المرضى في البداية لديهم القليل جداً من خبرة أو تجربة التعبير عن جانبهم الصحي، وجعل المرضى يبدأون بالتعبير عن جانب المخطط يساعد على الحصول على فهم أكثر ثراءً وأكثر دقة للأفكار والمشاعر المضمنة في عرض المخطط، ويسمح للمعالج بالتوصل إلى نقاط معاكسة لأي حجج يتم طرحها بوساطة جانب المخطط، وفي المرحلة الثانية، يأخذ المريض الجانب الصحي، ويطلب إليه مواجهة حجج المخطط والتوصل إلى استجابات صحية، في الأغلب يكون هذا صعباً ويتطلب تدريباً عميقاً أو نمذجة واضحة من جانب المعالج، واعتماداً على السهولة التي ينتقل بها المريض إلى الجانب الصحي، وقد يلعب المعالج جانب المخطط، أو قد يعمل كمدرَّب، ويتناوب المريض نفسه بين الجانب الصحي وجانب المخطط، ففي السيناريو الأول (لعب المعالج جانب المخطط)، يكون من المفيد للمريض والمعالج تبديل الكراسي، أمّا في الثاني (المعالج مدرَّب والمريض يمثّل الجانبين الصحي والمخطط)، يمكن للمريض التناوب بين كرسيين مختلفين، مع وقوف المعالج "على هامش" النقاش، كما يفعل المدرب، وفي كلتا الحالتين، يجب أن يستمر الحوار حتى يسود الجانب السليم الصحي على تفكير المريض،

وقد لا يتمكن المريض وحده من الوصول إلى هذه النتيجة في أول تجربة أو محاولة عندها فيكون دور المعالج تقديم ما يكفي من التشجيع لضمان أن يكون للجانب الصحي الكلمة الرئيسية في كل مرة، وعند تكرار هذا التمرين من المرجح أن يتحرك المعالج أكثر فأكثر للخلف، بينما يصل المريض إلى القدرة على إجراء الحوار بشكل مستقل.

(Rafaeli, Bernstein & Young, 2010, 105-111). (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

8-2- الفنيات التجريبية والمرتكزة على المشاعر Emotion-focused and Experiment techniques

تعد هذه الفنيات من أقوى الأدوات المتاحة للمعالج لعلاج المخططات اللّا تكيّفية المبكرة، ويبدأ المعالج في مرحلة التغيير باستخدام فنيات معرفية مثل سجلات اليوميات، والبطاقات التعليمية التخطيطية. وتساعد هذه الأساليب المريض على تحقيق مسافة معرفية من المخططات، ومع ذلك، فإن المشاعر الشديدة المرتبطة بالمخططات تظل عادة قائمة، والغرض من الأساليب التي تركز على العاطفة مساعدة المريض على الشعور بالاختلاف، أي التخلص من القوة الانفعالية للمخططات بعد معالجتها معرفياً.

حتى وقت قريب، كان العلاج المعرفي يميل إلى تأكيد فكرة أن المخططات اللا تكيفية تنطوي على طرائق تفكير مشوهة، ولكنَّ الأبحاث أشارت إلى أنَّ المخططات يسهل تغييرها عندما يكون الإدراك بها "ساخناً ملموساً"، أي عندما يتم تنشيطها جنباً إلى جنب مع المشاعر المرتبطة بها، تستفيد الفنيات التي تركز على المشاعر من هذا المبدأ من خلال إطلاق المخططات، لتصبح المشاعر والإدراك والأحاسيس الجسدية والذكريات المرتبطة بها نشطة ومحسوسة لدى المريض، والتجارب المبكرة التي تؤدي إلى المخططات تكون في الأغلب غير لفظية بطبيعتها، وتخدم الفنيات التي تركز على العاطفة غرضاً آخراً من خلال تأثيرها في التجنّب، فالتجنب آلية أساسية يتعامل من خلالها الناس مع التأثيرات المؤلمة، فعندما يتحدث المرضى عن التجارب بطريقة عقلانية للغاية ومنفصلة يتجنبون المشاعر الحقيقية، لذلك من المرجح أن تظل مخططاتهم دون تغيير، تتخطى الفنيات التي تركز على العاطفة هذه الأشكال المتجنبة من التعامل، ويصلون إلى الذكريات الانفعالية مباشرة، ما يمكنهم من إعادة معالجتها بفعالية أكبر، وأهم الفنيات التي تركز

على العاطفة في العلاج بالمخطط لعب الأدوار والصور الموجهة، مع أنَّ العلاج بالمخطط يستخدم طرائق عاطفية أخرى مثل كتابة الرسائل. من أهم هذه الفنيات المطبّقة في العلاج بالمخطط:

أ- **الصور الموجهة Guided imagery:** وهي إحدى الفنيات التي تساعد على علاج المخططات او تغييرها وتحسينها؛ ولكنها ذات فاعلية في التقييم الأولي للمخططات المبكرة، ففي حالة استخدامها في سياق التقييم الأوّلي، يتم استخدام الصور لتحريك مخططات المريض وإظهارها في جلسة العلاج بطريقة سلسة؛ فيمكن لكل من المعالج والمريض الشعور والاستبصار بها؛ وعادةً ما يتم تقديم صور التقييم خلال الجلسات الأولى المبكرة نسبياً في مرحلة التقييم والتعليم، فعند استخدامها للمرة الأولى، تتطلب الصور تخصيص جلسة قريبة من جلسة كاملة، مع متسع من الوقت للتحضير واستخلاص المعلومات، بالإضافة إلى تمرين الصور نفسه.

وعندما يخاف المرضى من تأثير الصور، يحاول المعالج أن يريحهم من خلال تذكيرهم بأنهم يتحكمون في الصور، وعلى الرغم من أن المعالج قد يدعوهم إلى إغلاق أعينهم لتعزيز تركيزهم، إلا أنهم قد يفتحون أعينهم إذا أصبحوا مرهقين، بسبب التاريخ الصادم أو الشعور بعدم الثقة أو القلق، إذ يشارك بعض المرضى في تمارين التخيل بعيون محبطة أو يائسة، بدلاً من عيون مغلقة، أو يطلبون من المعالج ألا يراقبهم خلال التدريبات، ولكن مع الاستخدام المتكرر للصور في وقت لاحق، يميل المرضى إلى أن يصبحوا أقل تخوفاً من ذلك، وقد يكون من الضروري قضاء وقت أقل، على الرغم من أننا لا نزال نتأكد من بدء التصور في وقت مبكر من الجلسة، وقبل إشراك المريض في تمرين التخيل، يقدم المعالج الأساس المنطقي لاستخدام الصور والذي يتضمن ثلاثة أهداف:

- تحديد مخططات المريض النشطة وتحريكها.
- فهم الأصول الطفولية للمخططات.
- ربط المخططات النشطة بأعراض المشكلات الحالية التي يعاني منها المريض. (Rafaeli, Bernistein & Young, 2010, 98-92)

ب- إعادة وصف الصور الذهنية mental images with Reframing: يتم استخدامها كفنية علاجية مع تقدم العلاج وتأسيس العلاقة العلاجية الآمنة، فعندما يطلب المعالجون إلى المريض إغلاق عينيه والسماح لمشهد من الطفولة بالظهور بشكل عفوي، يتخطون أوضاع التكيف لدى المرضى، وترتبط الصور التي تظهر دائماً بالأحداث المؤلمة التي لم يتم فيها تلبية الاحتياجات التطوّرية المبكرة للمرضى، مما أدى إلى ظهور مخططات مبكرة لسوء التكيف لديهم. (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010,115)، يمكن تطبيق إعادة كتابة السرد أو التفسير للصور المتخيّلة في الحالات التالية:

- حالات تعرض فيها المريض للإساءة الانفعالية أو الجسدية أو الجنسية (وهذا يشمل المواقف الصادمة مع الأقران مثل التنمر).
- حالات لم يتم فيها تلبية احتياجات المريض الانفعالية أو الجسدية أو النمائية بشكل كافٍ.
- تقليص الاستقلالية أو التعبير عن المشاعر.
- "الأبوّة الزائفة" عندما يتولى المريض دور الوسيط بين الوالدين (المقدّمين للرعاية)، أو عندما يضطر المريض للعناية بأحد الوالدين أو الأشقاء.(Arntz & Van Genderen, 2020, 49-51)

ت- لعب الدور Role Play

يُمثل المتعالجون سيناريوهات مرتبطة بأوضاعهم المتبّعة المرتبطة بالمخططات النشطة في بيئة علاجية آمنة إذ يسمح لهم هذا بمعالجة المشاعر السلبية اللا تكيفية وممارسة استجابات جديدة وأكثر صحة مرتبطة بمخططات أكثر تكيفاً بتوجيه ودعم وتعاطف من قبل المعالج، وفي الأغلب يقترن لعب الأدوار بإعادة التعويض أو الإصلاح المحدود، حيث يُقدم المعالج استجابات داعمة كانت غائبة خلال طفولة المريض، ومن أهم فنيات لعب الدور ما يأتي:

- **عمل (حوار) الكرسيين في لعب الدور Chair Work (dialogue) in role play:** طريقة "مرنة" يطلب فيها المعالج إلى المريض أن يؤدّي أدواراً مختلفة، مثل الجوانب المختلفة لنفسه أو والديه أو غيره من الشخصيات المهمة في حياته، من الماضي أو الحاضر، إذ يطلب المعالج إلى المريض التبديل بين الأدوار، بحيث يجري المريض حوارات

بينهما، قد يلعب المعالج أيضاً أدواراً، ويشارك في الحوارات بنفسه، والهدف من هذه الفنية زيادة استبصار المريض بأثر المخططات وكيفية التعامل معها بطريقة صحيّة، وتعدّ طريقة الكرسيين The two-chair method أشهر هذه الفنيات، إذ يجلس المريض على كرسي واحد عندما يلعب دوراً واحداً، ثم يبدّل الكراسي عند توليه دوراً مختلفاً، ويمكن استخدام أكثر من كرسيين لاستيعاب أدوار متعددة والوعي بها، وعند تبديل الكراسي يجسد المرضى الأدوار التي يختبرونها او يعايشونها، ما يجعل المشاعر والأفكار والذكريات والأحاسيس الجسدية المرتبطة بكل دور أكثر حيوية وملموسة، ويتمثّل دور المعالجين بإدارة "آلية التطبيق وتوجيه هذا الإجراء" في المشاهد التي يتم إنشاؤها، ويقومون بدور الممثل عندما يخطئون التمثيلية بأنفسهم، ويعيدون القيام بدور المعالج، وتدريب المريض عند الضرورة، ومراقبة ردود أفعال المريض، والتعليق على العمل الجاري عبر عملية تصحيح وإصلاح متدرّجة، ويُستخدم العمل على الكرسي لتسهيل الحوار بين أوضاع المخططات المختلفة (مثل الوالد العقابي، والطفل الضعيف، والبالغ السليم)، إذ يتحرك المرضى جسدياً بين الكراسي التي تمثل هذه الأوضاع للتعبير عن صراعاتهم الداخلية ومواجهتها ما يساعدهم على فهم الأساليب الموجهة غير التكيفية وتحديها، مع تعزيز الأوضاع التكيفية مثل وضع البالغ السليم، تُعد هذه الفنية فعالة خصوصاً للمرضى الذين يعانون من اضطرابات شخصية حادة، والذين يعانون من تحولات عاطفية سريعة بين الأوضاع. (Dadomo et al, 2016, P2-3) (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010,113-114).

- **فنيات التخيّل في لعب الدور Imagery techniques in role play** : تشترك كثيراً مع أساليب لعب الأدوار، ومع ذلك، يمكن أن تكون وسيلة أكثر قوة للوصول إلى "وضع الطفل الضعيف" للمريض، مما يمكّن المعالج من تقديم المساعدة على التئام جروح المريض المبكرة (أي المخططات) مباشرة، ويستخدم المرضى التجنب بشكل روتيني إستراتيجية للهروب من الألم الانفعالي الذي يسببه تنشيط هذا المخطط والأوضاع المرتبطة به، فعندما يطلب المعالجون من المريض إغلاق عينيه والسماح لمشهد من الطفولة بالظهور بشكل عفوي، يتخطون أوضاع التكيف التي يظهرونها المرضى التي اعتادوا عليها، إذ ترتبط الصور التي تظهر دائماً بالأحداث المؤلمة التي لم يتم فيها تلبية الاحتياجات

التطوّرية المبكرة للمرضى، ما أدى إلى ظهور مخططات اللا تكيّف مبكرة. (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010,113-114).

ث- التعويض (الإصلاح أو إعادة الوالدية) المحدود Limited reparenting

تعدّ فنية الإصلاح أو التعويض المحدود من أهم الفنيات استخداماً في العلاج بالمخطط، وهي مصممة لمعالجة الاحتياجات الانفعالية المبكرة غير المُلبّاة التي تُسهم في تطوّر المخططات اللا تكيفية المبكرة عند المرضى، إذ تُركّز على توفير تجارب عاطفية تصحيحية ضمن إطار العلاقة العلاجية، ويُمثّل المُعالج دور "الوالد السليم لتوفير دعم واحتواء تعاطفي مؤقت، من خلال قيام المُعالج بتقديم الرعاية والتوجيه والدعم الانفعالي لتلبية احتياجات الطفولة المهمَلة،و يُمثّل المُعالج نموذجاً حاضراً للعلاقات الصحية بين الطفل المهمل والآخرين، ليستطيع المريض استيعابه في صورة وضع "الشخص البالغ السليم أو الصحّي"، الذي يعمل على إصلاح الاختلالات الانفعالية الناتجة عن تجارب الطفولة المُبكرّة القاسية،ويعزز من قدرة المريض على تطوير آليات المواجهة التكيفية، وتنظيم مشاعره ذاتياً وتلبية احتياجاته الخاصة، وكل ذلك ضمن الحدود المهنية للعلاقة العلاجية مع الحفاظ على توازن بين الرعاية ووضع الحدود. وتبدأ العملية من خلال مصادقة المعالج على مشاعر المريض وأنماطه السلوكية وعدم الحكم عليه، والعمل على تحدي المعتقدات أو السلوكيات اللا تكيفية بلطف وتعاطف، الأمر الذي يشجّع المريض على الوعي بمشاعره وسلوكياته وفهم ما يحدث بداخله مع تشجيع مستمر على التغيير، مع محاولة المعالج تلبية الاحتياجات الانفعالية الأساسية غير مُلباة، مثل الشعور بالتقبل والأمان والتواصل والاستقلالية والتحقق فإذا افتقر المريض إلى الحماية خلال مرحلة طفولته، يُقدم المعالج الطمأنينة والأمان الانفعالي له، ثمَّ يبدأ بالتجارب الانفعالية التصحيحية إذ يُقدم المعالج تجارب تُعوّض تفاعلات الطفولة الضارة أو تجاربه الفاشلة في إقامة علاقات تكيفية مع ذاته ومقدّمي الرعاية الأساسيين في طفولته، لمساعدته على إعادة معالجة الصدمات النفسية المبكرة وتقليل الضيق الناتج عن المخططات اللا تكيفية المبكرة، ويكون الهدف النهائي تحفيز المريض للوصول إلى وضع البالغ الصحّي أو السليم إذ ينمذج المعالج سلوكيات آمنة للطفل مثل الاحتواء والتقبل والرعاية وحل المشكلات، ومع تقدّم العلاج وبمرور الوقت وتقديم الرعاية، يضع المعالجون حدوداً

صارمة مع المرضى لمنع الاعتمادية أو التعلق غير الآمن من خلال تعزيز أساليب التعامل التكيفية والاستقلالية، ويضمن هذا التوازن بقاء العلاقة العلاجية مهنية وموجهة نحو تحقيق الأهداف المخطط لها، فالهدف النهائي لهذه الفنية أن يعمل المعالج كبديل مؤقت عن مقدمي الرعاية الأساسين في تقديم الدعم الانفعالي الذي افتقر إليه المرضى خلال سنوات حياتهم المبكرة لتلبية احتياجاتهم الانفعالية، من خلال تعزيز العلاقة العلاجية المعوّضة أو الإصلاحية لمشاعر المريض، بطريقة عاطفية تصحيحية. (Brockman et al, 2023, P117-125)

8-3- الفنيات السلوكية (كسر النمط السلوكي) Behavioral pattern-breaking

تركز هذه الفنيات على التغيير السلوكي، من خلال العمل على استبدال بأنماط سلوكيات المريض الحالية التي يحركها المخطط بسلوكيات أكثر صحة وتكيفاً، فالهدف تعميم المعرفة المكتسبة في الجانب العلاجي المعرفي والانفعالي إلى سلوكيات وردود أفعال واقعية، لأنَّ التغيرات المعرفية والسلوكية لا يتم ترجمتها تلقائياً إلى تصرف مختلف أو تغيّر إيجابي أو أكثر تكيفاً إذا لم يتم توجيهها سلوكياً.

ويستغرق كسر النمط السلوكي عادةً وقتاً أطول حتى يستقر بشكل شبه كامل، ويستمر العمل عليه حتى مراحل متأخرة من العلاج، بعد أن تمَّ تحقيق تغييرات على مستوى الأفكار والمشاعر والعلاقات،(Rafaeli, Bernstein & Young, 2010,P117)، فالسلوك لا يتغير ببساطة لأنَّ المريض قد طور نماذج جديدة من التفكير بشكل مختلف والشعور على نحو مغاير عمّا سبق، بل يجب تعلم مهارات سلوكية جديدة، ولا تظهر فاعلية لاستخدام الفنيات السلوكية في مراحل العلاج الأولية، عندما يفتقر المريض إلى المهارات اللازمة لترجمة نتائج جديدة إلى سلوك جديد، لأنَّ محاولة تدريب المهارات السلوكية في وقت مبكر جداً من العلاج قد تؤدي إلى الفشل، حيث سيتدخل تلقائياً وضع الوالد العقابي و/أو وضع الحماية المفرط بوضوح في العملية العلاجية (مثل لا أستطيع فعل هذا أيضاً)، مما يعيق تقدّم العلاج أو يعزز الشعور بالعجز، وهنا يجب على المعالج أن يلجأ لهذه الفنيات بعد تحقيق نوع من الاستقرار على مستوى الأفكار والمشاعر المرتبطة بالمخططات لدى المريض، وتشجيعه على تجربة السلوكيات التي يتم تعلّمها في أثناء الجلسات، وفي الحياة اليومية. (Arntz & Van Genderen, 2020, 109)

إن الأهداف المحددة للفنيات السلوكية إحداث تغيير في إستراتيجيات التعامل أو المواجهة التي يحركها المخطط والتي تُرِكت دون تدخّل مسبق، ولكنها ما زالت تعمل على إدامة تنشيط المخططات، على سبيل المثال، بالنسبة لشخص ما لديه مخطط الهجر Abandonment، قد تشمل السلوكيات الناجمة عنه اختيار شركاء بعيدين وغير متاحين (أسلوب الاستسلام للتكيف surrender coping style)، أو التشبث أو دفع الشركاء بعيداً بشكل استباقي (أسلوب المواجهة المفرط overcompensation coping style)، أو تجنب العلاقة الحميمة تماماً (أسلوب تجنب المواجهة avoidant coping style)، لذلك من الطرائق الجيدة لتحقيق التغيير السلوكي مراجعة تصور الحالة الذي تم إنشاؤه في مرحلة التقييم الأوّلي والذي يعد بوصلة التقدّم العلاجي، مع التركيز على الأقسام المخصصة لسلوكيات المواجهة أو التعامل، فعند اختيار سلوكيات معينة أهدافاً للتغيير ، يعمل المعالج والمريض على وصفها بنفس القدر من التفاصيل قدر الإمكان، وتحديد ما الذي يثير هذه السلوكيات؟ وماذا يحدث عندما يتكشف السلوك؟ وما العواقب المعتادة للسلوك؟ فعندما يكافح المرضى للإجابة عن هذه الأسئلة بالتعاون مع المعالج، يقترح المعالج استخدام الصور لتذكر موقف مثير ومساعد على فهم تفاصيل النمط نفسه، حول الأفكار والمشاعر المصاحبة له، وفيما يلي بعض الأساليب التي يمكن استخدامها:

1- **بطاقات تعليمية لملاحظة سلوكيات المخطط Flashcard Schema :** البطاقات التعليمية أداة معرفية تُستخدم لمساعدة المرضى على إدارة مُحفِّزات المخططات اللا تكيفية المبكرة، وتعزيز آليات المواجهة التكيفية، صُمِّمت لتزويد المرضى بتذكيرات سهلة ومنظمة حول طرائق أكثر صحة للاستجابة للمواقف التي تُنشِّط مخططاتهم النفسية اللا تكيفية المبكرة بكل مراحل العلاج من التقييم إلى مراقبة التطور بإدارة المخططات وكسر النمط السلوكي بين نشاط المخطط، وتفعيل الوضع أو إستراتيجية التعامل أو المواجهة، ومن ثمَّ التحكم بالسلوك اللا تكيفي بأبدال أكثر صحة، ويمكن للمريض الذي يستخدم في الأغلب أسلوب المواجهة (الاستسلام) surrender coping style لإدارة مخطط الهجر المؤلم أن يقوم بتطوير مخطط بطاقة إعادة صياغة للموقف لمراجعة استجاباته الاعتيادية (على سبيل المثال، العزلة وتناول الممنوعات / المخدّرات/إيذاء الذات) وأصول مخططهم؛ ستشمل البطاقة بعد ذلك تعليمات لتوجيه التصرف على نحو مختلف عبر طرح أبدال صحيّة (على سبيل المثال، البحث عن علاقات ذات قيم أهم وأكثر كفاءة؛ أو تهدئة الذات

عند الشعور بالوحدة)، وقد ثبت أنها تُحسّن الالتزام بأهداف العلاج وتُخفّف من الضيق الناتج عن الأنماط السلوكية من خلال توفير تذكيرات مُستمرة بالإستراتيجيات التكيفية. (Young et al., 2003; Arntz & Jacob, 2013)

2- **التدرب على فنية مشتركة بين التخيل وتمثيل الأدوار Role-Play & Imagery :** لزيادة احتمالية تنفيذ سلوك جديد، يتم تشجيع المرضى على لعب الأدوار في الجلسة، بالإضافة إلى إغلاق أعينهم وتخيل موقف ذي صلة قد يكون فيه السلوك ممكناً، ويعطي نتائجه الفعّالة مع المرضى الذين يحتاجون للدعم في تطوير المهارات أو التدريب على إستراتيجية المواجهة الصحي وليس التجنّب أو الاستسلام، فعلى سبيل المثال المرضى الذين يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية التي يعدّها معظم الأشخاص أمراً مفروغاً منه، أو أنهم يعرفونها لكنهم عادةً لا يستخدمونها لصالحهم، يكون لديهم خلل في قدرتهم على إدارة مشاعرهم وكيفية تعبيرهم عنها وسعيهم للحصول على التعاطف من الآخرين، لذلك من الضروري قبل أن يواجه هؤلاء المرضى موقفاً جديداً شرح السلوك المقبول في هذا الموقف وكيفية تطبيقه؛ ويشير هؤلاء المرضى إلى أنهم تعلّموا هذه المهارات وكيفية التعامل مع مختلف المواقف الاجتماعية من خلال مراقبة الآخرين بسبب عدم توفر النموذج الوالدي المتاح، الأمر الذي أدى إلى معرفة جزئية أو غير كافية تماماً واستخدام المهارات الاجتماعية بفعّالية، ليمكن استخدام التخيّل لتدريب المهارات الاجتماعية وتمثيل الدور وسيلة لتحضير المريض لمواقف جديدة وتهيئته لآلية المواجهة الصحية مع هذه المواقف وفق مهارات يتم تدريبه عليها من قبل المعالج وسيناريوهات تعزز إدراكه لها، وبهذه الطريقة، تزداد فرصة المرضى في تطوير علاقات جديدة وتعزيز تفاعلهم وتواصلهم بشكل كبير، ويتعلمون كيف يتيح لهم التعلّم التصرّف بشكل مختلف في العلاقات الحالية، بالإضافة إلى فرصة التعبير الحر عن المشاعر، والدفاع عن احتياجاتهم، وتوكيد ذواتهم، ويستطيع المعالج والمريض استهداف أكثر استراتيجيات المواجهة والتعامل خللاً من خلال الدّمج بين هاتين التقنيتين. (Arntz & Van Genderen, 2020, 111)

3- **تكليف واجبات منزلية سلوكية Assigning Behavioral Homework:** هي فنية مستمّدة من العلاج السلوكي المعرفي، والتخطيط السلوكي الناجح يزيد فرصة اكتساب سلوك مختلف وتعزيزه، أو تعديل سلوك سلبي كسر نمط استمراريته، ثم تقديم التزام شخصي (وعام) للانخراط في السلوك، على سبيل المثال، يمكن للمريض أن يستعين بدعم

المعالج في معالجة مشكلة ذات أهمية كبيرة، وتعيين خطوات خاصة لتحقيق هذه المعالجة كواجب منزلي، ويمكن بعد ذلك مراجعة التقدم نحو السلوك في الجلسة التالية، يزيد هذا النهج من احتمالية شعور المرضى بالمسؤولية تجاه أنفسهم وسلوكياتهم، كما يوفر فرصة للمعالج لتعزيز السلوك الصحي.

4- ربط السلوكيات بالمكافآت والحالات الطارئة الذاتية Self-Administered Rewards and Contingencies:

يمكن للمعالج والمريض مناقشة خيار استخدام الحالات الطارئة الإيجابية مكافآت للسلوكيات الصحية، وقد تختلف المكافآت الخاصة من شخص إلى آخر (شراء هدية صغيرة لنفسه، وإعطاء الشخص الإذن للقيام بشيء من الرعاية الذاتية، والتواصل مع المعالج وترك رسالة تعلن عن الانتهاء الناجح لمهمة العمل من المنزل). في الحالات القصوى، عندما يكون المريض غير قادر على بالاستمرار في تحقيق تغيير سلوكي، قد يقترح المعالج استراحة من العلاج في استجابة طارئة لضعف القدرة على تطوير السلوك الصحي، هنا سيعتبر المعالج أنَّ هذا الأمر بمنزلة الاستعداد للتغيير – ويلتزم باستئناف العلاج بمجرد أن يكون المريض جاهزاً، مع أن هذا اقتراح نادر، يتم إجراؤه فقط عندما يعتقد المعالج أن الفوائد الأخرى للبقاء في العلاج لا تفوق عدم التقدم نحو هدف التغيير السلوكي، عند استخدامه، وفي الأغلب يكون من الأفضل اقتراح "محاولة أخيرة" – فترة من الجهد المتضافر قبل أخذ قسط من الراحة من العلاج، " ما هو شعورك حيال الاستمرار لمدة ثلاثة إلى أربعة أسابيع أخرى لمعرفة ما إذا كنت قادراً على الاستمرار وإذا لم يكن الأمر كذلك، يمكننا التوقف عن الاجتماع لفترة، ويمكنك الاتصال بي عندما تشعر أنك مستعد لاستئناف العلاج". (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010,117-119).

5- **حل المشكلات: Problem Solving** إحدى الفنيات الهامة مع المرضى الذين يميلون إلى التذبذب بين الاندفاع والاعتماد عند التفكير في حلول للمشكلات، إذ يمكن للمرضى أن يتعلموا أن يكونوا أقل اندفاعاً من خلال ممارسة إضافة "فترة تفكير" إلى عملية حل المشكلات التي تواجههم، فمن خلال القيام بذلك، يتعلم المرضى كيفية حل المشكلات عن طريق تقسيمها إلى أجزاء أصغر وحلها تباعاً تدريجياً، ويتبع ذلك التفكير في حلول مختلفة محتملة لكل جزء من المشكلة وكتابة الإيجابيات والسلبيات لكل حل محتمل بالتعاون مع المعالج الذي يزيد من استبصار المريض بها، إذ

يشجع المعالج المريض على التفكير في أكبر عدد ممكن من الحلول المختلفة، كما يشجعه على عدم تجاهل أي احتمالات بسبب تأثير الوالد العقابي أو الحامي المنفصل، بعد إجراء تقييم شامل لتحديد الحل الأنسب، ويجب على المريض تجربته ثم تقييمه. (Arntz & Van Genderen, 2020,P112)

6- **مناقشة السلوكيات الخطرة Discussing Dangerous Behaviors :** تعد مناقشة السلوكيات الخطرة موضوعاً متكرراً في العلاج مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية في بداية العلاج، أو مع المرضى الذين يعانون سلوكيات إيذاء الذات ومحاولات الانتحار، وتعاطي المخدرات، يلي ذلك مواضيع أخرى، مثل انخراط المريض في علاقات ضارة، تؤدي إلى عودته إلى أوضاع سلوكية قديمة وغير وظيفية، هنا يجب الاستمرار في العمل مع المريض من قبل المعالج ليتوقف عن السلوك الضار ومناقشة الأبدال التي ستؤثر بشكل مشابه في مشاعر القلق، والغضب لديه. كتشجيع المريض على تجربة أبدال أخرى قبل تنفيذ هذه السلوكيات مثل الاستحمام بماء دافئ أو شرب كوب من الحليب بدلاً من الكحول عندما يشعر بالتوتر. إن المناقشة المنتظمة حول العلاقة بين هذه السلوكيات والأوضاع المختلفة التي تؤثر في السلوك تعد مهمة جداً، ويجب أن يتبع ذلك تطبيق الفنيات المناسبة. وفي هذه الحالة لا ينبغي توقع تغيير سريع في سلوك المريض، ولا ينبغي أن نتفاجأ عندما تعود "السلوكيات القديمة" عندما يواجه موقفًا غير مريح.

7- **مناقشة السلوكيات الجديدة Discussing New Behaviors:** يجب دائماً أن تُقترن مناقشة السلوكيات الخطرة أو الضارة – أو بالأحرى ما يجب على المريض عدم فعله – بمناقشة السلوكيات الجديدة، فالسلوكيات الجديدة هي الأبدال الإيجابية للسلوكيات غير الوظيفية وهي قابلة للتطبيق بالنسبة للمريض، فلا يوجد فائدة كبيرة من نصح المريض بتجنب صديقه الذي أهمله بشكل صارخ، إذا لم يتم إعطاء أي اهتمام للسؤال عمّن يجب على المريض اللجوء إليه للحصول على المساعدة وكيفية طلب هذه المساعدة، إذ يواجه المريض صعوبة في تقييم تفاعل الآخرين بنجاح معه، وفي الوقت نفسه لديه ميل لاختيار الأفراد الخطأ كنوع من تأكيد مخططاته غير الوظيفية النشطة لديه، فقط عندما يطور المريض جانباً صحياً (قوياً وفعّالاً) من البالغين، ستتحسن قدرته على الحكم على الآخرين، فالّنصف الثاني من العلاج يركز على مساعدة المريض على العثور على هواية مناسبة أو دراسة أو عمل يملأ به وقت فراغه، بالإضافة إلى تكوين

صداقات جديدة وتطوير علاقات وثيقة مع الآخرين وتنفيذ أنشطة الرعاية الذاتية، فإنشاء علاقات جديدة أكثر حميمية يكون صعباً خاصة للمرضى الذين تعرضوا للإيذاء في طفولتهم والذين يكونون عموماً غير واثقين بالآخرين، وهنا تبرز أهمية علاج العلاقات؛ فعلى الطفل المهجور/المتعرض للإيذاء أن يمارس التعرض تدريجياً لمزيد من جوانب نفسه، ويحتاج إلى الدعم في تعلم كيفية التعبير عن احتياجاته وإظهار المودة تجاه الأصدقاء، هنا يقوم المعالج والمريض بدراسة بعناية لتحديد الأفراد الذين يمكن الوثوق بهم خلال هذه العملية الصعبة لتغيير السلوك، وعند استخدام التثقيف النفسي ونصح المريض إلى المساحة الآمنة، يكون المعالج أقل تقييداً بكثير مما هو عليه في أشكال العلاج الأخرى. ويقوم بذلك من منظور إعادة التربية، ويسعى لدعم ما هو أفضل للمريض. وبالتدريج، يسمح له بمزيد من الاستقلالية في حياته، بنفس الطريقة التي يمنح بها الوالد المراهق مزيداً من المسؤولية. ويعد العلاج مكتملًا عندما كون المريض قد بنى شبكة اجتماعية قوية نسبيًا ويشارك في أنشطة يومية تفيده كشخص. (Arntz & Van Genderen, 2020, 113-114).

التعقيب على الإطار النظري والمراجعة المنهجية لأدبيات الدراسة

تظهر المراجعة النظرية للأدبيات العلمية والبحثية المتعلقة بمتغيرات الدراسة، أنَّ سلوك إيذاء الذات بين المراهقين يُعد ظاهرة مثيرة للقلق، وتشير الدراسات إلى أنَّ عدداً كبيراً من المراهقين يقدمون سنوياً على هذا السلوك لأسباب تتعلق بالاكتئاب، أو القلق، أو تعاطي المخدرات، أو الفقر، وتزداد معدلات إيذاء الذات بوضوح لدى الفئات الأكثر هشاشة أو تعرّضاً للصعوبات الحياتية والخبرات القاسية، مثل المراهقين في دور الرعاية الاجتماعية البديلة، حيث تتداخل عوامل فقدان الاستقرار الأسري، والتعرض للإهمال أو الإساءة أو الحرمان الانفعالي في فترات حياتهم المبكرة، مع بيئة مؤسساتية تركز على السلامة الجسدية وإجراءات الأمن والسلامة أكثر من الاحتواء العاطفي، ما يدفع هؤلاء المراهقين إلى تطوير إستراتيجيات غير صحية للتكيف، أبرزها سلوك إيذاء الذات الذي تتنوع دوافعه بين محاولة تخفيف الضيق النفسي، الهروب من مشاعر مؤلمة، ومعاقبة الذات، أو حتى التعبير عن معاناة داخلية يصعب الإفصاح عنها بالكلام، أو لعدم القدرة على التعبير عنها، إذ يبدو أنَّ الوظيفة الأساسية لإيذاء الذات تكمن في تنظيم المشاعر المؤلمة أو

المزعجة، ويبلغ المراهقون عن انخفاض مشاعر القلق والإحباط والغضب بعد إيذاء أنفسهم، ويشعرون براحة مؤقتة، ما يجعل هذا السلوك آلية تكيفية غير سوية للتحكم بالمشاعر المختلة أو إدارة الضيق.

وقد تتعمَّق جذور هذا السلوك في الطفولة المبكرة، في الوقت الذي تتشكل فيه المخططات اللا تكيفية المبكرة، وهي أنماط معرفية وانفعالية راسخة تتكون نتيجة التعرض المتكرر لتجارب سلبية مثل الإهمال، والرفض، وفقدان الأمان، أو الإساءة، هذه المخططات تترسخ في شخصية الطفل وتؤثر في رؤيته لذاته وللعالم، وأساليب تكيفه معه، وتجعله أكثر عرضة لتبّني استراتيجيات غير صحية في مواجهة الضغوط، مثل إيذاء الذات، فعلى سبيل المثال، قد يتطور لدى المراهق مخطط الحرمان الانفعالي أو التخلي/الهجر أو الإخفاق/الفشل، فيشعر بعدم الجدارة أو الاستحقاق أو العار أو الذنب، ويبحث عن وسائل للهروب من هذه المشاعر، حتى وإن كانت مؤذية لجسده.

وتزداد فرص تفاعل هذه العوامل النفسية تعقيداً في بيئات الرعاية البديلة، حيث يفتقد المراهقون الذين يعيشون في هذه البيئات إلى الاستقرار العائلي والعلاقات الداعمة من قبل مقدمي الرعاية الأساسيين، ويشعرون بأنهم مجرد حالات يجب إدارتها لا أفراداً يحتاجون للفهم والاحتواء، وضمن هذه البيئات، يصبح إيذاء الذات وسيلة غير لفظية للتعبير عن الاحتياج للرعاية الحقيقية، أو محاولة لاستعادة السيطرة على ذاته والبيئة في عالم يفتقر للأمان، والطبيعة المؤسساتية لدور الرعاية، التي تركز على القوانين والإجراءات أكثر من الصحة النفسية، تعزز مشاعر العار أو الاختلاف لديهم وإحساسهم بعدم الجدارة بالثقة أو الكفاءة الذاتية.

وفي مواجهة هذه التعقيدات، يبرز العلاج بالمخطط (Schema Therapy) أحد الأساليب العلاجية الأكثر فعالية في مواجهة المخططات اللا تكيفية المبكرة التي نمت وتطوّرت تصاعدياً، خاصة لدى المراهقين الذين يعانون من مخططات لا تكيفية راسخة في أنماط سلوكهم ومشاعرهم ، ويهدف العلاج بالمخطط إلى مساعدة الفرد على اكتشاف المخططات السلبية التي تحكم حياته وفهمها وربطها بتجارب الطفولة المبكرة، ثم العمل على تعديلها تدريجياً من خلال فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية متنوعة، ففي جلسات العلاج، يُشجع المراهق على التعبير عن مشاعره واحتياجاته في بيئة آمنة وداعمة، تكون فيها العلاقة العلاجية والمواجهة التعاطفية ركناً أساسياً للتعبير االحر، ويتعلم مهارات جديدة للتعامل مع

الضغوط والمشاعر المؤلمة دون اللجوء إلى سلوكيات متطرّفة لا تكيفية، كما يساعده المعالج على بناء صورة أكثر إيجابية عن نفسه وتطوير إستراتيجيات صحية للتكيف مع تحديات الحياة، مع التركيز على بناء علاقة علاجية قائمة على التفهم والاحتواء وتقديم تجارب علاجية تصحيحية تعيد للمراهق الثقة بنفسه وبالآخرين.

وتشير الدراسات الحديثة التي استند إليها العرض النظري السابق إلى أنَّ العلاج بالمخطط يحقق نتائج إيجابية في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين جودة الحياة، والصحة النفسية للمراهقين على المدى الطويل، إذ لا يقتصر على إيقاف السلوك المؤذي فقط وتخفيف أعراضه، بل يذهب إلى جذور المشكلة ويساعد المراهق على إعادة بناء نفسه من الداخل وتطوير مخططات جديدة أكثر صحة وتكيفاً، تناسب احتياجاته الفردية والشخصية.

المراجعة المنهجية للدراسات ذات الصلة بمتغيرات الدراسة وفق رؤية الباحث:

من مراجعة الأدب النظري والدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة والعلاقة بينها وتحليلها، وجد الباحث مجموعة من النتائج التي تدعمها الأدبيات النظرية، وسيتم عرضها كما يأتي:

- **العلاقة الارتباطية القوية بين المخططات اللا تكيفية المبكرة والسلوكيات الإشكالية** (الانتحار وإيذاء الذات)، أكَّدت دراسات عدة وجود علاقة طردية بين المخططات اللا تكيفية المبكرة والسلوكيات الإشكالية كإيذاء الذات ومحاولات الانتحار، فقد وجدت دراسة هاني (2022) ودراسة مطر (2023) أن جميع مجالات المخططات اللا تكيفية ترتبط بدوافع محاولات الانتحار والميول الانتحارية لدى الشباب، كما دعمت نتائج دراسة سالدياس (Saldias, 2012) هذا الارتباط، وبيَّنت أنَّ أوضاع المخططات تتوسط العلاقة بين الرعاية الأبوية المنخفضة في الطفولة وإيذاء الذات المتعمد، وأكدت دراسة لويس ولوملي وجرونبرغ (Lewis, Lumley & Grunberg, 2015) أنَّ الشباب الذين ينخرطون في سلوكيات إيذاء الذات غير الانتحاري يسجلّون درجات أعلى في مخططات العزلة الاجتماعية والحرمان الانفعالي، كما أظهرت المراجعة التحليلية في دراسة بيلكينغتون ويونان وبيشوب (Pilkington, Younan, & Bishop, 2021) أنَّ التفكير الانتحاري يرتبط بقوة بمخطط الخزي/العار، وبدرجة أقل بمخططات العزلة الاجتماعية وعدم الكفاءة/الاعتمادية، مع ارتباطات صغيرة لإيذاء الذات مع مخططات الحرمان الانفعالي والعزلة

الاجتماعية والتثبيط الانفعالي، ووجدت دراسة نيكول وآخرين (Nicol et al., 2022) أنَّ مخططات التخلي/الهجر والاستحقاق والتحكم الذاتي غير الكافي تتنبأ بوظائف إيذاء الذات، كما أن مخططي الخزي/العار والاستحقاق يرتبطان بإيذاء الذات بنيّة أو قصد الانتحار، وأكدت دراسة غرازكا وآخرين(Grażka et al., 2023) أهمية مجال الانفصال/الرفض بمخططاته المختلفة، وأوضاع الطفل المستسلم والوالد العقابي في الاستعداد لخطر الانتحار، كما أوضحت دراسة ساريجارفي وآخرين (Saarijärvi et al., 2023) أن شدة المخططات اللا تكيفية المبكرة ترتبط بخطورة مظاهر إيذاء الذات لدى المراهقين/ كما أشارت نتائج دراسة مطر (2023) إلى أنَّ المخططات الأكثر قدرة على التنبؤ بالانتحار هي: الحرمان الانفعالي، الهجر/التخلي، العزلة الاجتماعية، الفشل/الإخفاق، التضحية بالنفس، التثبيط الانفعالي، المعايير الصارمة، وضعف التحكم الذاتي، وجميع هذه النتائج تعد مؤشرات بالغة الأهمية لاستهدافها ضمن البرامج القائمة على العلاج بالمخطط، كما بيّنت دراسة راماورثي وتشين Ramamurthy and Chen (2025) كيف يؤدي سوء معاملة الطفل إلى نشوء مخططات معرفية وغير صحية مرتبطة بالاكتئاب والمشكلات النفسية، عبر إطار "التوقع التنبؤي" الذي يوضح صعوبة تعديل المخططات بسبب تحيزات إدراكية معرفية وتأثيرات بيولوجية تشترك بها بعض أنظمة الدّماغ، كما أكّدت دراسة إبراهيم تواتي (2018) أن المخططات تنشأ من تجارب طفولة ومراهقة مؤثرة، وتأخذ أشكالاً ذات أبعاد مختلفة من حيث الشدة، وهي مسؤولة عن تأثير سلبي على التوافق النفسي والسلوكي والاجتماعي للمراهق ، وأكّدت دراسة مأمون وبن ساسي (2019) وجود علاقة قوية بين المخططات وانخفاض الكفاءة الذاتية، مما يشير إلى تأثير سلبي على التكيف النفسي والاجتماعي، بينما لم تجد تأثيراً واضحاً على جودة الحياة.

- **أثر التنظيم الانفعالي وتجارب الطفولة والرعاية الأسرية** :أبرزت دراسة كاسيم وآخرين (Kaasım et al., 2017) أن مستويات ضعف التنظيم الانفعالي، وعدم القدرة على التحكم الذاتي، والاجترار، والشعور بالذنب، كلها أعلى لدى الأشخاص الذين ينخؤطون في سلوكيات إيذاء الذات، وأن هذا السلوك يمثل إستراتيجية مواجهة لا تكيفية مع المشاعر السلبية الناتجة عن المخططات، كما أوضحت دراسة ليو وآخرين (Liu et al., 2023) أنَّ خلل التنظيم

الانفعالي والمخططات اللا تكيفية المبكرة يتوسطان العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وتكرار إيذاء الذات غير الانتحاري، وأكدت دراسة ساريجارفي وآخرين (Saarijärvi et al., 2023) ارتباط وظائف إيذاء الذات الذاتية والبيئية (التنظيم الانفعالي داخلي/خارجي) بأنواع محددة من المخططات النشطة، كما أوضحت سالدياس (Saldias, 2012)أن أوضاع المخطط تتوسط العلاقة بين الرعاية الأبوية المنخفضة في الطفولة وسلوك إيذاء الذات في البلوغ، وربطت كاسيم وآخرون (Kaasım et al., 2017) بين الانفصال عن الوالدين وتكرار الهجر وتكرار سلوك إيذاء الذات وشدّته.

- **أهمية العلاج القائم والموجه بالمخطط:** دعمت دراسة سالدياس (Saldias, 2012) نموذج العلاج بالمخطط وأشارت إلى أن الأفراد الذين يعانون من إيذاء الذات قد يستفيدون من العلاج بالمخطط، وأوصت كاسيم وآخرون (Kaasım et al., 2017)بالتركيز على وظائف التنظيم الانفعالي وتعديل المخططات العاطفية في العلاج، وأكدت غرازكا وآخرون (Grażka et al., 2023) الأهمية الوقائية لوضعي البالغ السليم والطفل السعيد في العلاج.

ومن هذه المراجعة التحليلية للدراسات التي بحثت العلاقة بين المخططات اللا تكيفية المبكرة وتطور سلوك إيذاء الذات، يبرز دور العلاج بالمخطط ليستهدف هذه المخططات التي تبدو كأنها الجانب الهش في البناء النفسي للمراهقين فاقدي الرعاية الأسرية، والتي يبرز تأثيرها من خلال نشاطها غير المدرك في ضعف استقرار أو تنظيم استجابات المراهقين الانفعالية، وفي تشوّهاتهم المعرفية التي تؤثر في معالجة مجريات وأحداث حياتهم الضاغطة وإدراكها، وهذا يوجد نمطاً سلوكياً غير صحي يتطلب العمل عليه من خلال النهج المتكامل لفنيات العلاج بالمخطط وأهدافه، من خلال محاولة الوصول لجذر المخططات وأصلها، وتحسين نشاطها، ما ينعكس على الحالة المعرفية والانفعالية والسلوكية للمراهقين الأيتام ضمن مؤسسات الرعاية البديلة.

الفصل الرّابع:

منهجية الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: مجتمع الدراسة وعيّنتها

1. **مجتمع الدراسة الأصلي.**
2. **عينة الدراسة.**

ثالثاً: متغيرات الدراسة

رابعاً: الأدوات المستخدمة في الدراسة:

1. **قائمة إيذاء الذات**
2. **استبانة المخططات اللا تكيفيّة المبكرة**
3. **البرنامج القائم على العلاج بالمخطط**

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل الرابع: منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد

يتضّمن هذا الفصل توضيحاً للمنهج المستخدَم في الدراسة، ووصفاً لعينة الدراسة وآلية اختيارها، وشرحاً للأدوات والمقاييس المستخدَمة فيها وهي: المخططات اللا تكيفية المبكرة، وإيذاء الذات، والبرنامج العلاجي، وكيفية ضبط العينة، والاختبارات الإحصائية المتبَّعة من أجل التحقق من خصائصها السيكومترية بالصّدق والثّبات، كما يتضّمن التّعريف بالبرنامج العلاجي وأسس بنائه وجلساته والفنيات المستخدمة فيه ومحتواه، والإجراءات والخطوات المتبعة في الدراسة، انتهاءً بالاختبارات الإحصائية المتبَّعة من أجل اختبار فرضيات الدراسة، وتفسيرها ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بالعلاج بالمخطط، وطبيعة العينة المقصودة بالدراسة وهي المراهقون فاقدو الرعاية الأسرية في دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها.

أولاً: منهج الدراسة

اعتُمِدَ في تطبيق هذه الدرسة على المنهج شبه التجريبي ذي العينة الواحدة (Single-sample quasi-experimental approach) بطريقة التسلسل التتبعي، وصُمِّمَ لاستنتاج الارتباطات بين التدخل والنتائج الملاحَظة، مع مراعاة الضوابط الكامنة في الاستدلال السببي الناتج عن المتغيرات المتدخلة، فالتصميم شبه التجريبي يتضّمن استخدام أساليب وطرائق لإجراء ملاحظات ضمن دراسة مهيكلة منظّمة على نحو مشابه للتجربة، ولكن بسبب طبيعة المشاركين التي تفتقر إلى التحكّم والضبط الكامل يجعلها شبه تجريبية وليست تجريبية بحتة، بالإضافة إلى تضمينها عاملاً سابقاً كأحد متغيرات الدراسة، وعدم تضمينها مجموعة ضابطة، إذ يقيس تصميم المجموعة الواحدة متغيراً تابعاً (O) أو أكثر قبل الاختبار أو التدّخل (x) وبعده على النحو الآتي: (O1) x (O2) (O3) ، ويتم رصد التغيرات في هذه المتغيرات التابعة خلال مراحل القياس، ومتابعة التحسينات المحقّقة مع ضبط مقاييس خط االأساس (O1) التي تشير إلى القياس القبلي، بينما (O2) يشير للقياس البعدي، و(O3–O4) للقياسين التتبعيين الأول والثاني، ومقارنة النتائج التي تمَّ تحقيقها مع كل حالة فردية بناءً على خط الأساس. (Privitera & Delzell, 2019, P333-336)

فالمنهج شبه التجريبي للعينة الواحدة من أكثر المناهج البحثية ملاءمة لتحقيق أهداف هذه الدراسة، ففي تصميم هذه الدراسة شبه التجريبية تمَّ تحديد الأفراد الحاصلين على درجات مرتفعة في كل من قائمة إيذاء الذات، واستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة ليكونوا ضمن المجموعة التجريبية التي سيتم تطبيق التدخل العلاجي عليها، وبعد ذلك طُبِّقَ البرنامج العلاجي على أفراد هذه المجموعة، وحُسِبَت درجاتهم على أداتي الدراسة من خلال القياس البعدي للتحقق من خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيّفية المبكرة لدى عينة الدراسة التجريبية من المراهقين في دور الرعاية البديلة، وبعد شهر واحد من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، وأُعيدَ حساب درجاتهم لتحديد مستوى الثبات في التغير أو الأثر الذي أحدثه البرنامج العلاجي من خلال القياس التتبعي الأوّل، وبعد ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج طُبِّقَ القياس التتبعي الثاني لتحديد الثبات في التغير الناتج عن تطبيق البرنامج لمدّة زمنية أطول، وتمَّ اتباع الخطوات التالية في هذا المنهج:

1- **القياس القبلي:** طُبِّقَت مقاييس الدراسة المعتمدة قبل تطبيق البرنامج العلاجي لمعرفة مستوى سلوكيات إيذاء الذات ومستوى المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى أفراد العينة التجريبية في الدراسة.

2- **التدخل العلاجي:** طُبِّقَت جلسات البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالمخطط على أفراد العينة التجريبية.

3- **القياس البعدي :** طُبِّقَت مقاييس الدراسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج لتحديد الأثر الذي سبّبه البرنامج العلاجي في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

4- **القياسان التتبعيان الأول والثاني:** لمعرفة ثبات التغير الذي أحدثه البرنامج العلاجي واستمراره في سلوكيات إيذاء الذات والمخططات اللا تكيفية المبكرة لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد شهر واحد من انتهاء تطبيق التدخل العلاجي، وبعد ثلاثة أشهر من انتهاء التدخل العلاجي.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعيّنتها

أ- مجتمع الدراسة الأصلي:

تكوّن المجتمع الأصلي للدراسة من جميع المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية في دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها من كلا الجنسين الذكور والإناث، البالغ عددهم(241) مراهقاً ومراهقة بحسب القوائم الإحصائية لوزارة الشؤون

الاجتماعية والعمل خلال العامين (2023–2024) في محافظة دمشق وريفها، ويتوَّضح توّزع أفراد المجتمع الأصلي كما في الجدول الآتي:

الجدول (2) توزع أفراد مجتمع الدراسة

اسم دار الرعاية الداخلية البديلة	الجنس		عدد المراهقين الموجودين 2024
	ذكور	إناث	
جمعية المبرة النسائية	0	10	10
جمعية الأنصار الخيرية (دار الرحمة)	25	40	65
ميتم دار سيد قريش	27	0	27
جمعية دفى	0	35	35
جمعية العودة الخيرية	15	8	23
جمعية القديس بند لايمون	0	7	7
جمعية حقوق الطفل	0	8	8
جمعية القديس غريغوريس	5	0	5
جمعية قرى الأطفال sos	42	19	61
المجموع	114	127	241

تمَّ استبعاد مجموعة من الجمعيات والدور الأخرى مثل دار الأمان، ودار التميز في كفالة اليتيم، بسبب أنَّ المستفيدين فيها من الأطفال، وبسبب تحديّات أخرى تتعلق بالتعاون وتقديم الدعم المطلوب لتنفيذ الدراسة.

ب– عينة الدراسة

يمثّل اختيار عينة الدراسة أحد أهم خطوات البحث الميداني، لأنَّ النتائج التي ستخلص إليها تستند على نحو كبير إلى مواصفات العينة، ومدى تمثيلها للمجتمع الأصلي، حتى يُتَّمكّن من تعميم نتائجها على أفراد المجتمع الأصلي الذي سُحبَت منه العينة، لذلك تولَى طريقة سحبها أهمية خاصّة، ويجب التأكد من صفة الموضوعية والتمثيل الحقيقي للمجتمع، لذلك تَّم عرض طريقة سحب العينة بطريقة تفصيلية كما يأتي:

إجراءات اختيار عينة الدراسة

روعي في شروط اختيار العينة ومواصفاتها ما يأتي:

1. الحصول على الموافقة الرسمية من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والمديريات التابعة لها في محافظة دمشق وريفها، والجمعيات والمؤسسات ذات الصلة لتطبيق الدراسة.
2. الرجوع إلى السجلّات الخاصّة بدور الرعاية البديلة لحصر أعداد المراهقين الموجودين ضمن خدماتها الذين ينحصر مدى أعمارهم بين (14 و18) سنة.
3. الاطلاع على السجلّات الخاصة بالمراهقين للتأكد من كون المراهق أو المراهقة لديه تجربة سابقة موَّثقة بالانخراط بأحد سلوكيات إيذاء الذات على نحو مستقل عن أي نوع من أنواع الاضطرابات النفسية أو النّمائية.
4. اختيار العينة التجريبية من أفراد العينة الأساسية والتواصل معهم لإبداء الرّغبة والاستعداد للمشاركة في تنفيذ البرنامج العلاجي.
5. تطبيق مقياسي إيذاء الذات والمخططات اللا تكيفية المبكرة على المراهقين الذين أبدوا رغبة في المشاركة بالدراسة.
6. تطبيق جلسات البرنامج القائم على العلاج بالمخطط بطريقة جماعية على أفراد العينة التجريبية، ويوّضح الجدول الآتي المعايير التي تمَّ اتباعها لاختيار عينة الدراسة التجريبية:

جدول (3) شروط اختيار العينة الأساسية للدراسة

العمر	14 – 18 سنة
التشخيص	لا يعاني من أية إعاقات نمائية أو حسية أومتلازمات.
	أظهروا درجات مرتفعة على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة وقائمة إيذاء الذات.
	انخراطه في سلوكيات إيذاء ذات سابقة أو حالية موّثقة خلال آخر (6) أشهر
العلاج النفسي	لا يتلقي أي علاج نفسي أو سلوكي حالياً.
الموافقة على المشاركة	يوافق على المشاركة في البرنامج العلاجي القائم على المخطط.

تمَّ اختيار عينة الدراسة التجريبية النهائية بطريقة مقصودة، وتكوّنت من (10) مراهقين والذين انحصرت أعمارهم بين (14–18) سنة، بمتوسط عمري قدره (16.10) سنة وانحراف معياري قدره (0.87)، بعد استبعاد الاستمارات التي لم تستوف الإجابة على جميع العبارات ضمن مقاييس الدراسة، وهذه العينة تم استخراجها من أصل (44) مراهقاً ومراهقة (35) من الذكور، و(9) من الإناث، ممّن انطبقت عليهم الشروط السابقة من مجتمع الدراسة الأصلي من جميع المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية والموجودين في دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها،

وعلى الرغم أنَّ عدد الإناث في مجتمع البحث أكبر من الذكور إلا أنَّ عدد أفراد العينة التي انطبقت عليها شروط الدراسة كان أغلبهم من الذكور والذين أُثبت أنَّ لديهم تاريخ مسبق أو حالٍ من سلوكيات إيذاء الذات بعد الرجوع إلى سجلاتهم الشخصية ومتابعاتهم السلوكية من قبل الأختصاصيين المتابعين لهم، إذ أنهم حصلوا على درجات مرتفعة على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة وقائمة إيذاء الذات، وكان جميع أفراد العينة التجريبية من الذكور أبدوا رغبةً للمشاركة في البرنامج العلاجي، وكانوا أكثر تعاوناً في مرحلة التطبيق الأولي لمقاييس الدراسة، وشاركوا خبراتهم في الانخراط بسلوكيات الذات، بينما أغلب الإناث تمَّ تشخيصهن باضطرابات الشخصية الحدية، واضطراب مسلك، وترافق إيذاء الذات لدى (3) منهن مع انخفاض في القدرات العقلية، ولذا تمّ استبعادهن من مجموعة الدراسة التجريبية، ولم يمنع كون المجموعة التجريبية جميعها من الذكور من إكمال الدراسة، وهذا يمكن تبريره من خلال السّياق الاجتماعي الذي يجعل الذكور أكثر انفتاحاً على معالجة خبراتهم السلوكية بصوت مرتفع، وخاصة تلك التي ترتبط بتحدّي القواعد والقوانين، أو إظهار السلوكيات المتطرّفة، أكثر من الإناث، وربّما يرتبط هذا الأمر لديهن بالخوف من الوصمة، أو خرق الخصوصية وبالتحديد خلال مرحلة المراهقة، حتى إنَّ الاختصاصيين الذين تعاونوا مع الباحث خلال مراحل الدراسة أكدّوا أن الذكور يتحدثون في الأغلب عن هذه السلوكيات بجرأة أكبر من الإناث، ويبدون رغبة في العلاج أكثر منهن.

ثالثاً: متغيرات الدراسة:

- **المتغير المستقل:** البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالمخطط.
- **المتغير التابع:** التغيرات الناتجة لدى أفراد العينة التجريبية المتعلقة بتحسن المخططات اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات على المستوى الكمي والكيفي (النوعي) بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج العلاجي عبر القياس البعدي، والاستقرار بالتحسن في مرحلة القياسين التتبعيين الأول والثاني.

رابعاً: الأدوات المستخدمة في الدراسة:

1- قائمة إيذاء الذات Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS).

طُوِّرت قائمة بيانات إيذاء الذات بوساطة الباحثين كاثرين غلين وديفيد كلونسكي (Klonsky, & Glenn) في العام (2009)، وتمَّ تحديثها لاحقاً في العام (2011)، لتقديم تقييم شامل لإيذاء الذات، وتسمح أبعادها المتعدّدة بفهم شامل للسلوكيات المؤذية للذات، بتواترها (تكرارها) وشدَّتها والوظائف الأساسية التي تلبيّها، وتكوَّنت القائمة في صورتها الأصلية من (39) عبارة موَّزعة على مجموعة الأبعاد الفرعية، وعددها (13) بعداً فرعياً مختلفاً لتقييم الأبعاد المختلفة المتعلقة بإيذاء الذات، ويركِّز على تقييم وظائف إيذاء الذات، ويستكشف الدوافع والأغراض الأساسية للانخراط في السلوكيات المؤذية للذّات، وتأخذ القائمة شكل استبانة للتقرير الذاتي يتطلب من المفحوصين تقييم الجوانب المختلفة لسلوكياتهم المؤذية للذّات، على مقياس ليكرت الثلاثي (أوافق، محايد، لا أوافق)، كما هو موّضح في الجدول الآتي:

الجدول (4) الأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات في صورتها الأصلية

الرقم	البعد	البنود المطابقة	الرقم	البعد	البنود المطابقة
1	**تنظيم التأثير**	1، 14، 37	**8**	**البحث عن الإحساس**	7، 20، 33
2	**الحدود الشخصية**	2، 15، 28	**9**	**شدّة التعلق بالأقران**	8، 21، 34
3	**معاقبة الذات**	3، 16، 29	**10**	**التأثير الشخصي**	9 ، 22، 35
4	**الرّعاية والعناية الذاتية**	4، 17، 30	**11**	**الصلابة**	10، 23، 36
5	**مكافحة التفكك والانفصال**	5، 18، 31	**12**	**علامات الضيق والضغط**	11، 24، 37
6	**مكافحة الانتحار**	6، 19، 32	**13**	**الانتقام**	12، 25، 38
7	**الاستقلالية والحكم الذاتي**	13، 26، 39		**المجموع**	39

وقد اختبر المؤلّفان الأصليان غلين وكلونسكي (Klonsky & Glenn) الخصائص السيكومترية للقائمة في العام (2011) للتحقق من موثوقية القائمة وصلاحيتها للتطبيق على عينة تكوّنت من (51) من الشباب البالغين الذين لديهم خبرة في إيذاء الذات، ووجدا أن القائمة تتمتع بصدق الاتساق البنيوي الداخلي بمستوى جيد، ومستوى عالٍ من الثبات الجيد أظهرته طريقة إعادة الاختبار، بالإضافة أن الصدق المحكي للقائمة أثبت صلاحية متقاربة مع

مقاييس أخرى لإيذاء الذات، وتم استخدامها في العديد من الدراسات البحثية، أمّا للأبعاد الفرعية السلوكية للقائمة، فانحصرت الارتباطات بين الاختبار وإعادة الاختبار من (*0.52) لسلوكيات العض حداً أدنى إلى (**0.83) لسلوكيات الحرق حداً أقصى، بمتوسط (**0.68) للقائمة الكليّة، أما الأبعاد الوظيفية، فكانت الارتباطات بين الاختبار وإعادة الاختبار (**0.82) لبعد الوظائف الشخصية الدنيا، أما الوظائف الفردية، فانحصرت ارتباطات الاختبار وإعادة الاختبار بين (*0.35) حداً أدنى إلى تنظيم التأثير إلى (**0.89) للترابط بين الأقران، بمتوسط قدره (**0.59). (Klonsky& Glenn, 2011,P377)

كما قام العاسمي (2014) بترجمة قائمة بيانات إيذاء الذات واستخراج خصائصها السيكومترية، إذ طُبِّقَت على عينة من المراهقين لديهم بعض أعراض سلوكيات إيذاء الذات، وبلغت العينة (90) مراهقاً، وتمَّ إجراء التحليل العاملي الذي بيّن أنَّ بنود القائمة تشبَّعت بخمسة عوامل، وقد اعتمد الباحث الصورة النهائية المستخلصة من التحليل العاملي وبلغ عدد بنودها (39) بند وفق مقياس ليكرت الثلاثي :لا ينطبق (1)، ينطبق أحياناً (2)، ينطبق دائماً(3)، وتعكس هذه البنود وظائف إيذاء الذات حيث تقسّمها لوظائف شخصية (interpersonal) مرتكزة على الذات، ووظائف شخصية خارجية (intrapersonal) مرتكزة على الآخرين، وبناءً على ذلك تم تحليل البنود المتضّمنة في كل بعد فرعي، ووُضِعَ تعريف عام لهذه الأبعاد بالاستناد إلى الدراسة الأساسية، كما يأتي:

- **التعامل مع ضغط الألم وضبطه:** ويتضّمن (22) عبارة، وهي (1، 2، 3، 4، 5، 7، 10، 14، 15، 16، 17، 18، 20، 21،23، 24، 25، 29، 30، 33، 34، 36)، أحد الأعراض المرتبطة بالوظائف الشخصية الداخلية، ويشمل الدوافع التي تعالج الحالات الانفعالية والنفسية المرتبطة بذات المريض، وهو وسيلة لإدارة الألم والتشتيت بالضيق العاطفي الذي يختبره وصولاً إلى استعادة الشعور بالسيطرة على الجسد والمشاعر، ومن أهم البنود المعبرة عن هذا البعد: الانفصال عن الذات، والبحث عن الإحساس، والصلابة، وتنظيم التأثير، أي التسبب بالألم الذاتي حتى الشعور بالخدر، أو للوصول لحالة من الإثارة والنشوة، أو اختبار مقدار تحمل الألم/ أو التهدئة النفسية والتخلص من حالة الضغط الانفعالي المتراكمة.

- **الابتزاز العاطفي والانتقام من الذات والآخر:** ويتضّمن (5) عبارات وهي (6، 32، 35، 38، 39)، ينطوي على التلاعب من خلال الخوف أو الشعور بالذنب أو الالتزام، ما قد يسبب تفاقم مشاعر عدم الكفاءة والخجل والضيق، إذ يستغل الأفراد هذا الشعور من الخجل والخوف ونقاط الضعف لديهم للتحكم بالآخرين من خلال التهديد بإيذاء ذواتهم في حال لم تُلبَّ مطالبهم أو احتياجاتهم على النحو الذي يريدونه، وتشترك فيها عوامل لوم الذات وانخفاض تقدير الذات وانعدام القيمة والكفاءة ومشاعر الذنب والعار، والخوف من الفقد أو الهجر والعزلة.

صراع الاعتمادية والاستقلالية: ويتضّمن (5) عبارات وهي (8، 9، 12، 13، 22) أحد الأعراض المرتبطة بالوظائف الشخصية الخارجية، وتتعلق وظائف إيذاء الذات هنا بالديناميكيات الاجتماعية، مثل السعي لجذب الانتباه أو التأثير في الآخرين التي قد تعكس حالة الصراع لدى المريض بين الاستقلال بسلوكياته والاعتماد على قبول الآخرين المهمين في محيطه له، أو تحديد شكل العلاقات معهم، فهو وسيلة للتعامل مع علاقاتهم الشخصية المعقّدة أو المرضية، وأهم البنود التي تشير إليه التأثير الشخصي في سلوك الآخرين وتصوّراتهم، والترابط مع الأقران أي كسب القبول الاجتماعي منهم أو جذب الاهتمام له.

صراع الكشف (الإفصاح) والمقاومة: ويتضّمن (3) عبارات وهي (11، 26، 37) وهو أحد الأعراض المرتبطة بالوظائف الشخصية الخارجية، ويعكس إيذاء الذات التوتر وعدم الاستقرار الذي يشعر به الأفراد تجاه الإفصاح عن سلوكياتهم مقابل الامتناع عن كشفها، وإخفائها، ومن أهم البنود الدالة عليه معاقبة الذات بسبب مشاعر الذنب أو العار الداخلية التي تدفع إلى التكتم عنها بسبب إحساسه بالخوف من عدم القبول من الآخرين.

مكافحة الانتحار والتفكك (الانفصال): ويتضّمن (4) عبارات وهي (19، 27، 28، 31)، يتعلق هذا البعد بالأفكار الانتحارية والانفصال ضمن سياق إيذاء الذات، يعكس مشاعر اليأس والالم العاطفي أو الرغبة في الهروب من الواقع أو من عدم استقرار الذات، ويتجلى بخدر عاطفي أو شعور الفرد بالانفصال عن أفعاله، وتبدو كأنها آلية مواجهة لا تكيفية، أو تعبيراً غير مباشر عن نية الانتحار، ويقيّم إيذاء الذات كوسيلة للشعور بشيء ما أو مواجهة الفراغ العاطفي الذي يعيشه.

الخصائص السيكومترية لقائمة إيذاء الذات Psychometric properties of the Self-Harm Scale

للتحقق من صدق القائمة واكتشاف مدى صلاحيتها لتحقيق الهدف الموضوعة لأجله في الدراسة ومناسبتها لخصائص عينة الدراسة، تمَّ سحب عينة من المراهقين بلغت (36) مراهقاً ومراهقة من خارج عينة الدراسة الأساسية، وحُسِبَ الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية، كما تمّ التأكّدَ من ثبات القائمة فحُسِبَ ثبات البناء الداخلي؛ أو الاتساق الداخلي، كما تمَّ استخراج معاملات الثبات عبر طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (سبيرمان براون)، وفيما يأتي شرح تفصيلي للخصائص السيكومترية المستخرَجة للقائمة في الدراسة:

- **الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية:** تمَّ التحقق منه بعد ترتيب الدرجات تصاعدياً، وتحديد ما نسبته (25%) من مجموعة درجات أفراد العينة الأعلى، والأدنى، لتمثل مجموعتي أعلى وأدنى الدرجات، وحساب الفروق بين كلا المجموعتين فقد بلغ عدد أفراد كل مجموعة (9) مراهقين، ثمَّ حساب الفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين على الدرجة الكلية وأبعاد القائمة وكانت النتائج كما يأتي:

الجدول (5) فروق المتوسطات بين مجموعتي أعلى الدرجات وأدناها على قائمة إيذاء الذات

قائمة إيذاء الذات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	T-test	قيمة P الاحتمالية	القرار
التعامل مع ضغط الألم	العليا	41.15	6.03	6.765	0.005	دال لصالح المجموعة العليا
	الدنيا	35.25	0.75			
الابتزاز العاطفي والانتقام	العليا	13.18	1.32	12.529	0.001	دال لصالح المجموعة العليا
	الدنيا	7.56	1.20			
صراع الاعتمادية والاستقلالية	العليا	12.87	0.80	16.136	0.002	دال لصالح المجموعة العليا
	الدنيا	8.31	0.79			
صراع الكشف والمقاومة	العليا	8.43	0.53	16.562	0.002	دال لصالح المجموعة العليا
	الدنيا	5.43	0.49			
مكافحة الانتحار والتفكك	العليا	10.00	0.01	47.00	0.001	دال لصالح المجموعة العليا
	الدنيا	7.06	0.25			
	العليا	89.76	2.33	29.531	0.003	

الدرجة الكلية	الدنيا	68.06	1.84			دال لصالح المجموعة العليا

يتضح من نتائج الجدول (8) أنَّ القيمة الاحتمالية لقيمة اختبار T-Test على قائمة إيذاء الذات انحصرت بين (0.001-0.005)، وجميعها أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدرجات العليا والدنيا على قائمة إيذاء الذات وهذه الفروق لصالح ذوي الدرجات العليا، وهذا يشير إلى الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية لقائمة إيذاء وصلاحيتها للتطبيق مع أفراد عينة الدراسة.

ثانياً: ثبات قائمة إيذاء الذات

- **ثبات الاتساق الداخلي:** للتحقق من ثبات الاتساق أو البناء الداخلي للقائمة، تمَّ العمل على إيجاد معاملات ارتباط درجة كل بعد فرعي بالأبعاد الأخرى ومع الدرجة الكلية لقائمة إيذاء الذات، ويبيّن الجدول (6) معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة للكلية للقائمة، وكانت النتائج كما يأتي:

الجدول (6) معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لقائمة ايذاء الذات

أبعاد قائمة إيذاء الذات	التعامل مع الألم	الابتزاز العاطفي والانتقام	صراع الاعتمادية	صراع الكشف والمقاومة	مكافحة الانتحار والتفكك	الدرجة الكلية
التعامل مع الألم وضبطه	1	0.832**	0.443**	0.565**	0.771**	0.982**
الابتزاز الانفعالي والانتقام	0.832**	1	0.699**	0.640**	0.782**	0.865**
صراع الاعتمادية والاستقلالية	0.443**	0.699**	1	0.536**	0.625**	0.425**
صراع الكشف والمقاومة	0.565**	0.640**	0.536**	1	0.654**	0.657**
مكافحة الانتحار والتفكك	0.771**	0.782**	0.625**	0.654**	1	0.816**
الدرجة الكلية	0.982**	0.856**	0.425**	0.657**	0.816**	1

** دال عند مستوى الدلالة 0.01، *دال عند مستوى الدلالة 0,05.

يظهر من نتائج الجدول (6) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية مع بعضها، وبالدرجة الكلية لقائمة إيذاء الذات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01-0.05) فقد انحصرت معاملات ارتباط بيرسون بين (0.425**-

0.982**) ، حيث تعكس ارتباطاً قوياً وإيجابياً بين الأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات والدرجة الكلية لها، ما يعني أنَّ القائمة تتسم باتساق بنيوي داخلي، ما يدل على ثباتها الداخلي.

- **ثبات معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية:** تمَّ التحقق من ثبات قائمة إيذاء الذات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معاملات (سبيرمان– براون)، وظهرت النتائج كما في الجدول الآتي:

الجدول (7) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقائمة إيذاء الذات

أبعاد القائمة	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان– براون)
التعامل مع الألم وضبطه	0.716	0.858
الابتزاز العاطفي والانتقام	0.757	0.828
صراع الاعتمادية والاستقلالية	0.692	0.818
صراع الكشف والمقاومة	0.728	0.772
مكافحة الانتحار والتفكك	0.684	0.825
الدرجة الكلية	0.715	0.803

يلاحَظ من نتائج الجدول رقم (7) أنَّه بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.715) على الدرجة الكلية للقائمة، أمَّا معاملات ثبات التجزئة النصفية وفق معادلتي سبيرمان براون فقد بلغت (0.803) على الدرجة الكلية للقائمة، وتعدّ هذه المعاملات جيدة لأغراض الدراسة، ويتضح مما سبق أن قائمة إيذاء الذات تتصف بدرجة جيدة من الثبات ما يجعلها صالحة للاستخدام والتطبيق أداة للدراسة على عينة المراهقين في دور الرعاية في مدينة دمشق وريفها.

2- استبانة المخططات اللا التكيفية المبكرة Young's EMS Questionnaire - (YSQ-S)

تمَّ تطوير هذا الاستبانة من قبل مؤسس العلاج بالمخطط جيفري يونغ Jeffery Young في العام (1994)، وتمَّ تحديثها في العام (2005)، وتكوّنت في صورتها النهائية من (18) بُعداً فرعياً متضّمنة في خمسة مجالات أساسية للمخططات اللا تكيفية المبكرة، وكل بعد فرعي يصف نوعاً من أنواع المخططات اللا تكيفيّة المبكرة ضمن خمس بنود أو عبارات، ويجيب المفحوص عن كل بند وفق مقياس ليكرت الخماسي (لا ينطبق أبداً، لا ينطبق، محايد، ينطبق، ينطبق بشدّة)، وتُعطى الدرجات من (5–1) لجميع عبارات الاستبانة لأنَّ جميع عبارات الاستبانة إيجابية ولا تتضمن عبارات سلبية من حيث الصياغة، وتمثل الدرجة (450) الدرجة العليا للاستبانة، بينما تمثّل الدرجة

(90) الدرجة الدنيا، وكلما ارتفعت الدرجة دلَّت على انتشار المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى المفحوض، وفيما يأتي تفصيل لمجالات وأبعاد المخططات اللا تكيفية المبكرة:

الجدول (8) مجالات وأنواع المخططات اللا تكيفية المبكرة

مجالات المخطط	المخططات الفرعية	أرقام البنود في الاستبانة
الانفصال / الرفض Disconnection/Rejection	الحرمان الانفعالي (Emotional deprivation)	1-19-37-55-73
	التخلي/الهجر (Abandonment)	2-20-38-56-74
	عدم الثقة/ الإساءة Mistrust/abuse	3-21-39-57-75
	العزلة الاجتماعية/ الاغتراب Social Isolation	4-22-40-58-76
	الخزي/ العار Defectiveness/shame	5-23-41-59-77
ضعف الاستقلالية والأداء Impaired autonomy and performance	الإخفاق Failure	6-24-42-60-78
	الاعتمادية/ عدم الكفاءة Dependence incompetence/	7-25-43-61-79
	القابلية (هشاشة التعرّض) للأذى أو المرض Vulnerability to harm/illness	8-26-44-62-80
	الذات غير النامية / الانغماس Enmeshment / undeveloped self	9-27-45-63-81
الحدود المعطلة Impaired limits	الاستحقاق / العظمة Entitlement/grandiosity	10-28-46-64-82
	عدم كفاية الضبط الذاتي/ الانضباط الذاتي Insufficient self-control/self-discipline	11-29-47-65-83
	الخضوع Subjugation	12-30-48-66-84
التوّجه نحو الآخرين Another directedness	التضحية بالنفس Self-sacrifice	13-31-49-67-85
	السعي للاعتراف والموافقة Approval recognition seeking seeking/	14-32-50-68-86
اليقظة(الحذر) المفرطة / والتثبيط	السلبية/ التشاؤم Negativity/pessimism	15-33-51-69-87
	التثبيط الانفعالي Emotional inhibition	16-34-52-70-88

Over-vigilance and Inhibition	المعايير الصارمة/ لا هوادة فيها Unrelenting standards	17-35-53-71-89
	العقابية Punitiveness	18-36-54-72--90

وتتصّف الاستبانة بدرجة عالية من الصّدق والثبات، إذ اختبرت دراسة غونزاليس سيوفينتس وآخرون (2024) خصائص الاستبانة السيكومترية (YSQ–S3) ، إذ بلغت قيمة صدق الاستبانة على الدرجة الكلية (0.93**) وانحصرت قيم الصدق على الأبعاد الفرعية للاستبانة بين (0.59** – 0.82**)، أما عن ثبات الاستبانة، فبلغت قيمة ثبات ألفا كرونباخ على الدرجة الكلية (0.97**) وانحصرت قيم الثبات على الأبعاد الفرعية للاستبانة من (0.87**–0.89**). (Gonzalez-Cifuentes et al, 2024, P66).

كما اختبرت دراسة (ظافر، 2015) الخصائص السيكومترية للاستبانة على البيئة السورية في دمشق، وتمَّ التأكد من صدق الترجمة إلى اللغة العربية عبر محكّمين متخصصين وبلغت قيمة صدق تعادل الأشكال اللغوية (0.974**)، وانحصرت قيم صدق الاتساق الداخلي بين (0.440* إلى 0.955**)، بالإضافة إلى دلالة الصدق االتمييزي (المقارنة الطرفية)، كما تمَّ اختبار ثبات الاستبانة، أولاً عبر الثبات بالإعادة الذي بلغ (0.96**)، وألفا كرونباخ بلغت قيمته على الدرجة الكلية (0.97**)، والتجزئة النصفية وفق معادلة جوتمان (0.992**) ووفق معادلة سبيرمان براون (0.988**)، كما تمَّ في هذه الدراسة التحقق من صدق الاستبانة وثبات وملاءمتها لفئة المراهقين في دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها.

الخصائص السيكومترية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

للتحقق من صدق الاستبانة واكتشاف مدى صلاحيتها لتحقيق الهدف الموضوعة لأجله في الدراسة، تمَّ سحب عينة من المراهقين بلغت (36) من المراهقين في دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها، من خارج عينة الدراسة الأساسية، ومن ثمَّ حُسِبَ الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية، كما تمَّ التأكّدَ من ثبات الاستبانة إذ حُسِبَ ثبات البناء أو الاتساق الداخلي، كما تمَّ استخراج معاملات الثبات عبر طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (سبيرمان براون)، وفيما يأتي شرح تفصيلي للخصائص السيكومترية المستخرَجة للاستبانة:

أ- صدق الاستبانة:

- **الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية (الصدق التمييزي):** حُسِبَت متوسطات مجموعتي المشاركين ذوي الدرجات العليا والدنيا من المراهقين على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة وانحرافهما المعياري واستُخدِمت معادلة (T-TEST) لبيان دلالة الفروق بين المتوسطين على الاستبانة، ويوّضح الجدول (9) النتائج:

الجدول (9) اختبار T-TEST للفروق بين أعلى وأدنى مجموعتين على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

البعد	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T-TEST	القيمة الاحتمالية	القرار
الحرمان الانفعالي	الدنيا	9	16.42	1.30	19.939	0.000	دال
	العليا	9	22.74	0.45			
التخلي/الهجر	الدنيا	9	16.53	1.43	19.602	0.000	دال
	العليا	9	23.11	0.32			
عدم الثقة/إساءة	الدنيا	9	16.53	1.26	20.421	0.000	دال
	العليا	9	23.89	0.94			
العزلة الاجتماعية	الدنيا	9	17.32	2.29	10.259	0.000	دال
	العليا	9	22.95	0.71			
الخزي/ العار	الدنيا	9	14.58	1.12	19.620	0.000	دال
	العليا	9	21.00	0.88			
الإخفاق	الدنيا	9	14.63	0.60	19.315	0.000	دال
	العليا	9	20.00	1.05			
الاعتمادية	الدنيا	9	12.74	1.19	19.219	0.000	دال
	العليا	9	19.74	1.05			
القابلة للأذى/المرض	الدنيا	9	12.89	0.66	35.851	0.000	دال
	العليا	9	18.89	0.32			
الذات غير النّامية	الدنيا	9	13.26	1.56	18.616	0.000	دال
	العليا	9	20.89	0.88			
الاستحقاق/العظمة	الدنيا	9	13.16	1.01	16.738	0.000	دال
	العليا	9	19.79	1.40			
عدم كفاية التحكم الذاتي	الدنيا	9	16.21	1.40	19.113	0.000	دال
	العليا	9	23.32	0.82			

الخضوع	الدنيا	9	12.95	1.47	22.052	0.000	دال
	العليا	9	21.26	0.73			
التضحية بالنفس	الدنيا	9	12.84	0.83	17.851	0.000	دال
	العليا	9	18.68	1.16			
السعي للاعتراف	الدنيا	9	16.11	1.37	21.703	0.000	دال
	العليا	9	23.11	0.32			
السلبية التشاؤم	الدنيا	9	12.89	1.52	23.259	0.000	دال
	العليا	9	21.47	0.51			
التثبيط الانفعالي	الدنيا	9	13.00	1.41	15.839	0.000	دال
	العليا	9	18.84	0.76			
المعايير الصارمة	الدنيا	9	17.21	1.58	13.067	0.000	دال
	العليا	9	23.53	1.39			
العقابية	الدنيا	9	13.63	1.21	16.255	0.000	دال
	العليا	9	20.05	1.22			
الدرجة الكلية	الدنيا	9	273.32	15.80	24.648	0.000	دال
	العليا	9	368.68	5.89			

يتضح من نتائج الجدول (9) أنَّه بلغت القيمة الاحتمالية لT-TEST (0.000) على الدرجة الكلية للاستبانة وأبعادها الفرعية، وهي أقل من (0.05)، أي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدرجات العليا والدنيا على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة وهذه الفروق لصالح ذوي الدرجات العليا، وتدّل هذه النتائج على صدق الاستبانة المحكي بدلالة المجموعات الطرفية.

ب- ثبات الاستبانة: تمَّ حساب ثبات الاستبانة بمجموعة من الطرائق، كالآتي:

1- ثبات الاتساق الداخلي: للتحقق من ثبات الاتساق الداخلي لعبارات استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة تمَّ حساب معاملات الارتباط بيرسون (Person) بين الدرجة على كل بعد فرعي مع الدرجة الكلية للاستبانة ، والجدول (10) يبين معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد بالدرجة للكلية للاستبانة، وكانت النتائج كالآتي:

الجدول (10) معاملات ارتباط بيرسون بين درجة المخططات الفرعية بالدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة:

الأبعاد	الدرجة الكلية	الأبعاد	الدرجة الكلية	الأبعاد	الدرجة الكلية
الحرمان الانفعالي	0.870**	الاعتمادية	0.807**	التضحية بالنفس	0.791**
التخلي/الهجر	0.900**	القابلية للأذى	0.782**	السعي للاعتراف	0.816**
عدم الثقة/الإساءة	0.856**	الذات غير النامية	0.857**	السلبية التشاؤم	0.844**
العزلة الاجتماعية	0.765**	الاستحقاق/العظمة	0.850**	التثبيط الانفعالي	0.809**
الخزي/العار	0.700**	الانضباط الذاتي	0.727**	المعايير الصارمة	0.857**
الإخفاق	0.776**	الخضوع	0.787**	العقابية	0.716**

تظهر نتائج الجدول (10) أنَّ جميع معاملات الارتباط بين درجة كل بعد فرعي بالدرجة للكلية للاستبانة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) وانحصرت معاملات ارتباط بيرسون بين (0.716**-0.900**) وتعكس ارتباطاً قوياً وإيجابياً بين أبعاد استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة والدرجة الكلية لها، ما يعني أن الاستبانة تتصف بثبات الاتساق داخلي.

2- ثبات معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية: استُخرِجَت معاملات الثبات الخاصة باستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة من خلال طريقتي الثبات؛ معامل ألفا كرونباخ، ومعامل التجزئة النصفية (سبيرمان – براون)، وكانت النتائج على النحو الآتي:

الجدول (11) معاملات الثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

البعد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	البعد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	البعد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
الحرمان الانفعالي	0.744	0.826	الاعتمادية	0.761	0.907	التضحية بالنفس	0.655	0.752
التخلي/الهجر	0.697	0.809	القابلية للأذى/المرض	0.697	0.677	السعي للاعتراف/الموافقة	0.763	0.787
عدم الثقة/الإساءة	0.746	0.789	الذات غير النامية	0.794	0.924	السلبية التشاؤم	0.511	0.529
العزلة الاجتماعية	0.720	0.818	الاستحقاق/العظمة	0.713	0.855	التثبيط الانفعالي	0.674	0.801
الخزي/ العار	0.737	0.843	عدم كفاية التحكم الذاتي	0.738	0.813	المعايير الصارمة	0.693	0.896
الإخفاق	0.718	0.878	الخضوع	0.602	0.654	العقابية	0.763	0.912
الدرجة الكلية	0.77	0.991						

يلاحظ من نتائج الجدول (11) أنه بلغ معامل الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ (0.77) على الدرجة الكلية، أمَّا معامل ثبات التجزئة النصفية (سبيرمان – براون) فقد بلغ (0.991) في الدرجة الكلية للاستبانة، وتعد هذه المعاملات جيدة لأغراض الدراسة، ويتضح مما سبق أن استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة تتصف بدرجة جيدة من الصدق والثبات ما يجعلها صالحة للاستخدام والتطبيق أداة للدراسة على عينة المراهقين في دور الرعاية في مدينة دمشق وريفها.

3- البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالمخطط

التعريف بالبرنامج والحاجة إليه:

العلاج بالمخطط Schema Therapy (ST) نهج تكاملي طوره جيفري يونغ Jeffrey Young لعلاج الأشخاص الأقل استجابة للعلاج المعرفي السلوكي، ولا سيّما ما يتعلّق باضطرابات الشخصية والمشكلات المزمنة، إذ يدمج هذا العلاج بين النظريات والفنيات من العلاج المعرفي السلوكي، والنظرية البنائية، والتحليل النفسي، ونظرية التعلق، والعلاج الجشطالتي، ويركزّ على الأصول العميقة للمشكلات الحالية للمريض، وتحديداً الخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة المبكرة، ويعمل على تغيير المشاعر المرتبطة بهذه الذكريات والخبرات. (Jesinoski, 2010, P13-16) ، ويتوسّع العلاج بالمخطط في العلاج السلوكي المعرفي التقليدي من خلال التركيز أكثر على استكشاف أصول المشكلات النفسية في مرحلتي الطفولة والمراهقة بالاعتماد على الفنيات الانفعالية والمعرفية، والعلاقة بين المعالج والمريض، وتحديد أساليب التكيف المبكرة غير الصحيّة، ويساعد المرضى والمعالجين على فهم المشكلات المزمنة المنتشرة وتنظيمها بطريقة مفهومة عبر تصور حالة مكتوب ومتكامل، إذ يتتبع نموذج تصوّر الحالة هذه المخططات من مرحلة الطفولة المبكرة إلى الوقت الحاضر، مع التركيز خاصّة على العلاقات الشخصية للمريض، وباستخدام هذا النموذج، يكتسب المرضى القدرة على رؤية مشكلاتهم الشخصية على أنّها خلل في الأنا؛ ثمَّ يصبحون أكثر قدرة على التخلّي عنها، كما يتحدّ المعالج مع المرضى في مواجهة مخططاتهم النشطة ومحاربتها وإضعافها، باستخدام الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية والتجريبية، فعندما يكرر المرضى أنماطًا غير فعالة من الاستجابات بناءً على مخططاتهم، يواجههم المعالج بتعاطف مع أسباب التغيير، من خلال "التعويض (إعادة التربية أو الإصلاح)

المحدود limited reparenting"، كما يزوّد المعالج العديد من المرضى بترياق جزئي للاحتياجات التي لم يتم تلبيتها على نحو كافٍ في مرحلة الطفولة بطريقة آمنة وخاصة في المرحل الأولى من العلاج. (Young, Klosko,Weishaar ,2006, 6-9)

الأسس المعتَمدة في البرنامج:

يستند العلاج بالمخطط إلى العديد من الأسس النظرية وأهمّها:

1- **العلاج المعرفي السلوكي Cobnitive Behavioral Therapy:** يستمد العلاج بالمخطط جذوره من العلاج المعرفي السلوكي، الذي أسّسه آرون بيك وألبيرت آليس (Aaron Beck and Albert Ellis,1950-1960)، يركز على تحديد أنماط التفكير المشوّهة والسلوكيات غير الوظيفية الناتجة عنها وتعديلها، ويدمج النهج المعرفي السلوكي لاستهداف أعراض المخططات اللا تكيفية، أو أنماط الاستجابة من التفكير والشعور والسلوك اللا تكيفي، وتتكامل هذه الأهداف مع معالجة المخططات اللا تكيفية المبكرة، بإعادة الهيكلة المعرفية والتغيير السلوكي، ومساعدة المرضى على تطوير إستراتيجيات تعامل أكثر تكيفاً تحسّن من صحتهم النفسية العامة. (Farrell,Shaw & Shaw, 2012, p9)

2- **نظرية التعلق (Attachement Theory):** تؤكّد نظرية التعلق لمؤلّفها جون وولبي (John Bowlby, 1950-1960) الدور الكبير لتجارب التعلق المبكرة للأفراد في طبيعة نموّهم اللاحق، التي تتجلّى في العلاقات المضطربة وخاصة مع مقدّمي الرعاية الأساسيين، وتُشكل نماذج عمل وتفاعل داخلية للذات والآخرين، ما يؤثر في أنماط التعلق والعلاقات المستقبلية، ويمكن أن تُسهم هذه النماذج في تطوّر المخططات اللا تكيفية المبكرة التي تنشأ بسبب عدم تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية في مرحلة الطفولة التي يمكن ربطها بأنماط التعلق غير الآمنة، فقد يرتبط أسلوب التعلق القَلِق بمخططات مثل الهجر أو الحرمان العاطفي، بينما قد يرتبط أسلوب التعلق التجنبي بمخططات مثل العزلة الاجتماعية، ويُطور الأطفال الذين يعانون من تعلق غير آمن مخططات الإساءة/عدم الثقة، ما يعكس تجاربهم المبكرة في تلقّي الرعاية غير المتسقة أو المضطربة. (Simard, Moss, & Pascuzzo, 2011, P355)

3- **نظرية العلاقات الموضوعية (Object Relation Theory):** طوّرها كلاين ووينيكوت وفايربراين (Melanie Klein, Ronald Fairbairn, 1950) وتركّز هذه النظرية على آلية تأثير التفاعلات المبكرة المختلّة بين الأطفال ومقدّمي الرعاية في تكوين صُورة ذاتية وعلائقية غير وظيفية، ويستند العلاج بالمخطط إلى هذه النظرية للوصول إلى أصول المخططات وفهم تأثير البيئة الأسرية والاجتماعية والخبرات الانفعالية المرتبطة بها في تكوين مخططات لا تكيفية مبكرة وسلوكيات غير وظيفية والاستفادة منها في السياق العلاجي، وتؤكد النظرية أهمية تأثير العلاقات الشخصية الطفولية المبكرة والتمثيلات الداخلية للآخرين المهمين المعروفين باسم (الموضوعات Objectevs) في شعور الفرد بذاته وأدائه الشخصي وتكيّفه اللاحق. (Boterhoven & Lee, 2014, P539)

4- **العلاج الجشطالتي (Gestalt Therapy):** شكل من أشكال العلاج التجريبي النفسي أسسه كل من بيرلز وبيرلز وجودمان (Fritz Perls, Laura Perls, and Paul Goodman, 1940-1950) ، ويركز على التجربة الذاتية للفرد في اللحظة الرّاهنة، وتؤدّي عناصر نظرية الجشطالت دوراً فعّالاً في العلاج بالمخطط، عبر تعزيزها التركيز على اللحظة الحالية "هنا والآن" ودور العلاقة العلاجية، ما يسهّل حرية التعبير والوعي، وخاصة بالتركيز على الخبرة الآنية على نحو يتماشى مع هدف العلاج بالمخطط في تحفيز الوعي بالأفكار والمشاعر اللا تكيفية في الوقت االراهن وإدراكها والاستبصار بآثارها، فضلاً عن الدور الجوهري للعلاقة العلاجية (التحالف العلاجي) بين المفحوص والمعالج للوصول إلى حالة الاستبصار بالمخططات والاستجابات الانفعالية ووصفها مساحة تصحيحية للمخططات عبر التعويض المحدود، فضلاً عن الاستفادة من العديد من الفنيات التجريبية في هذه النظرية مثل لعب الأدوار وحوار الكرسيين (حوار المخطط) والتخيل الموجه، واليقظة العقلية، وهنا والآن التي تسهم في الوصول إلى المخططات والوعي بها وتغييرها. (Unoka, 2011, P33)

5- **نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Approach:** مؤسسها سيغموند فرويد (Sigmund Freud, 1899)، ويستفيد العلاج بالمخطط من ضرورة استكشاف الأصول اللاواعية للاضطرابات النفسية من خلال التركيز على الصراعات النفسية الحالية وآليات الدّفاع الأولية، والبحث في التاريخ المرضي للفرد، ويندمج النهج التحليلي النفسي في العلاج بالمخطط عبر محاولة الوصول إلى أصول المخططات في مرحلة الطفولة المبكرة ونقلها إلى

ساحة الوعي والإدراك، ومعالجة الأوضاع النفسية الكامنة وراء استمرار الصعوبات النفسية وخاصة في اضطرابات الشخصية، وتتكامل مفاهيم التحليل النفسي مع العلاج بالمخطط من خلال جوانب عدّة منها العلاقة العلاجية والمواجهة التعاطفية ومعالجة الاحتياجات غير الملباة في مرحلة الطفولة. (Babl, 2024, P29)

6- **النظرية البنائية Constructivist theory :** نظرية معرفية تعلّمية أسسها جان بياجيه (Jean Piaget)، تنطلق من مبدأ أنَّ الأفراد يبنون المعرفة ويفهمون العالم من خلال تجربتهم الفردية وتفاعلهم معه، فالأفراد لا يتلقّون المعلومات على نحو مشوّه أو سلبي، بل يبنون فهمهم الخاص من خلال ربط المعلومات الجديدة التي يتلقّونها من المحيط بمعرفتهم وخبراتهم المتأصّلة مسبقاً في إدراكهم، وتتكامل مبادئ هذه النظرية مع العلاج بالمخطط من خلال آلية بناء الأفراد للمعنى من تجاربهم وخاصة المبكرة منها والتصرّف بناءً عليها، بالإضافة إلى أساليب التعامل والتفاعل اللا تكيفيّة التي تتمثل بالحالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية اللا تكيفية التي طوّروها متأثرين بالمخططات اللا تكيفية المبكرة.(Arntz et al, 2021)

7- **العلاج المرتكز على المشاعر Emotion-Focused Therapy (EFT)** : نهج علاجي طوّره غرينبرغ وجونسون (Leslie Greenberg and Sue Johnson, 1990) يركّز على أهمية المشاعر في سياق العلاقة االعلاجية، وقد صُمِّمَ لمساعدة الأفراد على الوصول إلى مشاعرهم اللا تكيفية وتحديدها ومعالجتها ضمن بيئة آمنة، عبر تعزيز الوعي العاطفي وتنظيمه، وتشجيعهم على التعبير عنها لمساعدتهم على النمو الشخصي وتحسين العلاقات، (Greenberg, 2010)، ويؤدي دمج عناصر من العلاج المرتكز على المشاعر مع العلاج بالمخطط دوراً مهمّاً في تحسين عملية العلاج لا سيما ما يرتبط بالوعي والتنظيم الانفعالي وخاصة من خلال تحديد المخططات العاطفية اللا تكيفية وإعادة هيكلتها ما يؤدّي إلى زيادة الاستجابات العاطفية التكيفية من خلال التجارب العاطفية التصحيحية ضمن سياق العلاقة العلاجية.

الأساس المنطقي للبرنامج:

يركز العلاج بالمخطط على تحديد الأنماط المعرفية المتجذرة في أصول الشخصية للأفراد على نحو لا تكيّفي المترسّخة مع مرور الوقت، وتتطوّر نتيجة للاحتياجات الطفولية غير الملبّاة مثل الحاجة إلى الأمان والرعاية

والاستقلالية والكفاءة ورسم الحدود الواقعية والتعبير الحر عن الذات والمشاعر، ولا يستهدف الأعراض السطحية الظاهرة لدى الأفراد، بل يستهدف العوامل الانفعالية والمعرفية العميقة الموّجهة للسلوكيات اللا تكيّفية، وانطلاقاً من ارتباط المخططات اللا تكيفية المبكرة بوظائف إيذاء الذات الذاتية الخارجية وخاصة مخططات الحرمان الانفعالي والتخلي/ الهجر والمعايير الصارمة لدى المراهقين على نحو عام، (Saarijärvi et al et al, 2023)، وما يرتبط بها من خلل في التنظيم الانفعالي يدفع المراهقين لإدارة هذه المخططات على نحو لا تكيفي، فالمراهقون الأيتام أو فاقدي الرعاية الأسرية في دور الرعاية البديلة معرّضون على نحو أكبر لإيذاء الذات، وذلك بسبب غياب الرعاية البديلة المستقرة، نتيجة الطابع المؤسساتي لهذه الدُور لأن نمط الرعاية المقدّم لهم غير كافٍ أو متسّق، (Shrivastava & Sharma, 2022) ما يسهم في زيادة الاحتياجات الانفعالية التي تتطلب الرعاية المتخصصة (Gabrielli et al, 2015).

ويعتمد نموذج العلاج بالمخطط نهج التدخل العلاجي التكاملي المستند إلى العديد من مدارس العلاج النفسي ونظرياته لإحداث تغيير إيجابي على مستوى الأفكار والمشاعر والسلوك؛ عبر الاعتماد على مجموعة من الفنيات المعرفية والتجريبية والعلائقية والسلوكية والعاطفية الجماعية، للوصول إلى تصوّر حالة متكامل من الأفكار والتصوّرات، ليتم إعادة هيكلتها وتنظيمها معرفياً، وإعادة معالجة الذكريات المؤلمة عبر مواجهتها على نحو تعاطفي، وتقليل الحالة النشطة للمخططات اللا تكيفية المبكرة على نحو يضمن التغير الإيجابي وفق استراتيجيات التعامل والمواجهة لدى المشاركين بالبرنامج، إذ يركز العلاج الجماعي على الاحتياجات العاطفية غير الملباة، مثل الأمان والاستقلالية والتعبير العاطفي والتواصل، وهي احتياجات تُهمل غالباً في بيئات الرعاية البديلة، كما تتيح فنيات مثل التعويض المحدود للمتعالجين توفير تجربة عاطفية تصحيحية ضمن بيئة العلاج الجماعي، كما تسمح الفنيات التجريبية، مثل إعادة صياغة التصورات وحوارات الكرسيين التي تساعد المشاركين على الوصول إلى المخططات النشطة المتجذرة وتعديلها، وصولاً إلى إضعاف تنشيط الأوضاع المختلّة غير الوظيفية (مثل الطفل الضعيف أو الحامي المنفصل) مع تعزيز الأوضاع الوظيفية مثل الطفل السعيد أو البالغ السليم، إذ تعزز التفاعلات الجماعية

هذه التغييرات من خلال توفير تغذية راجعة فورية وتأكيد من الأقران. (Kopf-Beck et al, 2020)، وعليه ينطلق نموذج العلاج بالمخطط من أربعة مفاهيم رئيسة وهي:

1- **الاحتياجات العاطفية الأساسية غير الملبّاة:** تتلخّص بتأمين التعلّق بالآخرين (بما في ذلك الأمان والاستقرار والرعاية والقبول)، والاستقلالية والكفاءة والشعور بالهوية الشخصية الفريدة، وحرية التعبير عن الحاجات والمشاعر، وهذه الاحتياجات مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بخبرات الطفولة المؤلمة التي يعاني منها الأطفال الأيتام أو فاقدي الرعاية الأسرية.

2- **المخططات اللا تكيفية المبكرة:** هي موضوعات أو أنماط حياتيّة أساسية راسخة في شخصية الفرد معرفياً وعاطفياً، يتم تكرارها طوال حياة الفرد، ونمو هذه المخططات وتطوّرها مرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالاحتياجات العاطفية غير الملبّاة لدى فاقدي الرعاية الأسرية ومنها مخططات الحرمان الانفعالي والتخلي/الهجر وغيرها.

3- **اسراتيجيات المواجهة والتعامل:** تشمل الطرائق التي يشبع بها الأفراد احتياجاتهم النفسية بطريقة غير تكيفية، وتشمل الاستسلام والتجنب والتعويض المفرط، والتي تتطور في الأغلب بسبب غياب النموذج الوالدي الصحي في التعامل مع أحداث الحياة المختلفة.

4-**أوضاع المخطط:** هي الحالات العاطفية اللحظية واستجابات التكيّف التي يختبرها الأفراد بشكل متكرّر من خلال مواقف الحياة التي يتأثر بها الأفراد على نحو مفرط ("الأزرار العاطفية") وتقودهم إلى ردود فعل غير تكيّفية، وتشير أساليب التكيف إلى الطرائق التي يتفاعل بها الطفل مع تجارب الطفولة الضارة، وتتضمن الأوضاع اللا تكيفية مثل الوالد العقابي والوالد الناقد والطفل الحامي المنفصل والغاضب وغيرها.

تصميم البرنامج:

يستهدف العلاج بالمخطط أنماط الأفراد الإشكالية في مواجهة أحداث حياتهم وتفسيرها، إذ تتّحد جهود المعالج مع رغبة المتعالج في مواجهة مخططاته باستخدام الاستراتيجيات المعرفية والعاطفية والسلوكية والشخصية، وقد أكّد عدد من الدراسات والأبحاث فاعلية العلاج بالمخطط في العمل مع المراهقين، فقد أثبتت دراستا فرانسيسكا وآخرين (Francisca et al.2017) وحساني وآخرين (Hasani et al .2020) فاعلية العلاج بالمخطط في

خفض السلوكيات التخريبية، وتحسين سمات الشخصية السيكوباتية، وخفض سلوك التحدي المعارض لدى المراهقين، ودراسة فرانسيسكا وآخرين (Francisca et al.2019) التي أظهرت فاعلية العلاج بالمخطط في توفير مناخ جماعي دافئ وداعم بين اليافعين والأطفال في دور الرعاية الاجتماعية مع تدخلات أقل قسوة من قبل القائمين على تقديم الرعاية لهم، ودراسة (Saravi et al.2020) التي أكّدت فاعلية العلاج بالمخطط الجماعي في التنظيم الذاتي والاتجاه نحو الأكل للإناث المراهقات ذوات الوزن الزائد المصابات باضطرابات الشراهة في الأكل، كما أكدّت دراسة لوز وآخرين (Loose et al.2013) فاعلية العلاج بالمخطط للأطفال والمراهقين في تعديل سلوكياتهم وتلبية احتياجاتهم العاطفية مقارنة بالتدخلات العلاجية الأخرى، وانطلاقاً من هذه الدراسات كان لا بدَّ من دراسة سلوكيات إيذاء الذات وفهمها في إطار نظرية المخططات المعرفية المبكرة من خلال رصد سلوكيات المراهقين في دور الرعاية البديلة الذين لديهم خبرات مسبقة أو حالية من إيذاء الذات، وعلاقتها بالمخططات اللا تكيفيّة المبكرة، فقد أكّدت دراسة نازربولند وآخرين (Nazarboland et al.2019) أنَّ المراهقين الأيتام يختلفون عن المراهقين الطبيعيين في أنَّ سلوكيات إيذاء الذات لديهم تنتج عن مخططات لا تكيفية مبكرة، وخاصة ما يرتبط منها بالعار/الخزي والفشل/الإخفاق والحرمان الانفعالي، كما أكدت دراسة لويس وآخرين (Lewis et al,2015) أنَّ إيذاء الذات الذي يظهر عند المراهقين والشباب ينتج بوضوح عن المخططات اللا تكيفية المبكرة في مرحلة الطفولة.

ولإيضاح آالية تحقيق أهداف هذا البرنامج لتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات الناتجة عنها، تمَّ الاستفادة من العديد من نماذج التدخل العلاجية الجماعية القائمة على العلاج بالمخطط، وأهمّها:

1- نموذج فان ويك-هيربرينك (Van Wijk-Herbrink, 2018) العلاج بالمخطط لدى المراهقين الذين يعانون من مشكلات سلوكية خارجية

طُبِّقَ العلاج بالمخطط تدخلاً مبكراً للمراهقين الذين يعانون مشكلات سلوكية كالإدمان والعدوان والسلوك المضاد للمجتمع، وهدف إلى تعديل المخططات اللا تكيفية المبكرة وأوضاع المخطط واستراتيجيات التعامل والمواجهة المرتبطة بها، وقد ساعدت الفنيات المعرفية والانفعالية والتجريبية والسلوكية على تحسين المخططات النشطة لديهم، وبالتحديد مخططات التخلي/الهجر، وعدم الثقة/الإساءة، وخفض سلوكيات العدوان الجسدي الناتجة عنها، وخرق

القواعد بعد تطبيق العلاج بالمخطط الجماعي بنسبة (78%)، وذلك بإعادة الهيكلة المعرفية للمخططات النشطة، وتعديل أوضاع المخطط كأوضاع الوالد العقابي والناقد والطفل الحامي المنفصل واستراتيجيات التجنب التي انخفضت بنسبة (32%) وانخفاض سلوكيات الاندفاعية ونوبات الغضب بنسبة (41%)، وعززت الأوضاع الصحية كالبالغ السليم والطفل السعيد، وقد برزت أهمية مشاركة الأسرة في جلسات العلاج بالمخطط، ودعم الأقران ضمن جلسات العلاج لأنّه يوّفر مساحة آمنة للمراهقين لتبادل الخبرات، وتقليل الشعور بالوحدة والاختلاف، ويعزز التعلم الاجتماعي والتواصل الفعال عبر التشجيع المتبادل، ونمذجة السلوكيات االصحية، وكل هذه العوامل تدعم التغير السلوكي لدى المراهقين ضمن العلاج بالمخطط الجماعي.

2- نموذج رويلوفس (Roelofs et al, 2016) العلاج بالمخطط الجماعي للمراهقين

أشارت هذه الدراسة إلى فاعلية العلاج بالمخطط الجماعي في خفض تأثير المخططات على سلوكيات المراهقين بنسبة (46%) بعد تطبيق العلاج بالمخطط الجماعي، باستهداف أوضاع المخطط غير الوظيفية وتعديلها واستبدال الأوضاع الصحية التكيفية بها، وقد تحسّنت بنسبة (58%) مثل أوضاع الطفل الغاضب والمندفع والحامي المنفصل والوالد العقابي التي تجلّت باستجابات انفعالية متأثرة بالمخططات النشطة وعلى وجه التحديد مخططات العار/ الخزي والحرمان الانفعالي والتخلّي/الهجر، من خلال مساعدة المراهقين على تحديد هذه المخططات والأوضاع المرتبطة بها، وإستراتيجيات التعامل والمواجهة الناتجة عنها، ثمَّ التدريب على استراتيجيات التنظيم الانفعالي من خلال الجلسات الجماعية التي تدعمها مشاركة الوالدين أو مقدّمي الرعاية ما يسمح بتعميم المهارات المتعلّمة ضمن جلسات العلاج على البيئات المنزلية وإعادة النظر بديناميكيات التفاعل ضمن الأسرة.

وبعد الاطلاع على الكتب والبحوث والدراسات التي تناولت العلاج بالمخطط، تمَّ الاستفادة من هذه الأطر النظرية والتطبيقية في بناء البرنامج القائم على العلاج بالمخطط، وأهم المراجع التي تمَّ الاستناد إليها في تصميم البرنامج ما يأتي:

1- كتاب الشكل الجديد من نموذج العلاج بالمخطط: دور المخططات اللا التكيّفية المبكرة (2017) بو باشا، جورج لوكوودب، وجيفري يونغ

(A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas (2017) (Bo Bacha , George Lockwoodb and Jefrey E. Youngc)

2- كتاب إدارة المخططات اللا تكيفية وعلاجها (2014) إيريك كرينتر و كينيث مولتنر

(Treatment and Management of Maladaptive Schemas (2014) Eric A. Kreuter • Kenneth M. Moltner)

3- الدليل الإكلينيكي (العيادي) للعلاج بالمخطط (2014) جون فيرال، نيل ريسس، إيدا شو

(The Schema Therapy Clinician's Guide (2014) Joan M. Farrell, Neele Reiss, and Ida A. Shaw)

4- كتاب العلاج بالمخطط، السمات المميزة (2011) إشكول رافايلي، ديفيد بيرنستين، جيفري يونغ

(Schema Therapy Distinctive Features (2011) Eshkol Rafaeli, David P. Bernstein and Jeffrey Young)

5- كتاب المخططات اللا تكيفية والأمراض النفسية في مرحلة المراهقة: فائدة نظرية المخططات ليونغ عند الشباب

(Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth (2010).

6- العلاج بالمخطط العاطفي: سمات مميزة، روبرت ل. ليهي، المعهد الأمريكي للعلاج المعرفي

(Emotional Schema Therapy: Distinctive Features, Robert L. Leahy, PhD, is Director of the American Institute for Cognitive Therapy,2019)

7- كتاب دليل وايلي بلاكويل للعلاج بالمخطط، (2012) ميشيل فان فريسويجيك وجيني بورسين ومارجون نادورت

(The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy, Edited by Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Marjon Nadort, 2012)

- كتاب العلاج بالمخطط لدى المراهقين الذين يعانون مشكلات سلوكية خارجية، فان ويجيك وهيربريك (2018)

(Schema Therapy in adolescents with externalizing behavior problems, van Wijk-Herbrink, 2018).

ـ كتاب العلاج بالمخطط لدى الأطفال والمراهقين، لوز، غراف، زاربوك و هولت (2020)

Schema Therapy with Children and Adolescents: A Practitioner's Guide. Loose C, Graaf , Zarbock , Holt , . 2020.

صّمِّمَ البرنامج العلاجي ليُطبَق على نحو جماعي عبر مراحل مترابطة ومنظمة تبدأ من فهم الارتباط بين المخططات اللا تكيفية وسلوكيات إيذاء الذات من حيث الوظائف والدّوافع والأعراض، ثمَّ تغيير أوضاع المخطط غير الوظيفية التي يتم التعبير عنها من خلال هذه السلوكيات، وتعديل استراتيجيات التعامل أو المواجهة غير الوظيفية إلى استراتيجيات صحيّة ضمن بيئة آمنة تحقّق الاستبصار المعرفي والانفعالي والتغيير السلوكي عاى نحو يخفف من نشاط هذه المخطط ومن سلوكيات إيذاء الذات، وذلك من خلال تطبيق الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تسمح بمشاركة المخاوف الفردية مع التجارب المشتركة للأقران بفعالية، وكل ذلك ضمن إطار علاقة علاجية تعويضية تصحيحية وتحالف علاجي تعاطفي مشترك بين المعالج والمتعالجين على نحو يسهم في توفير الدّعم اللازم للتغيير، ولتحسين المخططات الأكثر صلة بسلوكيات إيذاء الذات التي تمَّ بحث العلاقة بينهما على المستوى النظري ثمَّ تصميم البرنامج العلاجي بناءً على الرؤية التي توَّضح العلاقة بين أنواع المخططات اللاتكيفية المبكرة الأكثر ارتباطاً بوظائف إيذاء الذات الداخلية والخارجية لدى عينة الدراسة:

أ- المخططات اللا تكيفية المبكرة الأكثر ارتباطاً **بصعوبات إدارة ضغط الألم وضبطه** كعرض لإيذاء الذات هي:

- **الحرمان الانفعالي:** يتنبأ هذا المخطط بارتفاع وتيرة إيذاء الذات، والحاجة إلى استعادة السيطرة عليها من خلال إحداث ألم في الذات لتنظيم المشاعر الداخلية.
- **التضحية بالنفس:** يُعطي الأفراد الذين يعانون من هذا المخطط الأولوية لاحتياجات الآخرين ومشاعرهم على حساب احتياجاتهم الخاصة بهدف إدارة المشاعر الداخلية، إذ يعمل إيذاء الذات على تخفيف الضيق العاطفي.
- **قابلية التعرض للأذى/المرض:** يرتبط ارتباطاً مباشراً بصعوبات التنظيم الانفعالي لضغوط الألم والمشاعر الداخلية، ويرتبط باستخدام إيذاء الذات لإدارة الضيق الداخلي بسبب هشاشته وضعف قدرته على التحكم بألمه.
- **الذات غير النّامية/الانغماس:** يرتبط هذا المخطط بسلوكيات البحث عن الإحساس والتقدير، والسمات الإدمانية لإيذاء الذات، ويلجأ الأفراد لإيذاء ذواتهم لتحقيق النشوة أو اختبار حدودهم النفسية، ما يعكس صلابة في استراتيجيات التعامل والمواجهة غير الوظيفية. (Shi et al, 2023), (Nicol et al, 2021)



الشكل التوضيحي (5) المخططات المرتبطة بصعوبة إدارة ضبط الألم وضغطه

ب- المخططات اللا تكيفية المبكرة الأكثر ارتباطاً بأعراض **الابتزاز الانفعالي والانتقام** كوظيفة لإيذاء الذات:

- **الخزي/العار**: يتضمن هذا المخطط مشاعرَ سائدة بالنقص، أو عدم الاستحقاق للحب، أو عدم الكفاءة الأساسية، ما يُغذّي لوم الذات ونقدها، وتدني احترام الذات، ويرتبط على نحو وثيق بإيذاء الذّات وسيلةً انتقاميةً للتعبير عن هذه التصورات المؤلمة للذات أو محاولة إدارتها.
- **عدم الثقة/الإساءة**: يتضّمن هذا المخطط توقعات بأن الآخرين سيؤذونهم أو يسيئون إليهم، أو يتلاعبون بهم، ما يُعزز الخوف والضعف والتردّد، ويرتبط بديناميكيات الابتزاز العاطفي إذ قد يستخدم الأفراد إيذاء أنفسهم للسيطرة على الآخرين أو التأثير فيهم بأية طريقة.
- **التخلّي/الهجر**: ينطوي هذا المخطط على الخوف من الفقد والهجر والعزلة، وقد يؤدي إلى التلاعب العاطفي استراتيجيةً لمنع التخلي المُتصوّر أو الحقيقي، ويُشكّل هذا المخطط أساس الخوف والضعف المُستغلّين في الابتزاز العاطفي، ويُسهم في إيذاء الذّات وسيلةً لإدارة هذه المخاوف.
- **الخضوع**: يتضمن كبت رغبات المرء ومشاعره خوفاً من العقاب أو الرفض، ويؤدي إلى الشعور بالذنب وانخفاض قيمة الذات، ويتماشى هذا المخطط مع لوم الذات ويرتبط بالإهمال العاطفي، ويتميز بكبت المشاعر بسبب الخوف، ما يسهم في إيذاء الذات كاستجابة لا تكيفيّة. (Castille, 2005) , (Shashoua, 2015), (May et al, 2022)



الشكل التوضيحي (6) المخططات المرتبطة الابتزاز الانفعالي والانتقام من الذات والآخر

ت- المخططات اللا تكيفية المبكرة الأكثر ارتباطاً بأعراض **صراع الاعتمادية والاستقلالية** كوظيفة لإيذاء الذات:

- **الاعتمادية/عدم الكفاءة:** يتضمن هذا المخطط اعتقاداً بأنَّ المرء غير قادر على تحمل مسؤولياته اليومية دون مساعدة كبيرة من الآخرين، مما يعكس صراعاً بين التبعية للآخرين والاستقلالية عنهم، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بسلوكيات إيذاء الذات الهادفة لكسب القبول الاجتماعي، والتأثير في الآخرين، أو جذب الانتباه والاهتمام بالعلاقات الشخصية، ويرتبط على نحو كبير بالصراعات الشخصية والديناميكيات الاجتماعية والترابط مع الأقران، والتأثير الشخصي في تصوّرات الآخرين.
- **السعي إلى الاعتراف/طلب الموافقة:** يعكس هذا المخطط التركيز المفرط على كسب الموافقة أو التقدير أو الاهتمام من الآخرين على حساب احتياجات الفرد أو مشاعره، ويتماشى مع إيذاء الذات المستخدم وسيلةً لجذب الانتباه أو التأثير في العلاقات الاجتماعية، فالبحث عن التقدير جزء من مجال التوجه نحو الآخر، ومن السلوكيات التي تهدف إلى كسب القبول الاجتماعي والتأثير بين الأشخاص.
- **الذات غير النامية/الانغماس:** يتصّف هذا المخطط بالانغماس العاطفي المفرط والاعتماد على الآخرين، ويعكس صعوبات في بناء هوية مستقلة واستقلالية خاصّة، ما يُسهم في الصراعات الشخصية وإيذاء الذات وسيلةً لإدارة هذه الديناميكيات، ويرتبط بالعلاقات الشخصية المرَضَية وصراعات التبعية للآخر.
- **الخضوع:** يتضمن هذا المخطط التخلي عن إثبات ذاته بتفاعلاته مع الآخرين لتجنّب الصراع أو الهجر، ويصاحبه في الأغلب مشاعر استياء وغضب مكبوت لا يستطيع تحريره ضمن الضوابط الاجتماعية، ويرتبط إيذاء الذات بالتأثير في الآخرين من خلال أساليب عاطفية، إذ يرتبط الخضوع بمشاكل التحكم الشخصي والتلاعب العاطفي.

(Kover et al, 2024).(Sojta & Strzelecki. 2023)



الشكل التوضيحي (7) المخططات المرتبطة بصراع الاعتمادية والاستقلالية

ث- المخططات اللا تكيفية المبكرة الأكثر ارتباطاً بأعراض **صراع الإفصاح (الكشف) والمقاومة** عرضاً لإيذاء الذات:

- **العار/الخزي:** يتضمن هذا المخطط مشاعرَ سائدة بالنقص، أو عدم المحبة، ويؤدي إلى خجلٍ شديدٍ ولوم للذات، ويتنبأ بقوةٍ بسلوكيات معاقبة الذات، وإخفاء إيذاء الذات خوفاً من الرفض أو عدم قبول الآخرين له.
- **العزلة الاجتماعية/الاغتراب:** يتصّف هذا المخطط بمشاعر الاختلاف، أو عدم الانتماء، ويسهم في الخوف من الإفصاح للآخر، لأنَّ الأفراد يتوقعون الرفض أو الإقصاء إذا انكشف إيذاء أنفسهم، وهذا يعزز الصراع الداخلي.
- **المعايير الصارمة/لا هوادة فيها:** ينطوي هذا المخطط على نقد ذاتي قاسٍ ومتطلبات داخلية مُلحة، ما قد يُغذي الشعور بالذنب والعار، ويؤدي إلى معاقبة الذات والتردد في الإفصاح عن إيذاء الذات ومشاعرها ومتاعبها وفشلها خوفاً من الحكم، ويرتبط هذا المخطط بآليات النقد الذاتي القاسي ومعاقبة الذات.
- **التثبيط الانفعالي:** يعكس هذا المخطط كبت التعبير الانفعالي لتجنب الرفض أو الضعف، ويُسهم في إخفاء سلوكيات إيذاء الذات والمقاومة الداخلية للإفصاح عنها، ويرتبط بالتكتم والصراع الداخلي حول الكشف عنها.



الشكل التوضيحي (8) المخططات المرتبطة بصراع الإفصاح (الكشف) والمقاومة

ج- المخططات اللا تكيفية المبكرة الأكثر ارتباطاً بأعراض **مكافحة الانتحار والتفكك** لإيذاء الذات:

- **الحرمان الانفعالي:** يتضمن الاعتقاد أنَّ احتياجات الشخص العاطفية لن تُلبَّ، ويؤدي إلى الشعور بالفراغ العاطفي، ويبحث بعلاقاته مع الآخرين عن إشباع لهذا الفراغ، وقد تكون استجاباتهم اندفاعية ومتطرّفة.
- **العزلة الاجتماعية/الاغتراب:** يتضمن الشعور بالاختلاف عن الآخرين، وعدم الانتماء إلى أي مجموعة، ويعزز الشعور بالوحدة والانفصال.
- **عدم الثقة/الإساءة:** يتضمن توقع التعرض للأذى أو الخيانة من الآخرين لأسباب مدركة أو غير واقعية، وقد يزيد من عدم الاستقرار العاطفي والرغبة بالانفصال عنهم.

- **عدم كفاية الضبط الذاتي:** يتضمن الصعوبة في إدارة الانفعالات والمشاعر، ويؤدي إلى إيذاء الذات وسيلةً للتعامل مع المشاعر المؤلمة المندفعة، ومحاولة لتهدئة الذات، أو الشعور بشيء ما عند التخدير العاطفي، أو التعبير بشكل غير مباشر عن نية انتحارية.

ويدعم هذا التفسير دراسة كاستيل وآخرين (2005)، التي وجدت أنَّ هذه المخططات تُميّز من يؤذون أنفسهم عن غيرهم، وترتبط بتكرار إيذاء الذات وشدّته، وتندرج بشكل رئيسي ضمن مجال الانفصال والرفض، ما يُسلِّط الضوء على صعوبات تكوين علاقات آمنة والتعامل مع الألم العاطفي.

(Blackman et al, 2024). (Pilkington et al, 2021). (Castille, 2005)



الشكل التوضيحي (9) المخططات المرتبطة مكافحة الانتحار والتفكك (الانفصال)

الهدف العام للبرنامج

يهدف العلاج بالمخطط عموماً إلى مساعدة الأشخاص على تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة، وزيادة التنظيم الانفعالي والسلوكيات التكيفية الصحيّة لديهم، بينما يهدف هذا البرنامج العلاجي إلى استخدام نموذج العلاج بالمخطط للأطفال والمراهقين (Schema Therapy – CA Children And Adolscents) لخفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين فاقدي الرّعاية الأسرية في دور الرعاية الاجتماعية البديلة، بتدريب أفراد العينة التجريبية على الوعي بالمخططات اللا تكيفية واستراتيجيات التعامل الوظيفية المرتبطة بها، ومساعدتهم على تلبية الاحتياجات داخل العلاقة العلاجية وتعميمها على مواقف الحياة اليومية خارج إطار العلاقة العلاجية، وضمن مناخ تدريبي وعلاجي تفاعلي، يتم فيه تدريبهم على التحكم بأوضاع المخطط اللا تكيفية كالأوضاع الغاضبة أو المندفعة أو الضعيفة التي تؤدي إلى سلوكيات إيذاء الذات من خلال السيطرة على المخططات النشطة والأوضاع العقابية والنقدية ضمن إطار النمو، بحيث تعزّز من قدرتهم على التحكّم بأي

سلوكيات متطرفة تجاه الذات أو الآخرين، ما يساعدهم في بناء مخططات وأنماط صحية تكيفية مثل الوصول لوضع البالغ السليم والطفل السعيد لتحسين من سلوكياتهم.

الأهداف الإجرائية للبرنامج: فتتمثّل في الآتي:

- بناء علاقة إيجابية مع المشاركين في البرنامج لتطوير رؤية واضحة للبرنامج وطبيعته وأهدافه وإجراءاته، لمساعدة أفراد المجموعة التجريبية على الاستمرار في تنفيذ جلسات البرنامج.
- تقديم التثقيف النفسي للمتغيرات التي يتم استهدافها في البرنامج، وأهمها مرحلة المراهقة والتغيرات المرتبطة بها، وسلوكيات إيذاء الذات والوظائف المرتبطة بها، وآلية تطوّر االمخططات، والأوضاع اللا تكيفية للمخطط للطفل والوالدين التي تطوّرت ضمن سياق المرحلة المبكرة من حياتهم، واستراتيجيات التعامل غير الوظيفية الناتجة عنها.
- تنمية الوعي بالاحتياجات العاطفية غير الملبَّاة في مرحلة الطفولة وتلبيتها بطريقة آمنة، وتطوير المعالج لشخصيته لتكون شخصية انتقالية آمنة ضمن العلاقة العلاجية التصحيحية والتحالف العلاجي التعاطفي ضمن البرنامج.
- تحديد المخططات اللا تكيفية المبكرة النشطة، وتعرّف آلية تأثيرها في الانفعالات وسلوكيات إيذاء الذات، لتكوين قاعدة من الوعي والاستبصار بها، وصياغة تصور الحالة المفاهيمي الشامل لحالة كل مشارك.
- تحديد أوضاع المخطط غير التكيفية وإدراكها والوعي بها، وتنشيط أوضاع التفاعل الإيجابية للمخططات النشطة وأعراضها الواضحة والكامنة عبر مجموعة من الفنيات.
- مساعدة المشاركين على تعديل استراتيجيات التعامل أو المواجهة الناتجة عن المخطط (تجنب المخطط، والاستسلام له، والتعويض المفرط)، واستبدال الاستراتيجيات التعامل التكيّفية الصحيّة بها.
- تدريب المشاركين على إدارة ضغط الألم وضبطه كوظيفة داخلية لإيذاء الذات من خلال تعديل مخططات الحرمان والتثبيط الانفعالي والتضحية بالنفس.
- تدريب المشاركين على خفض الابتزاز الانفعالي والانتقام من الذات والآخر كوظيفة خارجية لإيذاء الذات من خلال تعديل مخططات التخلي/ الهجر والخزي/العار.

- تدريب المشاركين على التعامل مع صراع التبعية (الاعتمادية) والاستقلالية من خلال تعديل مخططات الاعتمادية/ ضعف الكفاءة، والخضوع.
- تدريب المشاركين على التعامل مع صراع الإفصاح (الكشف) والمقاومة من خلال تعديل مخطط الاغتراب/ العزلة الاجتماعية والمعايير الصارمة (اللا هوادة بها).
- تدريب المشاركين على مكافحة أفكار الانتحار والانفصال أو التفكك من خلال تعديل مخططات الحرمان العاطفي وقابلية التعرض للأذى/المرض.
- التدريب على إدارة المشاعر والتنظيم الانفعالي وإستراتيجيات تهدئة المخططات الفشل/الإخفاق والسلبية/التشاؤم وعدم الثقة/الإساءة وربطها باستراتيجيات التعامل الإيجابية الصحية.
- وضع خطط وقائية تشاركية مع مقدّمي الرعاية لمنع الانتكاس واستمرار الرعاية النفسية من خلال تكوين علاقة آمنة ومحبة وموثوقة مع المعالج وتطويرها لتكون مع واحد أو أكثر من مقدمي الرعاية أو الأشخاص المقربين منه (دعم الأقران) ضمن جلسات البرنامج العلاجي الجماعي.
- تقديم الدعم طوال مدّة التغيير الإيجابي عبر جلسات البرنامج لتؤثر على نحو فعال وإيجابي في التوافق النفسي للمشاركين وتشجيعهم على تطوير الحديث الذاتي الإيجابي.
- مساعدة المشاركين على تكوين قاعدة من المفاهيم الإيجابية والأنشطة الذاتية التي تساعدهم في عملية التغير السلوكي عبر كسر النمط السلوكي للعلاقة بين المخططات والاستجابات الانفعالية المؤثرة في تصرّفاتهم من خلال توفير بيئة آمنة لإيجاد التعبير المناسب للمشاعر والاحتياجات وتلبيتها على نحو تعاطفي منتظم ضمن سياق العلاقة العلاجية وتعميمها في البيئة الخارجية.

فنيات البرنامج:

يدمج العلاج بالمخطط الفنيات المعرفية والسلوكية والتجريبية لمعالجة المخططات غير التكيفية المبكرة، وفيما يأتي تعريفات للفنيات الرئيسة المبنية على أدبيات العلاج بالمخططات الأساسية التي تمَّ الاستفادة منها في جلسات البرنامج، وهي كما يأتي:

1- تصور الحالة المفاهيمي:case conceptualization عملية مشتركة بين المعالج والمريض، يتم فيها تحديد المخططات اللا تكيفية المبكرة، واستراتيجيات التعامل أو المواجهة المتبّعة، وأوضاع المخطط الكامنة وراء الصعوبات النفسية والتكيفية للمريض، ويوّفر هذا التصور خريطة لتطوّر حالة المريض توّضح كيفية مساهمة احتياجات الطفولة غير الملبَّاة وتأثيرها في تطوير المخططات الراهنة، وتصوّر للتفاعلات بين الطفل الضعيف، وأوضاع التفاعل اللا التكيفية، وأوضاع البالغين الأصحاء، وتساعد هذه الفنية على تحديد اتجاه أهداف العلاج.

ويتشابه التصور المفاهيمي مع الأساليب المستخدمة في مناهج صياغة حالات العلاج المعرفي السلوكي الأخرى، ولكنه أوسع منها، إذ يصف أعراض المريض واضطراباته ومشكلاته، ويحدّد بوضوح المخططات واستجابات التعامل والأوضاع، ويلقي الضوء على الأفكار (التشوهات المعرفية)، والسلوك وردود الفعل (الاستسلام، أو الهروب، أو التعويض الزائد)، والخبرات والصور وذكريات الطفولة الأساسية لدى المريض، ويقدّم معلومات عن العلاقة العلاجية، ليكوِّن الهدف الصريح المتمثل في تقديم قصة تكاملية عن أصل مشكلات المريض والحل المحتمل لها. (Arntz & Van Genderen,2009, 24-25)

2- **المحاضرة والمناقشة الجماعية Group Lecture and Discussion:** يعد أسلوب إلقاء المحاضرات وما يتبعه من حوارات ومناقشة أسلوباً تعليمياً في برامج الإرشاد والتدريب النفسي الجماعي، إذ يتعلم المشاركون مزيداً من المعارف والأفكار المتصّلة بحياتهم وسلوكهم ، وما يتصل بها من علاقات ومواقف، وكل ذلك في إطار المشكلة التي يعانونها مع بيان مراحل مواجهة المواقف وإدراك الذات، وهي ضرورية في مرحلة التثقيف النفسي لبناء الأساس المعرفي للأفراد، ولاحقاً من خلال الفنيات التي تعتمد على **الحوار**، ففي جلسات العلاج بالمخطط، تتكامل ثلاث فنيات تفاعلية أساسية – المحاضرة والمناقشة والحوار – لتسهيل فهم الأفراد والتغيير العاطفي والسلوكي، إذ يقوم المعالج في **المحاضرة** بتقديم عروض منظمة وتعليمية لمفاهيم المخطط الأساسية، مثل المخططات غير التكيفية المبكرة، والأوضاع ، وإستراتيجيات التعامل لإنشاء إطار عمل مشترك وإعداد الأفرد للعلاج. بعد ذلك، تتيح **المناقشة الجماعية** التفاعلية تبادلاً تعاونياً بين المعالج وأعضاء المجموعة حيث يربط الأفراد هذه المفاهيم بتجاربهم الشخصية، ويطرحون الأسئلة، ويعمقون فهمهم، ما يعزز المشاركة وتماسك المجموعة. (Fassbinder et al, 2016, 1373)

2- **إعادة الإسناد/العزو المعرفي Cognitive Reframing / Reattribution:** تتضمن توفير إطار معرفي (أو تفسير) مختلف عن الإطار الذي تم إنشاؤه تلقائياً من قبل المريض لحدث أو مشكلة أو موقف ما، إذ يمكن للمريض الذي يعاني انتكاسة ويحكم تلقائياً على نفسه بأنه "غير كفء أوفاشل" أن يكتسب من إعادة صياغة الموقف طريقة يتحدى بها التشوهات المعرفية الناجمة عن المخططات (مثل: أنا غير محبوب) من خلال تحليل الأدلة والتجارب السلوكية وإعادة الصياغة أو العزو، وهي طريقة مشتقّة من العلاج المعرفي السلوكي تسمّى إعادة الصياغة النموذجية (typical reframe) تعني إعادة توزيع الانتكاسة أو الفشل من ذات الشخص نفسه إلى أفعاله أو مهاراته، على سبيل المثال "أنت لم تبلِ بلاءً حسنًا هذه المرة، لكن هذا لا يعني أنك فاشل، أنت فقط لم تتقن هذه المهارة بعينها"، أمّا في العلاج بالمخطط فتسمّى إعادة الإسناد أو العزو (reattribution) للمساعدة على إنشاء عرض وتحليل أكثر صحة للمخططات وأصولها، على سبيل المثال، قد يساعد المعالج المريض على إعادة توزيع مشكلة حياته الحالية على مخطط معيّن مثل مخطط العار(Shame) ، أو استجابة التعامل غير الملائمة مثل الاستسلام (Surrender) أو الوضع النشط مثل الوالد الناقد (Critical Parent)، وبدلاً من رؤيتها على أنها متأصلة في ذات المريض نفسه يتم إسنادها وعزوها إلى المخططات والأوضاع والاستجابات اللا تكيفية المفعّلة التي يجب الوعي بها والعمل على تغييرها لتكون أكثر تكيفّاً. (Rafaeli, Bernstein, & Young,2010, P107-109)

3- **حوار الكرسيين Chair Dialogue:** هي إحدى الفنيات المرتكزة على المشاعر، التي يُجسّد فيها المتعالجون الصراعات بين الأوضاع أو المخططات، وتمثِّل الكراسي جوانب متعددة للمتعالج، إذ تتم مساعدته على التعامل مع الغضب أو المشاعر الأخرى من خلال إسناد كل كرسي إلى وضع مخطط مختلف (مثل الوالد العقابي أو الناقد مقابل الطفل الضعيف) باستخدام كراسٍ منفصلة، ويعكس هذا الصراع حالة اللا توافق التي يعيشها المتعالج، ويُبرز هذا الصراعات الداخلية، ويُعزز الفرصة للتعبير الانفعالي. وضمن سياق العلاقة العلاجية يتم تعزيز صوت البالغ السليم من خلال لعب الأدوار الذي قد يشغله المعالج في بداية العلاج لعرض الأدلة التي تؤيّد الحوار بين جانبي المخطط الصحي واللا تكيّفي أو ترفضه. (Rafaeli, Bernstein, & Young,2010, P107-109) ، والهدف

من حوارات الكرسي مساعدة المراهق على استكشاف الأفكار والمشاعر والسلوكيات المتضاربة، واكتساب نظرة عميقة وواضحة وموضوعية، بالإضافة إلى تطوير إحساس أكثر تكاملاً وتوازنًا بالذات وصراعاتها الداخلية.

4- **الكرسي الفارغ Empty Chair:** فنية تجريبية فعّالة مُشتقة من الجشطالت، يُجري فيها المرضى محادثة مع كرسي فارغ يُمثل شخصاً أو وضعاً (مثل مواجهة أحد الوالدين المُعاقبين أو الناقد)، تُعرف غالباً باسم "عمل الكرسي"، تتضمن استخدام كرسيين لتسهيل الحوار بين المتعالج وشخص آخر مُتخيّل، مثل أحد الوالدين أو شخصية مهمة من ماضيه، وربما الشخص المسيء له، لمساعدة المتعالج على الوصول إلى المشاعر العميقة المرتبطة بمخططاته والوعي بها وتسهيل مواجهة وتعديل المخططات اللا التكيفية من خلال التعبير عن احتياجاتهم العاطفية غير المُلبّاة وتأكيد ذواتهم في بيئة آمنة ضمن سياق العلاقة العلاجية، ومن الممكن المساعدة على دمج مجموعة من أوضاع مخططات مختلفة (مثل: الطفل الضعيف، الحامي المنفصل، البالغ الصحي، الوالد العقابي) من خلال تعزيز التواصل والتفاهم بين هذه الأوضاع، إذ يجلس المتعالج على كرسيّ واحد، مُمثّلاً جزءاً من نفسه (مثل الطفل المُعرّض للخطر أو الخائف)، بينما يُترك الكرسيّ الآخر فارغاً ليُمثّل جزءاً آخر (مثل الحامي المُنفصل) أو شخصاً آخر مُتخيّلاً(الوالد العقابي)، و يُشارك المتعالج في حوار بين الكرسيّين، مُتبادلاً الأدوار للتعبير عن وجهات نظر ومشاعر مُختلفة إذ يعمل المتعالج على دمج أوضاعه وتطوير ذات أكثر تعاطفاً وحزماً (الشخص البالغ السليم) (Young, Klosko & Weishaar,2006,100-101) (Arntz & Jacob ,22017, P93)

5- **التخيل الموجه Guided Imagery :** يُستخدم للوصول الآمن والواعي إلى الذكريات أو المشاعر المرتبطة بالمخططات النشطة في مرحلة متقدّمة من العلاج، إذ يتخيل المتعالجون تجاربهم السابقة؛ بينما يوجههم المعالج لإعادة صياغة التفاصيل المؤلمة على نحو جديد وإيجابي أو استحضار استجابات داعمة في مواجهة هذه الصور المتخيّلة (مثل تخيل مقدم رعاية يوفر الأمان). (Toussaint et, 2021) (Young et al,2006, P110-111) على سبيل المثال، يُطلَب إلى المتعالج رسم صورة لنفسه، وفي الوقت نفسه كتابة كلمات تمثل الأفكار التي تدفعه إلى القيام بسلوكيات غير تكيفية (على سبيل المثال: إيذاء الذات)، ثمَّ يتشارك المعالج مع المتعالج في تحليل هذه الصورة والكلمات المكتوبة عليها لفهم المعتقدات السلبية والمشاعر المرتبطة بها التي تدفع الشخص للقيام بسلوكيات

إيذاء الذات، "لا أحد يتمنى صداقتي" أو "أشعر بأني غير مرغوب بي"، بعد ذلك، يتم إعطاء المتعالج توجيهات تهدف إلى تغيير هذه المعتقدات السلبية وتحويلها إلى أفكار إيجابية؛ باستخدام أدلّة التفكير المعاكس، "أو الرجوع إلى قائمة الأشخاص الذين قدّموا لك المساعدة والمحبة في فترات سابقة من حياتك، وتستطيع إيجاد محبّة غير مشروطة لك من أشخاص دافئين حولك"، وفي النهاية، يتم إعادة تقديم المشهد التخيلي على نحو سردي معدَّل بناءً على التحول الذي حدث في المعتقدات والأفكار لدى المتعالج لتكون أكثر إيجابية، ويستمر تكرار هذه العملية حتى يتم تغيير السلوكيات الضارة وتقليل سلوكيات إيذاء الذات عند المتعالج.

6- **المواجهة التعاطفية Empathic Confrontation** : من خلال هذه الفنية، توّفر العلاقة العلاجية مساحة آمنة لإحداث مواجهة هادئة بين المشاعر والسلوكيات المرتبطة بالمخططات اللا تكيفية النشطة، والأبدال التكيفية المتاحة، ويواجه المتعالج استراتيجيات التعامل مع الآخرين (التجنّب، الاستسلام، التعويض المفرط) بشكل تعاطفي كجزء من العلاقة العلاجية، ويحاول المعالج الموازنة بين إثبات صحة المشاعر التي يحرّكها المخطط والتحديّات اللطيفة للسلوكيات غير التكيفية، على سبيل المثال: "أتفهم خوفك من الهجر، لكن عزل نفسك يبعدك عن الآخرين". (Farrell, & Shaw, 2017, P278-279)، ويكون لدى المعالج مهمة دقيقة تتضمن قيامه بتوفير استجابة داعمة ودافئة ومتفهمة للصعوبات النفسية لدى المتعالج، بينما يقوم في الوقت نفسه بتحدي مخططات المتعالج النشطة أو سلوكياته اللا تكيّفية ومواجهته بقصور فعاليتها، ويساعده ليصبح أكثر وعياً بأنماط تفكيره وسلوكه وتشجيعه على إجراء تغييرات من أجل التحرر من مخططاته السلبية، ويتم استخدام هذه الفنية في مراحل متقدِّمة من البرنامج العلاجي حيث يكون المعالج كوّن فكرة واضحة عن الأسباب العميقة لسلوكياته والتجارب العاطفية التي تسببت في تشكيل سلوكيات إيذاء الذات، هنا يتم تعزيز التواصل بفعالية والتقبل غير المشروط الخالي من الحكم المسبق من قبل المعالج للمتعالج من خلال تحفيزه إلى التحدث عن مشاعره وتجاربه بشكل صريح وصادق وحر، وعند حديث المراهق عن مشاعره السلبية تبدأ مرحلة تحفيز التغيير الإيجابي يتم دعم المتعالج ومواجهته لتغيير السلوكيات الضارة وتعزيز سلوكيات إيجابية تعزز صحته النفسية.

7- **التعويض (إعادة التربية، الإصلاح) المحدودLimited Reparenting:** يبرز في هذه الفنية دور المعالج في تقديم الدعم للمتعالج من خلال تعويضه على نحو جزئي بالاحتياجات غير الملبَّاة في مرحلة الطفولة ضمن الحدود المهنية للتدّخل العلاجي، وخاصة الحاجة للأمن والرعاية والتعلّق الآمن، إذ يُقدّم المعالج تناغماً عاطفياً وتجارب تصحيحية (مثل وضع الحدود، وتقديم الدفء)، ويوَّفر رعاية أبوية تعويضية داعمة محدودة ضمن سياق الجلسات العلاجية التفاعلية. (Jacob & Arntz, 2017, P17): وتتطلب هذه الفنية وضع حدود آمنة ليساعد المتعالج على تحديد مفاهيمه السلبية حول ذاته والآخرين، وتوجيهه نحو إعادة بناء هذه المفاهيم بشكل إيجابي، وتطوير مهارات التحكم في المشاعر والتواصل الفعال، على سبيل المثال: يقول المتعالج "ألجأ إلى إيذاء ذاتي لأنّه لا أحد يعبأ بذلك" "لست على مقدار الكفاءة ليحبني الأشخاص من حولي" هنا يقوم المعالج بتوجيه المتعالج لممارسة تمرين التنفس العميق ليستطيع السيطرة على جسده، ثمَّ محاولة استحضار الذكريات الآمنة المرتبطة بالأشخاص الذين قدّموا له المحبة والرّعاية في لحظات ضعفه، "يمكن استحضار لحظات التميز والنجاح التي حققتها بمجال دراستك او علاقاتك مع الآخرين" ليلقي الضوء على أهمية ذاته وتقديره لها، كما يمكن للمعالج أن يوّجه له شعور الوالد المحب الحنون الذي ينير بصيرته حول كل الأشياء الجميلة التي قد يتجاهلها بسبب المخطط النشط له.

8- **إعادة صياغة التصوّرات Imagery Rescripting:** يُعيد المتعالج تخيُّل سيناريوهات الطفولة الصادمة عبر تصوّرات معينّة، إذ "يُدخل" المعالج الصورة الإيجابية لحماية الطفل من خلال تقديم تفسير إيجابي أو نمذجة استجابات تكيّفية صحية، مما يُضعف الشحنة العاطفية التي سببّها نشاط المخطط المرتبط بهذه الذكريات. (Arntz, & Van Genderen, 2020, P50-51)، كأن يُطلب إلى المتعالج أن يتذكّر حدثاً ماضياً مؤلماً يتعلق بمخطط معين مثل تخلّي أحد والديه عنه، وفي الخطوة التالية يتم توجيهه إلى تخيّل الحدث على نحوٍ معدّل لتحقيق نتيجة أكثر إيجابية مثل "لم تستطع أمك أن تلبي احتياجاتك لتنمو بطريقة صحيحة، فطلبت أن تكون في بيئة تستطيع أن تؤمن لك كل احتياجاتك"، ومن ثمَّ يتم تشجيعه على التعبير عن انفعالاته بحريّة، واحتضان الشعور بالقدرة على الحل مثل "دائماً هناك أشخاص قادرون على منحك الحب غير المشروط ومنهم مقدّمو الرعاية الذين

تعيش معهم الآن"، وفي هذه الحالة يتم تحفيز المتعالج ليتخيّل شخصاً بالغاً مهتماً يأتي لإنقاذه أو تقديم الاحتواء له، ويوفر له الراحة، ويؤكد له حبه ودعمه.

9- الحوار السقراطي Socratic dialogue: أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي، يطبّق من خلال نقاش تعاوني مفتوح بين المعالج والأفراد، يهدف إلى استكشاف دقة أو صحّة أفكار الشخص ومدى فائدتها وتقييمها، بدلًا من فرض نتائج أو أحكام أو حلول محددة مسبقاً، ويوّجه المعالج بالمخطط المتعالج عبر عملية منظمة، ذات خطوات فضولية ضمن نطاق بناء الصورة المعرفية الكاملة من خلال طرح أسئلة مدروسة واضحة تُساعد المتعالج على دراسة معتقداته أو مراجعتها على نحو ناقد، واستكشاف جذور هذه الأفكار، والنظر في وجهات نظر بديلة، وفهم آثار تفكيره، تُعزز المشاركة الفعّالة المتعالجين وخاصة ضمن نطاق العلاج الجماعي، وتدعم التغيير وإعادة البناء المعرفي، وتُشجع على تطوير أنماط تفكير أكثر تكيفاً دون إصدار أحكام أو اقتراحات مباشرة من المعالج، ويتم تنفيذها على نحو مشترك ضمن تقنيات أخرى كإعادة الإسناد/العزو المعرفي وحوار الكرسيين.

10ـ البطاقات التعليمية Flash Cards : يحمل المتعالجون بطاقات تحمل تأكيدات مهمّة بالنسبة لنموّهم وتطوّرهم على نحو إيجابي (مثل: احتياجاتي مهمة، مشاعري ذات أهمية، أقدّر إنجازاتي مهما كانت بسيطة) أو عبارات تخفف تنشيط المخططات السلبية لتعزيز الاستجابات التكيفية مثل استجابات الطفل السعيد أو البالغين الأصحاء بدلاً من استجابات الوالد الناقد أو العقابي أو الطفل الغاضب. (Jacob & Arntz, 2017, P168) ، وبالتشارك مع كل متعالج يتم إنشاء بطاقات تعليمية أو أوراق عمل تحتوي على عبارات تأكيدية تتحدى المعتقدات السلبية المرتبطة بمخططاته النشطة مثل "أستطيع التحكم بنفسي والتعامل معها بدفء ورحمة بدلاً من إيذائها فأنا أستحق أن اكون بخير دائماً"، ثمَّ يتم تشجيعه على استخدام هذه الموارد الذاتية الإيجابية بانتظام لمواجهة الحديث السلبي عن الذات أو معها وتعزيز الأفكار الأكثر إيجابية وتكيفاً " في كل مرة أضعف وأتعب بها هناك أشياء تذكرني أنني أستحق أن أكون بخير"، فإذا كان لدى المتعالج مخطط الخزي/العار يمكن أن يحصل على بطاقات تعليمية تحتوي على عبارات مثل "أنا أستحق الحب والقبول" أو "قيمتي وميزاتي تتجاوز عيوبي وضعفي".

11ـ رسائل للأشخاص المهمين Letter Writing: يكتب المتعالجون رسائل (غالباً لا تُرسل)، ولكنّها تزيد من وعيهم وقدرتهم على التعبير عن احتياجاتهم غير المُلبَّاة، أو لمواجهة الأشخاص الآخرين المؤثرين في نموّهم، وهذا يُعزز من تحرير مشاعرهم ووضع الحدود لتعزيز التواصل مع الأشخاص المهمين في الوقت الحاضر وتحسين العلاقات الاجتماعية، وتعزيز البيئة الآمنة التي يحتاجها المراهق لينمو بسلام، والتحرر من ذكرياته المؤلمة مع أشخاص من طفولته (Arntz & Van Genderen, 2020, p91-92) ، وتبدأ الفنية باختيار الشخص المهم الذي يرغب في التواصل معه من خلال الرسالة (صديق، مقدّم رعاية، المعالج.. إلخ)، ثم يقوم المتعالج بكتابة محتوى رسالة يعبر فيها عن مشاعره وأفكاره بشكل صريح وموجه للشخص المختار (مفردات الامتنان الإيجابية)، وتكون هنا الفرصة سانحة للتعبير عن الاحتياجات التي يحتاجها من الشخص المهم كطلب الدّعم والتفهم والمساندة، ويمكن للمتعالج استخدام الرسالة للتأثير في نماذج التفكير السلبية التي قد تكون تسببت في سلوكيات إيذاء الذات (لأنك كنت معي في اللحظات الصعبة أتمنى أن تنصحني ماذا عليّ أن أفعل إذا شعرت بالوحدة)، تنتهي الرسالة بتحديد الخطوات المستقبلية التي يمكن اتخاذها لتحسين العلاقة وإيجاد حلول للمشكلات (بدعمك أكون أقوى).

12ـ لعب الدور Role Play: يستعير العلاج بالمخطط فنية لعب الأدوار من مدرسة الجشتالت، هي طريقة مرنة يطلب فيها المعالج من المتعالج أن يؤدي أدواراً مختلفة وفق سيناريوهات معدّة مسبقاً لتحقيق أهداف علاجية، مثل الجوانب المختلفة لنفسه أو والديه أو غيره من الشخصيات المهمة في حياته، سواء من الماضي أو الحاضر، ويطلب المعالج من المريض التبديل بين الأدوار، بحيث يجري المريض حوارات بينهما، وهو من الأساليب السلوكية التي تستخدم عادة في العلاج بالمخطط لمساعدة الأفراد على ممارسة سلوكيات جديدة صحيّة وأكثر تكيّفاً، ومواجهة مخططاتهم اللا تكيفية النشطة وتحديّها وفق سيناريوهات متفّق عليها بين المعالج والمتعالج لتعزيز إستراتيجيات التعامل الإيجابية واكتساب مهارات جديدة في موقف آمن منضبط يستطيع فيه التحدث بحرية ورصد مشاعره وسلوكياته، واستراتيجيات تعامل تكيفية مع الذات والآخرين، وتحسين التنظيم الانفعالي وإدارة المشاعر وضبط الحدود. (Arntz & Van Genderen, 2020, p110-11) (Dobson, 2010m P385)

13ـ يوميات المخطط schema diary : وهي مفكّرة منظّمة لتتبع مثيرات المخطط، والمشاعر المرتبطة به، واستراتيجيات التعامل، ما يعزز الوعي بالمخططات النشطة والاستجابات السلوكية الناتجة عنها، ورصد التقدم المحقق، إذ يتم تشجيع المتعالج على الاحتفاظ بمذكّرة أو دفتر يسجل فيها المواقف التي تثير مخططاته والمشاعر المرتبطة بها، وخاصة المشاعر التي تجعله ضعيفاً وحزيناً، والأفكار الإيجابية المقابلة لها، على سبيل المثال "أنا حزين لأنني عشت محروماً من كل الدعم الذي أريد" يقابلها "هناك أطفال لم يحظوا بالاهتمام الذي حظيت به وجعلني أقوى الآن"، ويتجلّى دور المعالج في مساعدة كل متعالج تدريجياً على تحديد المخططات أو الأوضاع الأساسية التي تنشط أثناء المواقف الصعبة، وما العبارات أو الوسائل التي سيواجهها بها "بدلاً من جلد الذات، أسمع أغنية أحبها"، ويرشده لتحدي أفكاره وإعادة صياغتها تباعاً ضمن جميع جلسات البرنامج باستخدام منظور أكثر توازناً وتكيفاً وخاصة عبر مكافأة الذات وتنفيذ أنشطة التهدئة الذاتية التي تفرغ المشاعر الصعبة كالمشي والرياضة أو الاشتراك بنادي لتنمية مهارات معينة"، على سبيل المثال: في مذكرات المخطط الخاصة به، قد يلاحظ المتعالج حدثاً مثيراً حيث شعر بالرفض وعدم الجدارة، ما أدّى إلى مشاعر الحزن واستثارة مجموعة من الأفكار السلبية مثل "أنا غير محبوب"، ومن خلال يوميات المخطط، يمكنه تعلم تحدي هذا الاعتقاد من خلال النظر في تفسيرات بديلة أكثر إيجابية وتكيّفاً، وأدلة على جدارتها مثل "لو أني لا أستحق الحب لم أكن الآن بين الناس الذين يحتوونني ويؤمنون بأني شريك مثالي لهم في الحياة". (Young et al ,2006,107-108)

14ـ سجل البيانات الإيجابية Positive Data Log : فنية معرفية سلوكية طورها بادسكي (1994) على عكس سجل اليوميات التي تميل إلى إكمالها كرد فعل للأحداث المزعجة، الناتجة عن نشاط المخططات اللا تكيّفية المبكرة، وفي هذه السجلات يُطلب إلى المرضى مراقبة حياتهم اليومية بنشاط وفعالية بحثاً عن الأحداث والأدلة التي تتوافق مع المخططات البديلة الصحية والتكيفية، عبر جمع الأدلة التي تُناقض المعتقدات السلبية الراسخة (مثل: القصور، الفشل) من خلال توثيق التجارب الإيجابية، وتعزيز وضع البالغين الأصحاء والطفل السعيد، من خلال تشجيع المتعالجين على إدراك لحظات الكفاءة واستيعابها، وتقدير الذات، والعمل على التحكّم بالتحيز السلبي الناتج عن المخططات من خلال توجيه الانتباه إلى التجارب العاطفية والشخصية الإيجابية وتعزيز الوعي بها

لتعزيز صحة التصوَّرات الإيجابية، وعادة ما تكون هذه مهمة صعبة للغاية في البداية ولكن إذا تم القيام بها ببطء وبكثير من التشجيع، يمكن أن تكون ذات أثر قوي للغاية، وللقيام بذلك، يجب على المعالج تقديم السجل أولاً في الجلسة وليس واجباً منزلياً، ويجب تقديم الأساس المنطقي للسجل بوضوح ومراجعته دورياً، ومناقشة الصعوبات المتوّقعة مع المريض أثناء إكمال السجل.(Rafaeli, Bernstein, & Young,2010, P107)

15ـ الاسترخاء العضلي التدريجي (Progressive Muscle Relaxation - PMR) :تُعرَّف بأنها طريقة استرخاء تفاعلية فعّالة، طوّرها إدموند جاكوبسون في عشرينيات القرن الماضي، إذ يقوم المشاركون بشد مجموعات عضلية محددة تدريجياً ثم إرخائها بشكل متتابع حتى تحقيق استرخاء كامل للجسم، من خلال تقلصّات واعية للعضلات لخلق حالة التشنّج، يليه إرخاء متعمد لإحداث حالة ارتياح عميقة، وتستخدم في العمليات العصبية "التنازلية" (حيث تتحكم مراكز الدماغ العليا في شد العضلات) والتغذية الراجعة الحسية "التصاعدية" (حيث تصعد إشارات استرخاء العضلات إلى الدماغ)، مما يُسهّل تخفيف التوتر النفسي والفسيولوجي بسرعة، ويُقلل من أعراض التوتر والقلق من خلال تعزيز الوعي الجسدي بتوتر العضلات واسترخائها.(Toussaint et, 2021, P2)

16ـ التنفس العميق: Deep Breathing تُوصف بأنها ممارسة تنفس إرادية ومنظمة وبطيئة تُعزز نشاط الجهاز العصبي اللا إردي لموازنة النشاط الإرادي المتزايد الذي يُميز أوقات التوتر والقلق، من خلال تعديل أنماط التنفس التي تؤثر على توازن الجهاز العصبي اللاإرادي، من خلال التحكم في المكونات الرئيسية لفعالية التدخل، مثل معدل التنفس، ونسبة الشهيق إلى الزفير، ومدة الجلسة، والتحكم الإرادي في التنفس. (Bentley et al, 2023,1618) ، كما يُعرَف باسم التنفس الحجابي، وهو تقنية تقوم على فكرة أنَّ تكامل العقل والجسم يُنتج الاسترخاء، تتطلب هذه التقنية شد الحجاب الحاجز، مع الشهيق والزفير ببطء، إذ يزيد مستويات الأكسجين في الدم، ويُدلك الأعضاء الداخلية الموجودة في البطن أو بالقرب منها، وربما يُحفز العصب المبهم ويقلّل التوتر والقلق والتأثير السلبي ومستويات الكورتيزول.، ويزيد من الانتباه المُستدام. (Toussaint et, 2021, P2)

تقييم البرنامج وجلساته:

يشتمل البرنامج العلاجي الحالي على (19) جلسة علاجية لخفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين الأيتام فاقدي الرعاية الأسرية في دور الرعاية البديلة، وينحصر زمن كل جلسة بين (45–60) دقيقة للجلسات الفردية وبالتحديد الجلسة رقم (4) لصياغة التصور المفاهيمي الشامل للحالة المطبّقة فردياً مع كل مشارك على حدة، و(75–90) دقيقة في حالات الجلسات الجماعية، وتبدأ الجلسات الأولى بالتركيز على أهداف البرنامج والتثقيف النفسي حول المخططات اللا تكيفية المبكرة وإيذاء الذات وذكريات الطفولة وتأثيرها في النمو اللاحق، وفي بداية كل جلسة يحدّد الهدف والنتائج المراد تحقيقها فيها، وخلال الجلسات اللاحقة يتم تحديد السلوكيات الإشكالية وردود الفعل اللا تكيفية ومحاولة ربطها بالأفكار الممتدة ضمن مرحلة الطفولة، ويتم تنفيذ العديد من الجلسات الفردية بصياغة تصور الحالة لكل مشارك، وأكثر المخططات اللا تكيفية النشطة، ثمَّ يتم شرح آلية المشاركة ضمن الفنيات بعد شرحها وتحديد الهدف منها، والتدريب على التدخلات العلاجية وخاصة مايتعلق برصد السلوكيات وتحديد المشاعر وصولاً للأفكار السلبية المرتبطة بالمخططات، ثمَّ يتم العمل على تغييرها عبر التوجيه والتدريب والحوار والمناقشة، وتبرز أهمية التدخلات المعرفية والعاطفية مثل حوار الكرسيين (المخطط)، وإعادة الإسناد أو العزو المعرفي، والتخيل الموجه كفنيات فعالة في مواجهة الأفكار المتجذّرة لدى المشاركين بطريقة تعاطفية وضمن سياق علاقة علاجية آمنة تتميز بالتعويض المحدود والمواجهة التعاطفية، مع رصد التغيرات في المشاعر المرتبطة بالرؤية الجديدة للأحداث التي يتم العمل عليها في سياق الجلسات وصولاً لحالة استقرار من التنظيم الانفعالي، وخلال الجلسات يتم تقديم التعزيز الإيجابي للمشاركين في حال ظهور أي تغيير أو إدراك أي تحول في تفسير الأحداث، واقتراح الأبدال الصحية التكيفية المناسبة، وأخيراً يُطلب إلى المشاركين تقييم الجلسة وكتابة المهارات المكتسبة، وتحديد الواجب المنزلي المطلوب القيام به، ومناقشة التغذية الراجعة وتقديمها مع بداية الجلسة التالية، التي يظهر فيها الحوار والمناقشة جليّاً.

جلسات البرنامج القائم على العلاج بالمخطط

بدأ تطبيق جلسات برنامج العلاج بالمخطط تجربةً علاجية مصممة عبر النهج التكاملي للعلاج المخطط وتستهدف تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات لدى أفراد العينة التجريبية، في البداية، في الجلسة الأولى والثانية تحدّدت قواعد الجلسات العلاجية بطريقة تشاركية، وتمثلت بأساسيات التواصل الفعال والإصغاء والمشاركة والتفاعل، وتمّ إجراء تقييم للمخططات اللا تكيفية النشطة، مع مراجعة شاملة لتاريخ حياة المشاركين وخاصة تجارب الطفولة المبكرة ما ساعد على تحديد الأصول العميقة لمخططاتهم، وخلال الجلسات اللاحقة تم تقديم التثقيف النفسي لفهم التأثيرات العاطفية والسلوكية المتعلقة بهذه المخططات، وخاصة ما يتعلق منها بردود الفعل السلوكية المتطرفة كإيذاء الذات وبالتحديد ضمن مرحلة المراهقة وتغيّراتها، وفي الجلسة رقم (4) تمَّ صياغة التصور المفاهيمي لكل مشارك على حدة.

وخلال الجلسات اللاحقة (5-6-7-8-9) تعلَّم المشاركون كيفية تحدي الأفكار السلبية المرتبطة بمخططاتهم، واستكشاف معتقداتهم الخاطئة أو التشوهات المعرفية المرتبطة بطريقة معالجتهم لأحداث حياتهم الحالية والوعي بها، واستراتيجيات التعامل مع أحداث حياتهم المزعجة (الاستسلام، التجنب، التعويض المفرط) من خلال تطبيق الفنيات المعرفية كإعادة الإسنادو/العزو المعرفي وحوار الكرسيين ولعب الدور، وبدورها طُبِّقَت الفنيات العاطفية التي شملت والتخيل الموجه والمواجهة التعاطفية وإعادة وصف الصور، لتعزيز الوعي بمشاعرهم ومحاولة تغييرها لتنعكس على تنظيمهم الانفعالي بطريقة إيجابية، وتّم هذا الأمر في الجلسات (10-11-12-13)، وخلال هذه الجلسات تمَّ الاعتماد على الفنيات السلوكية والتدريب على الأبدال التكيفية لكسر النمط السلوكي المرتبط بالمخططات، ولمواجهة المعتقدات والمخاوف بطريقة آمنة، وهنا تَّم تطبيق فنيات التعويض المحدود والتنفس العميق وإعادة صياغة الصور، ما ساهم في تغيير السلوكيات المرتبطة مباشرة بالمعتقدات والمعزّزة من خلال الضبط الانفعالي لديهم، وطُبِّقَت هذه الفنيات بالتوازي مع الدعم المستمر للمشاركين وتعزيز التغيّرات الإيجابية التي يحقّقونها، بما في ذلك التكليف بواجبات منزلية لتعزيز المهارات المكتسبة مثل يوميات المخطط وسجل البيانات الإيجابية ومناقشة استراتيجيات الوقاية لمنع الانتكاسات بتعزيز دور العلاقة العلاجية لأنّها تُعيد صياغة مفهوم

"التعويض المحدود"، وكان الهدف تقديم تجربة عاطفية تصحيحية تلبي الاحتياجات غير الملباة في مرحلة الطفولة، وعُدَّ التحالف العلاجي بين الباحث وأفراد العينة عنصراً حيوياً لتيسير عملية التأهيل والتغيير، كما وَفر الأسلوب الجماعي المتبَّع في البرنامج فرصة هامة لدعم الأقران وتبادل الخبرات الإيجابية بطريقة فعالة تم توجيهها تحت إدارة الباحث، وهذا الأمر ساعد على تحقيق أهداف الجلسات (14-15-16) لمنع الانتكاسة والحفاظ على شبكة الدعم التي تم تعزيزها خلال جلسات البرنامج، وظهرت أهمية سجل يوميات المخطط، وكتابة الرسائل الإيجابية للأشخاص المهمين في حياتهم خلال هذه الجلسات المتقدّمة من البرنامج، وأنَّ مشاركة مقدّمي الرعاية للمشاركين خلال الجلستين (15-16) أسهم في تكوين وعي جيد للتغيرات التي تم العمل عليها مع المشاركين على المستوى المعرفي والانفعالي والسلوكي، وفي الدعم المستمر الذي يحتاجه المشاركون بعد انتهاء البرنامج لأنهم جزءً لا يتجزأ من الشبكة الاجتماعية التي تقدّم الرعاية والتوجيه والدعم للمشاركين خلال حياتهم اليومية.

أدوات البرنامج:

لتحقيق الأهداف العلاجية للبرنامج القائم على العلاج بالمخطط، تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات التي تسهّل تطبيق الجلسات العلاجية، ومن أهم هذه الأدوات ما يأتي:

1- استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.

2- قائمة إيذاء الذات.

3- قوائم التدريب (تحديد السلوكيات، الوعي بالمشاعر، سيناريوهات إستراتيجيات التعامل والمواجهة).

4- الشروح التوضيحية والعروض التقديمية والفيديو.

5- السبورة والأقلام.

6- تقارير ذاتية عن التغير الحاصل لدى أفراد العينة نتيجة التغير المحرز في القياس البعدي والتتبعي مقارنة بالقياس القبلي.

7- بطاقات الواجب اليومي.

8- استمارات التقييم والمتابعة.

الملامح الرئيسية للبرنامج:

يشتمل البرنامج على (19) جلسة علاجية لخفض سلوكيات إيذاء الذات، وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية، وينحصر زمن الجلسة الواحدة بين (60-90) دقيقة بحسب طبيعة الجلسة، ويتم تطبيق البرنامج على أربع مراحل أساسية وهي:

1- **بداية البرنامج:** يتم فيه تحقيق قدر من الألفة والود بين المعالج وكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية، لتأسيس سياق آمن للعلاقة العلاجية ضمن جلسات البرنامج، ويتم العمل على التثقيف النفسي ورفع الوعي لدى المشاركين بمرحلة المراهقة والمخططات اللا تكيفية المبكرة، وإستراتيجيات التعامل أو المواجهة وارتباطها بخبراتهم في مرحلة الطفولة، فضلاً عن زيادة استبصارهم بسلوكيات إيذاء الذات التي يتم اتباعها ردود فعل لا واعية عن المخططات النشطة لديهم، كما يتم العمل على تعرف العديد من الفنيات العلاجية في العلاج بالمخطط والهدف منها التي تساعدهم على تحسين المخططات اللا تكيفية وتقليل تنشيطها وخفض سلوكيات إيذاء الذات لديهم.

2- **مرحلة التطبيق:** يتم خلالها تدريب أفراد المجموعة التجريبية على بعض فنيات العلاج بالمخطط المعرفية والانفعالية والسلوكية، وتوطيد العلاقة العلاجية وتعزيز التعبير الحر والتنفيس الإنفعالي، وتدريبهم على الوعي بأفكارهم وردود أفعالهم والمشاعر المرتبطة بذلك التي تساعدهم على إعادة الهيكلة المعرفية وتحسين التنظيم الانفعالي واستبدال إستراتيجيات التعامل المرتبطة بنشاط المخططات اللا تكيفية المبكرة وانعكاس ذلك على سلوكياتهم تجاه ذاتهم واستبدال بسلوكيات إيذاء الذات سلوكيات تكيفية صحية وأكثر رحمة ولطفاً بذواتهم.

3- **مرحلة التقييم:** يتم فيها معرفة الآثار التي حققها البرنامج ومدى فاعليته في خفض سلوكيات إيذاء الذات، وتحسين المخططات اللا تكيّفية المبكرة لدى المشاركين في البرنامج، وما اكتسبوه من مهارات تكيفية، ويتم ذلك بعد تطبيق القياس البعدي عليهم.

4- **مرحلة المتابعة:** يتم من خلالها التأكد من مدى استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي في خفض سلوكيات إيذاء الذات على نحو فعلي وواقعي، وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة من خلال القياس التتبعي، ومقارنته بالقياس البعدي، بعد شهر من القياس التتبعي الأول، وبعد ثلاثة أشهر من خلال القياس التتبعي الثاني.

تحكيم البرنامج:

بعد الانتهاء من بناء البرنامج القائم على العلاج بالمخطط عُرِضَ على الأستاذ المشرف واختصاصيين في الإرشاد النفسي من جامعة دمشق والزقازيق والبصرة، مشتملاً على إجراءات التطبيق والطرائق والأساليب والفنيات، والجلسات العلاجية، لأخذ آرائهم ومقترحاتهم في البرنامج، وقدّم المحكّمون ملاحظاتهم وتعليقاتهم ومقترحاتهم، وتم أخذ هذه الملاحظات بالحسبان، وأجريت التعديلات المطلوبة، وتمَّ إخراج البرنامج بصورته النهائية في الملحق (5).

التجربة الاستطلاعية للبرنامج:

طُبِّقَ البرنامج على (5) مراهقين من فاقدي الرعاية الأسرية لديهم درجات مرتفعة على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة أعمارهم بين (14–18) سنة، طُبِّقَت عليهم جلسات البرنامج بطريقة جماعية، للتأكد من مناسبته للعينة المستهدفة، ولتلافي المشكلات التي يمكن أن تطرأ في عملية تطبيق البرنامج على أفراد العينة التجريبية، وضمان سير خطوات البرنامج بسلاسة، والتمكّن من فنيات البرنامج وإجراءاته، فقد تَّم اختيارَ الفنيات وتطبيقها واختبار فاعليتها على المستوى الانفعالي المرتكز على المشاعر والمعرفي والسلوكي، لذا تم تطبيق فنية كرسيي الحوار (الحوار المخطط) إحدى الفنيات التجريبية، وفنية التخيل الموّجه وإعادة وصف التصورات لاختبار فاعلية المواجهة التعاطفية بين المشاركين وخبراتهم الصعبة المبكرة والاستبصار بها، إضافة إلى لعب الدّور، واستمرَّ تطبيق هذا الإجراء قبل شهر واحد من عملية تطبيق البرنامج الأساسية في الدراسة الحالية، وقد تبيّن إفادة هذه العينة من التدخل المبدئي لجلسات البرنامج، ولا سيَّما التفاعل بين المشاركين والتوعية بالأفكار والاستجابات المرتبطة بردود الفعل السلوكية المتطرّفة وكسر النمط السلوكي غير الصحّي، التي ساعدتهم على تحسين استجاباتهم الانفعالية، والتفكير بآلية تفاعلهم مع الأحداث ضمن سياق حياتهم.

الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج:

لا يخلو أي عمل علمي من مواجهة صعوبات متنوّعة، وقد واجه الباحث الصعوبات التاليّة:

1- صعوبة وصول بعض المشاركين إلى مكان قاعة التدريب لتطبيق الجلسات وذلك في ظل أزمة المواصلات التي شهدها البلد.

2- اعتراض بعض المشاركين على توقيت الجلسات وخاصّة حين تتعارض مع مواعيد التزاماتهم؛ فهم يعيشون في عدد من دور الرّعاية متفرّقة في مدينة دمشق وريفها، وقد حّلت المشكلة بالتنسيق مع الاختصاصيين المتابعين لهم.

التسهيلات التي أسهمت بتيسير تطبيق البرنامج العلاجي:

1. التسهيلات المقدّمة من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل التي كانت الجهة الدّاعمة للدراسة من بداية تسجيل البحث في العام 2023، ومديريات الشؤون الاجتماعية والعمل في مدينة دمشق وريفها، ودور الرعاية البديلة التي تعاونت في تنفيذ الدراسة.
2. رغبة المشاركين بالاستفادة من البرنامج العلاجي لتفهم مشكلاتهم ومحاولة إيجاد مخرج لمعاناتهم ساعد على تيسير تطبيق الجلسات، ومحافظتهم على بيئة تدريبية تفاعلية علاجية مميّزة.
3. التقدير الإيجابي من إدارة جمعية قرى الأطفال SOS لفكرة البرنامج والعمل على إنجاح تطبيقه للإفادة من نتائجه في الإرشاد النفسي، إذ قدّمت العديد من الخدمات اللوجستية الكثيرة، منها تأمين قاعات التدريب وأجهزة الاسقاط وأدوات التصوير والتطبيق للجلسات مثل الألواح والأقلام وغيرها، ولهم كل الشكر.
4. العلاقة الطيّبة بين الباحث والمشاركين من المراهقين، بالإضافة إلى الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين المتابعين لهؤلاء المشاركين، التي توطّدت خلال عمله معهم بعضهم أيضاً بوصفه مختصّاً في حماية الأطفال والشباب، والتعاون بينهم لدعم الأفكار الإيجابية وتنظيم انفعالاتهم على نحو ينعكس على صحّتهم النفسية.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استُخدِم برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) النسخة (25) لاستخراج التحليلات الإحصائية المناسبة ومعالجة نتائج الدراسة، باستخدام الطرائق الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي (Mean): لدراسة درجات أفراد العينة التجريبية على أدوا الدراسة.
- الانحراف المعياري (Standard Deviation).
- معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation) : لدراسة ثبات البناء الداخلي لأدوات الدراسة.
- معادلة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية (سبيرمان – براون) لحساب ثبات أدوات الدراسة.

- اختبار نسبة الكسب البسيطة لهريدي (H-SGR) لفاعلية البرنامج.
- النسبة المئوية لفاقد الكسب، ولبقاء أثر التعلم.
- اختبار ويلكوكسون (Welcoxon) : لدراسة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على أدوات الدراسة.
- اختبار ت تيست (T-TEST) : لدراسة الصدق المحكي بدلالة المقارنة الطرفية لمقاييس الدراسة.
- معادلة (R) لحساب حجم الاثر وفق القيم التي حدّدها كوهين = $\boldsymbol{R = \frac{Z}{\sqrt{N}}}$

الأداة المستخدمة	حجم الأثر كوهين		
	كبير	متوّسط	صغير
R	أكبر من 0.50	0.50–0.31	0.30–0.10

الفصل الخامس:

نتائج الدراسة وتفسيرها

تمهيد

أولاً: نتائج تساؤلات الدراسة:

1- نتيجة السؤال الأول وتحليله.

2- نتيجة السؤال الثاني وتحليله

3- نتيجة السؤال الثالث وتحليله

ثانياً: نتائج فرضيات الدِّراسة وتحليلها:

1- نتيجة الفرضية الأولى وتحليلها

2- نتيجة الفرضية الثانية وتحليلها

3- نتيجة الفرضية الثالثة وتحليلها

4- نتيجة الفرضية الرّابعة وتحليلها

5- نتيجة الفرضية الخامسة وتحليلها

6- نتيجة الفرضية السادسة وتحليلها

ثالثاً: تفسير نتائج الدراسة:

- **تفسير نتيجة سؤال الدراسة الأول والثاني.**
- **تفسير النتائج المتعلقة بالمخططات اللا تكيفية المبكرة**
- **تفسير النتائج المتعلقة بإيذاء الذات**

رابعاً: نتائج الدراسة الكيفية (النّوعية) لنتائج أفراد العينة التجريبية.

خامساً: التعقيب على النتائج والرؤية المستقبلية.

سادساً: مقترحات الدراسة.

الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها

تمهيد

يتناول هذا الفصل نتائجَ السؤال الرئيس للدراسة، ونتائج فرضيَّات الدراسة التي تمّ اختبارها للتحقق من فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين الفاقدين للرعاية الأسرية، وذلك بتطبيق المعالجات الإحصائية المناسبة لنتائج أفراد العينة التجريبية الخاضعين للبرنامج العلاجي في الدراسة، وتحليلها إحصائياً، وتفسير هذه النتائج بصورة إجمالية وفق الأدبيات النظرية والدراسات السابقة والملاحظات الميدانية في أثناء تطبيق جلسات البرنامج، فضلاً عن النتائج المحقّقة على المستوى الكيفي لأفراد العينة التجريبية الواحدة، والتحسن الحاصل لديهم تباعاً نتيجة البرنامج العلاجي المطبّق، والتغذية الراجعة من قبل أفراد العينة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج واستمرار التحسن في القياسين التتبعي الأول والثاني، وفي نهاية الفصل قدّمت مجموعة من المقترحات التي انبثقت من نتائج الدراسة والإطار النظري.

أولاً: نتيجة السؤال الأوّل، وتحليله:

1- ما فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى عينة من المراهقين الأيتام ضمن دور الرعاية البديلة في مدينة دمشق وريفها؟.

للإجابة عن السؤال حُسِبَت نسبة الكسب البسيطة لهريدي (H-SGR)، التي تعكس مقدار الفاعلية التي حقّقها البرنامج في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة، وخفض سلوكيات إيذاء، بين القياس القبلي والقياس البعدي وفق المعادلة الآتية:

$H-SGR=\frac{M1-M2}{P}$	
P: الدرجة العظمى للاختبار أو البعد	S-HGR: نسبة الكسب البسيطة لهريدي
M1: متوسط الدرجات في القياس القبلي	M2: متوسط الدرجات في القياس البعدي

ويكون البرنامج غير فعّال إذا لم تبلغ نسبة الكسب (0.30)، وتكون الفاعلية متوّسطة بين (0.30−0.70)، وتكون كبيرة بين (0.70−1)، وبتطبيق القانون السابق على متوّسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، وقائمة إيذاء الذات، وتمَّ التوّصل إلى النتائج المبيّنة في الجدول الآتي:

جدول (12) نسبة الكسب لهريدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

المخططات اللا تكيفية المبكرة	الدرجة العظمى	المتوسط الحسابي		S-HGR	الدلالة
		القبلي	البعدي		
الحرمان الانفعالي	25	22.70	8.10	0.58	متوسطة
التخلي/الهجر	25	22.60	7.70	0.59	متوسطة
الإساءة/عدم الثقة	25	18.80	8.50	0.41	متوسطة
العزلة الاجتماعية	25	20.40	9.90	0.42	متوسطة
الخزي/العار	25	22.30	8.80	0.54	متوسطة
الإخفاق/الفشل	25	22.60	9.30	0.53	متوسطة
الاعتمادية/عدم الكفاءة	25	17.50	9.60	0.31	متوسطة
قابلية التعرض للأذى	25	21.20	9.10	0.48	متوسطة
الذات غير النامية/الانغماس	25	16.40	9.40	0.28	غير دالّة
الخضوع	25	20.40	9.70	0.42	متوسطة
التضحية بالنفس	25	22.10	9.70	0.49	متوسطة
التثبيط الانفعالي	25	20.50	10.20	0.41	متوسطة
المعايير الصارمة/اللا هوادة	25	23.10	9.40	0.54	متوسطة
الاستحقاق/العظمة	25	20.00	10.30	0.38	متوسطة
عدم كفاية الضبط الذاتي	25	20.00	9.50	0.42	متوسطة
السعي للاعتراف/الموافقة	25	20.60	10.20	0.41	متوسطة
السلبية/التشاؤم	25	23.10	9.50	0.54	متوسطة
العقابية	25	21.20	10.70	0.42	متوسطة

المخططات اللا تكيفية المبكرة	450	375.50	169.60	0.45	متوسطة

واستناداً إلى نتائج الجدول (12) نجد أنَّ البرنامج القائم على العلاج بالمخطط حقق فاعلية متوّسطة في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى أفراد العينة التجريبية، إذ انحصرت قيمة الكسب بين (0.31-0.54) على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة وجميعها عكست فاعلية متوسطة باستثناء مخطط الذات عير النامية/الانغماس فلم تكن هناك فاعلية في هذا البعد، إذ بلغت نسبة الكسب (0.28)، وهي أقل من مقدار الكسب الدال على فاعلية البرنامج في هذا المخطط على خلاف جميع المخططات الأخرى التي تجاوزت نسبة الكسب فيها (0.30).

جدول (13) نسبة الكسب لهريدي على قائمة سلوكيات إيذاء الذات

قائمة إيذاء الذات	الدرجة العظمى	المتوسط الحسابي		S-HGR	الدلالة
		القبلي	البعدي		
التعامل مع ضغط الألم	66	51.10	30.30	0.32	متوسطة
الابتزاز الانفعالي والانتقام	15	13.00	7.60	0.36	متوسطة
صراع الاعتمادية والاستقلالية	15	11.50	6.80	0.31	متوسطة
صراع الكشف والمقاومة	9	8.30	4.50	0.42	متوسطة
مكافحة الانتحار والتفكك	12	10.20	5.50	0.39	متوسطة
الدرجة الكلية	117	93.50	54.70	0.33	متوسطة

واستناداً إلى نتائج الجدول (13) نجد أنَّ البرنامج القائم على العلاج بالمخطط حقق فاعلية متوّسطة في خفض سلوكيات إيذاء الذات لدى أفراد العينة التجريبية، إذ انحصرت قيمة الكسب بين (0.32-0.42) على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لقائمة إيذاء الذات، وجميعها تعكس فاعلية متوسطة للبرنامج العلاجي في خفض سلوكيات إيذاء الذات والوظائف المرتبطة بها.

2- ما فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمخطط في الاحتفاظ بالتحسّن الذي طرأ لدى أفراد العينة التجريبية في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج؟

لاختبار فاعلية البرنامج العلاجي في قدرته على الاحتفاظ بالنتائج المحقّقة لدى أفراد عينة لدراسة حسب الفرق بين متوسطات درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي الأوّل، ثمَّ بين التطبيقين التتبعي الأول والثاني على الدرجة الكلية لمقياسي الدراسة، ثمَّ تمَّ حساب النسبة المئوية لمتوسط فاقد الكسب والنسبة المئوية لبقاء أثر التعلم لدى أفراد العينة، وذلك وفق القوانين الآتية:

جدول (14) معادلات فاقد الكسب وأثر التعلم

متوسط فاقد الكسب	متوسط الدرجات في القياس البعدي – متوسط درجاتهم في القياس التتبعي الأول
النسبة المئوية لمتوسط فاقد الكسب	$\frac{\text{متوسط فاقد الكسب}}{\text{متوسط الدرجات في التطبيق البعدي}} * 100$
النسبة المئوية لبقاء أثر التعلّم	$\frac{\text{متوسط الدرجات في التطبيق البعدي}}{\text{متوسط الدرجات في التطبيق التتبعي}} * 100$

وبناءً على المعادلات أعلاه، تمَّ حساب متوسط فاقد الكسب، والنسبة المئوية لفاقد الكسب وبقاء أثر التعلم بين التطبيقين البعدي والتتبعي الأول لدى أفراد العينة التجريبية على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، وقائمة إيذاء الذات، وكانت النتائج كما يأتي:

الجدول (15) متوسط فاقد الكسب والنسبة المئوية لفاقد الكسب وبقاء أثر التعلم على مقياسي الدراسة بين القياسين البعدي والتتبعي الأول

المقياس	المتوسط الحسابي		متوسط فاقد الكسب	النسبة المئوية لفاقد الكسب	النسبة المئوية لبقاء أثر التعلم
	البعدي	التتبعي الأول			
المخططات اللا تكيفية المبكرة	169.60	171.80	2.2-	%1.29	%98.71
سلوكيات إيذاء الذات	54.70	55.90	1.2-	%2.19	%97.85

كما تمَّ حساب متوسط فاقد الكسب، والنسبة المئوية لفاقد الكسب وبقاء أثر التعلم بين التطبيقين التتبعي الأول والثاني لدى أفراد العينة التجريبية على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، وقائمة إيذاء الذات، وكانت النتائج كما يأتي:

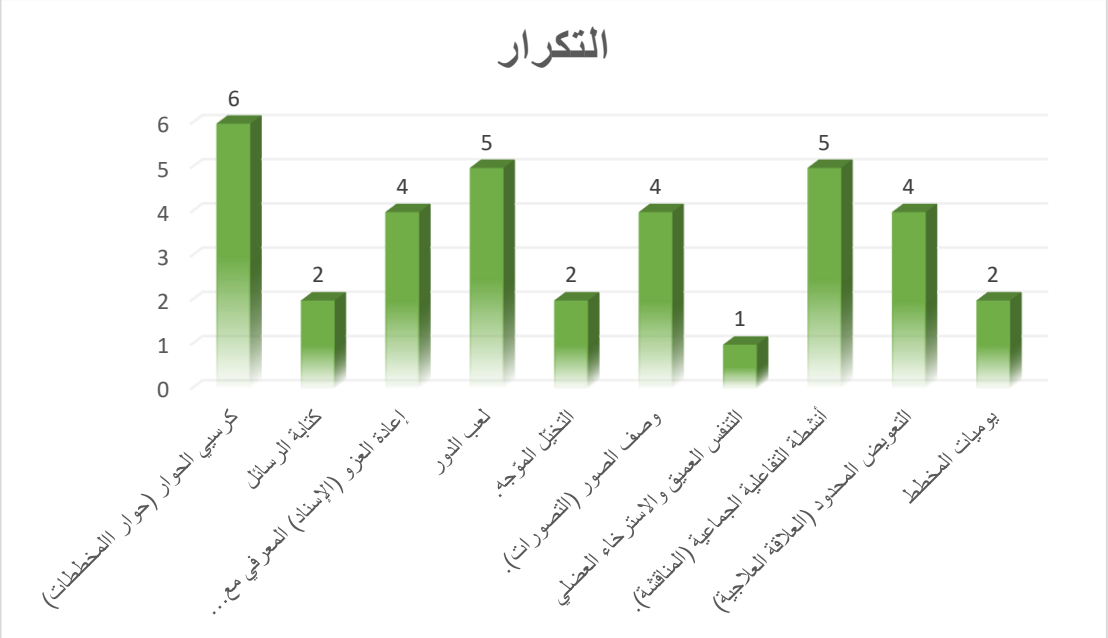
الجدول (16) متوسط فاقد الكسب للنسبة المئوية لفاقد الكسب وبقاء أثر التعلم على أداتي الدراسة بين القياسين التتبعي الأول والثاني

المقياس	المتوسط الحسابي		متوسط فاقد الكسب	النسبة المئوية لفاقد الكسب	النسبة المئوية لبقاء أثر التعلم
	التتبعي الأول	التتبعي الثاني			
المخططات اللا تكيفية المبكرة	171.80	172.40	0.6	%0.34	%99.65
سلوكيات إيذاء الذات	55.90	57.10	1.2	%2.14	%97.89

يلاحظ من نتائج الجدولين (15)، و(16) أنّ النسب المئوية لأثر التعلم الذي احتفظ به أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين التتبعي الأول والثاني على مقياسي الدراسة كانت مرتفعة جداً مقارنة بالنسبة المئوية لفاقد الكسب ما يشير إلى ثبات التحسّن الذي حققه البرنامج على مستوى المخططات اللا تكيفية المبكرة، وسلوكيات إيذاء الذات، رغم مرور ما يقارب ثلاثة أشهر على نهاية التدّخل العلاجي، وتشير هذه النتائج إلى الأثر الفعّال الذي حقّقه البرنامج في خفض سلوكيات إيذاء الذات والتوّجه نحوها، بالإضافة إلى تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة عمّا كانت عليه نتائج أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي.

3- ما هي أكثر تقنيات العلاج بالمخطط فاعلية في ضوء نتائج التطبيق للبرنامج العلاجي القائم على العلاج بالمخطط لدى أفراد العينة التجريبية؟

من خلال تتبع بيانات كل مشارك من أفراد العينة التجريبية، وتوزيع استمارة تقييم البرنامج بعد انتهاء تطبيق البرنامج، التي صرّح بها المشاركون عن أكثر التقنيات التي تمَّ تطبيقها ضمن جلسات البرنامج، وكانت الأكثر فاعلية وأثراً من وجهة نظرهم، حيث تم حساب التكرارات على كل تقنية من البرنامج، وبيَّنت النتائج أنَّ التقنيات العلاجية الأكثر فاعلية كانت تلك التي استهدفت المخططات اللا تكيفية المبكرة النشطة بشكل مباشر، وهي موّضحة في الشكل البياني الآتي:



الرسم البياني (1) التقنيات العلاجية الأكثر فاعلية

ويتبيّن من الشكل البياني (1) أنَّ أكثر التقنيات فاعلية من وجهة نظر المشاركين هي كرسيي الحوار ب(6) تكرارات، وهي الأكبر، ويليها لعب الدور والأنشطة التفاعلية الجماعية بعدد تكرارات (5)، ومن ثمَّ وصف الصور وإعادة العزو والإسناد المعرفي بعدد تكرارات (4)، وكانت تقنيات كتابة الرسائل ويوميات المخطط والتخيل الموجه بعدد تكرارات (2)، وأخيراً التنفس لعميق الأقل تكراراً بعدد تكرارات (1).

ثانياً: نتائج فرضيات الدِّراسة وتحليلها:

1- النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى، ونصّها: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.

لاختبار هذه الفرضية استُخرِجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي (قبل تطبيق البرنامج)، والبعدي (بعد تطبيق البرنامج مباشرة) على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (17) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

الأبعاد الفرعية	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحرمان الانفعالي	القبلي	22.70	1.49
	البعدي	8.10	0.99
التخلي / الهجر	القبلي	22.60	1.90
	البعدي	7.70	1.06
الإساءة/عدم الثقة	القبلي	18.80	0.79
	البعدي	8.50	0.97
العزلة الاجتماعية	القبلي	20.40	0.52
	البعدي	9.90	2.02
الخزي/العار	القبلي	22.30	0.48
	البعدي	8.80	1.69
الإخفاق/ الفشل	القبلي	22.60	1.35
	البعدي	9.30	1.95
الاعتمادية/ عدم الكفاءة	القبلي	17.50	0.85
	البعدي	9.60	2.84
قابلية التعرض للأذى / المرض	القبلي	21.20	0.42
	البعدي	9.10	0.99
الذات غير النّامية/ الانغماس	القبلي	16.40	0.70
	البعدي	9.40	1.90
الخضوع	القبلي	20.40	0.52
	البعدي	9.70	2.26
التضحية بالنفس	القبلي	22.10	0.32
	البعدي	9.70	2.11
التثبيط الانفعالي	القبلي	20.50	0.71
	البعدي	10.20	1.55
المعايير الصارمة / اللا هوادة فيها	القبلي	23.10	0.88
	البعدي	9.40	0.70
الاستحقاق (الجدارة)/ العظمة	القبلي	20.00	1.15
	البعدي	10.30	2.16
عدم كفاية الضبط الذاتي	القبلي	20.00	1.15

	البعدي	9.50	1.18
السعي للاعتراف/ الموافقة	القبلي	20.60	1.90
	البعدي	10.20	1.81
السلبية/التشاؤم	القبلي	23.10	1.10
	البعدي	9.50	2.12
العقابية	القبلي	21.20	0.79
	البعدي	10.70	1.83
الدرجة الكلية	القبلي	375.50	10.63
	البعدي	169.60	12.91

يتضح من نتائج الجدول (17) أنَّ متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي أصغر منها في التطبيق القبلي، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي استُخدِم اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (18) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

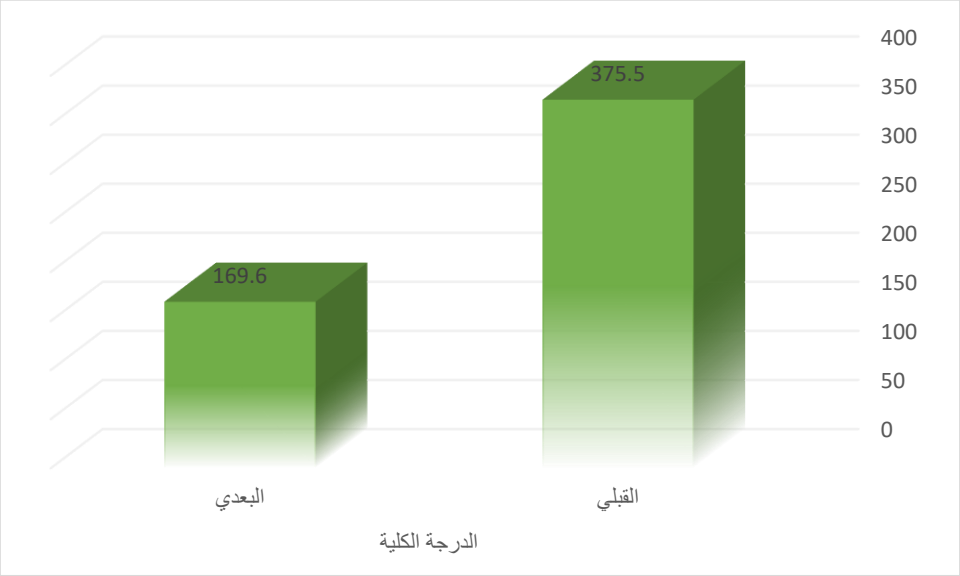
الأبعاد الفرعية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار	حجم الأثر	الدلالة
الحرمان الانفعالي	السالبة	10	5.50	55.00	2.831	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
التخلي / الهجر	السالبة	10	5.50	55.00	2.810	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الإساءة/عدم الثقة	السالبة	10	5.50	55.00	2.820	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
العزلة الاجتماعية	السالبة	10	5.50	55.00	2.821	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الخزي/العار	السالبة	10	5.50	55.00	2.814	0.005	دال	0.89	كبير

	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الإخفاق/الفشل	السالبة	10	5.50	55.00	2.811	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الاعتمادية/ عدم كفاءة	السالبة	10	5.50	55.00	2.812	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
قابلية التعرض للأذى / المرض	السالبة	10	5.50	55.00	2.820	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الذات غير النامية / الانغماس	السالبة	10	5.50	55.00	2.825	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الخضوع	السالبة	10	5.50	55.00	2.823	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
التضحية بالنفس	السالبة	10	5.50	55.00	2.809	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
التثبيط الانفعالي	السالبة	10	5.50	55.00	2.814	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
المعايير الصارمة / اللا هوادة	السالبة	10	5.50	55.00	2.815	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الاستحقاق/ العظمة	السالبة	10	5.50	55.00	2.844	0.005	دال	0.90	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
عدم كفاية الضبط الذاتي	السالبة	10	5.50	55.00	2.818	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

السعي للاعتراف/االموافقة	السالبة	10	5.50	55.00	2.842	0.005	دال	0.90	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
السلبية / التشاؤم	السالبة	10	5.50	55.00	2.813	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
العقابية	السالبة	10	5.50	55.00	2.816	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الدرجة الكلية	السالبة	10	5.50	55.00	2.803	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

ويُلاحَظ من نتائج الجدول (18) أنَّ قيمة (z) بلغت (2.803) عند القيمة الاحتمالية (0.005) على الدرجة الكلية للاستبانة، أمّا بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية للاستبانة فقد بلغت قيم (z) على النحو الآتي (2.831، 2.810، 2.820، 2.821، 2.814، 2.811، 2.812، 2.820، 2.825، 2.823، 2.809، 2.814، 2.815، 2.844، 2.818، 2.842، 2.813، 2.816) عند القيمة الاحتمالية (0.005)، وجميع هذه القيم الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) أي توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين رتب متوسطات أفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي مقارنة برتب درجاتهم في التطبيق البعدي على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لاستبانة المخططات اللاتكيفية المبكرة لمصلحة التطبيق البعدي، إذ بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي (375.50) على الدرجة الكلية للاستبانة، في حين بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (169.60)، كما يلاحظ أنَّ القيم الاحتمالية لجميع الأبعاد الفرعية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي ودرجاتهم في التطبيق البعدي لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة لصالح التطبيق البعدي**، وللتأكد من حجم الأثر

لفاعلية البرنامج تمَّ حساب طريقة كوهين (R) للعينات المترابطة، حيث (N) هي عدد العينة، وقانون حجم الأثر هو: $\boldsymbol{R = \frac{Z}{\sqrt{N}}}$، وبناءً على هذه المعادلة ، تمَّ استخراج حجم الأثر الذي حققه البرنامج على درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية في استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، وكانت النتائج بين(0.88− 0.90) وجميعها تدل على أثر كبير للبرنامج في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة، ما يؤكّد فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالمخطط في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة من خلال انخفاض مستوى فاعليتها ونشاطها في التأثير على إستراتيجيات التعامل مع الأحداث الحياتية وجعلها أكثر تكيفية لدى عينة الدراسة التجريبية، ويوضح المخطط البياني الآتي نتائج الفرضية:



الشكل البياني (2) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

2- النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية، ونصّها: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة إيذاء الذات.

لاختبار هذه الفرضية استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي (قبل تطبيق البرنامج)، والبعدي (بعد تطبيق البرنامج) على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية قائمة إيذاء الذات، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (19) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على قائمة إيذاء الذات

الأبعاد الفرعية	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التعامل مع ضغط الألم	القبلي	51.10	2.13
	البعدي	30.30	1.83
الابتزاز الانفعالي والانتقام	القبلي	13.00	1.15
	البعدي	7.60	0.84
صراع الاعتمادية والاستقلالية	القبلي	11.50	1.08
	البعدي	6.80	1.40
صراع الكشف والمقاومة	القبلي	8.30	0.67
	البعدي	4.50	0.71
مكافحة الانتحار والتفكك	القبلي	10.20	0.63
	البعدي	5.50	1.43
الدرجة الكلية	القبلي	93.50	2.64
	البعدي	54.70	2.54

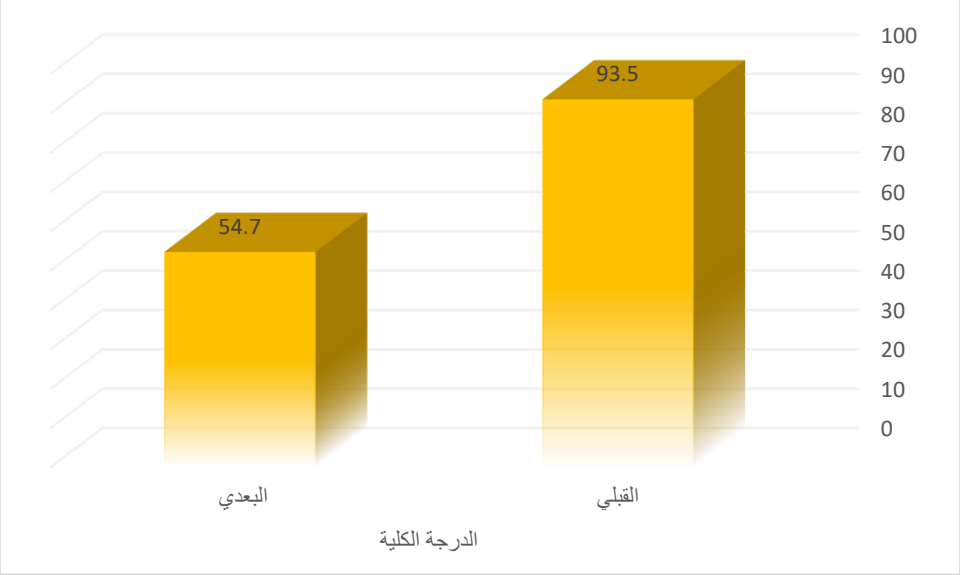
يتضح من نتائج الجدول (19) أنَّ متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي أصغر منها في التطبيق القبلي، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي، استُخدِم اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (20) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على قائمة إيذاء الذات

الأبعاد الفرعية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار	قيمة R	حجم الأثر
التعامل مع ضغط الألم	السالبة	10	5.50	55.00	2.805	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الابتزاز الانفعالي والانتقام	السالبة	10	5.50	55.00	2.840	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
صراع الاعتمادية والاستقلالية	السالبة	10	5.50	55.00	2.823	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
صراع الكشف والمقاومة	السالبة	10	5.50	55.00	2.842	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
مكافحة الانتحار والتفكك	السالبة	10	5.50	55.00	2.816	0.005	دال	0.89	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الدرجة الكلية	السالبة	10	5.50	55.00	2.807	0.005	دال	0.88	كبير
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

ويُلاحَظ من نتائج الجدول (20) أنَّ قيمة (z) بلغت (2.807) عند القيمة الاحتمالية (0.005) على الدرجة الكلية للقائمة، أمّا بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية فقد بلغت قيم (z) على النحو الآتي (2.805، 2.840، 2.823، 2.842، 2.816) عند القيم الاحتمالية (0.005)، وجميع هذه القيم الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) ما يعني وجود فروق ذو دلالة إحصائية بين رتب متوسطات أفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي ورتب درجاتهم في التطبيق البعدي على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات لمصلحة التطبيق البعدي، إذ بلغ متوسط المجموعة التجريبية في

التطبيق القبلي (93.50) على الدرجة الكلية، في حين بلغ متوسط المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي (54.70)، كما يلاحظ أنَّ القيم الاحتمالية لجميع الأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) لذا تُرفَض الفرضية الصفرية وتُقبَل الفرضية البديلة أي: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي ومتوّسطات درجاتهم في التطبيق البعدي لقائمة إيذاء الذات لصالح التطبيق البعدي**، ، وللتأكد من حجم الأثر لفاعلية البرنامج تمَّ حساب طريقة كوهين (R) للعينات المترابطة، حيث (N) عدد العينة، وقانون حجم الأثر هو: $\boldsymbol{R = \frac{Z}{\sqrt{N}}}$، وبناءً على هذه المعادلة استُخرج حجم الأثر الذي حققه البرنامج على درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية في قائمة إيذاء الذات، وكانت النتائج بين (0.88-0.89) وجميعها تدل على أثر كبير وفاعلية للبرنامج القائم على العلاج بالمخطط في خفض سلوكيات إيذاء الذات والوظائف الذاتية والخارجية المرتبطة به، ويوضح المخطط البياني الآتي نتائج الفرضية:



الرسم البياني (3) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على قائمة إيذاء الذات

3- النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة، ونصّها: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي الأول على استبان المخططات اللا تكيفية المبكرة.

لاختبار هذه الفرضية استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي (بعد تطبيق البرنامج)، والقياس التتبعي الأول (بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج) على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (21) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

الأبعاد الفرعية	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحرمان الانفعالي	البعدي	8.10	0.99
	التتبعي الأول	8.30	0.67
التخلي / الهجر	البعدي	7.70	1.06
	التتبعي الأول	7.90	0.74
الإساءة/عدم الثقة	البعدي	8.50	0.97
	التتبعي الأول	8.80	0.79
العزلة الاجتماعية	البعدي	9.90	2.02
	التتبعي الأول	10.20	1.62
الخزي/العار	البعدي	8.80	1.69
	التتبعي الأول	9.00	1.76
الإخفاق/ الفشل	البعدي	9.30	1.95
	التتبعي الأول	9.40	1.90
الاعتمادية/ عدم الكفاءة	البعدي	9.60	2.84
	التتبعي الأول	9.40	2.01
قابلية التعرض للأذى / المرض	البعدي	9.10	0.99
	التتبعي الأول	9.40	1.17
الذات غير النّامية/ الانغماس	البعدي	9.40	1.90

	التتبعي الأول	9.60	1.51
الخضوع	البعدي	9.70	2.26
	التتبعي الأول	9.60	2.01
التضحية بالنفس	البعدي	9.70	2.11
	التتبعي الأول	9.50	2.17
التثبيط الانفعالي	البعدي	10.20	1.55
	التتبعي الأول	10.50	1.27
المعايير الصارمة / اللا هوادة فيها	البعدي	9.40	0.70
	التتبعي الأول	9.30	0.67
الاستحقاق (الجدارة)/ العظمة	البعدي	10.30	2.16
	التتبعي الأول	10.40	1.90
عدم كفاية الضبط الذاتي	البعدي	9.50	1.18
	التتبعي الأول	9.80	0.92
السعي للاعتراف/ الموافقة	البعدي	10.20	1.81
	التتبعي الأول	10.00	1.56
السلبية/التشاؤم	البعدي	9.50	2.12
	التتبعي الأول	9.80	1.69
العقابية	البعدي	10.70	1.83
	التتبعي الأول	10.90	1.73
الدرجة الكلية	البعدي	169.60	12.91
	التتبعي الأول	171.80	10.71

يتضح من نتائج الجدول (21) أن متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي متقاربة مع درجاتهم في التطبيق التتبعي، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي الأول استُخِدم اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (22) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

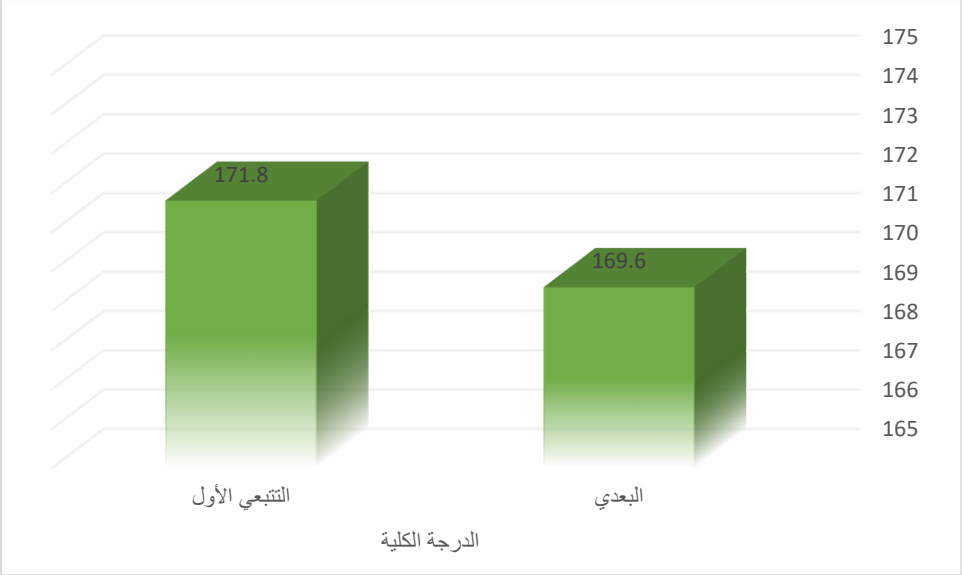
الأبعاد الفرعية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار
الحرمان الانفعالي	السالبة	3	2.50	7.50	1.000	0.317	

	الموجبة	1	2.50	2.50			غير دال
	المتعادلة	6					
التخلي / الهجر	السالبة	3	7.50	2.50	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	2.50	2.50			
	المتعادلة	6					
الإساءة/عدم الثقة	السالبة	3	8.00	2.67	1.134	0.257	غير دال
	الموجبة	1	2.00	2.00			
	المتعادلة	6					
العزلة الاجتماعية	السالبة	3	8.00	2.67	1.333	0.255	غير دال
	الموجبة	1	2.00	2.00			
	المتعادلة	6					
الخزي/العار	السالبة	2	3.00	1.50	1.414	0.157	غير دال
	الموجبة	0	.00	.00			
	المتعادلة	8					
الإخفاق/الفشل	السالبة	2	4.00	2.00	0.557	0.564	غير دال
	الموجبة	1	2.00	2.00			
	المتعادلة	7					
الاعتمادية/اللا كفاءة	السالبة	3	9.00	3.00	0.333	0.739	غير دال
	الموجبة	3	12.00	4.00			
	المتعادلة	4					
قابلية التعرض للأذى / المرض	السالبة	4	12.00	3.00	1.342	0.180	غير دال
	الموجبة	1	3.00	3.00			
	المتعادلة	5					
الذات غير النامية/ الانغماس	السالبة	2	7.00	3.50	0.743	0.458	غير دال
	الموجبة	2	3.00	1.50			
	المتعادلة	6					
الخضوع	السالبة	2	4.00	2.00	0.387	0.705	غير دال
	الموجبة	2	6.00	3.00			
	المتعادلة	6					
التضحية بالنفس	السالبة	2	4.00	2.00	0.745	0.459	غير دال
	الموجبة	2	6.00	3.00			
	المتعادلة	6					

التثبيط العاطفي	السالبة	2	2.50	5.00	1.089	0.276	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	7					
المعايير الصارمة / اللا هوادة	السالبة	1	2.00	2.00	0.577	0.566	غير دال
	الموجبة	2	2.00	4.00			
	المتعادلة	7					
الاستحقاق/ العظمة	السالبة	2	2.00	4.00	0.585	0.660	غير دال
	الموجبة	1	2.00	2.00			
	المتعادلة	7					
عدم كفاية الضبط الذاتي	السالبة	4	3.00	12.00	1.342	0.173	غير دال
	الموجبة	1	3.00	3.00			
	المتعادلة	5					
السعي للاعتراف /الموافقة	السالبة	2	2.50	5.00	0.707	0.480	غير دال
	الموجبة	3	3.33	10.00			
	المتعادلة	5					
السلبية / التشاؤم	السالبة	3	2.67	8.00	1.134	0.264	غير دال
	الموجبة	1	2.00	2.00			
	المتعادلة	6					
العقابية	السالبة	2	2.25	4.50	0.816	0.414	غير دال
	الموجبة	1	1.50	1.50			
	المتعادلة	7					
الدرجة الكلية	السالبة	8	4.63	37.00	1.722	0.085	غير دال
	الموجبة	1	8.00	8.00			
	المتعادلة	1					

يتبين من نتائج الجدول (22) أنّ قيمة (z) (1.722) بلغت عند القيمة الاحتمالية (0.085) على الدرجة الكلية للقائمة، أمّا بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية للاستبانة فقد بلغت قيم (z) على الأبعاد الفرعية للاسابيانة على النحو التالي (1000، 1000، 1.134، 1.333، 1.414، 0.557، 0.333، 1.342، 0.743، 0.387، 0.745، 1.089، 0.577، 0.585، 1.342، 0.707، 1.134، 0.816) عند القيم الاحتمالية (0.317، 0.317، 0.257، 0.255، 0.157، 0.564، 0.739، 0.180، 0.458،

0.705، 0.459 ، 0.276، 0.566، 0.660، 0.173، 0.480، 0.264، 0.414) وجميع هذه القيم الاحتمالية أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) أي لا توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين رتب متوسطات أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي والتتبعي الأول على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، حيث بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي (169.60)، بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق التتبعي الأول (171.80)، كما ويلاحظ مما سبق أنَّ جميع القيم الاحتمالية للأبعاد الفرعية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05) لذا نقبل الفرضية الصفرية التي تقول: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي ومتوسطات درجاتهم في التطبيق التتبعي الأول لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة**، ما يشير إلى استمرار تأثير البرنامج وفاعليته في الحفاظ على النتائج التي تم تحقيقها خلال جلسات البرنامج، إذ أنَّ التقنيات المتنوعة التي طُبِّقَت لخفض الأعراض المعرفية والنفسية والسلوكية المرتبطة بنشاط المخططات قد تم التدريب عليها بشكل مكثّف ضمن جلسات البرنامج، وتعزيز المراقبة الذاتية التي تم العمل عليها من خلال الواجبات اليومية وسجل يوميات المخططات الإيجابية أسهمت في إيجاد نمط سلوكي إيجابي في التعامل مع هذه الأعراض، كما أنَّ مشاركة مقدّمي الرعاية في أجزاء من جلسات البرامج أسهمت في إيضاح أهمية دورهم في التفاعل مع المشاركين ضمن بيئة من التقبل والاحتواء والحوار ما أدّى للحفاظ على النتائج الإيجابية حتى بعد انتهاء تطبيق البرنامج، ويوَّضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة:



الرسم البياني (4) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

4- النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة: ونصّها: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي الأول على قائمة إيذاء الذات.

لاختبار هذه الفرضية استخرجَت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي (بعد تطبيق البرنامج)، والقياس التتبعي الأول (بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق البرنامج) على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (23) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول على قائمة إيذاء الذات

الأبعاد الفرعية	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التعامل مع ضغط الألم	البعدي	30.30	1.83
	التتبعي الأول	31.20	1.99
الابتزاز الانفعالي والانتقام	البعدي	7.60	0.84
	التتبعي الأول	7.50	0.97
صراع الاعتمادية والاستقلالية	البعدي	6.80	1.40

	التتبعي الأول	6.80	1.03
صراع الكشف والمقاومة	البعدي	4.50	0.71
	التتبعي الأول	4.90	0.57
مكافحة الانتحار والتفكك	البعدي	5.50	1.43
	التتبعي الأول	5.70	1.16
الدرجة الكلية	البعدي	54.70	2.54
	التتبعي الأول	55.90	3.38

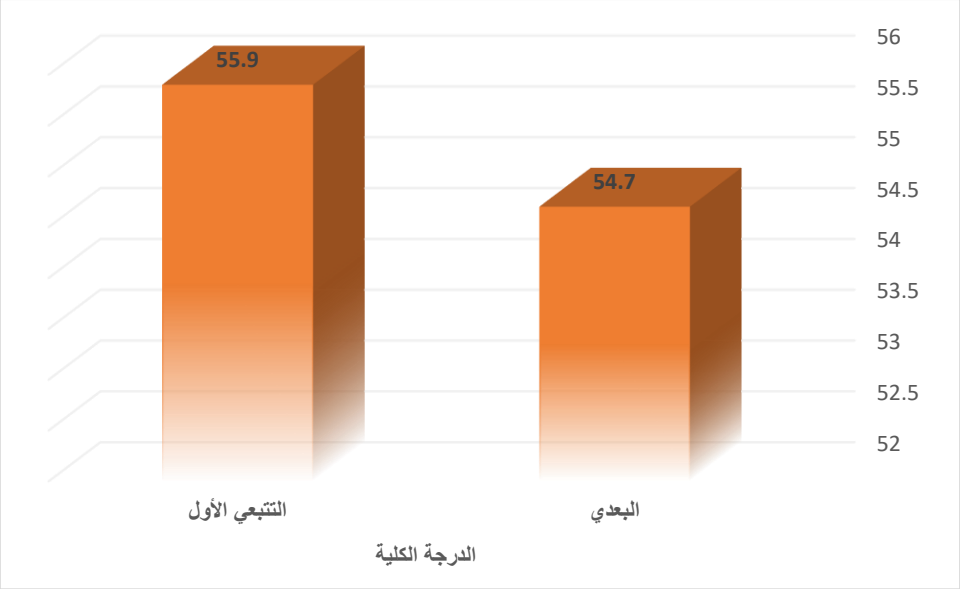
يتضح من نتائج الجدول (23) أن متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي متقاربة درجاتهم في التطبيق التتبعي، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي تمَّ استخدمَت اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (24) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول على قائمة إيذاء الذات

الأبعاد الفرعية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار
التعامل مع ضغط الألم	السالبة	1	1.50	1.50	1.633	0.102	غير دال
	الموجبة	4	3.38	13.50			
	المتعادلة	5					
الابتزاز الانفعالي والانتقام	السالبة	4	3.75	15.00	0.173	0.862	غير دال
	الموجبة	3	4.33	13.00			
	المتعادلة	3					
صراع الاعتمادية والاستقلالية	السالبة	3	2.33	7.00	0.137	0.891	غير دال
	الموجبة	2	4.00	8.00			
	المتعادلة	5					
صراع الكشف والمقامة	السالبة	1	3.50	3.50	1.633	0.102	غير دال
	الموجبة	5	3.50	17.50			
	المتعادلة	4					
مكافحة الانتحار والتفكك	السالبة	2	3.50	7.00	0.816	0.414	

	الموجبة	4	3.50	14.00			غير دال
	المتعادلة	4					
الدرجة الكلية	السالبة	3	2.50	7.50	1.491	0.136	غير دال
	الموجبة	5	5.70	28.50			
	المتعادلة	2					

يتبين من نتائج الجدول (24) أنّ قيمة (z) بلغت (1.491) عند القيمة الاحتمالية (0.136) على الدرجة الكلية للقائمة، بينما بلغت أنّ قيمة (z) على الأبعاد الفرعية للقائمة على النحو الآتي: (1.633-0.173-0.137-1.633-0.816) عند القيم الاحتمالية التالية (0.102، 0.862، 0.891، 0.102، 0.414) وجميع هذه القيم أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب متوسطات أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنة بدرجاتهم في التطبيق التتبعي الأول على الدرجة الكلية لقائمة إيذاء الذات، إذ بلغ متوسط المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي (54.70)، بينما بلغ متوسط المجموعة التجريبية في التطبيق التتبعي (55.90)، وهما متوسطان متقاربان جداً، لذا نقبل الفرضية الصفرية ونصها: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول لقائمة إيذاء الذات**، وهذه النتيجة تشير إلى أنَّ النتائج التي حققها البرنامج على المستوى المعرفي والانفعالي والسلوكي كانت طويلة المدى لأنها اعتمدت على تقنيات زيادة الوعي المعرفي بارتباط هذه السلوكيات بالمخططات النشطة، واستبصار المشاركين بالارتباط القوي بين ردود أفعالهم السلوكية المندفعة وأنماط التعامل والمواجهة التي اعتادوا عليها مع هذه المخططات، كما أن تقنيات كسر النمط السلوكي أسهمت في الوصول إلى سلوكيات أكثر تكيفاً مرتبطة بالأفكار الجديدة التي تم إعادة صياغتها وبالتحديد في علاقتهم مع ذاتهم والآخرين، كما أنَّ تقنيات التنظيم الانفعالي خففت من الاندفاعية والاستثارة السلوكية الناتجة عن الخلل في مشاعرهم، وخاصة بعد امتلاكهم المهارة في تطبيق تقنيات التهدئة الذاتية والاسترخاء واليقظة العقلية، وكل هذه العوامل ساهمت في الحفاظ على النتائج التي حققها البرنامج لمدّة طويلة، ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي التتبعي على الأبعاد الفرعية لإيذاء الذات:



الرسم البياني (5) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي الأول لإيذاء الذات

5- النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة، ونصّها: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين التتبعي الأول والتتبعي الثاني على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.

لاختبار هذه الفرضية استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول (بعد شهر من تطبيق البرنامج)، والقياس التتبعي الثاني (بعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج) على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (25) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي (الأول والثاني) على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

الأبعاد الفرعية	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحرمان الانفعالي	التتبعي الأول	8.30	0.67
	التتبعي الثاني	8.50	0.53
التخلي / الهجر	التتبعي الأول	7.90	0.74
	التتبعي الثاني	8.00	0.94

الإساءة/عدم الثقة	التتبعي الأول	8.80	0.79
	التتبعي الثاني	9.30	1.49
العزلة الاجتماعية	التتبعي الأول	10.20	1.62
	التتبعي الثاني	10.30	1.49
الخزي/العار	التتبعي الأول	9.00	1.76
	التتبعي الثاني	8.90	1.66
الإخفاق/ الفشل	التتبعي الأول	9.40	1.90
	التتبعي الثاني	9.50	1.84
الاعتمادية/ اللا كفاءة	التتبعي الأول	9.40	2.01
	التتبعي الثاني	9.50	2.22
قابلية التعرض للأذى / المرض	التتبعي الأول	9.40	1.17
	التتبعي الثاني	9.30	1.16
الذات غير النّامية/ الانغماس	التتبعي الأول	9.40	1.35
	التتبعي الثاني	9.60	1.51
الخضوع	التتبعي الأول	9.60	2.01
	التتبعي الثاني	9.50	1.90
التضحية بالنفس	التتبعي الأول	9.50	2.17
	التتبعي الثاني	9.40	2.22
التثبيط الانفعالي	التتبعي الأول	10.50	1.27
	التتبعي الثاني	10.60	1.07
المعايير الصارمة / اللا هوادة فيها	التتبعي الأول	9.30	0.67
	التتبعي الثاني	9.40	0.84
الاستحقاق (الجدارة)/ العظمة	التتبعي الأول	10.40	1.90
	التتبعي الثاني	10.30	1.77
عدم كفاية الضبط الذاتي	التتبعي الأول	9.80	0.92
	التتبعي الثاني	9.90	0.99
السعي للاعتراف/ الموافقة	التتبعي الأول	10.00	1.56
	التتبعي الثاني	10.10	1.66
السلبية/التشاؤم	التتبعي الأول	9.80	1.69
	التتبعي الثاني	9.80	1.69
العقابية	التتبعي الأول	10.80	1.81
	التتبعي الثاني	11.00	1.76

الدرجة الكلية	التتبعي الأول	171.80	10.71
	التتبعي الثاني	172.40	9.29

يتضح من نتائج الجدول (25) أن متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي الأول متقاربة مع درجاتهم في القياس التتبعي الثاني، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين تمَّ استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (26) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

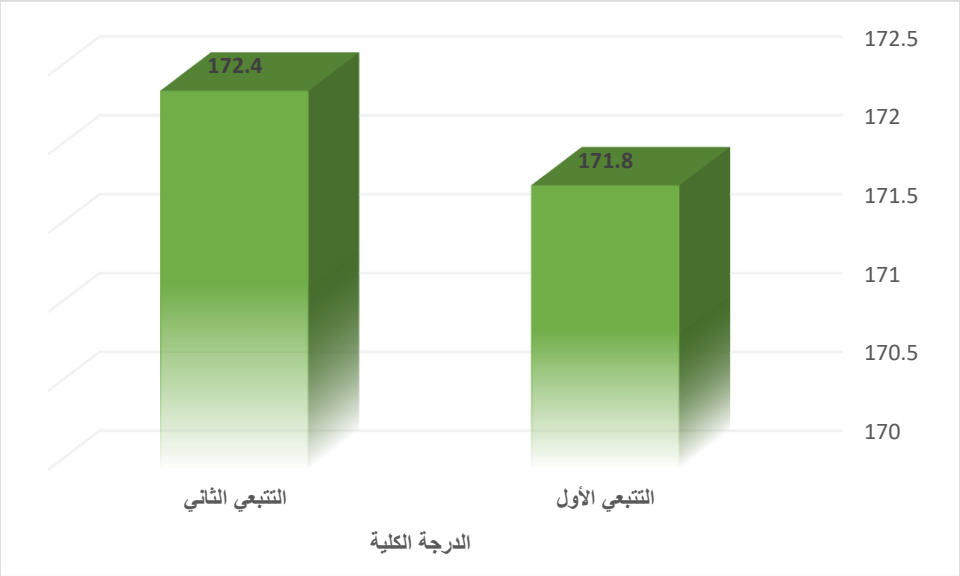
الأبعاد الفرعية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار
الحرمان الانفعالي	السالبة	0	.00	.00	1.414	0.157	غير دال
	الموجبة	2	1.50	3.00			
	المتعادلة	8					
التخلي / الهجر	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
الإساءة/عدم الثقة	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
العزلة الاجتماعية	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
الخزي/العار	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
الإخفاق/الفشل	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
الاعتمادية/اللا كفاءة	السالبة	1	2.00	2.00	0.577	0.564	غير دال
	الموجبة	2	2.00	4.00			

	المتعادلة	7					
قابلية التعرض للأذى / المرض	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
الذات غير النامية/ الانغماس	السالبة	2	3.00	1.50	1.414	0.157	غير دال
	الموجبة	0	.00	.00			
	المتعادلة	8					
الخضوع	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
التضحية بالنفس	السالبة	1	2.00	2.00	0.577	0.564	غير دال
	الموجبة	2	4.00	2.00			
	المتعادلة	7					
التثبيط الانفعالي	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
المعايير الصارمة / اللا هوادة	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
الاستحقاق/ العظمة	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
عدم كفاية الضبط الذاتي	السالبة	0	.00	.00	1.000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
السعي للاعتراف/االموافقة	السالبة	0	.00	.00	1000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
السلبية / التشاؤم	السالبة	0	.00	.00	0.000	1.000	غير دال
	الموجبة	0	.00	.00			
	المتعادلة	10					
العقابية	السالبة	2	3.00	1.50	1.414	0.157	

	الموجبة	0	.00	.00			غير دال
	المتعادلة	8					
الدرجة الكلية	السالبة	1	2.00	2.00	0.522	0.601	غير دال
	الموجبة	2	4.00	2.00			

يتبين من نتائج الجدول (26) أنّ قيمة (z) بلغت (0.522) عند القيمة الاحتمالية (0.601) ، بينما بلغت قيم (z) على الأبعاد الفرعية للاستبانة على النحو الآتي (1.414، 1.000، 1.000، 1.000، 1.000، 1.000، 0.577، 1.000، 1.414، 1.000، 0.577، 1.000، 1.000، 1.000، 1.000، 1.000، 0.000، 1.414) عند القيم الاحتمالية التالية (0.157، 0.317، 0.317، 0.317، 0.317، 0.564، 0.317، 0.157، 0.317، 0.564، 0.317، 0.317، 0.317، 0.317، 1.000، 0.157) وجميع هذه القيم أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) أي لا توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين رتب متوسطات أفراد العينة التجريبية في التطبيق التتبعي الأول ورتب متوسطاتهم في التطبيق التتبعي الثاني على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة، حيث بلغ متوسط المجموعة التجريبية في التطبيق التتبعي الأول (171.80)، بينما بلغ متوسط المجموعة التجريبية في التطبيق التتبعي الثاني (172.40)، لذا نقبل الفرضية الصفرية ونصّها: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والتتبعي الثاني لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة**، وتشير هذه النتيجة إلى أهمية النهج الذي اتبعه البرنامج في استهداف المخططات اللا تكيفية المبكرة النشطة، من خلال تحديد هذه المخططات النشطة، ومناقشتها مع المشاركين وصياغة النموذج المفاهيمي الشامل لحالتهم، ثم البدء بتعديل أوضاع التعامل والمواجهة التي اعتادوا عليها وكانت مدفوعة من المخططات وتؤدّي إلى سلوكيات لا تكيفية، ومن ثمَّ تعديلها وربطها مع أوضاع جديدة للمخططات مثل الطفل السعيد بدل الطفل الضعيف أو المستسلم، والوالد البالغ السليم بدلاً من الوالد الناقد المطالب، وارتباط هذه العملية بمشاركة فعالة من قبل المشاركين بدءاً من الوعي والاستبصار ومن ثم المشاركة الفعالة في التقنيات الانفعالية والمعرفية والسلوكية، وصولاً لقدرتهم على بناء مهارات تكيفية تساعدهم على معالجة أحداث حياتهم على نحو

صحي، وهذه الخطوات ساهمت بإنشاء نمط سلوكي فعَّال وإيجابي لدى المشاركين في التعامل مع مخططاتهم اللا تكيفية المبكرة، وأدامت الآثار التي حققها البرنامج حتى بعد انتهاء مدته لفترة طويلة، ويوَّضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والتتبعي الثاني على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة:



الرسم البياني (6) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

6- النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة، ونصّها: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوّسطي درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين التتبعي الأول والثاني على قائمة إيذاء الذات.

لاختبار هذه الفرضية استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول (بعد شهر من تطبيق البرنامج)، والتتبعي الثاني (بعد ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج) على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات، كما هو موَّضح في الجدول الآتي:

جدول (27) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات العينة في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على قائمة إيذاء الذات

الأبعاد الفرعية	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التعامل مع ضغط الألم	التتبعي الأول	31.00	1.94
	التتبعي الثاني	31.40	1.58
الابتزاز الانفعالي والانتقام	التتبعي الأول	7.50	0.97
	التتبعي الثاني	7.70	1.06
صراع الاعتمادية والاستقلالية	التتبعي الأول	6.80	1.03
	التتبعي الثاني	7.00	0.82
صراع الكشف والمقاومة	التتبعي الأول	4.90	0.57
	التتبعي الثاني	5.00	0.67
مكافحة الانتحار والتفكك	التتبعي الأول	5.70	1.16
	التتبعي الثاني	6.00	0.94
الدرجة الكلية	التتبعي الأول	55.90	3.31
	التتبعي الثاني	57.10	3.21

يتضح من نتائج الجدول (27) أنَّ متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق التتبعي الأول متقاربة مع درجاتهم في التطبيق التتبعي الثاني، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

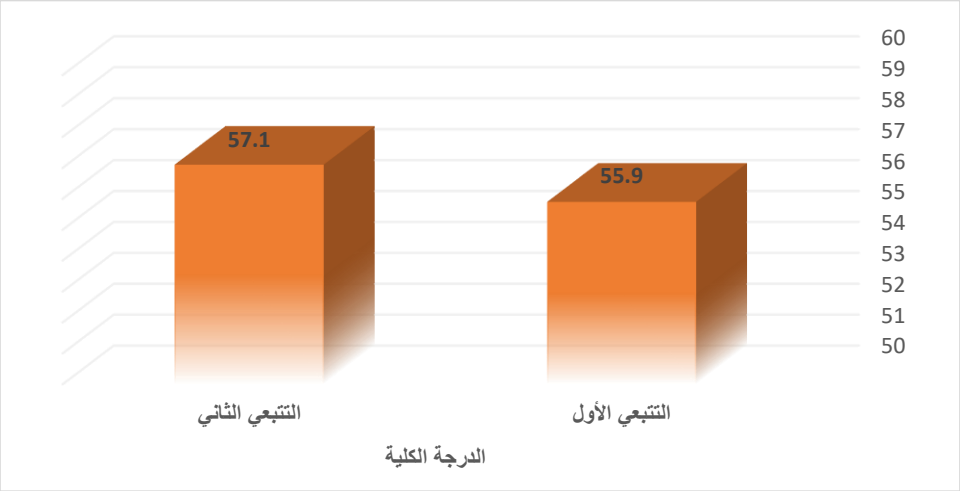
جدول (28) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على قائمة إيذاء الذات

الأبعاد الفرعية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار
التعامل مع ضغط الألم	السالبة	3	5.00	15.00	0.921	0.357	غير دال
	الموجبة	6	5.00	30.00			
	المتعادلة	1					
	السالبة	0	.00	.00	1.414	0.157	

الابتزاز الانفعالي والانتقام	الموجبة	2	1.50	3.00			غير دال
	المتعادلة	8					
صراع الاعتمادية والاستقلالية	السالبة	2	5.25	10.50	0.632	0.527	غير دال
	الموجبة	5	3.50	17.50			
	المتعادلة	3					
صراع الكشف والمقامة	السالبة	0	.00	.00	1000	0.317	غير دال
	الموجبة	1	1.00	1.00			
	المتعادلة	9					
مكافحة الانتحار والتفكك	السالبة	2	4.00	8.00	1.134	0.257	غير دال
	الموجبة	5	4.00	20.00			
	المتعادلة	3					
الدرجة الكلية	السالبة	2	2.75	5.50	1.763	0.078	غير دال
	الموجبة	6	5.08	30.50			
	المتعادلة	2					

يتبين من نتائج الجدول (28) أنّ قيمة (z) بلغت (1.763) عند القيمة الاحتمالية (0.078) على الدرجة الكلية للقائمة، بينما بلغت (z) قيم على الأبعاد الفرعية على النحو الآتي (0.921، 1.414، 0.632، 1.000، 1.134) عند القيم الاحتمالية (0.357، 0.157، 0.527، 0.317، 0.257) وجميع هذه القيم أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وبالتالي لا توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين رتب متوسطات أفراد العينة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والتتبعي الثاني على الدرجة الكلية لقائمة إيذاء الذات، إذ بلغ متوسط المجموعة التجريبية في التطبيق التتبعي الاول (55.90)، بينما بلغ متوسط المجموعة التجريبية في التطبيق التتبعي الثاني (57.10)، وهما قيمتان متقاربتان، كما ويلاحظ مما سبق أنَّ جميع القيم الاحتمالية للأبعاد الفرعية لقائمة إيذاء الذات أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) لذا نقبل الفرضية الصفرية ونصها: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الاول والتتبعي الثاني لقائمة إيذاء الذات**، وتشير

هذه النتيجة إلى أهمية البرنامج القائم على العلاج بالمخطط في تشكيل مهارات سلوكية جديدة لدى المشاركين قائمة على الوعي بالأفكار المثيرة لسلوكياتهم الاندفاعية المرتبطة بإيذاء الذات، فالربط بين المخططات النشطة التي تم العمل على تحسينها مع وظائف إيذاء الذات قد ساعدهم على فهم العلاقة غير الصحية بينهم، والعمل على تقوية مهاراتهم في التعامل مع إدارة الألم والصعوبات المرتبطة به، والتدريب على التعامل مع حالات الابتزاز الانفعالي والانتقام من الآخرين والذات كاستجابة للمخططات النشطة، وفهم حالة الصراع بين الحاجة للآخرين والرغبة بالابتعاد عنهم، أو الصراع بين الخوف من الإفصاح والكشف عن سلوكيات إيذاء الذات أو الأفكار الانتحارية الانفصالية وبالتوازي مع تعديل المخططات المرتبطة به أسهم في تعزيز النمط السلوكي الجديد القائم على استبدال سلوكيات إيجابية صحيّة بهذه السلوكيات وانعكس على استقرارهم الانفعالي على نحو فعّال، والأمر الذي يفسّر استمرار نتائج البرنامج حتى بعد فترة من الانتهاء من جلساته العلاجية، ويوَّضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والتتبعي الثاني لقائمة إيذاء الذات:



الرسم البياني (7) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين التتبعي الأول والثاني على الدرجة الكلية لقائمة إيذاء الذات

ثالثاً: تفسير نتائج الدراسة:

أ- تفسير سؤالي الدراسة الأوّل والثاني:

من مراجعة نتائج الجدولين (12، 13) يتبين وضوح فاعلية لبرنامج من خلال نسبة الكسب أو الاستفادة التي حققها أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المخططات اللا تكيفية وإيذاء الذات، ومع أنَّ نسبة الكسب كانت متوّسطة إلا أنها تشير إلى نتائج إيجابية في تحقيق التحسن والتغير في أصل المخططات المتجذر في أعماق الشخصية والسلوك، وأنَّ المهارات التي تم العمل على بنائها لدى المشاركين حافظت على أثرها في التأثير في الجانب السلوكي المرتبط بسلوكيات إيذاء الذات أو الجانب المعرفي والانفعالي المرتبط بالمخططات اللا تكيفية المبكرة، وتتفق هذه النتيجة فيما يتعلق بنتائج المخططات اللا تكيفية المبكرة مع دراسات علي والسرسي (2021)، وأبو بكر (2023)، وجعفري وآخرين (Jafari et al, 2014)، وغاديري وكالانتاري وميهرابي (Ghaderi, kalantari & Mehrabi, 2016)، ورويلوفس وآخرين (Roelofs et al, 2016) ، وأهفان وغوفاتي وياغوبي (Ahvan, Ghovati, Yaghobi, 2018) من حيث فاعلية العلاج بالمخطط في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة، وتعديل الأوضاع غير الوظيفية، وتعديل هذه المخططات لتصبح أكثر تكيفاً وصحةً، وتتقاطع نتائج هذه الدراسات مع نتائج الدراسة الحالية في اعتماد النهج الجماعي التفاعلي باستهداف هذه المخططات، بالاعتماد على العديد من التقنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي حسّنت من طبيعة المخططات، وقللت من تأثيرها السلبي في تكيف المراهقين من خلال مقارنة درجات المفحوصين بين القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني.

أما من حيث التحسن في سلوكيات إيذاء الذات، فتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسات أهفان وغوفاتي وياغوبي (Ahvan, Ghovati, Yaghobi, 2018) وزماني وآخرين (Zamani et al, 2021) في فاعلية العلاج بالمخطط في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحديّة، ودراسة دانيشماندي وآخرين (Daneshmandi et al, 2019) لتحسين التنظيم الانفعالي لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ من إساءة

المعاملة والإهمال في طفولتهم، ودراسة رامشي وآخرون (Ramshe et al, 2022) ودراسة عباسي راد وآخرين (Abasi Rad et al,2023) في خفض العدوان وخلل التنظيم الانفعالي لدى المراهقين الذين يعانون من إيذاء الذات، ومن الناحية السلوكية فتتقاطع نتيجة هذه الدراسة مع دراسات مارجولين وآخرين (Marjolein et al,2017)ودراسة كاريميبور وآخرين (Karimipour et al, 2021) في فاعلية العلاج بالمخطط في خفض الاضطرابات السلوكية والتخريبية، كما تتقاطع نتيجة الدراسة بفاعلية العلاج بالمخطط في التعامل مع العديد من الاضطرابات النفسية مع دراسات هيمماتي سابت وآخرين (Hemmati Sabet et al, 2016) وإيسائي وآخرين (Eesaee et al, 2021) وقدسي خراساني وآخرون (GhodsiKhorasani et al, 2024)، وفيريدوني وشيخان (Fereydooni & Sheykhan, 2024) ودراسة موراده‌اسيلي وفازل (Moradhaseli & Vasel,2020) التي أظهرت جميعها فاعلية العلاج بالمخطط في خفض العدوانية والقلق الاجتماعي والاكتئاب، وتحسين مستوى المرونة النفسية، والشعور بالوحدة، والاستقلال العاطفي لدى عينة من الأطفال والمراهقين المحرومين من الرعاية الوالدية.

فقد لوحظ انخفاضاً ملحوظاً في متوسط درجات المخططات اللا تكيفية المبكرة، حيث انحصرت نسب الكسب لهريدي بين 0.28 و0.59، مع دلالة إحصائية متوسطة في معظم أنواع المخططات، باستثناء مخطط الذات غير النامية أو الانغماس إذ كان التحسن غير دال إحصائياً، ربما لدقة هذا المخطط أو لإمكانية تعقيد تغييره عبر فترة الدراسة، وبشكل عام تعكس تأثيراً إيجابياً ملموساً للبرنامج على إعادة تشكيل أنماط التفكير والمشاعر والسلوك لدى المشاركين، وهذه النتائج تدعم فرضية أن تعديل المخططات اللا تكيفية، وهي أنماط نفسية متجذرة تؤثر سلبًا على جوانب متعددة من الأداء النفسي، يمكن أن يساهم في تحسين الصحة النفسية والسلوكية، بالتزامن مع ذلك، أظهرت الدراسة انخفاضاً مهماً في سلوكيات إيذاء الذات، حيث انحصرت نسب كسب لهريدي بين 0.31 و0.42 مع دلالات إحصائية متوسطة، مما يؤكد أن التحسينات التي طرأت على المخططات اللا تكيفية ساهمت على نحو مباشر في تقليل اللجوء إلى هذه السلوكيات الضارة، ويرجع ذلك إلى أن البرنامج عزز لدى المراهقين القدرة على التعامل مع الألم

النفسي والضغوط الحياتية بطرق أكثر تكيفية وصحية، ما يقلل من الحاجة إلى إيذاء الذات كآلية مواجهة، إذ يُظهر الترابط بين تحسن المخططات اللا تكيفية وخفض سلوكيات إيذاء الذات دعماً قوياً لنظرية العلاج بالمخطط التي تؤكد أن تعديل هذه المخططات المبكرة يؤدي دوراً محورياً في تحسين استجابة الفرد النفسية والسلوكية تجاه التحديات والضغوط النفسية التي يواجهها المراهقون المحرومون من الرعاية الأسرية، وخاصة في البيئات التي تشهد ظروفاً صعبة مثل دور الرعاية البديلة، حيث تساعد هذه الوسائل على بناء نماذج نفسية أكثر تكيفاً وتحقيق استقرار نفسي وسلوكي أفضل.

ومن مراجعة نتائج الجدولين (15، 16) يتبيّن أن البرنامج القائم على العلاج بالمخطط لم يقتصر على تحقيق تحسينات ملحوظة في المخططات اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات لدى أفراد العينة فحسب، بل استطاع أيضاً الحفاظ على هذه التحسينات على مدى فترات المتابعة بعد انتهاء التطبيق الفوري للبرنامج، فقد أظهرت النتائج انخفاضاً ضئيلاً جداً في فاقد الكسب بين القياسين البعدي والتتبعي الأول، إذ بلغت نسب فاقد الكسب 1.29% للمخططات اللا تكيفية المبكرة و2.19% لسلوكيات إيذاء الذات، مما يعكس بقاء أثر التعلم بنسبة عالية جدًا تجاوزت 97%، وهو مؤشر قوي على استمرار الفاعلية التي حققها البرنامج العلاجي، كما أظهرت النتائج ثبات هذه المكتسبات أو حتى تحسّنها الطفيف خلال الفترات المتتالية للقياسين التتبعي الأول والثاني، حيث استقرت نسب فاقد الكسب بأقل من 1% للمخططات اللا تكيفية و2% لسلوكيات إيذاء الذات بين التتبعي الأول والثاني، مع بقاء أثر التعلم مرتفعاً بنسبة .%.97

يفسر هذا الاستقرار الملحوظ والاحتفاظ العالي بأثر التعلم فاعلية البرنامج في تحسين الأوضاع العاطفية والسلوكية العميقة والمبكرة التي تشكّلها وتنشّطها المخططات اللا تكيفية، مما عزّز قدرة المراهقين على التعامل مع الضغوط النفسية والمشاعر المؤلمة باستراتيجيات مواجهة وتعامل أكثر تكيفاً واستمراريةً، فالتغيير الذي أحدثه البرنامج لم يقتصر على تغيرات أو تحسينات سطحية أو مؤقتة، بل عمَّق عملية إعادة تشكيل المخططات والتأثير في نشاطها، مما أدّى إلى استقرار نفسي وسلوكي أفضل ظلَّ واضحاً

حتى بعد انتهاء البرنامج من خلال تحسين الأعراض والسلوكيات السلبية، وتثبيت هذه النتائج للحفاظ على الصحة النفسية للمراهقين في دور الرعاية البديلة التي تعتبر بيئة تحديّة من الناحية النفسية والاجتماعية.

ويمكن تفسير هذه النتائج بتوضيح تأثير البرنامج الفعلي والمستمر في أفراد العينة، إذ تمَّ في المرحلة الأولى من تطبيق البرنامج العلاجي تحديد أكثر الصعوبات النفسية والعوائق التكيفية والمشكلات السلوكية التي يعانون منها من خلال النموذج المفاهيمي الشامل ضمن الجلسات الفردية لتحديد الأصول الطفولية لتطور هذه المخططات، وتسجيل هذه المشكلات والعمل على رصد التغير فيها في جلسات البرنامج العلاجي للتمكّن من رصد التحسن على المستوى الواقعي والحياتي لأفراد العينة التجريبية، فهذه المخططات تتطوّر بمرحلة مبكرة من طفولة الأفراد وتعمل على نحو غير واعٍ لتؤثر في المستويات المعرفية والانفعالية والسلوكية، من خلال التشوهات المعرفية وخلل التنظيم الانفعالي والسلوكيات الاندفاعية، ومن خلال التثقيف النفسي الذي استمر في الجلسات الثلاثة الأولى من البرنامج فكان لا بدّ من مناقشة المشاركين بأصول المخططات وسببها وآلية تأثيرها لتكون قاعدة من الوعي والاستبصار بها، ولأنَّ آثارها تتضح جلية مع بداية مرحلة المراهقة وتحدياتها، وتمّ البحث في العلاقة بين هذه المخططات النشطة وأعراض إيذاء الذات، لتكوين أساس عملي للتدخل، فتمَّ اختيار التقنيات بناء على حاجات أفراد العينة التجريبية ولا سيّما أنَّ أغلب المخططات النشطة لديهم كانت الحرمان الانفعالي والتثبيط الانفعالي والتخلي/الهجر، والسلبية/التشاؤم والخضوع والسعي للاعتراف والموافقة، وكل مخطط من هذه المخططات يرتبط بوظيفة داخلية أو خارجية لإيذاء الذات، ومنها الابتزاز الانفعالي والانتقام من الذات وللآخر، وصراع الاعتمادية الاستقلالية، وصراع الكشف والمقاومة، ومكافحة الانتحار والتفكك، وبناء على التقاطعات بين أعراض المخططات النشطة لدى أفراد العينة التجريبية، ووظائف إيذاء الذات لديهم تمَّ تصميم الجلسات لتحقيق التغير في هذه الأعراض، وتمَّ تطبيق العديد من الفنيات التي تميز أغلبها بتعزيز الحوار والمناقشة والسيناريوهات المتضمنة حوار الكرسيين والحوار السقراطي وإعادة العزو والإسناد المعرفي لتهيئة بنية معرفية مرنة لدى المشاركين، وهذا عزز إعلاء صوت احتياجاتهم والتفكير المنطقي والعقلاني لاختيار

الأبدال التكيفية لسلوكياتهم غير الصحية، فأهم الأعراض النفسية والسلوكية والاجتماعية التي صرّح بها أفراد العينة التجريبية تمثلت بإحساسهم بالعزلة والوحدة وبأنهم مختلفون عن أقرانهم، وإحساسهم بعدم القبول من قبل الآخرين، والخوف من العلاقات مع الآخرين لكونها غير آمنة، وبأنه سوف يتم التخلي عنهم من قبل أقرب الناس إليهم بسبب تخلّي أسرهم الأصلية عنهم، وإحساسهم بعدم الإشباع العاطفي الذي يبحثون عنه في علاقاتهم مع الآخرين، وخوفهم من التجربة والإخفاق في توكيد ذواتهم، ولجوئهم للعديد من السلوكيات التي يتحدون بها المعايير المفروضة عليهم لإثبات أنهم موجودون، وأنَّ تجربة إيذاء الذات التي اختبروها في وقت مسبق كانت مدفوعة بعدد من الدوافع وأهمها عدم قدرتهم على التكيف مع صعوبات الحياة اليومية، وخاصة بسبب القلق من المستقبل ونقص الدعم النفسي أحياناً، والرّغبة بالحصول على مزيد من الاهتمام، وقد شعر العديد منهم بمشاعر مختلطة من الارتياح والإحساس بالذنب.

إنَّ تطبيق الفنيات التي استهدفت معالجة خلل التنظيم الانفعالي مثل التخيل الموجه، والاسترخاء والتنفس العميق، والتعويض المحدود الذي حرص الباحث على تعزيزه على نحو مستمر، خلق مساحة للتعبير الحر عبر التفاعلات والمواجهة التعاطفية بين الباحث والمشاركين وّفرت تجربة تصحيحية للعديد من الأحكام المسبقة والأفكار المشوّهة، بإطار من الأمان والتقبل والتفاعل ودعم الأقران، إذ عبّر العديد من المشاركين عن ارتياحهم للطريقة التي تم التعامل بها معهم وخاصة عبر مساعدتهم على إيجاد طرائق مناسبة للتفريغ الانفعالي وصولاً للتنظيم الانفعالي إذ كانوا يعانون من ضعف في السيطرة عليه، وكان ينعكس على سلوكياتهم بالعديد من ردود الفعل وأصعبها إيذاء الذات، بالإضافة إلى فهمهم أصل المشكلات التي يعانون منها وخاصة التي تمنعهم من التواصل الفعّال مع الآخرين، فالظروف التي أدّت إلى فقدانهم لعائلاتهم لم تكن بإرادتهم، ولكن ما تم تدريبهم عليه اكتشاف نقاط القوّة في ذواتهم التي تجعلهم أكثر ثقة بأنفسهم وأن لكل منهم ما يميزه من غيره، فقد صرّح أحد المشاركين أنَّ الاستسلام للأفكار السلبية لم يكن بسبب ضعفهم وإنما بسبب عدم وعيهم بها، الأمر الذين جعلهم أكثر ثقة وقوة وفعالية وخاصة في علاقاتهم مع مقدّمي الرعاية واكتشاف أنهم أناس تركوا عائلاتهم ليقدّموا لهم الرّعاية والاحتواء والعاطفة التي يحتاجونها، ما

دفعهم ليكونوا أكثر انفتاحاً تجاه الآخرين وعدم الخوف من أحكام الآخرين وردود أفعالهم تجاههم، وكوّنوا صورة إيجابية قوية عن ذواتهم القوّية ورغم كل الظروف والضغوط التي مرّوا بها استطاعوا إيجاد أساليب تكيفية وصحية أكثر وضوحاً وفعالية في النظر إلى ذواتهم وتحسّن صحتهم النفسية وتكيّفهم الاجتماعي، فقد ساعدهم البرنامج العلاجي على إعادة هيكلة أفكارهم وترتيبها ونظرتهم للأحداث الحياتية والتواصل على نحو فعّال مع ذواتهم ومع الآخرين، مع وضع أهداف ومعايير حياتية قادرين على الالتزام بها وتطبيقها لتحسين شعورهم بالإنجاز.

ب- تفسير سؤال الدراسة الثالث:

من خلال مراجعة نتائج الرسم البياني رقم (1) تبرز أهمية الفنيّات العلاجية التي تم تطبيقها ضمن البرنامج وفاعليتها حسب رأي المشاركين، حيث أنَّ تقنية حوار الكرسيين ساهمت في التعامل مع أعراض مخططات الخزي/العار، إذ أتاحت للمشاركين التعبير عن مشاعرهم المكبوتة بطريقة صحية، وعززت التواصل الفعّال مع الذات والآخرين، كما ساعدت فنيّات إعادة الهيكلة المعرفية وإعادة العزو المعرفي والحوار السقراطي، سواء منفردة أو من خلال لعب الأدوار، المشاركين على إعادة تفسير تجاربهم السلبية وتقليل مشاعر الفشل والتثبيط أو الكبت، وتحفيز استبدال السلوكيات الضارة بأنماط أكثر تكيفاً، وبدورها، ساهمت فنيّات الاسترخاء التدريجي والتنفس العميق في تحسين التنظيم الانفعالي والقدرة على ضبط المشاعر والتعامل مع الحالة الفيزيولوجية المستثارة بهدوء ووعي، فيما وفرت العلاقة العلاجية الداعمة والتعويض المحدود، مع المواجهة التعاطفية، بيئة آمنة للتعبير والانفتاح دون خوف من الرفض أو الهجر، إذ عبر أغلب المشاركين عن أهمية هذه العلاقة في تعزيز إحساسهم بالتقبّل والقدرة على التغيير.

وخلال الجلسات، أتيح للمشاركين استكشاف هويتهم ومشاعرهم بعيداً عن الأحكام المسبقة، ما ساعدهم على بناء صورة جديدة للذات مبنية على التقدير والاعتراف بالصعوبات، مع التركيز على المواجهة الفعّالة بدلاً من التهرب أو الاستسلام، والتقنيات الأكثر فاعلية حسب إقرار المشاركين في البرنامج:

1ـ كرسيا الحوار (حوارات المخططات): يرجع السبب في فاعلية تقنية "حوار الكرسيين" لدى عينة الدراسة التجريبية إلى طبيعة خبراتهم المبكرة التي تتسم غالباً بالفقدان والحرمان الانفعالي، وهذا يؤدي إلى تشكل صعوبات في التعبير عن المشاعر والأمان المرتبط به، لا سيّما أنَّ مرحلة المراهقة بحد ذاتها تتسم بالحساسية الشديدة تجاه العلاقات مع الآخرين والانتماء إلى المجموعة، مع وجود اندفاعية وصعوبة في ضبط الانفعالات، وكل ذلك يتفاقم في بيئة دور الرعاية التي تفتقر إلى الاستمرارية والدعم العاطفي الكافي، وفي هذا السياق، تبرز هذه التقنية أداةً فعالة لأنها تتيح للمراهقين التعبير عن صراعاتهم الداخلية بشكل ملموس وتشاركي، وتساعدهم على مواجهة مشاعرهم ومعتقداتهم السلبية، مما يعزز الوعي الذاتي ويوفر لهم خبرة عاطفية تصحيحية تعوض جزئياً عن نقص الدعم الأسري، إضافة إلى الطبيعة التفاعلية والحركية للتقنية تتناسب مع احتياجات المراهقين الذين يميلون للملل أو يجدون صعوبة في الحديث التقليدي.

2ـ لعب الدوّر: يعدّ من أكثر التقنيات فاعلية في البرنامج العلاجي الحالي بتقييم أفراد العينة التجريبية، وذلك لأسباب تتعلق بخصائصهم، وطبيعة مرحلة المراهقة، والبيئة التي يعيشون فيها، إذ توّفر لهم تقنية لعب الدور فرصة واقعية لمحاكاة المواقف والصراعات الداخلية التي يختبرونها عملياً وتفاعلياً ، وهذا يساعدهم على استكشاف مشاعرهم وأفكارهم بطريقة آمنة وغير مباشرة، ويعزز من قدرتهم على فهم المخططات اللا تكيفية وتحسينها التي ترتبط بشكل أو آخر بسلوكيات إيذاء الذات، كما أن السيناريوهات الملائمة التي تم استخدامها وتوظيفها على نحو يتناسب مع احتياجاتهم؛ والمتعلقة بأوضاع الوالدين والطفل غير الوظيفية سمحت لهم بإعادة تجربة المواقف الصعبة وتحويلها إلى تجارب تصحيحية، وعموماً هذه التقنية تتناسب مع حاجة المراهقين إلى التعبير الحركي والوجداني، وتوفر لهم بديلاً فعالاً لتحرير المشاعر ومشاركتها مع الأقران ضمن بيئة تفاعلية داعمة.

3ـ وصف الصور وإعادة صياغة التصوّرات: فحسب أفراد العينة سمحت هذه التقنية لهم بإعادة النظر في التصورات السلبية المرتبطة بظروفهم الحياتية الحالية، والخبرات الصادمة الطفولية، بطريقة آمنة ومنظمة، حيث يتم استحضار الصور الذهنية المرتبطة بالمشاعر والأحداث المؤلمة ثم إعادة صياغتها أو

تعديلها، ما يساعد على تخفيف شدة المشاعر السلبية المرتبطة بها، وهذه العملية تعزز استبصار المراهقين وتسمح لهم بفهم أعمق لتجاربهم الداخلية، وتساعدهم على استبدال بالتصورات السلبية أخرى أكثر إيجابية وتكيفاً، حسيّة أو متخيّلة، كما توَّفر فرصة للتعبير غير اللفظي، وهو أمر مهم في بيئة دور الرعاية التي قد تفتقر إلى الدعم العاطفي الكافي، حيث يجد المراهقون صعوبة في التعبير بالكلمات عن مشاعرهم، مما يسهم في تحسين المخططات اللا تكيفية التي تؤدي إلى سلوكيات إيذاء الذات، كما أن طبيعة المراهقة التي تتميز بحساسية عالية تجاه الصور الذهنية والتمثيلات الداخلية تجعل هذه التقنية مناسبة جداً.

4ـ إعادة الإسناد/العزو المعرفي: أشار أفراد المجموعة التجريبية إلى أهمية هذه التقنية وخاصة في تشاركها مع الحوار السقراطي، لأنها ساعدتهم على إعادة تفسير المعتقدات الخاطئة أو غير الواضحة والمخططات اللا تكيفية التي تشكلت نتيجة معاناتهم السابقة، فتقنية إعادة الإسناد المعرفي بالتشارك مع الحوار السقراطي تتيح لهم فرصة نقدية ومنهجية لمراجعة أفكارهم السلبية من خلال حوار موجه وطرح أسئلة موجهة تدفعهم لإعادة تقييم صحة هذه الأفكار ومدى ملاءمتها للواقع، ما يقلل قوة المخططات السلبية من خلال استكشاف الأدلة الواقعية وتعديل التفسيرات الخاطئة، ويعزز وعيهم الذاتي ويقلل من سلوكيات إيذاء الذات ويعكس رغبتهم لفهم أعمق لأنفسهم وتجاربهم.

5ـ الأنشطة التفاعلية الجماعية مع المناقشة والحوار: أظهر أفراد العينة التجريبية اهتماماً واضحاً بهذه الأنشطة التي تحفزهم إلى التفاعل والتفكير، فالعديد منهم شارك خبراته في نقص الدعم الانفعالي والاستقرار الأسري، وما يرتبط بها من الشعور بالعزلة، والنقص، والتخلّي، التي تعكس حالة المخططات النشطة لديهم، ومن هذا المنطلق وفّرت الأنشطة الجماعية التفاعلية بيئة آمنة وداعمة تسمح لهم بالتعبير عن مشاعرهم وتجاربهم، وتعزز الشعور بالانتماء والتواصل الاجتماعي، وهو أمر حيوي في هذه المرحلة العمرية التي تتسم بالحاجة إلى التقبل والهوية الاجتماعية، وترافق هذه الأنشطة بالحوار والمناقشة داخل المجموعة أتاح الفرصة لتبادل الخبرات، وتعزيز الشعور بالانتماء، وممارسة مهارات التكيف الاجتماعي مثل التواصل، والتعاطف، وحل المشكلات، التي عززت الشعور بالتمكين الذاتي والثقة بالنفس، وقللت

مشاعر الوحدة والانعزال التي قد تتفاقم في بيئة دور الرعاية البديلة، وهذه النتائج تتفق مع نتيجة دراسة أنديشه التي أكّدت أن العلاج بالمخطط في الجماعي التفاعلي يعزز المرونة النفسية ويقلل الاندماج السلبي لدى المراهقين المعرضين لصدمات نفسية. (Andisheh, at el, 2024)

6ـ تقنية التعويض المحدود (Limited Reparenting) ظهرت فاعلية هذه التقنية لأنها تعالج جوهر المخططات اللا تكيفية المبكرة التي نشأت نتيجة عدم تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية في الطفولة، فالمراهقون الأيتام يعانون في الأغلب من فقدان الأمان والاستقرار العاطفي، ونقص الحنان والرعاية التي تفتقدها بيئة دور الرعاية، وهذا يرسّخ لديهم أوضاعاً سلبية من المخططات مثل الشعور بالهجر، والعجز، والخوف من الرفض، وتوّفر تقنية التعويض المحدود تجربة تصحيحية من خلال علاقة علاجية آمنة ومحتوية، حيث يقوم المعالج بدور "الأب أو الأم" الجزئي، فيمنح المراهقين الحنان، الحماية، والحدود الصحية التي لم يحصلوا عليها سابقاً، مع الحفاظ على إطار مهني واضح، هذه العلاقة تساعد على تهدئة "الطفل الضعيف أو الغاضب" داخلهم، وتعديل إستراتيجيات التكيف السلبية مثل التجنب أو التعويض المفرط، كما تعزز قدرتهم على تنظيم مشاعرهم على نحو أفضل. والتعويض المحدود يُمكن المراهقين من تجربة علاقة آمنة تُلبي احتياجاتهم العاطفية ، ويسهم في خفض سلوكيات إيذاء الذات وتحسين المخططات اللا تكيفية عبر تعزيز شعورهم بالأمان والاعتماد على الذات على نحو متوازن.

يمكن تفسير ضعف فاعلية تقنيات أخرى تمَّ تطبيقها ضمن جلسات البرنامج مثل التخيل الموجه، وكتابة الرسائل، ويوميات المخطط وسجل البيانات الإيجابية، مقارنة بتقنيات مثل حوار الكرسي، ولعب الأدوار، وصف الصور، وإعادة العزو المعرفي والحوار السقراطي، والأنشطة التفاعلية يعود إلى عوامل أهمّها:

- **خصائص أفراد العينة:** يعاني المراهقون في الأغلب ضمن دور الرعاية البديلة، وأفراد المجموعة التجريبية بالتحديد، من صعوبات عاطفية تواصلية عميقة مرتبطة بمعاناتهم المبكرة، مما يجعلهم أقل قدرة على الانخراط في تقنيات تتطلب مستوى عالياً من التأمل الذاتي، والقدرة على التعبير عن المشاعر والأفكار لفظياً أو كتابياً، أو المواظبة على الالتزام بتحديث أحداث حياتهم اليومية لوقت

أطول، كما في التخيل الموجه وكتابة الرسائل واليوميات، ولأنَّ مرحلة المراهقة تتميز باندفاعية وحساسية عاطفية مفرطة، مع حاجة ملحَّة للتفاعل الاجتماعي المباشر والتجارب الحركية التفاعلية، نجد التقنيات التفاعلية مثل لعب الأدوار وحوار الكرسيين أكثر ملاءمة لأنها توفر تجربة مباشرة وحيوية تساعدهم على التعبير عن صراعاتهم بطريقة ملموسة وعملية.

- **طبيعة التقنيات:** التقنيات التي تعتمد على التفاعل الحي المباشر بين أفراد المجموعة والمعالج، وإعادة التمثيل للأفكار والمواقف دون المواجهة القاسية كانت فعالة في تحسين المخططات اللا تكيفية بفعالية أكبر، لأنها تدمج بين الجانب العاطفي والمعرفي والسلوكي، بينما التقنيات الأخرى قد تكون أكثر تجريداً وصعوبة في التطبيق مع هذه الفئة التي تحتاج إلى دعم ملموس وتوجيه مباشر.
- **الحياة في دور الرعاية البديلة:** تفتقر هذه المؤسسات في الأغلب إلى الاستقرار والاحتواء العاطفي والدعم الأسري المستمر، بسبب الهيكلية التنظيمية القائمة على تقديم الرعاية كوظيفة، والحرص على سلامة الأطفال وأمنهم، أكثر من التركيز على طبيعة التفاعل بين مقدّمي وأخصائيي الرّعاية مع الأطفال، مما يجعل حاجة أفراد العينة التجريبية إلى تواصل جماعي ومشاركة تجاربهم مع أقرانهم في بيئة داعمة أمراً أساسياً، وهو ما توفره الأنشطة الجماعية والمناقشات التفاعلية أكثر من التقنيات الفردية التأملية.
- **العلاقة العلاجية:** وفَّر البرنامج القائم على العلاج بالمخطط علاقة علاجية مستقرة ومتعاونة تعوض الاحتياجات العاطفية غير الملباة لأفراد العينة، من خلال بناء علاقة قائمة على التعاطف والأمان والتقبّل وعدم الحكم أو الشروط المسبقة وخارج حدود الشعور بالاختلاف أو الوصم، الأمر الذي سمح بمواجهة المخططات اللا التكيفية بلطف دون إثارة الرفض أو المخاوف أو المشاعر السلبية، مما سهَّل الاستبصار الذاتي والتأمل في أنماطهم السلوكية، وهذا الدعم العاطفي المستمر ساعدهم على تطوير تنظيم انفعالي أفضل، وتواصل فعال مع ذواتهم والآخر، وقلل من السلوكيات المتهوّرة، وعزّز من تعلّم طرائق صحية للتفاعل مع الذات والآخرين.

ت- تفسير الفرضيات المتعلقة بالمخططات اللا تكيفية المبكرة:

يتضَّح من نتائج الجداول (17، 18) أنَّ البرنامج القائم على العلاج بالمخطط قد أسهم في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين الأيتام، وأظهرت النتائج أنَّ أفراد المجموعة التجريبية استفادوا بشكل ملحوظ من جلسات البرنامج في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة لديهم لتكون أكثر صحيّة وتكيفاً، واستمرار هذا التحسّن بعد عدّة أشهر من انتهاء البرنامج، فقد أظهرت نتائجهم في القياس القبلي ارتفاعاً ملحوظاً في جميع المخططات مع ارتفاع ملحوظ في مخططات الحرمان الانفعالي، والتخلّي/الهجر، والخزي/العار، والإخفاق/الفشل، والتضحية بالنفس، والتثبيط الانفعالي، والسلبية والتشاؤم مقارنة بالمخططات اللا تكيفية الأخرى، وقد أثبت البرنامج العلاجي فاعليته في خفض تنشيط هذه المخططات على نحوٍ دال من خلال رصد نتائجهم في القياس البعدي، وتتفق هذه النتيجة مع ما توّصلت إليه نتائج دراسة جعفري وآخرين (Jafari et al, 2014) التي أكدت أنَّ التدخلات القائمة على العلاج بالمخطط يمكن أن تخفف على نحوٍ كبير أغلب المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى المراهقين، ودراسة جيفري وآخرين (Jeffrey et al, 2016) التي أكدت فاعلية العلاج الجماعي بالمخطط في إحداث تغييرات في عدد من الأوضاع المختلّة غير الوظيفية والمخططات النشطة لدى المراهقين، ودراسة غاديري وكالانتاري وميهرابي (Ghaderi, kalantari & Mehrabi, 2016) التي أكدت أن العلاج بالمخطط يحَّسن كثيراً جميع المخططات اللا تكيّفية المبكرة على نحوٍ دال، ودراسة أفهان وغوفاتي وياغوبي (Ahvan, Ghovati, Yaghobi, 2018) التي أكدت أنَّ التدريب الجماعي على العلاج بالمخطط له تأثير إيجابي في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وزيادة التنظيم الانفعالي لدى المراهقين، كما أكدت دراسة أبوبكر (2023) فاعلية برنامج العلاج بالمخططات في تعديل بعض المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة لذوات اضطراب الشخصية التجنبية، وأكدت علي والسرسي (2021) فاعلية العلاج القائم على المخطط في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة التي تؤدي إلى الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنَّ الفنيَّات المطبقّة في البرنامج ساعدت على إحداث تغير هام ودال في مخططات مجال الانفصال والرفض المتضمن مخططات التخلي والحرمان الانفعالي والإحساس بالعار والخزي والعزلة الاجتماعية، وذلك من خلال تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية والعزو/الإسناد المعرفي التي طُبِّقَت في العديد من الجلسات، غيّرت من طريقة التفكير السلبية لدى المشاركين لتكون أكثر إيجابية من خلال تحديد الأفكار غير المنطقية والتشوّهات المعرفية لديهم، ومساعدتهم تعرّفها والوعي بها والاستبصار بآثارها في ردود فعلهم السلوكية، فقد اعتادوا خلال مراحل حياتهم السابقة تفسير الأحداث الحياتية اليومية سلبيّاً وربطها بظروف الحرمان التي اختبروها خلال طفولتهم، وتجاهل مصادر الدّعم والرعاية المحاطين بها خلال ظروف حياتهم الحالية، وتركيزهم على مشاعر التخلي والحرمان الانفعالي جعلتهم يصرفون النظر عن الخبرات الإيجابية التي يقدّمها لهم المحيط (Young, Klosko & Weishaar, 2006, 8-9)، لذا تمَّ التركيز في الجلسات الأولى على تثقيف أفراد المجموعة التجريبية بهذه المخططات وأصولها وتعريفها ومناقشتهم في آثارها، ثم بناء الأدلة العلمية لأفكارهم الخاطئة وسلوكياتهم اللا تكيفية عبر المناقشات المفتوحة والأنشطة التفاعلية التي سعت إلى طرح أبدال أكثر صحّة وإيجابية لتغيير هذه المخططات، كما تضمنت الجلسة الخامسة شرحاً وتوضيحاً لإستراتيجيات التعامل والمواجهة التي يبديها الشخص كاستجابة للمخططات النشطة، وتعريف المشاركين بأوضاع التعامل أو المواجهة مع المخططات وهي الاستسلام، والتجنب، والتعويض المفرط، والعمل على تعديل الأفكار والمشاعر المرتبطة مع أوضاع التعامل الناتجة عن المخططات، واستبدالها بأفكار ومشاعر تكيفية، وذلك من خلال تدريب المشاركين على تقنيات تهدئة الانفعالات االسلبية المرتبطة بالأوضاع اللا تكيفية المرتبطة بالمخططات، ويشير يونغ وآخرون (Young et al., 2003) إلى أنَّ استراتيجيات التعامل أو المواجهة غير الوظيفية تتطور كرد فعل للمخططات اللا تكيفية المبكرة، وتؤدي إلى استمرار المشكلات النفسية والسلوكية، لذا؛ يعمل العلاج بالمخطط على كسر الدائرة المغلقة بين المخطط واستراتيجية المواجهة غير الوظيفية، من خلال تعزيز الوعي بالمخطط وتحدي المعتقدات الجوهرية المرتبطة به، وتعلم استجابات جديدة أكثر فاعلية، باستخدام

تقنيات معرفية وسلوكية وتجريبية فعّالة تساعد الأفراد على تطوير طرائق تعامل أكثر تكيفاً وصحة، الأمر الذي يرتبط بتحسن ملحوظ في الأداء النفسي والاجتماعي، خاصة لدى الأفراد المعرضين لصعوبات التنظيم الانفعالي.

ثمَّ تمَّ استهداف المخططات النشطة لدى المشاركين عبر الجلسات (6-7-8-9-10-11- 12-13) بشرح وتفسير علاقة هذه المخططات بسلوكياتهم وأفكارهم ومحاولة كسر النمط السلوكي لهذه المخططات من خلال العديد من التقنيات، وساعدت تقنية كرسيي الحوار (حوار المخططات) على الوعي بتأثير المخططات النشطة في أسلوب تعاملهم مع أحداث حياتهم، وكان الجانب الصحّي الذي مثّله الباحث خلال العديد من جلسات البرنامج يهدف لتقديم الحالة الصحية لطريقة تفسير الاحداث الحياتية والضغوط بطريقة أكثر واقعية ومنطقية، لينتقل هذا الدور لاحقاً لأفراد المجموعة التجريبية الذين استطاعوا عبر هذه التقنية ضمن فنيات تفاعلية مثل لعب الدور تقمّص دور الطفل السعيد بدلاً من المستسلم أو المتجنّب ومواجهة محاولات الاستسلام للمخطط وتجنبه الذي اعتادوا عليه، وتعزيز مناقشة هذه الحوارات بصوت مرتفع في جو تفاعلي مفتوح، ما انعكس على نحو فعَّال على إعادة ترتيب أفكارهم عبر دعم الباحث لهم ودعم الأقران لبعضهم البعض وتقديم نماذج إيجابية فيما بينهم. وكل هذه الإجراءات ساعدتهم على الاستبصار بآلية تفكيرهم السلبية، وتحديد الأفكار التي تدفعهم إلى السلوكيات المتهورة أو فقدان السيطرة على المشاعر، والعمل على استبدالها من خلال الحوار السقراطي والمناقشة والتعزيز المستمر ضمن الجلسات، وهذه الرؤية الجماعية لفاعلية العلاج بالمخطط تتفق مع دراسة غاديري وكالانتاري وميهرابي (2016) التي أكدت أهمية العلاج الجماعي بالمخطط والتفاعل ضمن جلساته في الحد من أعراض التجنب والقلق الاجتماعي والتقييم السلبي للذات، وتحسين معظم المخططات اللا تكيفية المبكرة عبر تطبيق التقنيات المعرفية والتجريبية والسلوكية التي يتم تنفيذها وفق بروتوكول تفاعلي يزيد من التقبَّل ويوّفر فرص التغيير والنمذجة الإيجابية.

كما استهدف البرنامج العلاجي إعادة رسم حدود الشخص مع الآخرين باستبدال حدود منفتحة نحو الذات والآخرين بالحدود المعطَّلة من خلال العمل على تخفيف مشاعر الخضوع والاعتمادية لدى المشاركين الذين عبّروا عنها بعجزهم عن مواجهة الظروف القاسية، ومحاولتهم أحياناً كبت انفعالاتهم وقمع المشاعر وتجنب التجارب العاطفية واختبارها كما يجب، بالإضافة إلى إحساسهم بالإخفاق، فقد عبّر المشاركون في بداية البرنامج عن عدم قدرتهم على تحقيق النجاح والإنجاز الذي يأملونه، لذلك تم التركيز على آليات التنظيم الانفعالي وتعليم المشاركين تسمية مشاعرهم وتعرّفها وتركيز الانتباه عليها بالقدر المطلوب منها، إذ تمَّ العمل على مواجهة المشاعر السلبية المرتبطة بظروف حياتهم المبكرة بدلاً من تجاهلها وكبتها ما جعلهم يدخلون في دائرة معيبة من القلق والتثبيط الانفعالي، لذلك ركّز البرنامج على تعزيز الروح الجماعية في تطبيق الفنيات وإحساسهم بالتشاركية الذي عزّز الدعم الاجتماعي وقلل من مشاعر الإحباط والعزلة الاجتماعية، والبحث عن الأشخاص المهمين في حياتهم بكتابة رسائل الامتنان إلى شخص من اختيارهم كالمعالج أو أحد المشاركين ثمَّ الانتقال إلى بيئتهم الواقعية لكتابة رسائل لهم تتضمن مشاعرهم الحالية ورغبتهم في مشاركتها مع شخص موثوق، وكان هذا الأمر بمنزلة مساحة آمنة وخاصّة خفّفت من شعورهم بالوحدة والعزلة والتثبيط الانفعالي، كما تم استهداف مخططات ضعف الاستقلالية الذاتية والأداء عبر مجموعة تقنيات وقد ساعدت تقنية التعويض المحدود على فهم حدودهم في علاقتهم مع غيرهم ومع ذواتهم على نحو تعاطفي والبحث عن أساليب للتكيف مع الذات والآخرين، كما ساعدت قائمة أنشطة الرعاية الذاتية على تحديد مساحات الترفيه والإنجاز التي يشعرون فيها بالارتياح ويسمح لهم بمشاركتها مع الناس الذي يثقون بهم، وتدوين جميع التجارب الحياتية التي يفخرون بها عبر يوميات المخطط الإيجابية، وتوجيههم لتركيز انتباههم على ما يحققونه من تغير وتحسن مهما بدا بسيطاً، الأمر الذي عزَّز شعورهم بالإنجاز ومواجهة شعور الإخفاق بالكثير من التجارب الإيجابية التي أثنى على أهميتها الباحث خلال جلسات البرنامج من خلال دوره كشخص داعم وموثوق وكشخصية انتقالية للأب الذي حرمتهم الظروف منه، وخلال النصف الثاني من تطبيق جلسات البرنامج تم تشجيع المشاركين على تحويل هذه المشاعر

المرتبطة بهم وبالأقران إلى الأشخاص المتواجدين ضمن بيئتهم الحياتية، وقد أدّى تواجد مقدّمي الرّعاية خلال جلستين من البرنامج إلى تمكين دورهم في تقديم الرعاية والاحتواء للمشاركين على نحو واعٍ وإيجابي وساعدهم على تحسين مخططات التوجهات نحو الآخرين وإخراج الذات من عزلتها والعمل على توكيدها وإثبات فعاليتها في علاقتها مع الآخرين فالأمر لا يتطلّب تضحية بالذات من أجل الآخرين بل أن يكونوا أطرافاً ممتنة وفاعلة وواعية في علاقاتهم مع الآخرين ومواجهة جميع العوائق التي تقف بوجه استدامة هذه العلاقات الإيجابية مع الذات والآخرين، وهنا يكون السعي ليس للاعتراف والتقبل من الآخرين بقدر ما هو تقدير للذات في محاولتها لإيجاد الحلول والتكيف مع متغيرات الحياة اليومية باختلاف شدّتها وتأثيرها عليهم، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصّلت إليه دراسة دانيشماندي وآخرون (Daneshmandi et al, 2019) من فاعلية العلاج بالمخطط المرتكز على المشاعر في تحسين التنظيم الانفعالي وتخفيف السلوكيات الاندفاعية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي، ودراسة موراد هاسيلي وفازل (Moradhaseli & Vasel,2020) التي أكّدت فاعلية العلاج بالمخطط في تحسين مخطط العزلة الاجتماعية وانعكاسها على جودة التفاعل لدى الأفراد الذين تعرّضوا لسوء المعاملة والإهمال في طفولتهم.

وأكد يونغ وزملاءه (2003) وارنتز وفان جيندرين (Arntz & van Genderen ,2009) وفاريل وآخرون (Farrell et al., 2014) أنَّ التقنيات التجريبية والعاطفية ضمن العلاج بالمخطط تؤدّي دوراً محورياً في إعادة بناء المخططات اللا تكيفية، خصوصاً لدى الفئات المعرّضة لسلوكيات إيذاء الذات، عبر معالجة الجذور الانفعالية العميقة وتعلم أنماط جديدة أكثر صحة، فالتقنيات التجريبية، مثل تمارين كرسيي الحوار، والتخيل الموجه، تتيح إعادة معالجة الخبرات المؤلمة المرتبطة بالمخططات اللا تكيفية المبكرة، مما يؤدي إلى تعديل الاستجابات الانفعالية والسلوكية المرتبطة بها، كما أنَّ دمج التقنيات العاطفية والسلوكية في العلاج بالمخطط يُعد ضرورياً لتجاوز المقاومة المعرفية والوصول إلى الجذور الانفعالية العميقة للمخططات، إذ تُسهم هذه التقنيات في إعادة بناء التصورات الذاتية والعلاقات مع الآخرين، ما يسرّع من عملية التغيير العلاجي، ويُحسن من قدرة المراهقين على تنظيم انفعالاتهم، ويقلل من شدة المخططات اللا

تكيفية لديهم، كما أنَّ التقنيات السلوكية، مثل الواجبات المنزلية وتدريب المهارات، تسهم في ترسيخ أنماط سلوكية جديدة تتعارض مع المخططات اللا التكيفية، وتدعم بناء استجابات أكثر صحة ومرونة في مواجهة الضغوط، وجميع هذه التقنيات كان هدفها النهائي تطوير حوار ذاتي إيجابي يمكّن المشاركين من الوعي والاستبصار بأصول سلوكياتهم واستبدال أفكار إيجابية بها قائمة على التدريب اليومي المدعم بالأفكار الإيجابية وتعزيز الوعي بالمقدرات الفردية ونقاط القوة والمعايير المقبولة في الحكم على التصرفات والسلوكيات لإخراجهم من دائرة الحذر والخوف والتثبيط إلى الانفتاح نحو الذات والآخرين وتكوين توّجهات إيجابية نحو ذاتهم في محاولتهم للتكيف وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة جيفري وآخرين (Jeffrey et al, 2016) وزماني وآخرين (Zamani et al, 2021) اللتين أكدتا فاعلية العلاج بالمخطط في تحسين جودة حياة المراهقين وخفض الأعراض السلوكية المرتبطة بالاضطرابات النفسية وزيادة الأوضاع الصحية التكيفية للمخططات بدلاً الأوضاع غير الوظيفية للمخططات، وقد أظهرت نتائج دراسة مورادهاسيلي وفازل (Moradhaseli & Vasel, 2020) فعالية العلاج بالمخطط في تحسين مستوى المرونة النفسية وخفض الشعور بالوحدة وتمكين الاستقلال العاطفي وزيادة التفاعل، وتقليل الوحدة، وتحسين الاستقرر العاطفي لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.

وبالنسبة إلى قدرة المشاركين على الحفاظ على النتائج التي حققوها ضمن البرنامج في التطبيقين التتبعي الأول والتتبعي الثاني الموّضحة في نتائج الجداول (21، 22، 25، 26)، يمكن تفسيرها بتسلسل جلسات البرنامج والتدرّج في تحقيق الأهداف من السطح إلى العمق (من الخارج إلى الداخل) في تحقيق هذه النتائج والحفاظ عليها على نحو طويل المدى، لأن الهدف كان بناء أنماط معرفية وانفعالية وسلوكية جديدة مستقرة في شخصياتهم وليس معالجة الأعراض فحسب، من خلال تطبيق الجلسات بشكل متسلسل ومتدرج لتتناسب مع احتياجات المشاركين النفسية والمعرفية والانفعالية وخصوصية المرحلة العمرية والبيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، مع التركيز على الوعي بالمخططات اللا تكيفية المبكرة التي تطوّرت خلال تفاعلاتهم الأسرية المبكرة، والعمل على تحديدها وتفسير آثارها وتعديلها على نحو عملي وفعّال،

فديناميكيات التفاعل ضمن أسرة الطفل هي ديناميكيات العالم المبكر لهذا الطفل بأكمله من وجهة نظره، وعندما يجد المرضى البالغون أنفسهم في مواقف حياتية تسهم في تنشيط مخططاتهم المبكرة، فإن ما يمرون به عادة هو تمثيل لخبرات طفولتهم القاسية في تفاعلاتهم مع أحد الوالدين أو إعادة استحضار واقعي له (May et al, 2022, P1163)، وقد بدأت الجلسات الأولى بتهيئة البيئة العلاجية الآمنة وتعزيز التقبّل غير المشروط والأنشطة التفاعلية التي عززت التواصل والتفاعل ضمن الجلسة، وكانت خطوة هامة جداً لبناء الثقة مع المشاركين الذين يعانون من مشاعر عدم الأمان أو التخلي وتشجيعهم على التعبير الحر عن مشاعرهم وأفكارهم، وانطلاقاً من أهمية التدريب الانفعالي (Emotional Coaching)، وهو جوهر الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وتثقيف المراهق حول مشكلاته ومصادر قلقه (Leahy, 2018, 71-73) تم التركيز على التثقيف النفسي حول مرحلة المراهقة والمخططات اللا تكيفية المبكرة التي كانت مرحلة جوهرية في تعريف المشاركين بمصادر قلقهم ومشكلاتهم، مع استخدام تدريبات الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك، بالإضافة إلى تطبيق مجموعة من التقنيات مثل تطبيق تقنية إعادة وصف الصور والتخيل الموّجه، التي ساعدت المراهقين على تحديد المخططات السائدة، ما مكّن المشاركين من إدراك العلاقة بين تجاربهم ومخططاتهم السلبية النشطة، وأهمية كسر دائرة التفكير السلبي، وفي الجلسة الرابعة، تم تنفيذ جلسات فردية لصياغة تصور مفاهيمي خاص بكل حالة فردية للمشاركين عبر المواجهة التعاطفية والإصغاء الفعّال وإتاحة الفرصة للتعويض والإصلاح المحدود، ما أتاح للمشاركين استكشاف جذور مخططاتهم في الطفولة بعمق أكبر وأتاح للباحث تحديد أهدافه من البرنامج العلاجي على نحو موائم لكل مشارك على حدة، وهذه خطوة هامة وجوهرية توّضح أهمية تحليل الحالة الفردية، واستكشاف جذور المخططات، وتعقيد تصور الحالة العلاجية عند وجود مخططات متعددة، وهو ما يتطلب جلسات فردية عميقة وتحليل دقيق للتاريخ الشخصي والاستراتيجيات الفردية في المواجهة (Jacob & Arntz, 2014, 5-6) ، ومع التقدم في البرنامج، ركزت الجلسات الخامسة حتى التاسعة على مواجهة المخططات اللا تكيفية وتحديها من خلال تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية لأنماط التفكير السلبية، وتمارين المواجهة

التعاطفية مع الذات والآخرين لضمان الانتقال السلس من حالة المواجهة السلوكية المندفعة إلى حالة الوعي والاستبصار بأصول هذه السلوكيات وإعادة العزو/الإسناد المعرفي التي وضّحت لهم أن سبب المشكلة تطور الأفكار ضمن ظروف وسياق غير صحي لا هم كأشخاص، وتقنيات الحوار السقراطي وتمثيل الأدوار القائم على مناقشة سيناريوهات ذات صلة بظروفهم الاستثنائية والعمل على التحدث عنها ضمن حوار مفتوح مع تعزيزهم باستمرار، ما زاد من قدرة المشاركين على إعادة تفسير تجاربهم المؤلمة وتبني استجابات أكثر مرونة وصحة، خاصة تجاه مخططات مثل الاعتمادية، والإخفاق/الفشل، وعدم كفاية الضبط الذاتي وغيرها، في الجلسات (10 – 14) تم التركيز على بناء إستراتيجيات جديدة للتكيف واستبدل باستراتيجيات التعامل والمواجهة المختلة غير الوظيفية استراتيجيات التعامل والمواجهة الصحية التكيفية من خلال كسر النمط السلوكي بين مخططاتهم وخلل تنظيمهم الانفعالي وردود فعلهم السلوكية، عبر التدريب على حل المشكلات، وتعلم مهارات التواصل الفعّال، وإدارة المشاعر والتحكم بها وعدم كبتها، (Thimm, 2010, P175-378) وهذه الأهداف تمَّ تنفيذها ضمن علاقة علاجية يتوفر فيها الاحتواء والتقبّل والدّعم العاطفي باستخدام تقنية التعويض المحدود التي حرص الباحث على تطبيقها باستمرار في حواراته ومناقشاته مع المشاركين، إذ توفر هذه التقنية ضمان الإشباع المؤقت لاحتياجاتهم غير الملباة، وتحفيزهم إلى المشاركة والتحسّن (Sojta & Strzelecki, 2023, P13) ، الأمر الذي عزز لدى المشاركين الشعور بالكفاءة الذاتية والقدرة على مواجهة مواقف الحياة دون الرجوع إلى أنماطهم القديمة، أما الجلسات (15 – 19)، فقد خصصت لتعزيز المكتسبات التي تم تحقيقها ضمن البرنامج وخاصة ما يتعلق بتهدئة المخططات النشطة وتعزيز التنظيم الانفعالي وتعزيز التفكير الإيجابي وتوجيه الانتباه إلى التغيرات الإيجابية في حياتهم وتفكيرهم وسلوكياتهم عبر التواصل الفعال مع مصادر الدعم وممارسة أنشطة التهدئة الذاتية المفضلة لديهم، ثم متابعة التقدم، وتدعيم التغيير والتحسن من خلال مراجعة النجاحات أو الإنجازات البسيطة التي يحرص المشاركون على تحقيقها، بالإضافة إلى تقديم الدعم المستمر من قبل الباحث الذي حرص على طرح نفسه وعلاقته مع المشاركين كشخصية انتقالية تمثل صورة البالغ

الصحي السليم القادرعلى تقديم التوجيه والإرشاد والإشباع العاطفي المؤقت، ودعم الأقران وخاصة ضمن الأنشطة والتقنيات التفاعلية التي عززت التواصل بينهم، بالإضافة إلى مشاركة مقدّمي الرعاية التي ساعدت على تخطيط استراتيجيات الوقاية من الانتكاس، والحفاظ على استقرار المشاركين، وتأكيد أهمية الوعي المستمر بالمخططات وكيفية التعامل معها في المواقف المستقبلية.

ث- تفسير النتائج المتعلقة بإيذاء الذات:

يتضح من نتائج الجداول (19، 20) أنَّ البرنامج القائم على العلاج بالمخطط قد أسهم في خفض سلوكيات إيذاء الذات لدى المراهقين أفراد المجموعة التجريبية، وأظهرت النتائج أنَّهم استفادوا بشكل ملحوظ من جلسات البرنامج في خفض هذه السلوكيات واستبدال سلوكيات أخرى بها قائمة على التنظيم الانفعالي وكسر النمط السلوكي وتخفيض نشاط المخططات المرتبط بسلوكيات إيذاء الذات، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة هيمماتي سابت وآخرين (Hemmati Sabet et al, 2016) التي أكدت فاعلية العلاج بالمخطط في خفض أعراض العدوان الجسدي واللفظي والغضب والسلوكيات الاندفاعية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين، ودراسة مارجولين وآخرين (Marjolein et al,2017) التي أكدت فاعلية العلاج بالمخطط في خفض حدّة مشكلات المراهقين السلوكية، وتحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وأوضاع المخطط غير الوظيفية المرتبطة بها، ودراسة كاسيم وآخرين (Kaasım et al, 2017) التي أكّدت فاعلية العلاج بالمخطط في تحسين وظائف التنظيم الانفعالي ودوره في خفض سلوكيات إيذاء الذات، وتعديل المخططات العاطفية النشطة المصاحبة لها، ودراسة دانيشماندي وآخرين (Daneshmandi et al, 2019) التي أظهرت أن العلاج بالمخطط العاطفي يحسّن كثيراً قبول الاستجابات العاطفية، والسلوكيات الموجهة نحو الأهداف، والتحكم في الاندفاعات، وتعزيز إستراتيجيات التنظيم الانفعالي التكيفية، كما أنَّ دراسة زماني وآخرون (Zamani et al, 2021) أكدت فعالية العلاج بالمخطط طريقة علاجيةً لتحسين جودة حياة المراهقات ذوي اضطراب الشخصية الحدية وخفض سلوكياتهن وأعراضهنّ المتطرّفة المرتبطة بإيذاء الذات، كما أكدت دراسة كاريميبور وآخرون (Karimipour et al,

(2021 أنَّ العلاج بالمخطط يسهم في انخفاض السلوكيات الخارجية العدوانية والتخريبية لدى المراهقين، وانخفاض سلوكيات كسر القواعد والأنظمة والتحدّي المعارض، ودراسة رامشي وآخرين (Ramshe et al, 2022) أشارت إلى أنَّ نهج العلاج بالمخطط كان له آثار إيجابية في الحد من سلوكيات العدوان وتحسين التنظيم الانفعالي لدى الفتيات المراهقات اللاتي يعانين من إيذاء الذات، ودراسة عباسي راد وآخرين (Abasi Rad et al,2023) التي أكدت أنَّ العلاج بالمخطط القائم على نموذج التوجه العقلي له تأثير وفعالية في خفض خلل التنظيم الانفعالي وتحسين معرفة الذات وتحسين التنظيم الانفعالي لدى الأفراد ذوي سلوكيات إيذاء الذات.

وتدعم هذه النتائج دراسة غازيليني وآخرون (2024) التي بحثت في فاعلية العلاج بالمخطط في تحسين إدارة الألم لدى البالغين، وأوضحت أنَّ الأشخاص الذين يطورّون العديد من المخططات اللا تكيفية المبكرة يكون لديهم خلل في قدرتهم على إدارة مشاعرهم، والتعامل مع خبراتهم الحياتية على نحو صحي وتكيّفي، وأنَّ العلاج بالمخطط الذي يستهدف مخططات الحرمان الانفعالي والعزلة الاجتماعية يحسّن بشكل كبير أوضاع التعامل أو المواجهة مع خبرات الألم (التجنب، الاستسلام، والتعويض المفرط) التي تشير إلى الحالة العاطفية والمعرفية والسلوكية اللحظية للشخص، من خلال تدريبهم على الأنماط الصحية التكيفية التي تزيد من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي لديهم من خلال إعادة الهيكلة المعرفية، وتعزيز اليقظة العقلية مثل "هنا والآن"، وكسر الأنماط السلوكية. (Gazzellini et al, 2024)

ومن خلال مراجعة جلسات البرنامج العلاجي نرى أن هذه الجلسات استهدفت أوضاع المخطط النشطة التي تديم سلوك إيذاء الذات لدى المشاركين في البرنامج، فبالنظر إلى نتائج البعد الأول من قائمة إيذاء الذات وهو التعامل مع ضغط الألم وضبطه، تم التركيز في الجلسات (6–7) على تدريب أفراد المجموعة التجريبية على إدارة مشاعرهم وخاصة ما يرتبط منها بوضع "الطفل الحامي المنفصل" الذي يعبر عن حالة الخلل في التنظيم الانفعالي لديهم من خلال إعادة ربط وعي المشاركين بمشاعرهم الحقيقية، وزيادة وعي المشاركين بالمخططات اللا تكيّفية النشطة لديهم وبالتحديد (التضحية بالنفس والتثبيط الانفعالي)

وكيفية تأثيرها في ردود الفعل السلوكية وإدارة مشاعرهم، إذ تمَّ تدريبهم على استكشاف مشاعرهم المكبوتة المرتبطة بهذه المخططات والتعبير عنها بأمان وقبول، وتعليمهم مهارات إدارة الألم الانفعالي والضغوط المرتبطة به بطرائق صحية، مع تقليل نشاط المخططات ذات الصلة كالتضحية بالنفس والتثبيط الانفعالي، وتطوير مهارات وضع الحدود الصحية والرفض الإيجابي دون الشعور بالذنب، وتعزيز استخدام أوضاع المواجهة الإيجابية وتطبيقها في مواقف الحياة الواقعية، وتمّ تطبيق تقنية التخيل الموّجه وتدريبهم على آلية التعاطف مع الذات وإدارة مشاعر الألم من خلال التنفس العميق والاسترخاء، كما تم تطبيق حوار الكرسيين وإعادة الهيكلة المعرفية ضمن العلاقة التعاطفية العلاجية والسماح لأفكارهم بالخروج والتعبير الحر عنها وإعادة تصحيحها، والوعي بمقدار الرعاية التي يتلقّونها من قبل المحيطين بهم، ما يساعدهم على التحكم بمشاعرهم وتوجيهها للأشخاص الآخرين والحديث عنها بدلاً من التركيز على ما تتضمنه من سلبيات وشعور العجز والإرهاق العاطفي، وقد ساعدت سجلات البيانات الإيجابية اليومية على تركيز انتباه المشاركين على المشاعر الإيجابية التي تتوّجه إليهم من المحيط، وهذا الامر فسّرته دراسات ملير (2021) وفوكس وهوتون (2004) فالتقلبات الانفعالية الشديدة تعدّ من العوامل الجوهرية المحفّزة لسلوك إيذاء الذات، وخلل التنظيم الانفعالي وإيذاء الذات يرتبطان بشكل متكرر ووثيق بين المراهقين، لأنَّ الوظيفة الأساسية لإيذاء الذات تنظيم المشاعر المؤلمة أو المزعجة، وهذا يؤكد أنَّ أي تدخل علاجي فعال يجب أن يركز على تحسين التنظيم الانفعالي وكسر الحلقة المفرغة بين المشاعر السلبية وإيذاء الذات ما يعزز أهمية العلاج بالمخطط. (Fox & Hawton, 2004; Miller et al, 2021)

وبالنظر إلى نتائج البعد الثاني وهو الابتزاز العاطفي والانتقام من الذات والآخر، فقد تمَّ العمل على تعديله في الجلسة (8) وتعزيزه في الجلسات (12–13) من خلال الوعي بإستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المشاركون وتحديد المهارات التي طوروها في التعامل مع الابتزاز الانفعالي والانتقام، وتوعيتهم بآلية تنشيط المخططات النفسية السلبية (العار/الخزي، والتخلي/الهجر) وتأثيرها في السلوكيات، خصوصاً إيذاء الذات، من خلال تدريبهم على تقنية حوار الكرسيين للتعبير عن الصراعات الداخلية بين الأجزاء المتضاربة من

الذات من خلال المواجهة التعاطفية السلسة، معبرين عن المشاعر والأفكار المرتبطة بالمخططات اللا تكيفية، ما عزز وعيهم بالألم الكامن وراء هذه السلوكيات والعمل على تحريره، وهيأهم لكسر النمط المعرفي اللا تكيّفي، وأدّى استخدام تقنية الحوار السقراطي إلى تحدّي المعتقدات غير التكيفية المرتبطة بالمخططات النشطة والابتزاز الانفعالي والانتقام، ودعمهم في إعادة صياغة الحديث الذاتي السلبي من خلال كتابة رسائل تعبيرية تعكس التعاطف مع الذات، كما عمل الباحث على تهيئة البيئة الأمنة ليعبرّوا عن أفكارهم ومشاعرهم المتعلقة بمخططات السلبية والتشاؤم، والسعي للاعتراف والموافقة، والذات المطوّقة، وشرح آثارها ليدركوا تأثير هذه المخططات في سلوكياتهم، ويفسَّروا العلاقة بين المشاعر وسلوكيات إيذاء الذات والابتزاز الانفعالي، من خلال المناقشات الجماعية التفاعلية، كما أدّى التدريب على تطبيق إستراتيجيات المواجهة البديلة والوظيفية مثل التنفس العميق والاسترخاء، والتحدث الذاتي الإيجابي، وممارسة النشاطات المفضلة الذاتية، إلى تنظيم المشاعر السلبية وردود الفعل السلوكية، كما تمَّ تطبيق تقنية التخيّل الموّجه مع التركيز على العبارات الإيجابية ضمن يوميات المخطط التي تؤكّد التقبل والاحتواء غير المشروط، والأنشطة المفضلة التي تهدّئهم ذاتياً، لتعزيز إمكانية التواصل مع الآخرين بطريقة رحيمة بذواتهم، وقد أكدت الأبحاث أنَّ إيذاء الذات غالباً ما يبدو كآلية تكيفية غير سوية لإدارة مشاعر التوتر والقلق والضغوط النفسية الشديدة، وأنَّ المراهقين يفتقرون إلى الكفاءة أو الثقة أو اللغة اللازمة للتعبير عن ألمهم وخاصة ضمن الطبيعة المؤسساتية لدور الرعاية التي تركز على إدارة المخاطر بدلاً من التركيز على تقديم الرعاية العاطفية والإشباع الانفعالي، ما يعزز مشاعر الفشل والتثبيط والخزي، ويضعف فرص تعلم طرائق صحية بديلة للتعبير عن المشاعر، لذلك، فإنَّ تطبيق تقنيات علاجية تركز على التعبير الانفعالي الحر وكسر النمط السلوكي يساعد على تزويد المراهقين بأبدال صحية للتنفيس عن الألم، مثل التعبير اللفظي، أو طلب الدعم، أو استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي (Evans, 2018) ، وتبرز الحاجة إلى الرعاية الحقيقية والفهم الدقيق لاحتياجاتهم وللدوافع العميقة وراء سلوكياتهم، التي تتمثّل برغبتهم في أن يكونوا

مقبولين دون أحكام مسبقة أو شروط، وأن يتم فهمهم وتلبية احتياجاتهم الانفعالية بطريقة حقيقية صادقة، ضمن علاقات آمنة. (Rouski et al, 2021, P418-419)

وفي نتائج البعد الثالث وهو صراع الاعتمادية والاستقلالية، والذي تم استهدافه في الجلسات (10–11) تمَّ العمل على تحدّي وضع الطفل المعتمد على الآخرين والساعي للموافقة والقبول، والطفل الحامي المنفصل المتجنب للعلاقات مع الآخرين، وأفادت تقنية التعويض المحدود في زيادة وعي المشاركين في احتياجاتهم الطفولية غير الملباة مع تعزيز قدرتهم على الاستقلالية على نحو تكيفي، وخاصة من خلال تقنية كتابة الرسائل للأشخاص المهمين، ولعبت البطاقات التعليمية دوراً أساسياً في إعادة صياغة أفكارهم المتعلقة بعجزهم وخوفهم من الهجر بعبارات تركز على تقدير ذواتهم ونقاط القوة التي تميزهم، وساعدت تقنية لعب الدور التي تمَّ تنفيذها من خلال تمثيل سيناريوهات مشتركة مصممة مسبقاً من قبل المعالج المشاركين على التفاعل مع بعضهم وعززت قدرتهم على إعادة النظر بسلوكيات إيذاء الذات بوصفها ردرود فعل على أفكارهم، واستبدال أفكار تعزز من حدودهم الشخصية في علاقاتهم مع الآخرين بها؛ وأنهم يمتلكون المزايا التي تجعلهم فعالين في المواقف الاجتماعية التي يوجدون بها أو من خلال علاقتهم بدلاُ من الاعتماد على إيذاء الذات للتأثير فيهم.

أمّا عن نتائج المشاركين في البعد الرابع من قائمة إيذاء الذات وهو صراع الإفصاح والمقاومة الذي تم استهدافه بالجلسات (10–11) فقد بيّنت النتائج أهمية وعي المشاركين بمخطط الخزي/العار الذي يدفعهم إلى إخفاء دوافع سلوكياتهم، وأهمية الحديث عما يشعرون به مع أشخاص موثوقين ليكون التعبير الحر عن المشاعر آلية للتفريغ الانفعالي ولتقليل الشعور بالذنب، كما شجّعت العلاقة العلاجية التعاطفية وخاصة عبر حوارات الكرسيين المتعالجين تدريجياً على الكشف والإفصاح التدريجي عن سبب هذه السلوكيات والمخاوف ومصادر القلق في بيئة آمنة، ما قلل من إستراتيجيات التجنب اللا تكيفية واستبدلوا بها القدرة على التعبير والإفصاح والتنفيس الانفعالي، وتهيئة الفرصة لكتابة الرسائل لأنفسهم ثم لمقدّمي الرعاية على النحو الذي يجعلهم قادرين على الاعتراف بنقاط الضعف لديهم وحاجتهم للدعم، وتدعم هذه النتيجة ما

توّصلت إليه دراسات ستانيك وسيلباتش ومارين (Stänicke, 2021; Selbach & Marin, 2021) فإيذاء الذات عند المراهقين يهدف إلى خفض القلق، الإحباط، الغضب، والتوتر، وزيادة مشاعر الهدوء والاسترخاء من خلال إيجاد آلية لتنظيم المشاعر المؤلمة أو المزعجة أو غير المشبعة التي لا يستطيعون الإفصاح والكشف عنها، ولذلك كلما أُتيحت للمراهقين فرصة للتعبير عن مشاعرهم وتقبلّها وتوفير المساحة الآمنة لهم لتحريرها، انخفضت أعراض إيذاء الذات لديهم، فالعديد منهم يفتقر إلى الطريقة التي يستطيع من خلالها التعبير عن مشاعره المؤلمة، فالخلل في التعبير عن الهوية وتكوينها واكتشاف الذات في ظل التقلّبات النمائية لمرحلة المراهقة وصراعات الاستقلالية والاعتمادية تعد من أبرز العوامل المحفّزة لإيذاء الذات، وعندما نتحدث عن بيئات الرعاية البديلة، يتخذ المراهقون إيذاء الذات آليةً للتكيف مع الضغوط الحياتية المعيشة ومشاعر العجز المرتبطة بها، أو إشارةً غير لفظية للاحتياجات الانفعالية أو العلائقية غير المُلباة.(Evans, 2018; Rouski et al, 2021)

أما في البعد الأخير المتعلق بالانتحار والتفكك الذي تم استهدافه بالجلسات (12-13) فقد تم العمل على تعديل وضع الطفل الغاضب المندفع المرتبط بهذه الأعراض، من خلال تعزيز وعي المشاركين بالمشاعر والأفكار التي أدت إلى تنشيط هذا الوضع، وهنا كانت تقنية التخيل الموجه فعالة في تعزيز اليقظة والوعي الذهني بالأفكار الانتحارية المسببة لسلوكيات إيذاء الذات، عبر تشجيعهم على آليات التنفس العميق والاسترخاء واستدعاء الصور الإيجابية المركزة على العلاقة بالمعالج، ومقدّمي الرعاية، وكيفية اختيار أنشطة التهدئة الذاتية التي تحول دون تحكم الأفكار بهم، وترافق ذلك مع أهمية الطاقات التعليمية المركزة على إعادة صياغة الأفكار اللا عقلانية مثل " أنا لا أستحق الوجود" بأفكار أخرى مثل "هناك من ينتظر أن أكون بسلام ومن يدعمني ويتمنى أن أكون دائماً بخير".

وفي هذا السياق أكدت دراسة مطر (2023) أن بعض المخططات اللا تكيفية تتنّبأ بالميول الانتحارية مثل الحرمان الانفعالي والتخلي/الهجر، والعزلة الاجتماعية، وقابلية التعرض للأذى، والمعايير الصارمة، وضعف التحكم الذاتي، وتخفيفها يعد أهم أهداف العلاج بالمخطط، وأكدت نتائج دراسة هاني (2022)

وجود علاقة طردية موجبة جوهرية بين مجالات المخططات اللا تكيفية المبكرة ودوافع محاولات الانتحار الداخلية الذاتية، والخارجية البيئية لدى الشباب، مع وجود تأثير موجب مباشر دال إحصائياً للمخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة على احتمالية محاولات انتحار الشباب، وأظهرت نتائج دراسة غرازكا وآخرين (Grażka et al, 2023)الأهمية التي لا جدال فيها لمخططات مجال الانفصال/الرفض (الحرمان الانفعالي، التخلي، العزلة الاجتماعي، الخزي العار) الاستعداد لخطر الانتحار، وتمَّ تأكيد أهمية المخططات اللا تكيفية المبكرة في المجالات الأخرى، خاصة أثناء الأزمات النفسية، ومن بين أوضاع المخطط، أثبت وضعا الطفل والوالد العقابي أنهما الأكثر أهمية بالتأثير في حدوث سلوكيات إيذاء الذات والتخطيط ومحاولات الانتحار، وأظهرت نتائج دراسة ليو وآخرون (Liu et al,2023) أنَّ المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة وخلل التنظيم الانفعالي يؤدّيان دوراً وسيطاً مهماً في الارتباطات بين أحداث الحياة المجهدة الضاغطة وميزات الإدمان لإيذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقين الذين انخرطوا في هذه السلوكيات، وفي هذا الصدد أشارت الأبحاث إلى أنَّ فعالية العلاج بالمخطط في التعامل مع سلوكيات إيذاء الذات تبدأ من فهم أن هذه السلوكيات والأفكار الانتحارية المرتبطة بها يكونان استجابات تكيفية غير سوية لخلل التنظيم الانفعالي والبناء المعرفي المشوّه، أو لعدم الاستقرار قي التعامل مع صراعات الهوية والاستقلالية والاعتمادية، خاصة في ظل الحرمان الانفعالي أو البيئة الأسرية والاجتماعية غير المستقرة (Stänicke, 2021; Selbach & Marin, 2021). فالمراهقون الذين يعانون خللاً في التعبير عن الهوية أو ضعفاً في تكوين الذات، أو الذين تعرضوا لتجارب فقدان أو إهمال أو إساءة في الطفولة، يكونون أكثر عرضة للأفكار الانتحارية والرغبة في الانفصال عن الذات أو الآخرين (Cameron et al., 2020)، لذلك يكون دور العلاج بالمخطط وفنياته المنوّعة، في تحديد وتعديل المخططات اللا تكيفية المبكرة التي تشكلت نتيجة خبرات الطفولة السلبية أو العلاقات المضطربة مع مقدّمي الرعاية في مراحل حياتهم المبكرة، فهذه المخططات (مثل التخلّي، والحرمان الانفعالي، والإخفاق، أو الاعتماد والتثبيط

الانفعالي) تولّد لدى المراهقين أنماطاً من التفكير والشعور والسلوك تدفعهم نحو العزلة، والانسحاب، أو حتى التفكير في إنهاء حياتهم وسيلةً للهروب من الألم النفسي.(Young et al., 2003)

ومن خلال البرنامج القائم على العلاج بالمخطط كانت الفرصة متاحة لدمج التقنيات المعرفية، والتجريبية (الانفعالية)، والسلوكية وتدريب المراهقون على مواجهة مشاعرهم المؤلمة وأفكارهم غير التكيفية وكسر أنماط السلوك غير الصحيّة على نحو تعاطفي وإعادة تنظيمها وتعزيزها ضمن علاقة علاجية آمنة وداعمة، فعلى سبيل المثال، تساعد تقنيات كرسي الحوار للمخططات والتخيل الموجه وإعادة صياغة التصوّرات على إعادة معالجة الخبرات المؤلمة المرتبطة بالرفض أو الفقد أو الحرمان، مما يخفف من شدة المشاعر السلبية المرتبطة بهذه التجارب، ويقلل من الميل إلى الانسحاب أو التفكير في الانتحار بوصفه حلّاً نهائياً (Young et al., 2003; Farrell et al., 2014). كما تتيح التدخلات السلوكية للمراهقين تعلم استراتيجيات جديدة للتعامل مع الضغوط والانفعالات، مثل التعبير عن المشاعر أو طلب الدعم من الآخرين، بدلاً من اللجوء لإيذاء الذات أو العزلة.(Fox & Hawton, 2004) ، وتؤكد الأدبيات أن العلاج بالمخطط لا يقتصر على تخفيف الأعراض الظاهرة فقط، بل يعمل على إعادة بناء صورة الذات وتعزيز الشعور بالقيمة والانتماء، وهذا يقلل تدريجياً الأفكار الانتحارية والرغبة في الانفصال (Rouski et al., 2021). والعلاقة العلاجية الداعمة التي يبنيها المعالج توفر بيئة آمنة للمراهقين لتجربة أنماط جديدة من التعلق ، وهو ما ينعكس إيجاباً على قدرتهم على مواجهة الأزمات دون اللجوء لسلوكيات هدامة.

ويمكن تفسير استمرار البرنامج في الحفاظ على آثاره الإيجابية التي حققها من خلال تحليل نتائج المشاركين في الجداول (23، 24، 27، 28)، من خلال التسلسل المنطقي والتدريجي للجلسات التي هدفت إلى تكوين وبناء أسس معرفية وسلوكية وانفعالية جديدة ليتم تعميمها ضمن حياتهم اليومية في مواقف حياتهم اليومية، عبر التدرّج في اكتساب المهارات التكيفية المطلوبة وتعزيز ثباتها في أنماطهم التفاعلية، بدءاً من الوعي بسلوكيات إيذاء الذات وأصل المخططات، وتحديد السلوكيات وارتباطها بالمخططات النشطة وبإستراتيجيات التعامل غير الوظيفية، ثمَّ تعديلها وتغييرها عبر التقنيات المناسبة، ففي الجلسات الأولى،

ركز الباحث على بناء علاقة آمنة وداعمة مع المشاركين وإرساء أسس التواصل لفعال الآمن فيما بينهم لتشكيل البيئة الداعمة للتغيير، ما عزز شعورهم بالقبول والانتماء، وقلل مشاعر العزلة أو الوصمة عبر الأنشطة التفاعلية، ومع التقدّم في سير الجلسات، تم التركيز على التثقيف النفسي بطبيعة إيذاء الذات وأسبابه، وتوضيح أنه ليس حلاً للمشكلات بل هو استجابة مؤقتة تزيد من الألم على المدى البعيد، وقد تم ذلك من خلال مناقشات وأنشطة تفاعلية وتمارين عملية بحوارات مفتوحة ساعدت المراهقين على التعبير عن مشاعرهم وفهم دوافعهم بعمق أكبر، بالتوازي مع تدريبهم على مهارات بديلة للتعامل مع الضغوط والانفعالات مثل التخيل الموجه وتعزيز الوعي بالمشاعر التي ساعدتهم على توجيه تركيزهم وانتباههم إلى اللحظة الحالية وامتلاك القدرة على التحكم بأفكارهم ومشاعرهم وجسدهم، وفي الجلسات الأخيرة، تم التركيز على مراجعة النجاحات الفردية، وتدعيم الثقة بالنفس، وتطوير إستراتيجيات للوقاية من الانتكاس، إلى وجميع هذه الخطوات ساعدت المشاركين على بناء وتشكيل رؤى معرفية جديدة وتنظيم انفعالي مستقر وسلوكيات جديدة تحقق الوظائف الذاتية والاجتماعية على نحو تكيفي دون الانخراط بالسلوكيات الاندفاعية.

رابعاً: نتائج الدراسة الكيفية (النّوعية) لنتائج أفراد العينة التجريبية:

يتناول هذا القسم من الدراسة، تحليل البيانات الإحصائية المتعلقة بأفراد المجموعة التجريبية في مقياسي المخططات اللا تكيفية المبكرة مع تركيز أكبر على المخططات اللا تكيفية الأبرز لديهم، وسلوكيات إيذاء الذات، وتفسيرها فردياً بحسب سياق الدراسة التتبعية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني، والتعقيب على النتائج وتحليلها في ضوء البرنامج العلاجي، وفي الجدول (34) عرض شامل لأعمار أفراد المجموعة التجريبية الحالية، وأعمارهم عند إيداعهم في دور الرعاية البديلة، وأنواع المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديهم التي تم تحديدها من خلال تطبيق القياس القبلي للاستبانة، بالإضافة إلى بيانات النموذج المفاهيمي الشامل لكل حالة، إضافة لنمط إيذاء الذات الذي اختبره المشارك ضمن البرنامج:

جدول (29) بيانات الأعمار وأنماط سلوكيات إيذاء الذات والمخططات الأبرز لدى أفراد العينة التجريبية.

المشارك	العمر الحالي	العمر عند الإيداع	أنماط إيذاء الذات	المخططات الأبرز
1	15 عام	3 عام	جرح الذراع بأداة حادة	الحرمان الانفعالي، التخلي/الهجر، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، السلبية التشاؤم
2	15.5 عام	5 عام	حرق الجلد بأداة حادة	الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التثبيط الانفعالي، السلبية/التشاؤم
3	15.5 عام	4 عام	ضرب الرأس متكرر	الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التثبيط الانفعالي، السلبية/التشاؤم.
4	17 عام	5 عام	جرح الذراع	الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، التضحية بالنفس، التثبيط الانفعالي، السلبية/التشاؤم.
5	15 عام	4.5 عام	حرق الجلد "سيجارة"	الحرمان الانفعالي، التخلّي/الهجر، الخزي/العار، التثبيط الانفعالي، السلبية/التشاؤم.
6	16 عام	4 عام	جرح الجلد	الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التضحية بالنفس، السلبية/التشاؤم.
7	17.5 عام	3.5 عام	ابتلاع مواد كيميائية "كلور"	الحرمان الانفعالي، التخلّي/الهجر، التثبيط الانفعالي، السعي للاعتراف/الموافقة، السلبية/التشاؤم.
8	18 عام	4.5 عام	ابتلاع مواد كيميائية "أدوية"	الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التضحية بالنفس، التثبيط الانفعالي.
9	17.5 عام	5 عام	كسر الذراع	التخلّي/الهجر، الخزي/العار، التثبيط الانفعالي، السعي للاعتراف/الموافقة، السلبية/التشاؤم.

10	15 عام	4 عام	ابتلاع مواد صلبة "حجرة"	الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، التضحية بالنفس، التثبيط الانفعالي، السلبية/التشاؤم

أ- التحليل الفردي لبيانات المشاركين:

فيما يأتي عرض وتحليل بيانات كل مشارك من أفراد المجموعة التجريبية والتعقيب على نتائج القياسات الأربعة القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني في ضوء العديد من المتغيرات الديمغرافية وهي العمر الحالي، وعمر إيداعه في دور الرعاية، والعمل الحالي، ونمط إيذاء الذات لديه، والمخططات اللا تكيفية الأبرز لديه حسب إجاباته في على استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة في القياس القبلي، ورأيه في التقنيات الأبرز الذي استفاد منها أثناء جلسات البرنامج العلاجي كما عبّر عنها في استمارة تقييم جلسات البرنامج، وكانت النتائج كما يأتي::

1- **المشارك الأول:**

العمر الحالي: (15) عاماً. - **عمر الإيداع:** 3 سنوات

العمل: طالب في الصف الأول الثانوي المهني. - **نمط إيذاء الذات لديه:** جرح الذراع "مرتين".

المخططات الأبرز لديه: الحرمان الانفعالي، التخلي/الهجر، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، السلبية.

التقنيات الأبرز التي استفاد منها: كرسيا الحوار، كتابة الرسائل، التخيّل الموّجه.

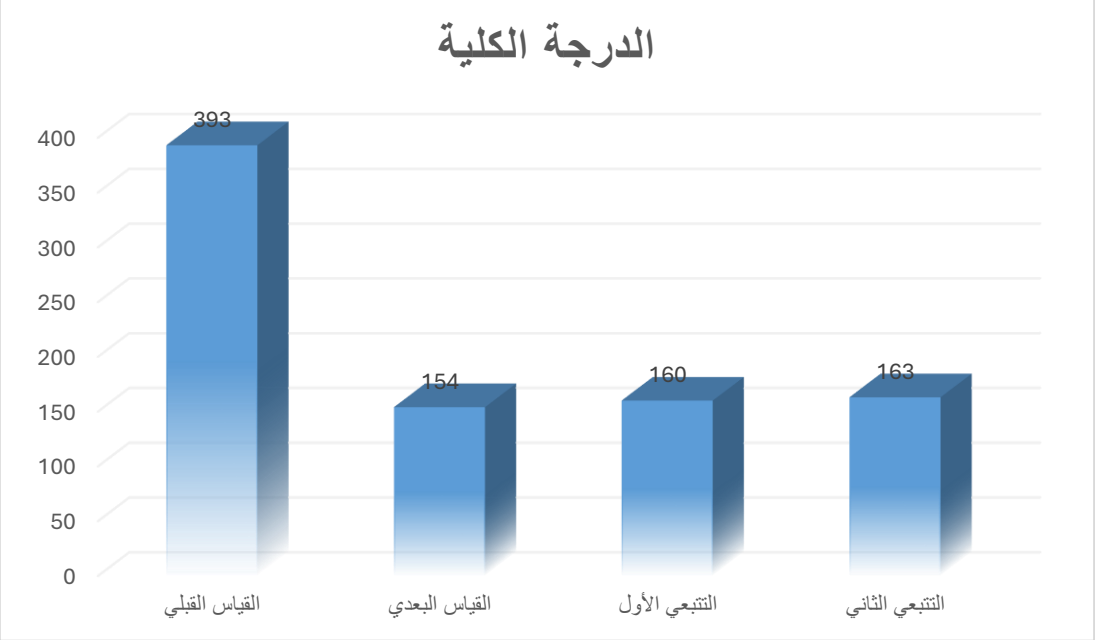
جدول (30) درجات المشارك الأول على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	التخلي / الهجر	الخزي/العار	الإخفاق/الفشل	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	23	23	23	24	25	393
القياس البعدي	7	8	7	10	7	154
التتبعي الأول	8	8	7	8	8	160
التتبعي الثاني	9	8	7	8	8	163
إيذاء الذات	**التعامل مع الألم**	**الابتزاز الانفعالي**	**صراع الاعتمادية**	**صراع الكشف**	**مكافحة الانتحار**	**الدرجة الكلية**

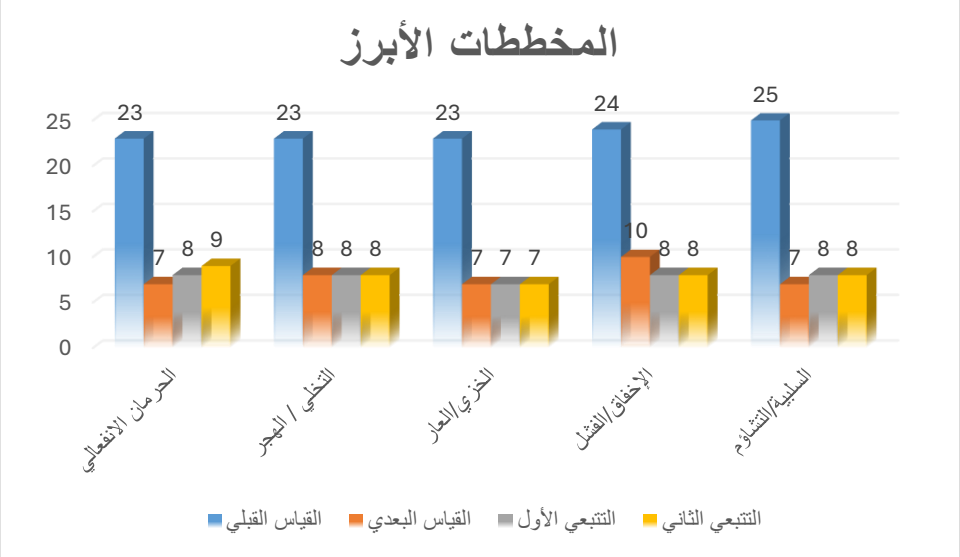
القياس القبلي	53	14	13	9	10	99
القياس البعدي	34	7	8	5	5	59
التتبعي الأول	35	9	7	6	6	63
التتبعي الثاني	33	9	7	6	6	61

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

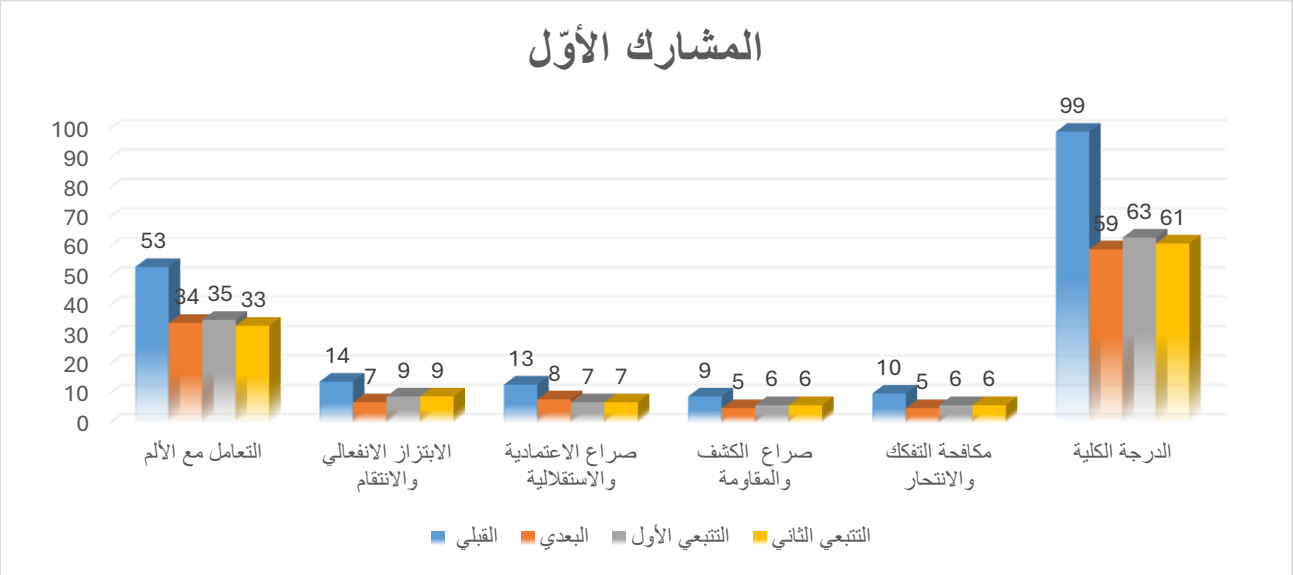
الرسم البياني (8) درجات المشارك الأول على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (9) درجات المشارك الأول على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



الرسم البياني (10) درجات المشارك الأول على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تعكس المخططات النشطة لدى المشارك شعوراً عميقاً بغياب الأمان العاطفي والخوف من الهجر أو الفقدان، يُحتمل أن تأثير عمر الإيداع لعب دوراً محورياً في تكوين المخططات اللا تكيفية المتجذرة، ولا سيما المرتبطة بالهجر والحرمان، إذ أنَّ التجربة المبكرة للابتعاد عن الأسرة الأم قد زادت من حساسية المشارك تجاه التخلي والعلاقات مع الآخرين والانفصال ما دفعه لسلوك إيذاء الذات آليةً للتفريغ أو طلب الاهتمام من الآخرين، وبعد تطبيق التقنيات العلاجية المواءمة له لوحظ انخفاض كبير في درجات المخططات اللا تكيفية في القياسات البعدية والمتتابعة، مما يدلّ على فعالية هذه الفنيّات في إعادة هيكلة المعتقدات والنماذج المعرفية السلبية التي يعاني منها المشارك، فعلى سبيل المثال، انخفاض درجة الحرمان الانفعالي تشير إلى تراجع الإحساس بنقص الدعم العاطفي، أمّا بخصوص سلوكيات إيذاء الذات، فقد تمَّ التقليل منها بشكل ملحوظ بعد العلاج، من خلال مساعدتهم في تطوير آليات مواجهة أكثر نضجاً.

2- المشارك الثاني:

العمر الحالي: (15.5) عاماً. - **عمر الإيداع: 5 سنوات**

العمل: يخضع لدورة تأهيل مهني. - **نمط إيذاء الذات لديه:** حرق الجلد "أداة حادة حامية".

المخططات الأبرز لديه: الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التثبيط الانفعالي، السلبية.

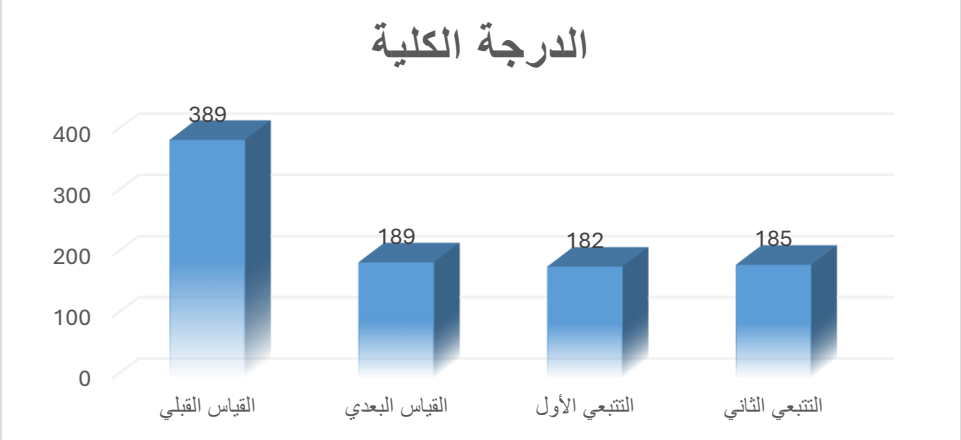
التقنيات المفضلة: إعادة العزو المعرفي والحوار السقراطي، لعب الأدوار والألعاب التفاعلية، وصف الصور

جدول (31) درجات المشارك الثاني على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

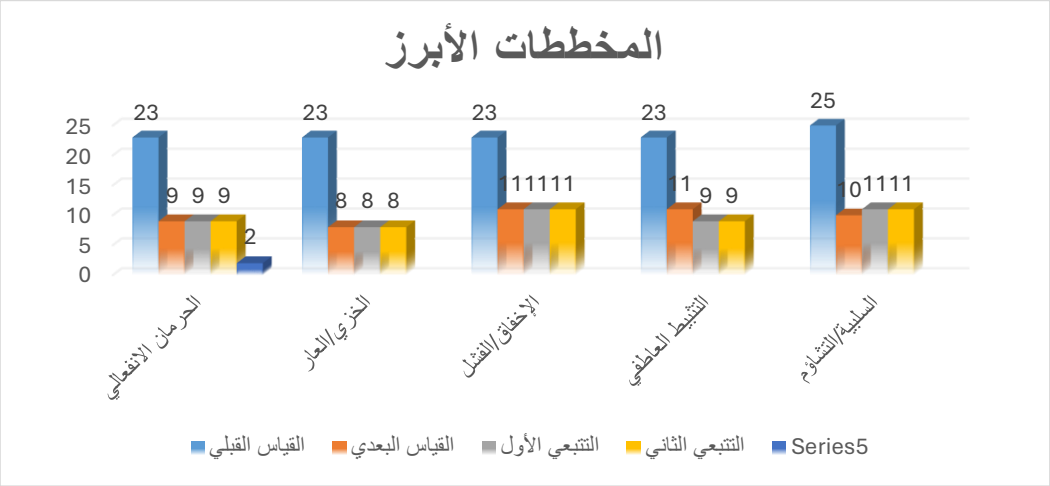
المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	الخزي/العار	الإخفاق/الفشل	التثبيط العاطفي	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	23	23	23	23	25	389
القياس البعدي	9	8	11	11	10	189
التتبعي الأول	9	8	11	9	11	182
التتبعي الثاني	9	8	11	9	11	185
إيذاء الذات	التعامل مع الألم	الابتزاز الانفعالي	صراع الاعتمادية	صراع الكشف	مكافحة الانتحار	الدرجة الكلية
القياس القبلي	50	14	11	7	10	92
القياس البعدي	32	8	6	4	5	55
التتبعي الأول	32	8	8	5	6	59
التتبعي الثاني	34	8	6	5	6	59

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

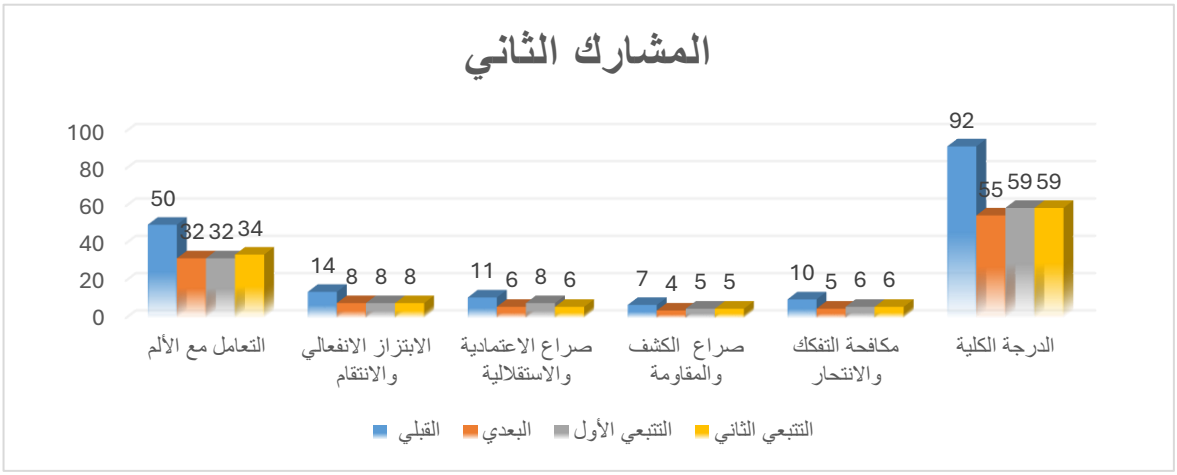
الرسم البياني (11) درجات المشارك الثاني على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (12) درجات المشارك الثاني على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



الرسم البياني (13) درجات المشارك الثاني على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: أُودِعَ في دار الرعاية البديلة بعمر (5 سنوات)، وعكست نتائجه على أداتي الدراسة عمق الأثر النفسي للتجارب المبكرة في تشكيل هذه المخططات، خصوصاً المتعلقة بالحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق، والتثبيط الانفعالي، التي تعبِّر عن صعوبة التعامل مع المشاعر السلبية والشعور بالدونية، إذ يرتبط عمر الإيداع هنا عادة باضطرابات في تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية، مما عزَّز من تطور مخططات مترسخة، وقد أسهم البرنامج بفنيّاته المتنوعة مثل إعادة العزو المعرفي، الحوار السقراطي، لعب الأدوار، والألعاب التفاعلية، ووصف الصور، في تمكين المشارك من إعادة تفسير تجاربه وخبراته على نحو أكثر تكيفاً، مما أسهم في تعديل الأوضاع السلبية، وظهر ذلك في الانخفاض الملحوظ والمستمر في درجات المخططات اللا تكيفية وسلوكيات إيذاء الذات عبر القياسات الأربعة، وقد ساعد البرنامج في تأسيس نمط استجابات نفسية أكثر مرونة وثباتاً، كما

أنَّ التغيير الإيجابي في التعامل مع المشاعر والتقليل من سلوكيات إيذاء الذات المرتبطة بألم نفسي عميق عَّزز فاعلية البرنامج العلاجي في توفير أدوات تمكن المشارك من مواجهة الضغوط والانفعالات بطرق أكثر صحية.

3- المشارك الثالث:

العمر الحالي: (15.5) عاماً. **- عمر الإيداع: 4 سنوات**

العمل: طالب مدرسة. **- نمط إيذاء الذات لديه:** ضرب الرأس "متكرر".

المخططات الأبرز لديه: الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التثبيط الانفعالي، السلبية.

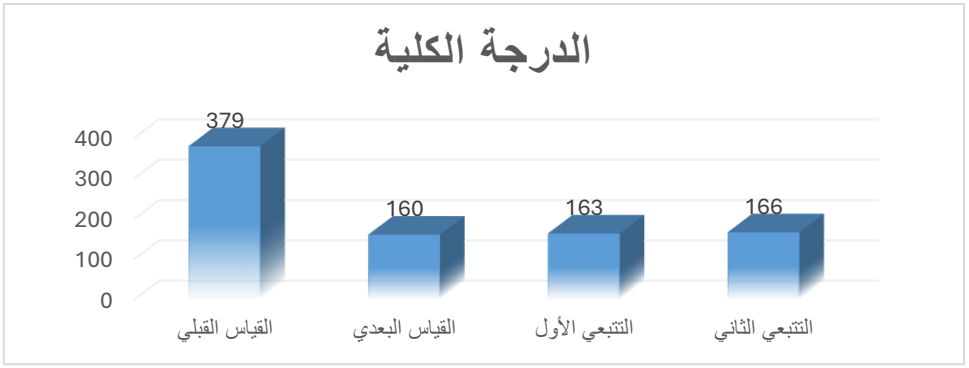
التقنيات المفضلة: حوار الكرسيين، الأنشطة التفاعلية، لعب الدور، إعادة العزو المعرفي والحوار السقراطي.

جدول (32) درجات المشارك الثالث على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

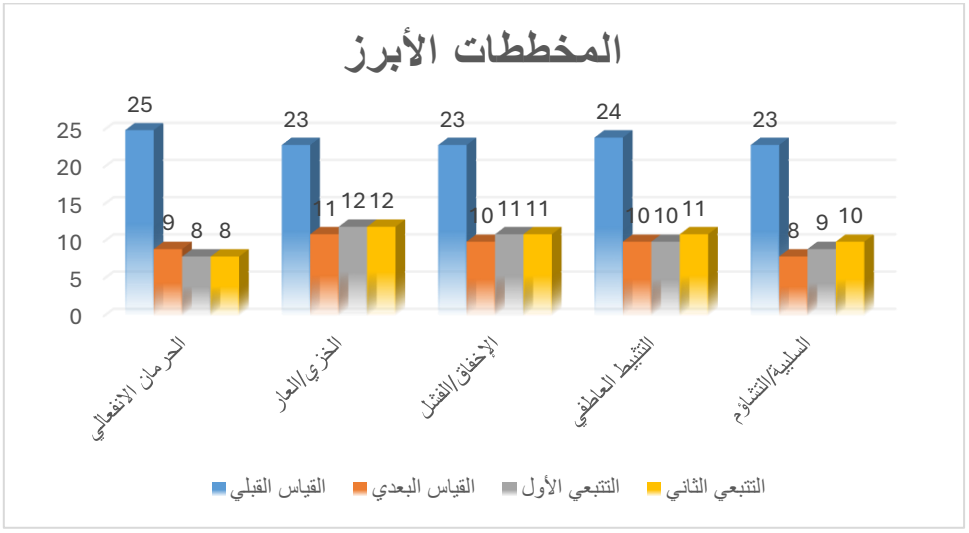
المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	الخزي/العار	الإخفاق/الفشل	التثبيط العاطفي	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	25	23	23	24	23	379
القياس البعدي	9	11	10	10	8	160
التتبعي الأول	8	12	11	10	9	163
التتبعي الثاني	8	12	11	11	10	166
إيذاء الذات	**التعامل مع الألم**	**الابتزاز الانفعالي**	**صراع الاعتمادية**	**صراع الكشف**	**مكافحة الانتحار**	**الدرجة الكلية**
القياس القبلي	49	14	11	8	10	92
القياس البعدي	32	8	6	5	6	57
التتبعي الأول	32	7	6	5	6	56
التتبعي الثاني	31	7	7	6	7	58

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

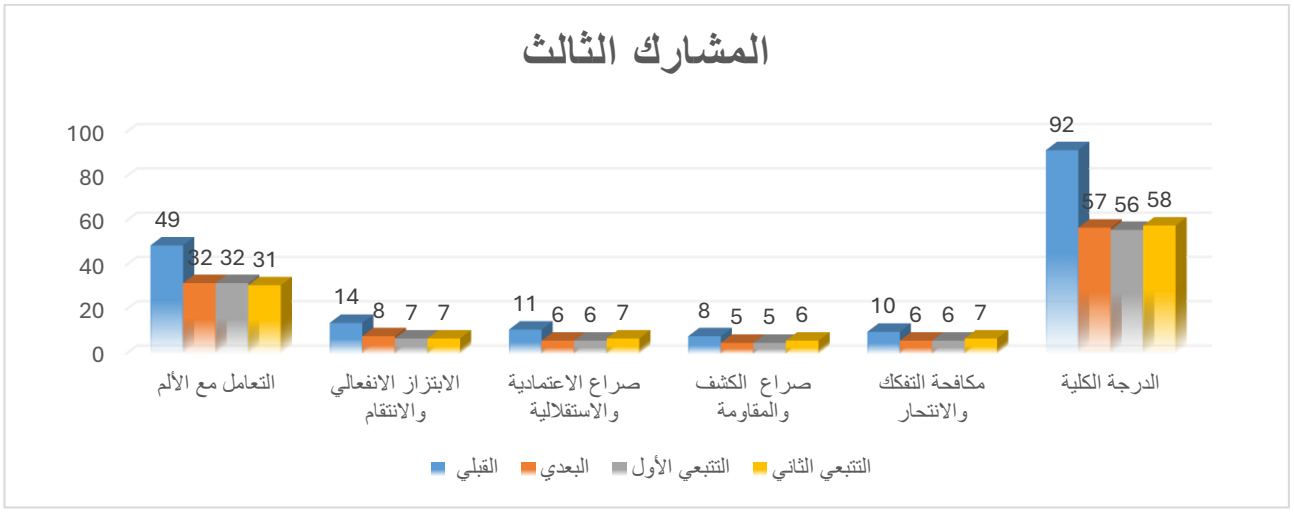
الرسم البياني (14) درجات المشارك الثالث على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (15) درجات المشارك الثالث على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



الرسم البياني (16) درجات المشارك الثالث على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تعكس نتائج هذا المشارك عمق التأثير النفسي للتجارب المبكرة على تكوين المخططات، التي تعبِّر عن صعوبة في ضبط الانفعالات والشعور بالرفض وعدم القبول، ويرتبط عمر الإيداع (4 سنوات) عادةً بنقص تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية مما يعزز تطور مخططات لا تكيفية تؤثر على كيفية تفسير المشارك للبيئة والتفاعلات الاجتماعية لديه، ومن خلال البرنامج والفنيّات المطبّقة به تمكن المشارك من تهدئة الاستجابات الانفعالية الشديدة، وتعلَّم التعبير عن مشاعره بطرائق غير مؤذية، ما أدَّى إلى تحسّن ملموس في القدرة على فهم الذات وإدارة الضغوط النفسية على نحو صحي، وهذا الأمر بيّنته الدرجات المنخفضة على مقياسي الدراسة، بعد البرنامج، مع ثبات هذا التراجع في القياسات التتبعية، ما يشير إلى أن تأثير البرنامج لم يكن مؤقتاً بل أسهم في إحداث تغيّر إيجابي في أنماط التفكير والسلوك ولم يقتصر على معالجة الأعراض السطحية، بل أحدث تغييراً عميقاً في البنية النفسية للمشارك، وتشكيل استجابات نفسية أكثر مرونة وثباتاً.

المشارك الرابع:

العمر: (17) عاماً. – **عمر الإيداع: 5 سنوات**

العمل: تدريب مهني. – **نمط إيذاء الذات لديه:** جرح الذراع.

المخططات الأبرز لديه: الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، التضحية بالنفس، التثبيط الانفعالي، السلبية.

التقنيات المفضلة: وصف الصور، التخيّل الموّجه، التنفس والاسترخاء، كتابة الرسائل.

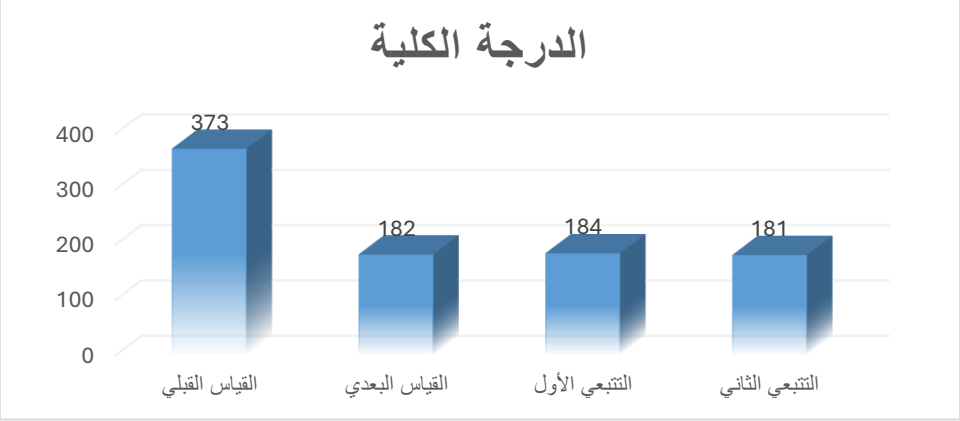
جدول (33) درجات المشارك الرابع على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	الإخفاق/الفشل	التضحية بالنفس	التثبيط الانفعالي	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	23	24	22	23	23	373
القياس البعدي	9	10	11	9	9	182

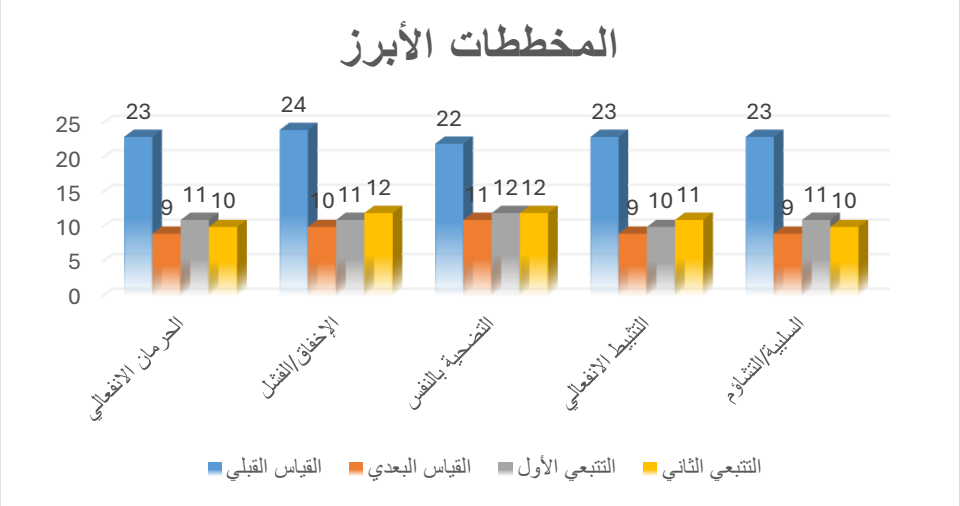
التتبعي الأول	11	11	12	10	11	184
التتبعي الثاني	10	12	12	11	10	181
إيذاء الذات	التعامل مع الألم	الابتزاز الانفعالي	صراع الاعتمادية	صراع الكشف	مكافحة الانتحار	الدرجة الكلية
القياس القبلي	49	14	13	9	10	94
القياس البعدي	29	8	8	4	7	56
التتبعي الأول	28	6	8	4	7	53
التتبعي الثاني	29	6	7	4	6	52

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

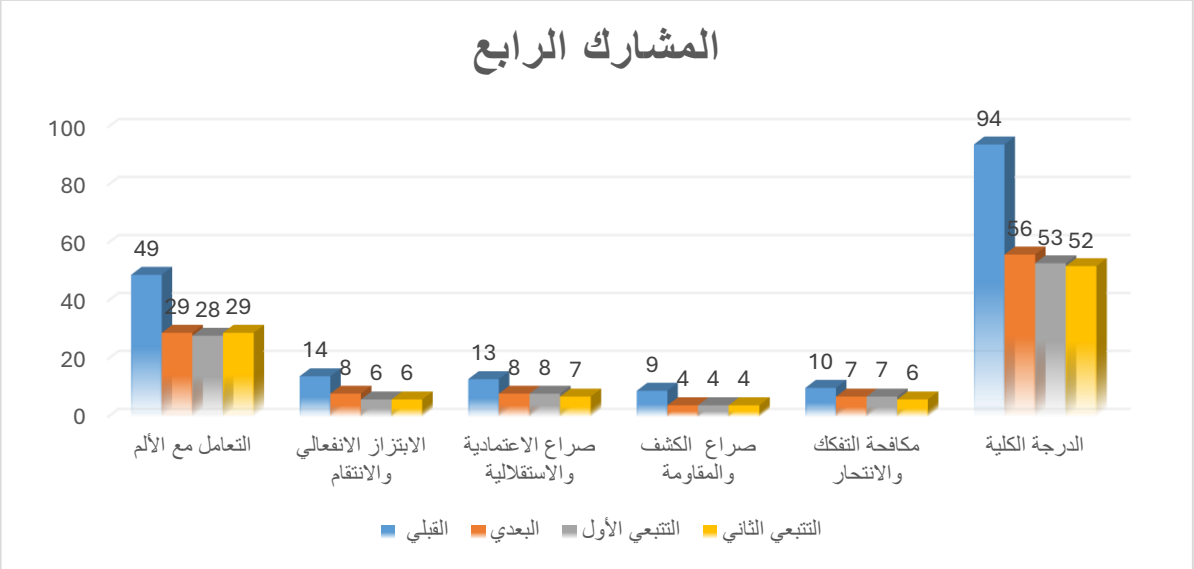
الرسم البياني (17) درجات المشارك الرّابع على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (18) درجات المشارك الرابع على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



المخطط البياني (19) درجات المشارك الرّابع على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: يشير وجود مخطط التضحية بالنفس والمخططات الأخرى لدى المشارك الرابع إلى إهمال الذات لصالح الاهتمام بالآخرين، ووجود مشاعر سلبية مكبوتة وعدم القدرة على التعبير الحر عن المشاعر، إذ تعكس نتائج فاعلية البرنامج في القياس البعدي خفض شدة المخططات اللا تكيفية وسلوكيات إيذاء الذات بوضوح بعد انتهاء البرنامج، إذ أظهر المشارك تحسناً ملحوظاً في السيطرة على مشاعر الحرمان والخزي والتثبيط الانفعالي والسلبية وإعادة تنظيمها، ما انعكس إيجابياً على قدرته على التعامل مع الألم والمشاعر المستثارة، إذ ساهمت تقنيات إعدة وصف الصور والتخيل الموّجه، والتنفس والاسترخاء، وكتابة الرسائل في تعزيز وعي المشارك بمشاعره وتطوير طرائق أكثر صحة في التعبير عنها والتعامل معها وإعادة توجيه الانتباه للذات وتعلم التعبير عن الاحتياجات الشخصية ، ما أدى إلى بناء استجابات نفسية أكثر توازناً، أما التغير الطفيف وغير المتوقع في بعض الدرجات خلال القياسين التتبعيين (ارتفاع بسيط في درجات بعض المخططات)، فقد يعود إلى تعرض المشارك لضغوط حياتية جديدة أو تحديات خارجية بعد انتهاء الجلسات، وهو أمر شائع في مرحلة المراهقة ويعكس الحاجة أحياناً إلى دعم مستمر أو جلسات متابعة لمنع الانتكاسة النفسية، ومع ذلك بقي التحسن العام مستقراً، ما يؤكد استمرار أثر البرنامج في تمكين المشارك من مواجهة الصعوبات النفسية والسلوكية بشكل أفضل.

4- المشارك الخامس:

العمر الحالي: (15) عاماً. - **عمر الإيداع:** 4.5 سنوات

العمل: طالب مدرسة ثانوية. - **نمط إيذاء الذات لديه:** حرق الجلد "سيجارة".

المخططات الأبرز لديه: الحرمان الانفعالي، التخلّي/الهجر، الخزي/العار، التثبيط الانفعالي، السلبية.

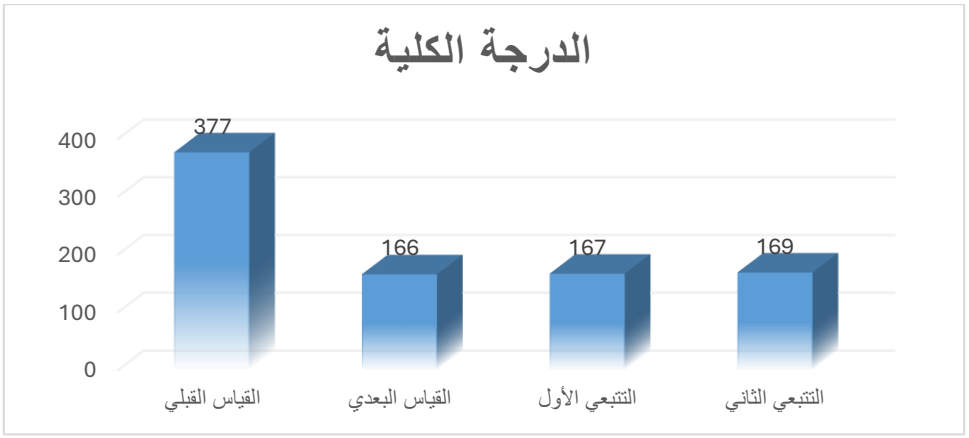
التقنيات المفضلة: كرسيا الحوار، يوميات المخطط، العلاقة التعاطفية (التعويض المحدود).

جدول (34) درجات المشارك الخامس على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

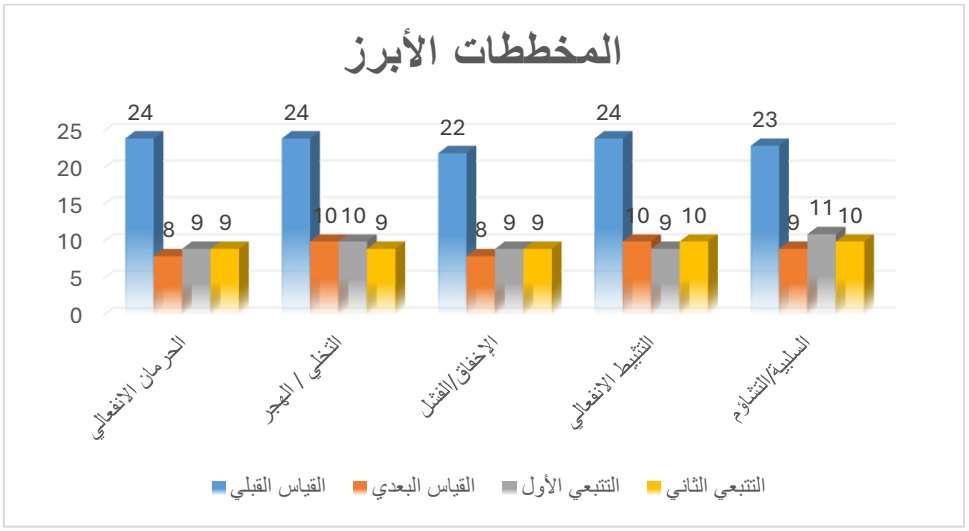
المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	التخلي / الهجر	الإخفاق/الفشل	التثبيط الانفعالي	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	24	24	22	24	23	377
القياس البعدي	8	10	8	10	9	166
التتبعي الأول	9	10	9	9	11	167
التتبعي الثاني	9	9	9	10	10	169
إيذاء الذات	التعامل مع الألم	الابتزاز الانفعالي	صراع الاعتمادية	صراع الكشف	مكافحة الانتحار	الدرجة الكلية
القياس القبلي	48	14	11	8	10	91
القياس البعدي	30	9	5	4	4	52
التتبعي الأول	32	7	8	5	4	56
التتبعي الثاني	33	8	8	5	5	59

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

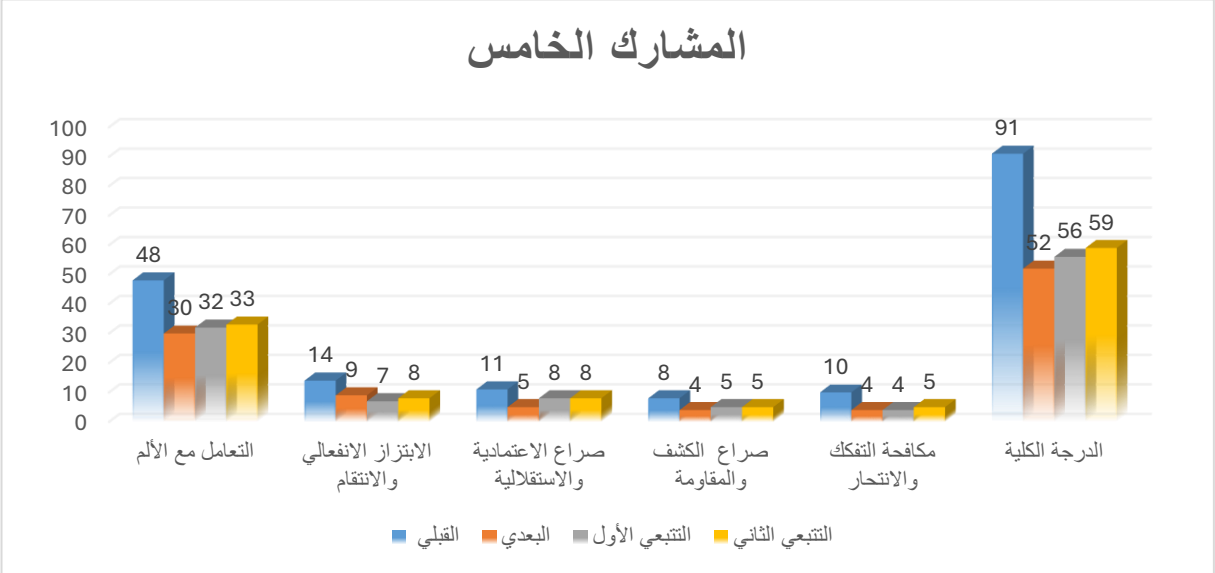
الرسم البياني (20) درجات المشارك الخامس على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (21) درجات المشارك الخامس على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



الرسم البياني (22) درجات المشارك الخامس على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تعكس المخططات النشطة لدى المشارك الخامس الهشاشة في العلاقات مع ذاته والآخرين، والشعور المتكرر بالتخلي وعدم الاستقرار، فقد أظهرت النتائج تحسناً ملحوظًا بعد جلسات البرنامج العلاجي، ويعود ذلك إلى فعالية العلاقة العلاجية الداعمة بين الباحث والمشارك والأقران بما تتضمنه من التعويض المحدود ومحاولة تعويض أو إشباع الاحتياجات الطفولية غير الملباة من خلال المواجهة التعاطفية، وتقنيات الحوار المفتوح والمناقشات التفاعلية التي عززت الشعور بالأمان والانتماء، ما أدى إلى انخفاض سلوك الإيذاء وتحسن في المخططات، ولوحظ تحسن كبير في مشاعر الحرمان، والتخلّي/ الهجر، والخزي، والتثبيط الانفعالي، ما انعكس على انخفاض سلوك إيذاء الذات، كما ساهمت تقنيات كرسيي الحوار، ومشاهدة الفيديوهات التحفيزية والتوعوية، وبناء البيئة العلاجية الآمنة الداعمة ضمن الجلسات في مساعدة المشارك على التعبير عن مشاعره وفهم ذاته وتعلم إستراتيجيات جديدة للتعامل مع الضغوط.

5- المشارك السادس:

العمر الحالي: (16) عاماً. - **عمر الإيداع:** 4 سنوات

العمل: طالب مدرسة. - **نمط إيذاء الذات لديه:** جرح اليد.

المخططات الأبرز لديه: الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التضحية بالنفس، السلبية.

التقنيات المفضلة: وصف الصور، العلاقة العلاجية (التعويض المحدود)، لعب الدور والأنشطة.

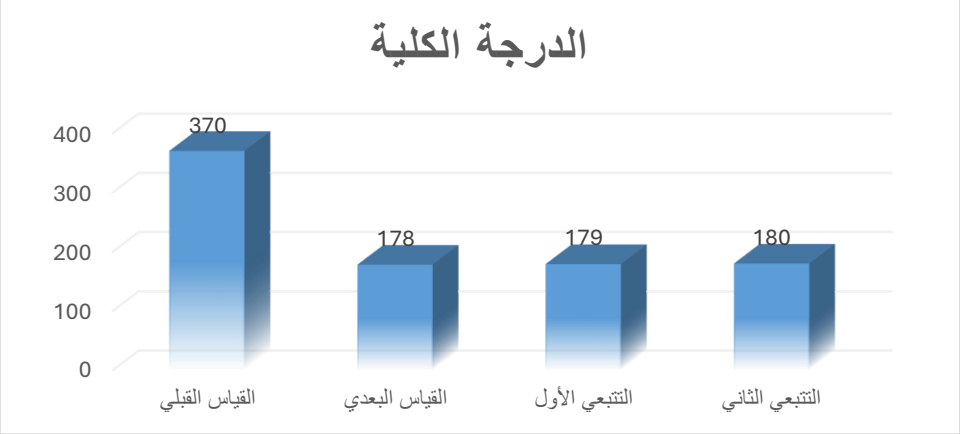
جدول (35) درجات المشارك السادس على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	الخزي/العار	الإخفاق/الفشل	التضحية بالنفس	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	22	22	22	22	23	370
القياس البعدي	9	9	12	12	14	178

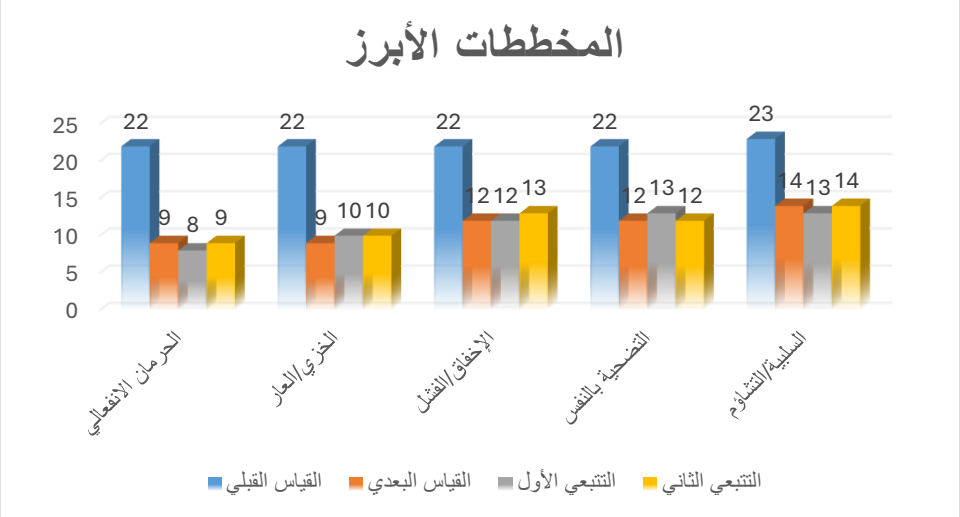
التتبعي الأول	8	10	12	13	13	179
التتبعي الثاني	9	10	13	12	14	180
إيذاء الذات	التعامل مع الألم	الابتزاز الانفعالي	صراع الاعتمادية	صراع الكشف	مكافحة الانتحار	الدرجة الكلية
القياس القبلي	52	12	12	8	11	95
القياس البعدي	29	7	6	4	8	54
التتبعي الأول	29	6	6	4	7	52
التتبعي الثاني	30	8	6	5	5	54

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

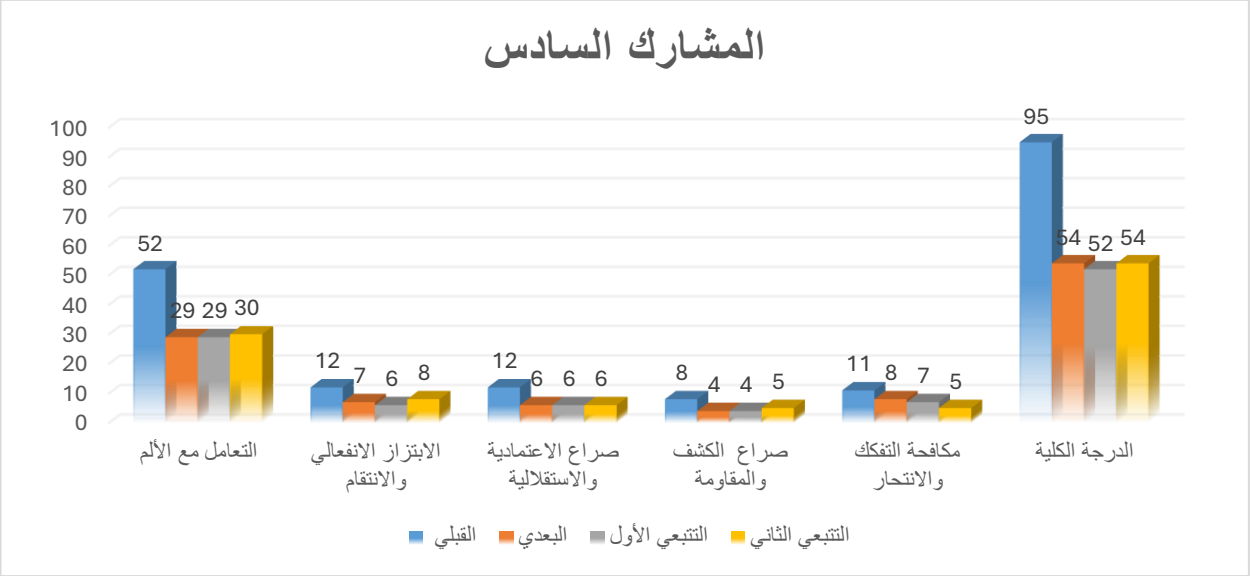
الرسم البياني (23) درجات المشارك السادس على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (24) درجات المشارك السادس على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



المخطط البياني (25) درجات المشارك السادس على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تشير المخططات النشطة لدى المشارك السادس إلى وجود شعور طويل المدى بعدم الكفاءة وضعف تقدير الذات، إلا أنه أظهر تحسناً في مشاعر الحرمان والخزي والإخفاق بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي، كما تراجعت سلوكيات إيذاء الذات، إذ ساهمت تقنيات المناقشة المفتوحة التفاعلية والحوار، وبناء العلاقة العلاجية الداعمة، ولعب الدور التي استهدفت الأفكار المرتبطة بالمخططات ووظائف إيذاء الذات في تمكين المشارك من التعبير عن مشاعره وفهم ذاته بشكل أفضل، وإعادة بناء صورة الذات وتعزيز تقديرها، ما عزز قدرته على التعامل مع الضغوط والانفعالات بطرق أكثر صحة وتكيفاً، أما التغير الطفيف وغير الدال في بعض الدرجات خلال القياسين التتبعيين (ارتفاع بسيط في بعض المخططات وسلوكيات إيذاء الذات)، فيمكن تفسيره بطبيعة مرحلة المراهقة التي تتسم بالتقلبات المزاجية والانفعالية، إضافة إلى احتمال تعرض المشارك لضغوط أو تحديات جديدة بعد انتهاء الجلسات العلاجية.

6- المشارك السابع:

العمر الحالي: (17.5) عاماً - **عمر الإيداع:** 3.5 سنوات

العمل: طالب معهد. - **نمط إيذاء الذات لديه:** ابتلاع مواد سامة "أدوية وكلور".

المخططات الأبرز: الحرمان الانفعالي، التخلّي/الهجر، التثبيط الانفعالي، السعي للاعتراف، السلبية.

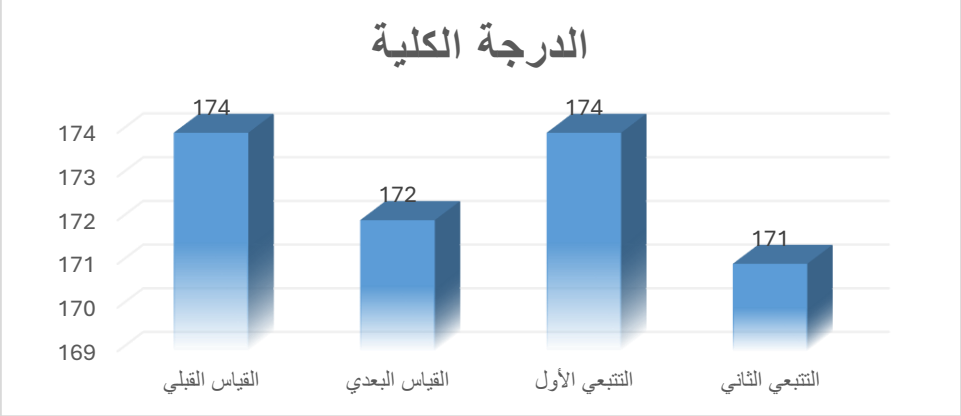
التقنيات المفضلة: إعادة العزو المعرفي مع الحوار السقراطي، التعويض المحدود، التخيل الموجه.

جدول (36) درجات المشارك السابع على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

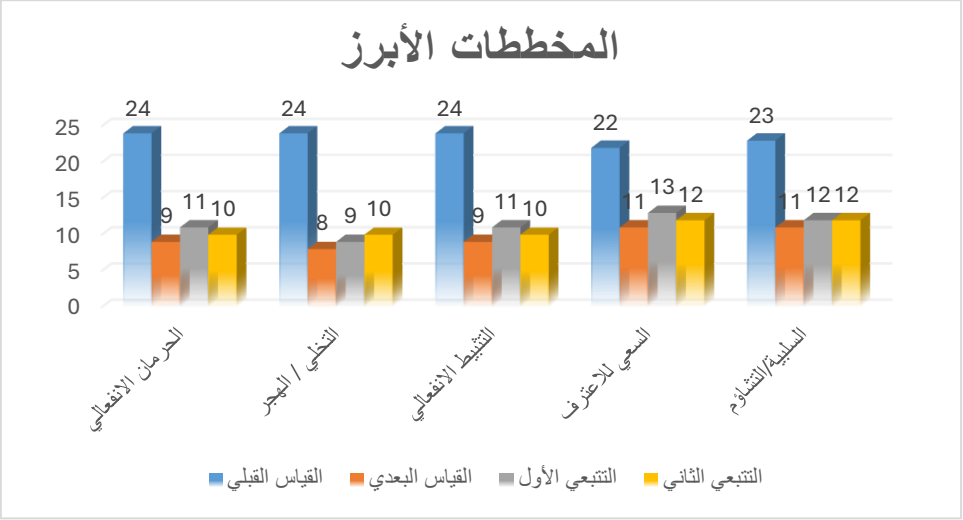
المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	التخلي / الهجر	التثبيط الانفعالي	السعي للاعترف	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	24	24	24	22	23	174
القياس البعدي	9	8	9	11	11	172
التتبعي الأول	11	9	11	13	12	174
التتبعي الثاني	10	10	10	12	12	171
إيذاء الذات	التعامل مع الألم	الابتزاز الانفعالي	صراع الاعتمادية	صراع الكشف	مكافحة الانتحار	الدرجة الكلية
القياس القبلي	55	13	12	9	10	95
القياس البعدي	29	8	5	4	4	50
التتبعي الأول	31	8	5	5	5	54
التتبعي الثاني	31	9	8	5	8	61

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

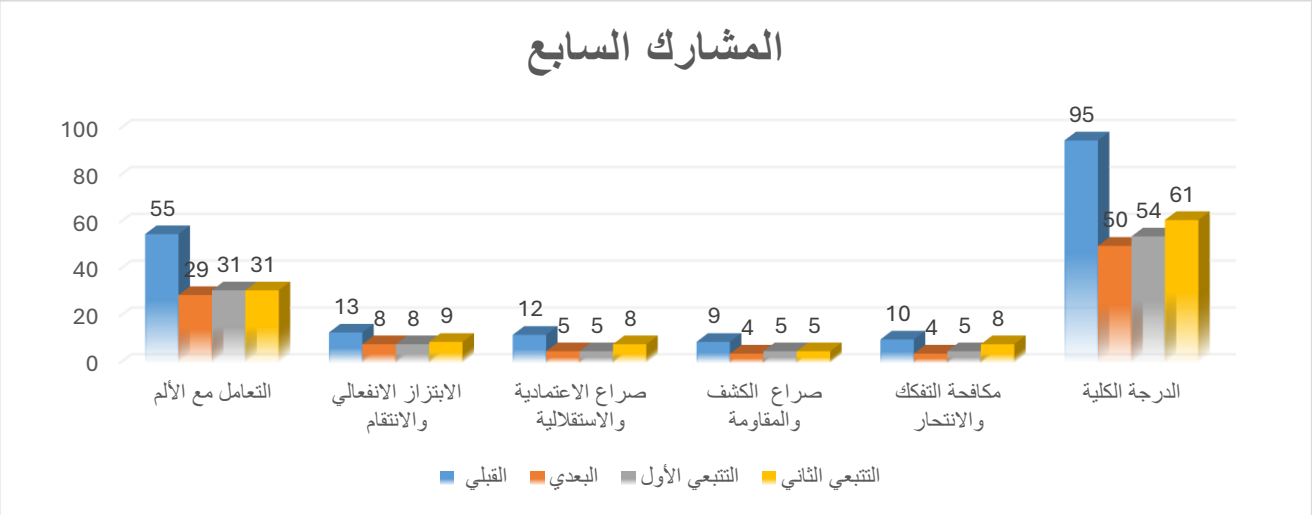
الرسم البياني (26) درجات المشارك السابع على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (27) درجات المشارك السابع على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



الرسم البياني (28) درجات المشارك السابع على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تعكس نتائج المشارك السابع فاعلية البرنامج العلاجي في خفض شدة المخططات اللا تكيفية وسلوكيات إيذاء الذات، ويعكس مخطط السعي للاعتراف يعكس حاجة ماسة للتقدير الخارجي، لذلك ساعد التدخل العلاجي على إعادة بناء تقدير ذاتي داخلي وتعزيز الدعم الداخلي والخارجي له، ما أدى لانخفاض سلوك إيذاء الذات وتحسن تدريجي في المخططات النشطة الأخرى، إذ أظهر المشارك أيضاً انخفاضاً واضحاً في مشاعر الحرمان والهجر والتثبيط الانفعالي والسلبية، مع انخفاض في سلوك إيذاء الذات، ويبرر ذلك دور تقنيات الحوار السقراطي، والعلاقة العلاجية الداعمة وغير المشروطة، والتخيل الموجه في تعزيز وعي المشارك بمشاعره واحتياجاته، وتطوير طرائق أكثر صحة للتعامل مع الضغوط والانفعالات من خلال التوجيه والدعم والتفاعل، ما

أدى إلى بناء استجابات نفسية أكثر فاعلية واستقراراً، أما التغير الطفيف في بعض الدرجات خلال القياسين التتبعيين فيمكن تفسيره بتعرض المشارك لتجارب جديدة، وهو أمر وارد في مرحلة المراهقة التي تتسم بالتقلبات الانفعالية والسلوكية والتغير غير المتوقع في مصادر الدعم المحيطة به في دور الرعاية البديلة، كما قد يؤدّي السعي المستمر للاعتراف والموافقة دوراً في حساسية المشارك تجاه التغيرات الاجتماعية البسيطة أحياناً.

7- المشارك الثامن:

العمر الحالي: (18) عاماً. - **عمر الإيداع:** 4.5 سنوات

العمل: طالب جامعي. - **نمط إيذاء الذات لديه:** ابتلاع مواد سامة "أدوية بجرعة زائدة"

المخططات الأبرز: الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، الفشل، التضحية بالنفس، التثبيط الانفعالي.

التقنيات المفضلة: إعادة العزو المعرفي مع الحوار السقراطي، حوار الكرسيين، يوميات المخطط.

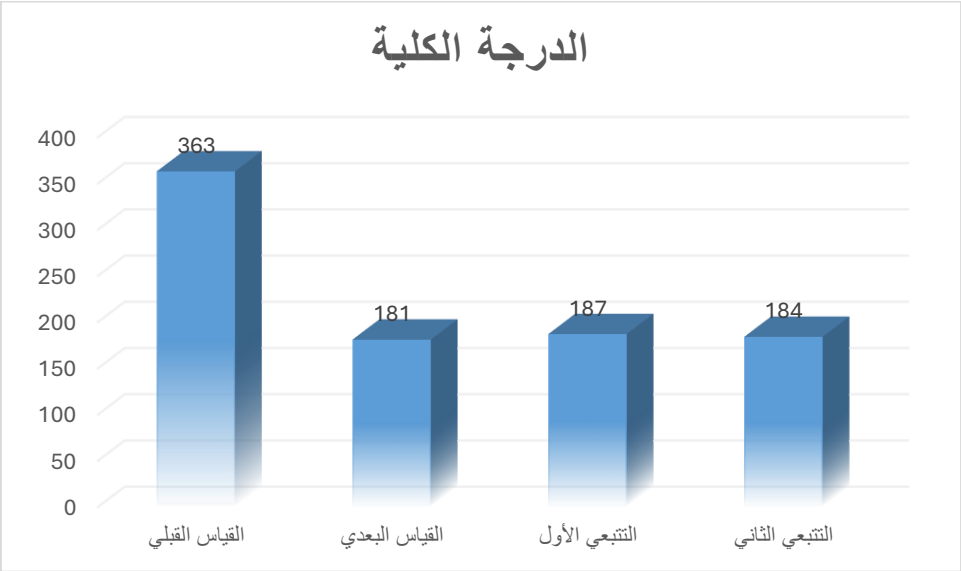
جدول (37) درجات المشارك الثامن على مقياسي الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	الخزي/العار	الإخفاق/الفشل	التضحية بالنفس	التثبيط الانفعالي	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	22	22	23	22	23	363
القياس البعدي	8	11	12	12	9	181
التتبعي الأول	9	11	12	13	10	187
التتبعي الثاني	8	10	13	13	11	184
إيذاء الذات	**التعامل مع الألم**	**الابتزاز الانفعالي**	**صراع الاعتمادية**	**صراع الكشف**	**مكافحة الانتحار**	**الدرجة الكلية**
القياس القبلي	52	11	10	8	11	92
القياس البعدي	28	8	9	4	7	56
التتبعي الأول	31	8	7	5	7	58

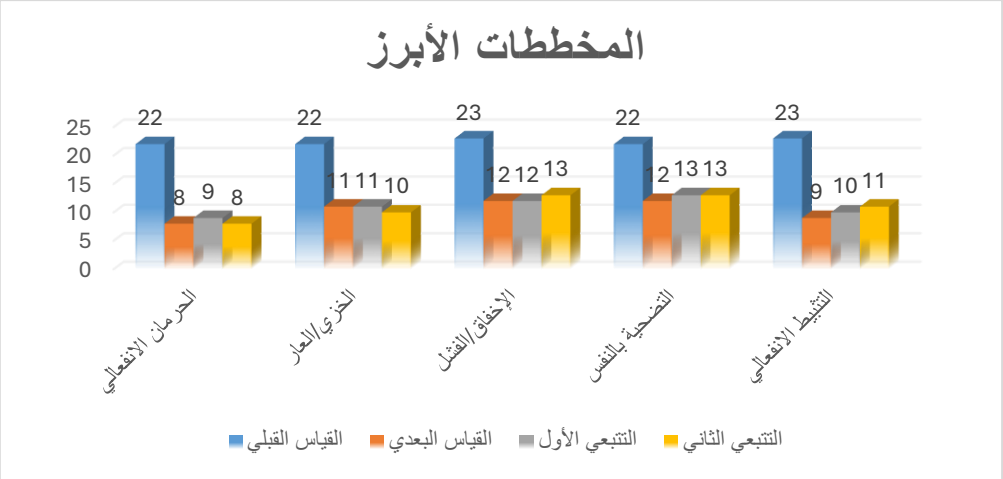
التتبعي الثاني	31	8	6	5	6	56

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

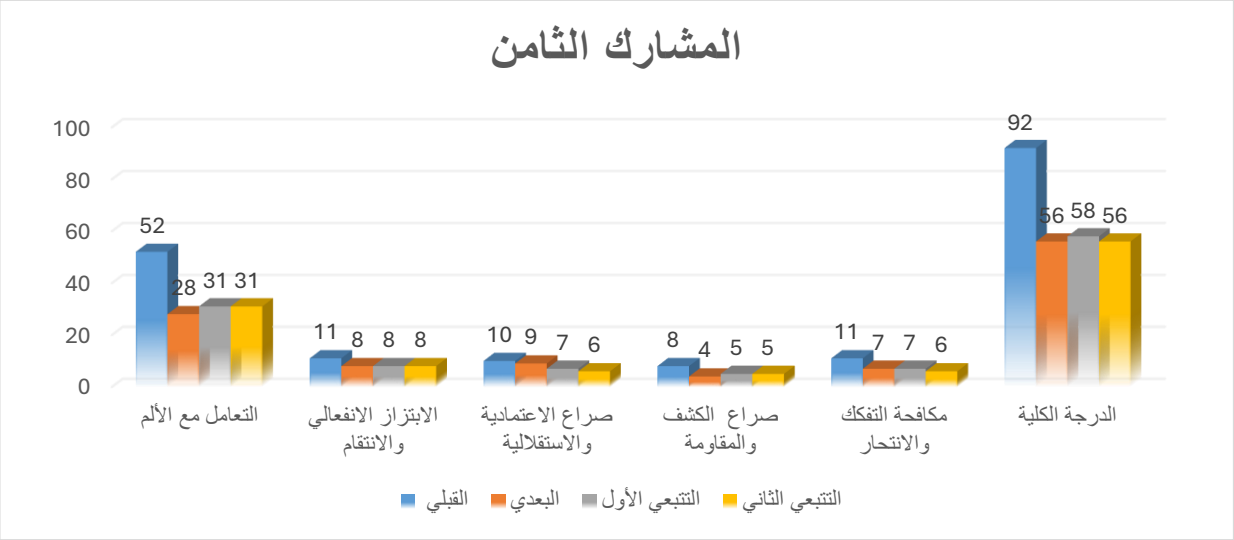
الرسم البياني (30) درجات المشارك الثامن على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (30) درجات المشارك الثامن على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



المخطط البياني (31) درجات المشارك الثامن على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تعكس المخططات النشطة لدى المشارك الثامن صراعات داخلية بين الرغبة في تحقيق الإنجاز والشعور بالعجز، بينما تشير النتائج عامة إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض شدة المخططات اللا تكيفية وسلوكيات إيذاء الذات بشكل ملحوظ بعد انتهاء تطبيق البرنامج في خفض مشاعر الحرمان والخزي والإخفاق والتثبيط الانفعالي، بالتوازي مع انخفاض في سلوك إيذاء الذات، وساهمت تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية، وحوار الكرسيين والمخططات المتناقضة، وكتابة الرسائل إلى الذات والأشخاص الدّاعمين في تعزيز قدرة المشارك على التفريغ عن صراعاته وتحدي أفكاره السلبية وتبني أنماط تفكير أكثر واقعية ومرونة وفاعلية عبر التوجيه والحوار والتدريب، ما زاد تمكنه من التعامل مع الضغوط والانفعالات بطرائق صحية وأكثر تكيفاً، أما التغير الطفيف وغير المتوقع في بعض الدرجات خلال القياسين التتبعيين فيمكن تفسيره بتعرض المشارك لضغوط جامعية أو اجتماعية جديدة لاحقة، وهو أمر شائع في مرحلة الانتقال إلى الحياة الجامعية التي تتسم بتحديات وضغوط ذات طابع مختلف عن تفاعلاته ضمن المدرسة أو ضمن دور الرعاية البديلة.

8- المشارك التاسع:

العمر الحالي: (17.5) عاماً. - **عمر الإيداع:** 5 سنوات

العمل: طالب مدرسة. – **نمط إيذاء الذات لديه:** كسر الذراع "ضرب بعنف متكرر".

المخططات الأبرز لديه: التخلّي/الهجر، الخزي/العار، التثبيط الانفعالي، السعي للاعتراف، السلبية.

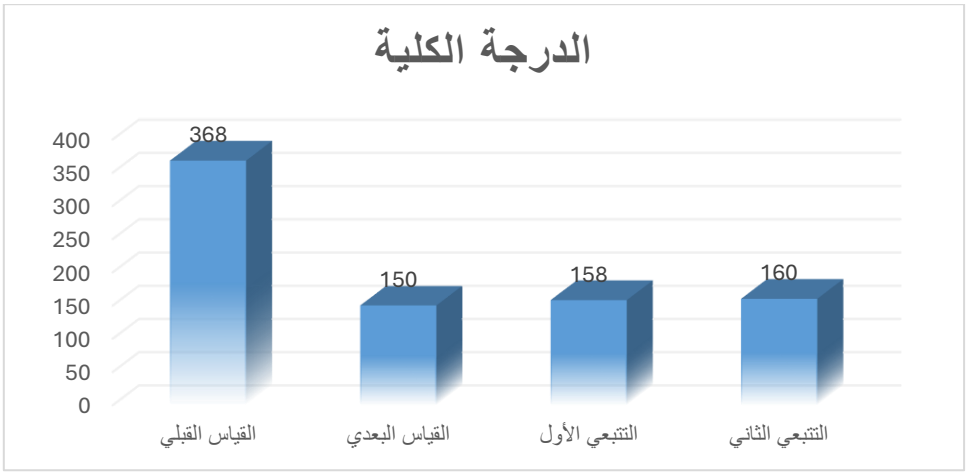
التقنيات المفضلة: لعب الدور والأنشطة التفاعلية، وصف الصور، كرسيا الحوار.

جدول (38) درجات المشارك التاسع على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

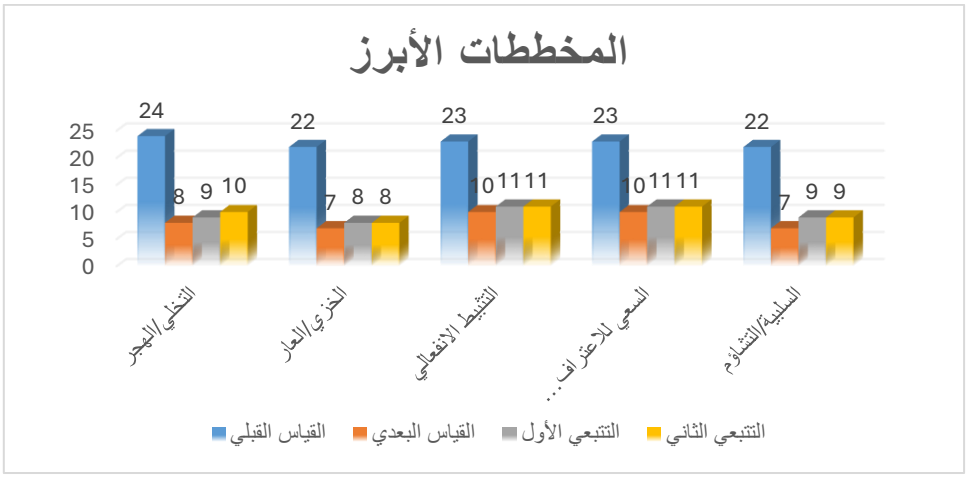
المخططات اللا تكيفية الأبرز	التخلي/الهجر	الخزي/العار	التثبيط الانفعالي	السعي للاعتراف / الموافقة	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	24	22	23	23	22	368
القياس البعدي	8	7	10	10	7	150
التتبعي الأول	9	8	11	11	9	158
التتبعي الثاني	10	8	11	11	9	160
إيذاء الذات	**التعامل مع الألم**	**الابتزاز الانفعالي**	**صراع الاعتمادية**	**صراع الكشف**	**مكافحة الانتحار**	**الدرجة الكلية**
القياس القبلي	51	12	12	9	11	95
القياس البعدي	30	6	8	6	4	54
التتبعي الأول	30	8	6	5	5	54
التتبعي الثاني	32	8	8	5	5	58

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

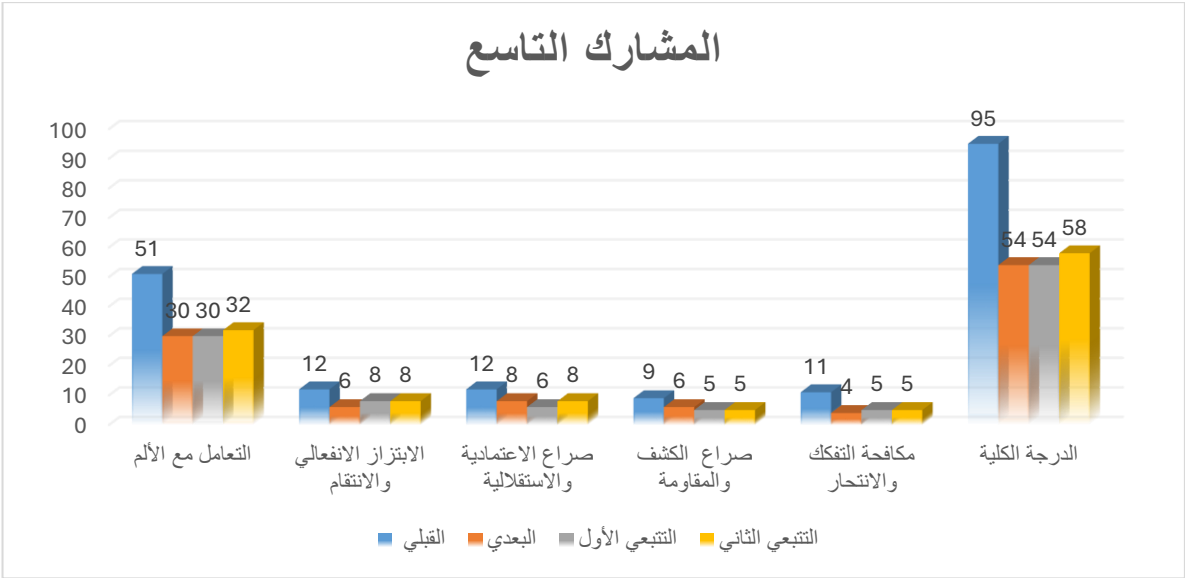
الرسم البياني (32) درجات المشارك التاسع على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



الرسم البياني (33) درجات المشارك التاسع على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



الرسم البياني (34) درجات المشارك التاسع على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تشير المخططات النشطة لدى المشارك التاسع إلى المعاناة من مشاعر التخلي والرفض والمعاناة من عدم القبول أو عدم الاستقرار في العلاقات، ولكنها عكست عموماً فاعلية البرنامج العلاجي في خفض شدة المخططات اللا تكيفية وسلوكيات إيذاء الذات بشكل ملحوظ بعد انتهاء تطبيق البرنامج، وأظهر تحسناً واضحاً في خفض مشاعر التخلي والخزي والتثبيط الانفعالي والسعي للاعتراف والموافقة، مع انخفاض في تكرار سلوكيات إيذاء الذات لديه، فقد أسهمت تقنيات لعب الدور التفاعلية، وتمارين التنفس والاسترخاء وما رافقها من تهدئة الاستثارة الفيزيولوجية، وساعدت على تهدئة الجهاز العصبي وتعزيز السيطرة على ردود الفعل الاندفاعية، وأسهمت نقاشات حوار الكرسيين في تمكين المشارك من التعبير عن مشاعره وإدارة صراعاته والتحكم بأعراض الضغوط والتوتر والتنظيم الانفعالي بطرائق أكثر صحة، أما التغير الطفيف وغير المتوقع في بعض الدرجات خلال القياسين التتبعيين، فيمكن تفسيره بتعرض المشارك لضغوط أو مواقف حياتية مفاجئة وهو أمر شائع في مرحلة المراهقة التي تتسم بالتقلبات الانفعالية والحاجة المستمرة للدعم الاجتماعي الذي قد يفتقده في دور الرعاية البديلة.

10ــ المشارك العاشر:

العمر الحالي: (15) عاماً. – **عمر الإيداع:** 4 سنوات

العمل: طالب مدرسة. – **نمط إيذاء الذات لديه:** ابتلاع مواد صلبة وحادة "أحجار وشفرة".

المخططات الأبرز لديه: الحرمان الانفعالي، الخزي/العار، التضحية بالنفس، التثبيط الانفعالي، السلبية.

التقنيات المفضلة: التعويض المحدود، حوارات المخطط، لعب الدور والألعاب التفاعلية، .

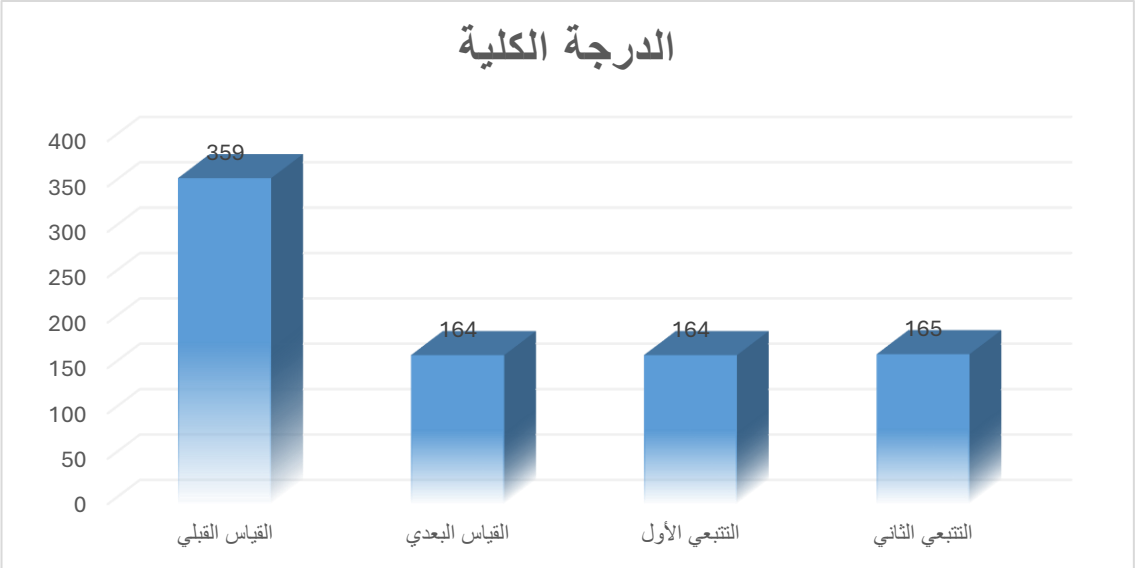
جدول (39) درجات المشارك العاشر على مقياسي الدراسة في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي الأول والثاني

المخططات اللا تكيفية الأبرز	الحرمان الانفعالي	الخزي/العار	التضحية بالنفس	التثبيط الانفعالي	السلبية/التشاؤم	الدرجة الكلية على مقياس المخططات
القياس القبلي	23	22	22	23	22	359

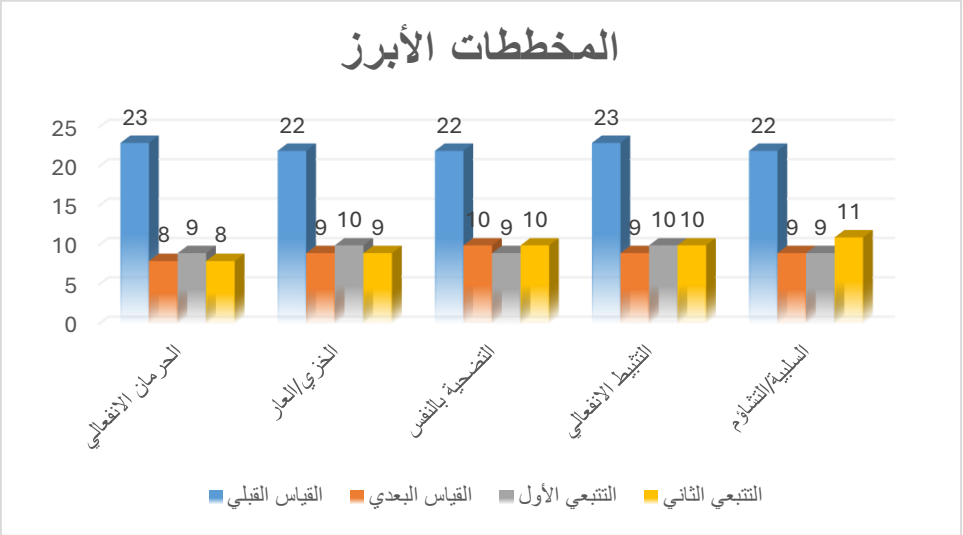
القياس البعدي	8	9	10	9	9	164
التتبعي الأول	9	10	9	10	9	164
التتبعي الثاني	8	9	10	10	11	165
إيذاء الذات	التعامل مع الألم	الابتزاز الانفعالي	صراع الاعتمادية	صراع الكشف	مكافحة الانتحار	الدرجة الكلية
القياس القبلي	52	12	10	8	9	90
القياس البعدي	30	7	7	5	5	54
التتبعي الأول	31	8	7	5	4	55
التتبعي الثاني	32	10	8	5	5	60

وفيما يأتي توضيح لهذه القياسات من خلال الأشكال البيانية التالية:

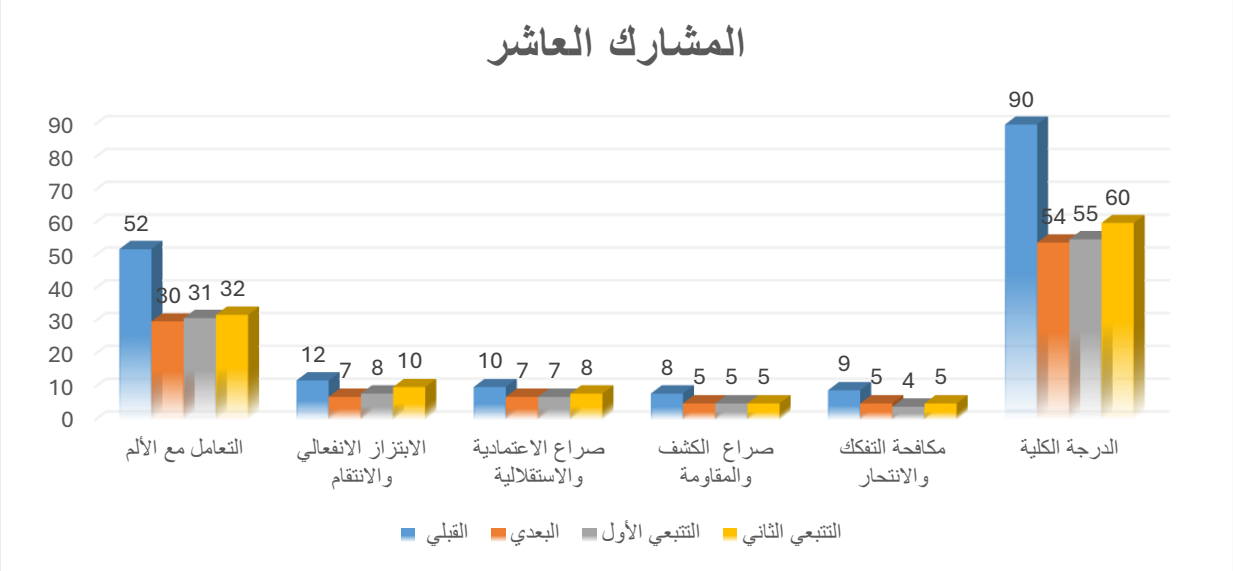
الرسم البياني (35) درجات المشارك العاشر على الدرجة الكلية لاستبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة



المخطط البياني (36) درجات المشارك العاشر على المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديه



المخطط البياني (37) درجات المشارك العاشر على قائمة إيذاء الذات



التعقيب على النتائج: تعكس المخططات النشطة لدى المشارك العاشر صعوبة في التعبير عن الاحتياجات الشخصية والشعور بالذنب عند الاهتمام أو الرعاية بالذات، ولكنها تشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض شدة المخططات اللا تكيفية وسلوكيات إيذاء الذات بشكل ملحوظ بعد التطبيق، فقد أظهر تحسناً واضحاً في التحكم بمشاعر الحرمان والخزي والتثبيط الانفعالي والتشاؤم، مع انخفاض في سلوك إيذاء الذات، إذ ساعدت العلاقة العلاجية الآمنة على التعويض المحدود وتوفير البيئة لمزيد من المواجهات التعاطفية مع مصادر الضغوط والصراعات، كما عززت تقنيات كتابة الرسائل، والأنشطة التفاعلية ضمن الجلسات، والمناقشة المفتوحة وما تضمنته

من حوارات تفاعلية وموّجهة من قدرة المشارك على التعبير عن مشاعره وفهم ذاته والتعامل مع الضغوط بطرائق أكثر صحة وتكيفاً، أما التغير الطفيف وغير المتوقع في بعض الدرجات خلال القياسين التتبعيين فيمكن تفسيره بتعرض المشارك لضغوط مدرسية أو أسرية جديدة أو بتقلبات انفعالية طبيعية في هذه المرحلة العمرية، إضافة إلى أن بعض الأنشطة التفاعلية قد تثير مشاعر أو ذكريات كامنة تحتاج إلى وقت أطول لمعالجتها بالكامل. .

ب- التعقيب العام على نتائج الدراسة الكيفية:

في ضوء تحليل النتائج الإحصائية التي أظهرها أفراد المجموعة التجريبية المشاركون في البرنامج العلاجي يتضّح بشكل جلي أنّ البرنامج العلاجي حقّق تحسناً واضحاً في خفض نشاط المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز لديهم، إضافة إلى الحد من سلوكيات إيذاء الذات، إذ كانت المخططات اللا تكيفية المبكرة الأبرز التي سجلت مستويات مرتفعة في القياس القبلي لديهم تشمل الحرمان الانفعالي، والتخلي/الهجر، الخزي/العار، الإخفاق/الفشل، التثبيط الانفعالي، السلبية/التشاؤم، التضحية بالنفس والسعي للاعتراف أو الموافقة، وجميع هذه المخططات كانت تعبّر عن نفسها على نحو إستراتيجيات تعامل ومواجهة غير وظيفية أو سلوكيات ومشاعر غير مستقرة وأنماط معرفية قديمة النشأة ومتجذّرة في أعماق شخصياتهم، وترتبط ارتباطاً مباشراً ووثيقاً مع تجارب الطفولة المبكرة مثل الحرمان والرفض والنبذ والتخلّي وغيرها، والتي شكلت لديهم أوضاع مختلة من التعامل والتفاعل مع أحداث حياتهم أو سوء المعاملة والافتقار إلى الإشباع العاطفي.

فقد عكست الدرجات المرتفعة في القياس القبلي نشاط المخططات وفاعليتها وتأثيرها الكبير في تكيف المراهقين قبل التدخل العلاجي، وكانت مترافقة أو مسببة بسلوكيات إيذاء الذات بأنواعه المختلفة، منها جرح الجلد، والحرق، وضرب الرأس، وابتلاع مواد سامة أو صلبة وغيرها، وهذا الاقتران أو العلاقة بين المخططات النشطة وسلوكيات إيذاء الذات يؤكد ما توصلت له العديد من الدراسات، وأكدته النظريات النفسية التي تربط بين الصدمات الانفعالية المبكرة وتطور أنماط سلوكية مؤذية كآليات للتكيف أو التعبير عن الألم النفسي، مثل دراسة بيلكينغتون وآخرين (Pilkington et al , 2021) التي أظهرت نتائجها ارتباط التفكير الانتحاري وسلوكيات إيذاء الذات بدرجة كبيرة مع مخطط الخزي/العار، ومخطط العزلة الاجتماعية وعدم الكفاءة/الاعتماد، ومخطط الخضوع ومخطط التثبيط

الانفعالي، وخلصت إلى أنَّ الاعتقاد بأن المرء معزول أو غير محبوب أو غير كفء يرتبط بزيادة خطر الأفكار الانتحارية وسلوك إيذاء الذات غير الانتحاري كرد فعل سلوكي على مخططات اللا تكيفية المبكرة، وكذلك دراسة نيكول وآخرين (Nicol et al,2022) التي أكدت أنَّ المخططات اللا تكيفية المبكرة ولا سيّما مخططات التخلي/الهجر، والاستحقاق/العظمة، وعدم كفاية الضبط الذاتي تتبّأ بشكل كبير بالوظائف الشخصية لإيذاء الذات، كما يتنبأ مخطط الخزي/العار والاستحقاق بإيذاء الذات بقصد الانتحار، وكذلك دراسة ساريجارفي وآخرين (Saarijärvi et al, 2023) التي أكدت أنه كلما كانت المخططات اللا تكيفية المبكرة أقوى لدى المراهقين كانت مظاهر إيذاء الذات أكثر خطورة، إذ ارتبط خلل التنظيم الانفعالي الداخلي لمخطط التضحية بالنفس والتنظيم الانفعالي الخارجي بكل من مخططات التخلي/الهجر والمعايير الصارمة التي لا هوادة فيها، كما ارتبط الإدمان على إيذاء الذات بمخطط التخلي/الهجر والاعتماد/عدم الكفاءة، وأكدت دراسة سالدياس (Saldias, 2012) العلاقة بين نشاط المخططات اللا تكيفية المبكرة وإيذاء الذات المتعمَّد، ودراسة لويس وآخرين (Lewis et al, 2015) التي أوصت بأهمية العلاج بالمخطط في تحسين المخططات المبكرة اللا تكيفية التي تؤدّي دوراً في حدوث إيذاء الذات غير الانتحاري لدى الشباب، وأظهرت دراسة كاسيم وآخرين (Kaasım et al, 2017) أنَّ سلوك إيذاء الذات لدى المراهقين يعد أحد إستراتيجيات المواجهة غير الوظيفية مع المشاعر السلبية التي تحدث، وقد يساعد العلاج بالمخطط على التركيز على وظائف التنظيم الانفعالي ما يؤدّي لخفض إيذاء الذات، وتعديل المخططات العاطفية المصاحبة لها في التعامل مع هذه الصعوبات، كما أكدت دراسة دانيشماندي وآخرين (Daneshmandi et al, 2019) أنَّ العلاج بالمخطط يحسّن بشكل كبير قبول الاستجابات العاطفية لدى المراهقين الذين عانوا من الإساءة وسوء المعاملة في طفولتهم، وتعديل السلوكيات الموجهة نحو الأهداف، والتحكم في السلوكيات الاندفاعية، وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي لديهم، ووجدت نتائج دراسة نازربولاند وآخرين (Nazarboland et al, 2019) عند مقارنة المراهقين ضمن الأسر الطبيعية بالمراهقين المقيمين في دور الأيتام، أنَّ المراهقين المقيمين في دور الأيتام لديهم مخططات لا تكيفية واضحة، وكانوا أضعف في تطبيق إستراتيجيات التنظيم الانفعالي.

وتُظهر نتائج جميع المشاركين التأثير العميق للإيداع المبكر في دور الرعاية البديلة على تطوّر المخططات اللا تكيفية المبكرة وسلوكيات إيذاء الذات المرتبطة بها، وخاصّة أنَّ عمر الإيداع انحصر بين (3–5) سنوات، وهي مرحلة حرجة في النمو النفسي وتشكيل الهوية وبناء الأمان العاطفي لدى الأطفال، ففي هذه المرحلة، يُنتج الانفصال المبكر عن الأسرة الأصلية وما يرافقه من خبرات الحرمان والإهمال فجوات عميقة في تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية، التي تؤثّر على نمط العلاقات الآمنة والتعلق الصحي مع الوالدين أو مقدمي الرعاية، الأمر الذي يفسّر بروز مخططات الحرمان الانفعالي والخزي/العار والإخفاق والتثبيط الانفعالي والسلبية/التشاؤم، والتي تميّزت بدرجات مرتفعة في القياس القبلي.

إلى جانب ذلك، تشير البيانات إلى تأثير العوامل المرتبطة بمؤسسات الرعاية البديلة، مثل التغيرات المتكررة في مقدمي الرعاية والضوابط المشددة التي تطبَّق بشكل موحد على جميع الأطفال والتي تركّز على الأمن والسلامة الجسدية، في استمرار تنشيط هذه المخططات، فقد عانى الأطفال الذين تم إيداعهم مبكراً من صعوبات متزايدة في التعبير عن مشاعرهم وضبط انفعالاتهم، وظهور أنماط متعددة من إيذاء الذات لديهم، مثل حرق الجلد وضرب الرأس وجروح الذراع، كآليات للتنفيس عن الألم النفسي والضغط الناتج عن تجاربهم المبكرة وشعورهم بعدم الأمان.

ومع تطبيق البرنامج العلاجي، الذي ركَّز على التقييم الدقيق للمخططات النشطة وسلوكيات إيذاء الذات وتحديدها واستهدافها باستخدام تقنيات تجريبية، انفعالية، سلوكية ومعرفية، وعلائقية لوحظ انخفاض واضح في درجات المخططات اللا تكيفية المبكرة في القياس البعدي، مع استمرار هذا التحسن في القياسين التتبعيين الأول والثاني، إذ يعكس هذا الاستقرار فاعلية البرنامج في إحداث تغيير حقيقي وملحوظ في البنية المعرفية، والتنظيم الانفعالي، والاستقرار السلوكي للمشاركين، ما ينفي أن يكون التأثير مؤقتًا أو سطحياً، إذ سجّل البرنامج انخفاضاً ملحوظاً في تكرار وشدة سلوكيات إيذاء الذات، حتى توقف المشاركون تماماً عن الانخراط بها، ما يبرز نجاح التدخلات العلاجية في تعديل أنماط التفكير والمشاعر المرتبطة بالمخططات وجعلها أكثر تكيفًا مع احتياجات المراهقين وحساسية مرحلتهم العمرية. وهذا أدى إلى تقليل الحاجة إلى اللجوء إلى إيذاء الذات وسيلةً للتنفيس أو طلب الدعم، واستبدالها سلوكيات أكثر صحة وتكيفاً.

يُظهر التحليل الفردي أن الانخفاض في درجات المخططات اللا تكيفية كان مصحوباً بانخفاض مماثل في سلوكيات إيذاء الذات، والوظائف الذاتية والخارجية المرتبطة بها، وكان المشاركون الذين حققوا أكبر انخفاض في المخططات، مثل المشاركين الأول والثالث والسابع، أسرع في التوقف عن ممارسة هذه السلوكيات أو تقليلها إلى الحد الأدنى. كذلك، شهد المشاركون الذين كانت لديهم مخططات نشطة ترتبط بـ"السعي للاعتراف/الموافقة" و"التضحية بالنفس" تحسنًا واضحًا في قدرة وضع الحدود الشخصية الصحية والتعبير عن الذات بطرق صحية بديلة عن إيذاء الذات.

وبناءُ على ما سبق، يمكن عزو فاعلية البرنامج إلى عدة عوامل رئيسية:

1. التدخل المبكر والتكامل العلاجي المنتظم الذي ركز على تعديل الأوضاع المعرفية والعاطفية غير الوظيفية، ما خلق فرصاً لفهم الذات وإعادة تفسير الخبرات السابقة بطرائق أكثر تكيفاً.

2. استخدام تقنيات تعزز الوعي العاطفي وتنظيم الانفعالات، مثل التنفس، الاسترخاء، والتخيل الموجه، التي ساهمت في تهدئة الاستجابات الانفعالية وزيادة قدرة التعبير عن المشاعر بطرائق سليمة.

3. دور لعب الدور والأنشطة التفاعلية في بناء المهارات الاجتماعية والتواصلية وتعزيز شعور الأمان النفسي والانتماء، ما دعم بناء علاقات صحية وثقة بالنفس.

4. تعزيز إعادة توجيه الانتباه نحو الذات واحتياجاتها من خلال تقنيات مثل وصف الصور وكتابة الرسائل وحوار الكرسيين، ما ساعد المشاركين على التعبير الصحي عن احتياجاتهم والتقليل من أنماط التضحية بالنفس.

5. استمرارية التحسّن أو التغيّر المحقق في القياسين التتبعين الأول والثاني تظهر تأثيراً مستمرّاً للبرنامج، مع العلم أن بعض الزيادات الطفيفة في درجات بعض المشاركين من الممكن أن تعود إلى ضغوط ومواقف حياتية جديدة، مشيرة إلى ضرورة الدعم والمتابعة المستمرة للحفاظ على المكتسبات النفسية والاجتماعية، لا سيما في ظل التحديات المستمرة التي يواجهها المراهقون ضمن بيئة الرعاية البديلة.

خامساً: التعقيب على النتائج والرؤية المستقبلية:

من كل ما سبق عرضه، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المتعلقة بفاعلية العلاج بالمخطط في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة، وخفض سلوكيات إيذاء الذات لدى عينة من المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية في محافظة دمشق وريفها، وهي:

- حدوث تحسن واضح لدى أفراد المجموعة التجريبية بمقارنة القياس البعدي بالقياس القبلي، واستمرار التحسن لديهم في التطبيقين التتبعي الأول والثاني بعد ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج.
- حدوث تغير إيجابي في المخططات اللا تكيفية المبكرة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي الأول والثاني، إذ استفادت المجموعة التجريبية من البرنامج في خفض تنشيط المخططات اللا تكيفية المبكرة واستبدالها بمخططات تكيفية أكثر صحّة من خلال الوعي والاستبصار بها وتلبية الاحتياجات الطفولية، وتحسين استراتيجيات التعامل والمواجهة عبر تعزيز الأوضاع الصحية في تعاملهم مع ذاتهم والآخرين.
- حدوث تحسن كبير في سلوكيات أفراد العينة التجريبية تجاه ذواتهم في القياسات البعدي والتتبعي الأول والثاني، من خلال كسر النمط السلوكي المؤدّي إلى سلوكيات إيذاء الذات لديهم عبر الوعي بالوظائف الشخصية الذاتية والخارجية التي تتضمن الدوافع لهذه السلوكيات، وتدريبهم على مهارات التنظيم الانفعالي وإدارة الألم وتعزيز الأفكار الإيجابية والإفصاح عن الذات وتعزيز الرؤية المعرفية الإيجابية البديلة في بناء علاقات صحية مع مقدّمي الرعاية والأقران من خلال العديد من التقنيات المعرفية والعاطفية والسلوكية.
- إنَّ النتائج التي توصّلت إليها الدراسة لا يمكن تعميمها على جميع المراهقين في دور الرعاية البديلة، ولكن يمكن أن تمثّل رؤية علاجية يمكن للمراهقين الاستفادة منها ضمن خطط وتدخلات إرشادية وعلاجية قائمة على العلاقة التعاطفية والرغبة بالتغيير لدى المراهقين والوعي بأصول المشكلات وصولاً لتطوير سلوكيات إيجابية مرتبطة باستراتيجيات مواجهة وتعامل تكيفية.

يمكن القول: إن المخططات اللا تكيفية المبكرة يمكن أن تؤثر تأثيراً مباشراً على توافق الأفراد النفسي والاجتماعي وعلى أدائهم اليومي، ويمكن ان تكون الآثار النفسية الناتجة عنها مزعجة للغاية، إذ يعيش عدد كبير من المراهقين في دور الرعاية البديلة مع ضغوط نفسية كبيرة وضمن رعاية قائمة على الأنظمة والحدود والممنوع والمرغوب، وهذا الأمر يزداد صعوبة مع المراهقين لأنَّ مرحلة المراهقة تتضمن العديد من الصراعات والتحديات والتغيرات التي تتطلب التعامل معهم كحالات فردية، لكل حالة احتياجاتها العاطفية المتراكمة بسبب خبرات التخلي التي تعرضوا لها مسبقاً وتمثّل السبب الرئيس لوجودهم ضمن رعاية بديلة عن أسرتهم الفعلية، وخاصة عند مقارنة حالتهم الاجتماعية بالمراهقين الذين يعيشون ضمن أسرهم البيولوجية ويحتكون معهم في المدرسة أو العمل أو الخارج، وما يرتبط في الكثير من الأحيان بإحساسهم بالوصمة والاختلاف عن نمط الحياة الطبيعية التي يجب أن ينمو في كنفها في أسرهم الحقيقية ما سبب العديد من أعراض القلق والتوتر والضيق والانسحاب والخجل وعدم الكفاءة والإساءة/عدم الثقة والقسوة وجميعها ترتبط مباشرة بتنشيط المخططات اللا تكيفية المبكرة لديهم والتي تدفعهم إلى القيام بسلوكيات متطرفة مثل العدوان والتخريب وكسر الأنظمة وإيذاء الذات كأساليب لمواجهة ظروفهم القاسية، أو للحصول على الاهتمام الذي يحتاجونه أو لافتقارهم لآليات التعامل مع الألم والصدمات وخاصة التنظيم الانفعالي.

- لذلك جاء العلاج بالمخطط لتحسين هذه المخططات النشطة، واستبدال باستراتيجيات التعامل والمواجهة أساليب تكيفية، وخفض سلوكيات إيذاء الذات واستبدال سلوكيات صحية بها، عبر مجموعة من التقنيات القائمة على إعادة الهيكلة المعرفية والتنظيم الانفعالي وإعادة صياغة الأفكار والمواقف، والحوارات ولعب الدور وغيرها من التقنيات التي تندرج ضمن علاقة تعاطفية أساسها الأمان والتعويض بين المعالج والمشاركين وصولاً إلى محاولة تعميم نتائج هذه التدخلات لتطال سياق حياتهم اليومية عبر إشراك مقدّمي الرعاية في عملية التغيير وتقديم الدعم الإيجابي نحو التغيير لتحسين استجابتهم المعرفية والعاطفية والسلوكية.
- مع أنّ هذه الدراسة من الدراسات القليلة في العالم العربي التي استخدمت العلاج بالمخطط مع المراهقين فاقدي الرعاية الأسرية لتحسين مخططاتهم اللا تكيفية وخفض سلوكيات إيذاء الذات لديهم، إلا أنها محاولة متواضعة

لاستخدام هذا النموذج في البيئة العربية، ويؤمل أن تكون هذه الدراسة بداية الانطلاق لأبحاث أخرى في المستقبل تستفيد من المفاهيم الواسعة والعميقة من العلاج بالمخطط، ومن التقنيات الغنية والثرية المستمدة من الكثير من العلاجات الأخرى لتزيد من إثبات فاعلية هذا النموذج العلاجي، وخاصة مع اضطرابات أخرى تتجاوز سلوكيات إيذاء الذات لتصل إلى اضطرابات الشخصية والاكتئاب وغيرها.

- **سادساً: مقترحات الدراسة:**

في ضوء نتائج الدراسة وضعت المقترحات الآتية:

1. إجراء الدراسات شبه التجريبية عن فاعلية العلاج بالمخطط في الاضطرابات النفسية المختلفة، وخاصة الاضطرابات المرتبطة بالصدّمات بما يعزز من المعرفة المطلوبة بالرعاية المستنيرة بالصدّمات لدى جميع العاملين مع الأطفال والمراهقين المتواجدين ضمن دور الرعاية البديلة.
2. إجراء الدراسات التجريبية والإكلينيكية القائمة على العلاج بالمخطط ذات المنحى الفردي لمعرفة التباين على مستوى الفرد الواحد ضمن سياق تطوّر المخططات اللا تكيفية وتأثيرها وفاعلية التدخل العلاجي، لما لهذه الدراسات من فائدة لاكتشاف العوامل المؤثّرة والمسؤولة عن التغيرات في سلوك المرضى.
3. إفادة المتخصصين في العلاج النفسي مستقبلاً من البرنامج الحالي في تحسين المخططات اللا تكيفية المبكرة وخفض سلوكيات إيذاء الذات لدى المجتمع الأصلي لعينة الدراسة، كون هذا المجتمع غنيّاً بالاختلافات والتباينات المعرفية بين الأفراد لتنوع الظروف والخبرات المبكرة التي سبّبت عدم الاستقرار السلوكي لديهم.
4. مشاركة المعنيين في وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بنتائج الدراسة، وتقديم الدّعم المطلوب لتحسين جودة الرّعاية وإدارة الحالات الفردية بما يتناسب فعليّاً مع الأطفال الناجين من الصدمات والإساءات، وبما يسهّل من تكيّف الأطفال والمراهقين في إطار نموّهم وتطوّرهم من خلال التركيز على الاحتياجات العاطفية والانفعالية وخاصة ضمن السنوات الخمس الأولى بمقدار التركيز على الاحتياجات الفيزيولوجية وإجراءات الامن والسلامة وتقييم المخاطر.

قائمة المراجع العربية والأجنبية

1- المراجع العربية:

1. أبو بكر، أحمد سمير صديق (2023): فاعلية العلاج بالمخططات في تعديل بعض المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة لذوي اضطراب الشخصية التجنبية بالمرحلة الجامعية، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 75، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
2. العاسمي، رياض والزعبي، أحمد (2022). نظريات الإرشاد النفسي، الجزء الثاني، الفصل السابع، منشورات جامعة دمشق، ص247-290.
3. العاسمي، رياض (2014) التصميم الناجح لبرامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة، دار الإعصار العلمي، عمان.
4. إبراهيم، عيسى تواتي (2018) المخططات المبكرة غير المتكيّفة في ضوء متغيري الجنس والسن لدى عينة من تلاميذ التعليم الثانوي، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 7 (2)، جامعة قالمة، الجزائر.
5. بلان، كمال يوسف (2011): الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام من وجهة نظر المشرفين عليهم، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، العدد الأول والثاني.
6. ظافر، أسيمة معن (2015): دور المخطوطات الاستعرافية غير التكيفية المبكرة كوسيط في اضطرابات الشخصية وسمات الشخصية السوية لدى العاملين في المؤسسات التعليمية في مدينة دمشق، أطروحة دكتوراه، جامعة دمشق.
7. علي، مصطفي حسن والسرسي، أسماء محمد محمود (2021): برنامج علاجي قائم على المخططات المعرفية والتجهيز الانفعالي لخفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي، المجلد 24، العدد، 90، مجلة دراسات الطفولة، جامعة عين شمس – كلية الدراسات العليا للطفولة.

8. مأمون، عبد الكريم وبن ساسي، عقيل (2019) المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيّفة وعلاقتها بكل من الكفاءة الذاتية المدركة وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 2.

9. مطر، حنان عثمان (2023) بعنوان: المخططات المعرفية اللا تكيفية لدي عينة من الأفراد ذوي الميول الأنتحارية، مجلة أوراق ثقافية الآداب والعلوم الإنسانية، العدد25، بيروت، لبنأن.

10. هاني، أحمد فخري (2022): المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وعلاقتها بمحاولات الأنتحار لدى الشباب في ضوء نوعية الحياة، حوليات آداب عين شمس، مج50، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

2- المراجع الأجنبية English References

1. Abasi Rad, A., Bahrami Hidaji, M., Tajeri, B., Mohamadi Shirmahaleh, F., & Ranjbari Poor, T. (2023). The effectiveness of schema therapy based on the mindset model based on emotional dysregulation and coherent self-knowledge in self-harming delinquent teenagers. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ), 12*(7), 93-102.
2. Ahvan, M., & Yaghobi, M. (2018). The effectiveness of group schema therapy on improving early maladaptive schemas and emotion regulation in borderline personality disorder individuals with suicidal and suicidal behaviors of adolescent girls between 14 and 18 years of mashhad. *Journal of Psychology New Ideas, 2*(6).
3. Akbari-Motlaq, M., Teymuri, S., Asghari-Ebrahimabadi, M., & Mahram, B. (2023). Self-harming behaviors and suicide probability in delinquent adolescent girls: The role of emotion dysregulation and modeling the self-harming of peers. *Caspian Journal of Health Research*, 8(1).
4. Akilandeswari, M., & Annalakshmi, N. (2025). Virtues, Psychological Problems, and Resilience Among Orphan and Non-orphan Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, *21*(2), 155-167.

5. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-5-TR™ 5th ed. text revision) . American Psychiatric Publishing.
6. Andisheh, H., Rasouli, S. Y., & Ramezani, K. (2024). The Effectiveness of Psychological Empowerment Training and Schema Therapy on Resilience and Cognitive Fusion in Adolescent Girls Exposed to Domestic Violence. Women's Health Bulletin, 11(4), 262-271.
7. Andrei, L. E., Efrim-Budisteanu, M., Mihailescu, I., Buică, A. M., Moise, M., & Rad, F. (2024). Non-suicidal self-injury (NSSI) patterns in adolescents from a Romanian child psychiatry inpatient clinic. *Children, 11*(3), 297.
8. Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons.
9. Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.
10. Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research, 45*(1), 1-14.
11. Babl, A. (2024). Schematheorien als Grundlage von Psychotherapie. *PiD-Psychotherapie im Dialog, 25*(02), 24-30.
12. Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., ... & Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors?. *The Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387-405.
13. Barzilay, S., Feldman, D., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., ... & Wasserman, D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 183*, 68-74.
14. Banarova, K., Ceresnik, M., & Pipova, H. (2022). Avoidance, anxiety towards parents, and self-acceptance of adolescents in the system of higher secondary education. *Adiktologie*, 22(2), 82–93.

15. Barrocas, A. L., Jenness, J. L., Davis, T. S., Oppenheimer, C. W., Technow, J. R., Gulley, L. & Hankin, B. L. (2011). Developmental perspectives on vulnerability to non-suicidal self-injury in youth. *Advances in Child Development and Behavior*, 40, 301–336.
16. Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, *47*(4), 328-349.
17. Bentley, T. G., D'Andrea-Penna, G., Rakic, M., Arce, N., LaFaille, M., Berman, R., ... & Sprimont, P. (2023). Breathing practices for stress and anxiety reduction: Conceptual framework of implementation guidelines based on a systematic review of the published literature. *Brain sciences*, *13*(12), 1612.
18. Blackman, Lauren C., Pizarro-Campagna, Elizabeth and Pilkington, Pamela D.. (2024). Early maladaptive schemas and dissociative symptoms : A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy. 31(6).
19. Boterhoven De Haan, K. L., & Lee, C. W. (2014). Therapists' thoughts on therapy: Clinicians' perceptions of the therapy processes that distinguish schema, cognitive behavioural and psychodynamic approaches. *Psychotherapy Research, 24*(5), 538-549.
20. Bojed, F. B., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *International Journal of High-Risk Behaviors & Addiction*, 2(2).
21. Bourne, S. V., Korom, M., & Dozier, M. (2022). Consequences of inadequate caregiving for children's attachment, neurobiological development, and adaptive functioning. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *25*(1), 166-181.
22. Brager-Larsen, A., Zeiner, P., & Mehlum, L. (2024). DSM-5 non-suicidal self-injury disorder in a clinical sample of adolescents with recurrent self-harm behavior. *Archives of Suicide Research, 28*(2), 523-536.
23. Brockman, R. N., Simpson, S., Hayes, C., van der Wijngaart, R., & Smout, M. (2023). *Intervention strategies for schema healing* 1: Limited reparenting. In Cambridge Guide to Schema Therapy (pp. 114–137). Cambridge University Press.

24. Cameron, N., McPherson, L., Gatwiri, K., Macnamara, N., & Parmenter, N. (2020). *Research Brief: Preventing self-harm among young people in out-of-home Care*. Centre for Excellence in Therapeutic Care: Sydney NSW.
25. Castille, K. M. (2005). *The early maladaptive schemas of self-mutilators*. Widener University, Institute for Graduate Clinical Psychology.
26. Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z**.** (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 371–394
27. Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). *Nonsuicidal self-injury: A systematic review*. Frontiers in Psychology, 8, 1946.
28. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. (2010) Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal for Youth and Adolescents*.;39(3):259-69 .
29. Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in Psychology*, 7, 1987.
30. Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Wilson, L.-A., & Forooshani, S. (2019). Emotional schema therapy improves emotion regulation in individuals with a history of child abuse and neglect. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(1), 5–15.
31. Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). Guilford Press.
32. Do Nascimento Brás, J. M., Cardoso, S. M. S. B., Santos, S. R. A., Costa, A. M. P., Santos, E. M. C. S., & Santos, P. A. G. B. (2022). Self-harm in children and adolescents: a mini-review: Auto-flagelação em crianças e adolescentes: uma mini-revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 20142-20154.
33. Du, N., Ouyang, Y., Xiao, Y., & Li, Y. (2021). Psychosocial factors associated with increased adolescent non-suicidal self-injury during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 743526.

34. Dunne, A. L., Gilbert, F., Lee, S., & Daffern, M. (2018). The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggressive Behavior,* 44(3), 246–256.
35. Eesaee, S., SEIRAFI, M., Keraskian, M. A., Borjali, A., & Ranjbaripoor, T. (2021). Comparing the Effects of Individual and Group Schema Therapy on Depression and Anxiety in Adolescents, Ph.D theses. in General Psychology, Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
36. Eksi, H., Okan, N., & Dinç, S. (2020). Are Early Period Maladaptive Schemas Effective in Adolescence? Their Effect on Parenting Styles and the Need for Social Approval. *World Journal of Education*, 10(6), 123-135.
37. Evans, R. E. (2018). Survival, signaling, and security: Foster carers' and residential carers' accounts of self-harming practices among children and young people in care. *Qualitative Health Research, 28*(6), 939-949.
38. Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2017). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications.
39. Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Shaw, I. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. John Wiley & Sons.
40. Farrell, J.M., Reiss, N., & Shaw, I, A. (2014).The Schema Therapy Clinicas Guid: A complete Resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs, Wiley Blackwell. Oxford, UK.
41. Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, *7*, 1373.
42. Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60–63.
43. Fox, C., & Hawton, K. (2004). *Deliberate Self-Harm in Adolescence*. Jessica Kingsley Publishers.

44. Fereydooni, F., & Sheykhan, R. (2024). The effectiveness of schema therapy on depression, Self-Esteem, and distress tolerance in fatherless depressed adolescents. *J Adolesc Youth Psychol Stud*, *5*, 87-96.
45. Francisca, M., Van Wijk-Herbrink, N. J., Arntz, A. I., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *International Journal of Forensic Mental Health, 16*(3), 261-279.
46. Francisca, M., Wijk-Herbrink, N. J., Arntz, A. I., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. (2019). A Schema Therapy-Based Milieu in Secure Residential Youth Care: Effects on Aggression, Group Climate, Repressive Staff Interventions, and Team Functioning. *Residential Treatment for Children & Youth, 38*(3), 289-306.
47. Fredlund, C., Wadsby, M., & Jonsson, L. S. (2020). Motives and manifestations of sex as self-injury. *The Journal of Sex Research*, 57(7), 897-905.
48. Gabrielli, J., Hambrick, E. P., Tunno, A. M., Jackson, Y., Spangler, A., & Kanine, R. M. (2015). Longitudinal assessment of self-harm statements of youth in foster care: Rates, reporters, and related factors. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 893-902.
49. Gazzellini, S., Pellegrini, V., Napoli, E., Ventre, V., Lettori, D., Castelli, E., ... & Giacomantonio, M. (2024). Validation of the schema coping inventory for dysfunctional coping strategies. *Frontiers in Psychology*, 15, 1441794.
50. Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduction of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies, 6*(24), 1-28.
51. Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment, 18*(3), 375-378.
52. Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2483–2490.

53. Gök, A. C. (2012). Associated factors of psychological well-being: Early maladaptive schemas, schema coping processes, and parenting styles, Master's thesis, Middle East Technical University. Turkey.
54. Gökdağ, C., & Yıldırım, Z. E. (2022). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between temperament and depressive symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*, 34(3), 162.
55. Gonzalez-Cifuentes, C. E., Ruiz, F. J., & Quiceno, J. M. (2024). Psychometric Properties Of the young's Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-3) in Colombia. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual, 32*(1).
56. Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2015). Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. *Assessment, 22*(5), 527-539.
57. Grażka, A., Królewiak, K., Sójta, K., & Strzelecki, D. (2023). Suicidality in the light of schema therapy constructs, ie, Early Maladaptive Schema and Schema Modes: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Medicine, 12*(21), 6755.
58. Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: An Overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 4*(33), 1-12.
59. Greydanus, D. E., & Omar, H. A. (2022). Self-cutting and suicide in adolescents. *Journal of Pain Management*, 15(1), 21–27.
60. Guo, Y., Ji, Y., Huang, Y., Jin, M., Lin, Y., Chen, Y., ... & Wang, K. (2021). The relationship between suicidal ideation and parental attachment among adolescents: the mediator of anhedonia and peer attachment. *Frontiers in Psychology*, 12, 727088.
61. Hack, J., & Martin, G. (2018). Expressed emotion, shame, and non-suicidal self-injury. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 890.
62. Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2483–2490.
63. Hasani, S. M., Askary, P., Heidari, A., & Zadeh, P. E. (2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on

aggression and oppositional defiant disorder in adolescents. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 7(3), 146–152.

64. Hasking, P. (2017). Differentiating non-suicidal self-injury and risky drinking: A role for outcome expectancies and self-efficacy beliefs. *Prevention Science*, 18(6), 694–703.
65. Hasking, P. (2023). Self-compassion and non-suicidal self-injury. *In Handbook of Self-Compassion* (pp. 369–378). Springer International Publishing.
66. Hedén, L., Jonsson, L. S., & Fredlund, C. (2023). The connection between sex as self-injury and sexual violence. *Archives of sexual behavior*, 52(8), 3531-3540.
67. Hemmati Sabet, V., Rohani Shahrestani, N., & Ahmadpanah, M. (2016). The effectiveness of schema therapy in reducing aggression and social anxiety in adolescents of Hamedan City aged 17 to 18 years. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 3*(2), 82-93.
68. Hetrick, S. E., Subasinghe, A., Anglin, K., Hart, L., Morgan, A., & Robinson, J. (2020). Understanding the needs of young people who engage in self-harm: a qualitative investigation. *Frontiers in Psychology, 10*, 2916.
69. Isnaeni, Yuli, Sri Hartini, and Carla Raymondalexas Marchira. "Intervention model for orphan's emotional and behavioral problems: A scoping review." *Open Access Macedonian Journal of Medical Science*s 9, no. F (2021): 211-218.
70. Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders-A review. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(2), 171-185.
71. Jacob, G., & Arntz, A. (2014). *Schema therapy e .Fortschritte der Psychotherapie,* Hogrefe Verlag, Göttingen, ISBN 978-3-8409-2142-1.
72. Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129–147.
73. Jafari, A., Pouyamanesh, J., Ghorbanian, N., & Kabiri, M. (2014). The effectiveness of schema therapy on moderating early maladaptive schemas and reducing student anxiety sensitivity. *Journal of Instruction and Evaluation, 24*(6), 79-91.

74. Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, *40*(5), 291.
75. Jeffrey, R., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N. J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 2246-2257.
76. Jesinoski, M. S. (2010). *Young's Schema Theory*: Exploring the direct and indirect links between negative childhood experiences and temperament to negative affectivity in adulthood. Utah State University.
77. Jiang, Y., You, J., Hou, Y., Du, C., Lin, M. P., Zheng, X., & Ma, C. (2016). Buffering the effects of peer victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The role of self-compassion and family cohesion. *Journal of Adolescence*, 53, 107–115.
78. Kaasım, F., Yavuz, N., Yavuz, S., & Özgen, G. (2017). Emotional schemas accompanying self-harm behaviors among adolescents. *Anatolian Journal of Psychiatry, 18*(1), 69-78.
79. Karimi, M., Soleimanian, A. A., & Rahimi-Pordanjani, T. (2021). The relationship between early maladaptive schemas and suicidal tendency of students: The moderating role of reasons for living. *International Journal of Behavioral Sciences,* 14(4), 205–210.
80. Karimipour, A., Asgari, P., Makvandi, B., & Fard, R. J. (2021). Effects of schema therapy for children and adolescents on the externalizing behaviors of the adolescents referred to the counseling centers in Ahvaz, Iran. *International Journal of Health and Life Sciences, 7*(4).
81. Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 276–287.
82. GhodsiKhorasani, B., Jouhari, T., Moghtaderi, S., & Sabeti, P. (2024). Effectiveness of Schema Therapy on Anxiety and Social Adaptation in Delinquent Adolescents. Journal of adolscent and youth psychological studies,VOL. 5 NO. 11: Nmber (27)

83. Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2–3), 260–268.
84. Klonsky ED, Moyer A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. ;192(3):166–170.
85. Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Non-suicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568.
86. Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., ... & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: *Study protocol of the OPTIMA-RCT. BMC Psychiatry*, 20, 1–19.
87. Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: *A systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067.
88. Koulaei, A., Salehi, N., Cheseli, R., & Falsafinejad, M. R. (2020). The compare maladaptive cognitive schemas and irrational beliefs and communicational skills between orphan adolescents and non-orphan adolescences. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* (IJPN), 2(1).
89. Kover, L., Szollosi, G. J., Frecska, E., Bugan, A., Berecz, R., & Egerhazi, A. (2024). The association between early maladaptive schemas and romantic relationship satisfaction. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1460723.
90. Kreuter, E. A., & Moltner, K. M. (2014). *Treatment and Management of Maladaptive Schemas*. Springer.
91. Kuehn, K. S., Dora, J., Harned, M. S., Foster, K. T., Song, F., Smith, M. R., & King, K. M. (2022). A meta-analysis on the affect regulation function of real-time self-injurious thoughts and behaviours. *Nature Human Behaviour*, 6(7), 964-974.
92. Leahy, R. L. (2018). *Emotional schema therapy: Distinctive features*. Routledge.

93. Lewis, S. P., Lumley, M. N., & Grunberg, P. H. (2015). Early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury among young adults: A preliminary investigation. *Counselling Psychology Quarterly, 28*(4), 386-402.

94. Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., ... & Ho, R. C. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health,* 16(22), 4581.

95. Lindgren, B. M., Wikander, T., Neyra Marklund, I., & Molin, J. (2022). A necessary pain: A literature review of young people's experiences of self-harm. *Issues in Mental Health Nursing, 43*(2), 154-163.

96. Liu, J., Wang, H., Xing, S., & Liu, X. (2024). Sensitivity to reward and punishment in adolescents with repetitive non-suicidal self-injury: The role of inhibitory control. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 24*(2), 100456.

97. Liu, J., Wang, Y., Liu, X., Li, J., & Xing, S. (2023). Experiencing stress impact on adolescent repetitive nonsuicidal self-injury: the mediating role of emotion dysregulation and maladaptive cognitive schemas. *Journal of Affective Disorders, 339*, 392-399.

98. Loose, C., Graaf, P., Zarbock, G., & Holt, R. A. (2013). Schema therapy for children and adolescents. New Jersey: Wiley-Blackwell.

99. Loose C, Graaf P, Zarbock G, Holt RA, (2020*). Schema Therapy with Children and Adolescents: A Practitioner's Guide*. 9th ed. UK: Pavilion Publishing and Media Ltd; ISBN: 9781912755820.

100. Louis, J. P., Ortiz, V., Barlas, J., Lee, J. S., Lockwood, G., Chong, W. F., ... & Sim, P. (2021). The Good Enough Parenting early intervention schema therapy based program*: Participant experience. PloS one*, 16(1), e0243508.

101. Marjolein, F., Van Wijk-Herbrink, N. J., Broers, J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2017). Schema Therapy in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *International Journal of Forensic Mental Health, 16*(3), 261-279.

102. May, T., Younan, R., & Pilkington, P. D. (2022). Adolescent maladaptive schemas and childhood abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 29(4), 1159–1171.

103. Miller, M., Redley, M., & Wilkinson, P. O. (2021). A qualitative study of understanding reasons for self-harm in adolescent girls. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 3361.

104. Moradhaseli, M., & Yarmohamadi Vasel, M. (2020). The effect of schema therapy on resilience, feeling lonely, and emotional independence of orphan children. *Clinical Psychology and Personality, 15*(1), 17-25.

105. Mughal, F., Clarke, L., Connolly, R., Lee, A. Y. T., Quinlivan, L., & Kapur, N. (2023). Improving the management of self-harm in primary care. *The British Journal of General Practice*, *73*(729), 148.

106. Murray, A. L., Zhu, X., Mirman, J. H., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2021). An evaluation of dual systems theories of adolescent delinquency in a normative longitudinal cohort study of youth. *Journal of Youth and Adolescence, 50*, 1293-1307.

107. Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10.

108. Nazarboland, N., Amini, Y. P., & Fallahzadeh, H. (2019). Early maladaptive schemas, metacognitive beliefs, and cognitive emotion regulation strategies in orphanage and non-orphanage adolescents. *MEJDS, 9*, 97.

109. Nester, M. S., Boi, C., Brand, B. L., & Schielke, H. J. (2022). The reasons dissociative disorder patients self-injure. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(1), 2026738.

110. Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., & Kavanagh, P. S. (2021). Early maladaptive schemas in young people who self-injure. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1745–1762.

111. Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., & Kavanagh, P. S. (2022). The relationship between early maladaptive schemas and the functions of self-injurious behaviour in youth. *Clinical Psychologist, 26*(3), 296-308.

112. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Miles, J., & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 68–72.

113. Pellerone, M., Craparo, G., & Tornabuoni, Y. (2016). Relationship between parenting and cognitive schemas in a group of male adult offenders. *Frontiers in Psychology,* 7, 302.

114. Pilkington, P., Younan, R., & Bishop, A. (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders Reports, 3*, 100051.

115. Privitera, G. J., & Delzell, L. A. (2019). Quasi-experimental and single-case experimental designs. *Research Methods for Education*, 333–370.

116. Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.

117. Ramshe, M. Y., Sharafi, R. M., Nazari, M., Mohammadi, A., Ftros, E., & Jafari, J. S. (2023). The effectiveness of schema therapy on aggression and emotion dysregulation in adolescent girls with self-harm. *International Journal of Health Studies, 9*(1).

118. Ramamurthy, G., & Chen, A. (2025). Early maladaptive schemas from child maltreatment in depression and psychotherapeutic remediation: a predictive coding framework. Frontiers in Psychiatry, 16, 1548601.

119. Rapport, M. D., & Denney, C. B. (2001). Internalizing behavior problems and scholastic achievement in children: Cognitive and behavioral pathways as mediators of outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 536–551.

120. Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97–105.

121. Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N. J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2246–2257.

122. Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: The mediating role of early maladaptive schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 377–385.

123. Rouski, C., Knowles, S. F., Sellwood, W., & Hodge, S. (2021). The quest for genuine care: a qualitative study of the experiences of young people who self-harm in residential care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 26*(2), 418-429.

124. Runcan, R., & Nadolu, B. (2020). Social conditioning for the self-harm behaviour in adolescence. *Agora Psycho-Pragmatica*, 14(2), 14-35.

125. Saarijärvi, P., Salmivalli, C., Helmi, S., & Karukivi, M. (2023). Early maladaptive schemas are associated with self-injury thoughts and behavior in adolescents. *BMC Psychiatry, 23*(1), 632.

126. Saldias, A. (2012). *Deliberate self-harm in a clinical sample: The impact of schema modes, parental bonding and perceived stress* (Doctoral dissertation, University of Edinburghe).

127. Santo, M. A. D. S., & Dell'Aglio, D. D. (2022). Self-injury in adolescence from the bioecological perspective of human development. *Psicologia: Teoria e Prática, 24*(1), 1-24.

128. Santangelo, P. S., Koenig, J., Funke, V., Parzer, P., Resch, F., Ebner-Priemer, U. W., & Kaess, M. (2017). Ecological momentary assessment of affective and interpersonal instability in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 1429-1438.

129. Saravi, S. R., Hassani, F., Arshadi, F. K., Farzad, V., & Sepahmansour, M. (2020). Effectiveness of Group Schema Therapy on Eating Attitude and Self-Regulation in Overweight Adolescent Females with Binge Eating Disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology, 7*(1), 20-28.

130. Selbach, L., & Marin, A. H. (2021). Self-harming adolescents: how do they perceive and explain this behavior?. *Psico-USF, 26*(4), 719-732.

131. Shashoua, M. Y. (2015). *Early maladaptive schemas associated with non-suicidal self-injury and childhood emotional abuse* (Master's thesis, Fordham University).

132. Shi, Y., Chen, I. J., Yang, M., Wang, L., Song, Y., & Sun, Z. (2024). How does parental early maladaptive schema affect adolescents' social adaptation? Based on the perspective of intergenerational transmission. *Behavioral Sciences*, 14(10), 928.

133. Shi, Y., Song, Y., Wang, L., Liu, J., & Chen, I. J. (2023). Early maladaptive schemas and the risk of nonsuicidal self-injury in college students: a retrospective study. Medicine, 102(47), e35584.

134. Shrivastava, O., & Sharma, P. (2022). Influence of parenting on maladaptive schemas and emotion regulation in adolescents presenting with self-injurious behavior in a tertiary care hospital of North India. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 18(2), 167-175.

135. Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2012). An examination of early maladaptive schemas among substance use treatment seekers and their parents. *Contemporary Family Therapy*, 34, 429–441.

136. Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(4), 349-366.

137. Stänicke, L. I. (2021). The punished self, the unknown self, and the harmed self–toward a more nuanced understanding of self-harm among adolescent girls. *Frontiers in Psychology, 12*, 543303.

138. Strong, M. (2000). A bright red scream: Self-mutilation and the language of pain. London: Virago. Penguin.

139. Stoica, A. M., Stoica, O. E., Vlad, R. E., Pop, A. M., & Monea, M. (2020). The correlation between oral self-harm and ethnicity in institutionalized children. *Children*, *8*(1), 2.

140. Sojta, K., & Strzelecki, D. (2023). Early maladaptive schemas and their impact on parenting: Do dysfunctional schemas pass generationally?—A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4), 1263.

141. Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104–115.

142. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(3), 273-303.

143. Talarowska, M., Wysiadecki, G., & Chodkiewicz, J. (2022). Affective neuroscience personality scales and early maladaptive schemas in depressive disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8062.

144. Tappel, E. A. J. (2021). *The relationship of recalled adverse parenting styles with schema modes throughout inpatient schema therapy*: A clinical sample of patients with complex personality disorders (Master's thesis, University of Twente).

145. Taylor, C., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: *Theory, Research and Practice,* 90(3), 456–479.

146. Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 41(4), 373–380.

147. Thum, C. C., Dahlan, R., & Wong, Y. J. (2023). Using the modified socio-ecological model to address stigma against non-suicidal self-injury among adolescents in Malaysia. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1204704.

148. Tolmunen, T., Rissanen, M. L., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(10), 768-771.

149. Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N., ... & Sirois, F. (2021). Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2021*(1), 5924040.

150. Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11).

151. Unoka, Z. (2011). Schema therapy. *Magyar Pszichológiai Szemle, 66*(1), 31-45.

152. Vafaeinejad, Z., Mirzaian, N., Zamanpour, Z., Shabannejad, A., & Abbasian, A. (2024). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on improving the quality of life of adolescents engaging in non-suicidal self-injury. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies, 5(8), 122–129.

153. Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive therapy and research*, *34*(4), 316-332.

154. Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

155. van Wijk-Herbrink, M. F. (2018). Schema Therapy in adolescents with externalizing behavior problems: Bridging theory and practice. van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of abnormal child psychology*, *46*(5), 907-920.

156. Wade, M., Wright, L., & Finegold, K. E. (2022). The effects of early life adversity on children's mental health and cognitive functioning. *Translational Psychiatry*, 12,.

157. Wade, M., McLaughlin, K. A., Buzzell, G. A., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2023). Family-based care buffers the stress sensitizing effect of early deprivation on executive functioning difficulties in adolescence. *Child development*, *94*(1), e43-

e56.Walker, L. (2014). *Adolescents who self-harm: The role of early maladaptive schemas.* Doctoral dissertation, University of Lincoln.

158. Witt, K., Stewart, A., & Hawton, K. (2025). Practitioner review: Treatments for young people who self-harm–challenges and recommendations for research and clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(1), 122–131.

159. Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry*, 59, 25-36

160. Yakın, D., & Arntz, A. (2023). Understanding the reparative effects of schema modes: An in-depth analysis of the healthy adult mode. *Frontiers in Psychiatry,* 14, 1204177.

161. Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life:* The breakthrough program to end negative behavior and feel great again. Penguin.

162. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.Greydanus

163. Zamani, M., Sotodehasl, N., Hosseini, S. M., & Sabahi, P. (2021). The effectiveness of schema therapy on early maladaptive schemas and psychological well-being in women with marital dissatisfaction. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 20*(4), 433-446.

Website:

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

ثانياً: قائمة الملاحق

الملحق (1)

قائمة إيذاء الذات لدى المراهقين

عزيزي المفحوص:

بين يديك مجموعة من العبارات التي تعبّر عن مجموعة من السلوكيات، يرجى قراءة كل عبارة بتروٍّ، ووضع إشارة (×) أمام الخيار الأقرب لتحديد مشاعرك أو سلوكك، يرجى توخّي الدّقة في الإجابة، مع العلم أنَّ هذه الاستبانة ليست أداة لاختبار معيّن، بل هي لأغراض البحث العلمي، ويؤكد الباحث أنَّ المعلومات الواردة فيها ستكون في غاية السريّة:

الاسم / الرمز: – **النوع الاجتماعي:** ذكر( ) أنثى( )

العمر: – **هل لديك تاريخ سابق من إيذاء الذات:** نعم() لا()

في حال الإجابة بنعم، **كم عدد المرات** التي قمت فيها بمحاولة إيذاء ذاتك؟

نوع إيذاء الذات (حرق) (جرح) (تشطيب) (استخدام مواد كيميائية) (وخز الإبر) (فرك الجلد بمواد خشنة وصلبة) (ضرب الرأس بمواد صلبة) (أنتزاع الجلد).. (نوع آخر:)

رقم	العبارة	لا تنطبق	تنطبق قليلا	تنطبق دائماً
عندما ألحق الأذى بنفسي أو أفكّر بإيذاء نفسي فأنني أهدف من وراء ذلك إلى:				
1	الحصول على الراحة النفسية.			
2	أضع حدوداً بيني وبين الآخرين.			
3	أعاقب نفسي.			
4	أجد وسيلة لرعاية ذاتي عندما أحدث جرحاً فيها.			
5	عندما أشعر بالألم سوف أتوقف عن الشعور بأنني فاقد للاحساس.			
6	أتجنب الاندفاعية لمحاولة الانتحار.			
7	أفعل شيئاً لتوليد الإثارة أو الابتهاج.			
8	أشعر بأني متعلّق بالأصدقاء (الآخرين).			
9	أسمح للآخرين بأن يعرفوا مدى الألم الذي أعاني منه.			
10	لأجرّب إذا كان بإمكاني أن أوقف الألم الذي أعاني منه.			

11	تذكرني الندبة أو الجرح في جسدي كم أنا غير مقبول من الآخرين.			
12	أؤذي نفسي للاستعانة بشخص ما.			
13	إنني متأكد من عدم حاجتي للآخرين (مكتفٍ ذاتياً).			
14	لأستطيع التنفيس عن الضغط الذي تراكم في داخلي.			
15	أتظاهر بأنني مستقل عن غيري من الناس.			
16	أنظر إلى ذاتي بأنه غير جدير أو لا قيمة لي في الأغلب			
17	أعتقد أنَّ الأذى الجسدي أسهل من الأذى النفسي.			
18	أحاول أن أشعر بأي شيء، حتى لو كان الألم جسدياً.			
19	أؤذي نفسي للاستجابة لأفكار انتحارية من دون محاولة الانتحار فعلاً.			
20	أسلّي نفسي أو غيري عن طريق القيام بشيء متهور.			
21	أؤذي نفسي لأستطيع التكيف مع الآخرين.			
22	أطلب الرعاية أو المساعدة والاهتمام من الآخرين.			
23	أبرهن بأني صلب أو قاسٍ وقادر على التحمّل.			
24	أبرهن لنفسي أن ألمي حقيقي.			
25	أؤذي نفسي لأنتقم من الآخرين.			
26	لست بحاجة إلى الاعتماد على الآخرين لتلقي المساعدة والدعم.			
27	أحدَّ من القلق والإحباط والغضب أو غيرها من الانفعالات الصعبة.			
28	أؤذي نفسي لأبني حاجزاً بيني وبين الآخرين.			
29	أذيّة ذاتي رد فعل للشعور بعدم الارتياح مع نفسي.			
30	السماح لنفسي بالتركيز على علاج الإصابة، وهذه التجربة تشعرني بالمتعة			
31	التأكد من أنني ما زلت على قيد الحياة عندما ينتابني الشعور بأني لا أشعر بالحياة (لا أحيا فعلياً).			
32	أؤذي نفسي لأضع حداً لسيطرة الأفكار الانتحارية عليّ.			
33	المجازفة بنفسي إلى أبعد حد كما يفعل الشخص عندما يمارس القفز بالمظلات أو القيام بأعمال خطيرة.			
34	أضع علامة بجسدي تدل على الصداقة أو القرابة مع الأصدقاء أو الأحبة.			

35	إجبار أصدقائي على عدم التخلي عني.			
36	أبرهن أنني أستطيع تحمل الألم الجسدي.			
37	في الواقع، إنني قد أواجه مشكلة نفسية.			
38	أؤذي نفسي لأحاول إيذاء شخص قريب لي أو التسبّب بالضرر له.			
39	أثبت لنفسي بأنني شخص مستقل.			

الملحق (2)

استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة

عزيزي المفحوص:

بين يديك مجموعة من العبارات التي تعبّر عن مجموعة من الأفكار والسلوكيات، يرجى قراءة كل عبارة بتروٍّ، ووضع إشارة (×) أمام الخيار الأقرب لتحديد مشاعرك أو سلوكك، يرجى توخّي الدّقة في الإجابة، مع العلم أن هذه الاستبانة ليست أداة لاختبار معيّن، بل هي لأغراض البحث العلمي، ويؤكد الباحث أنَّ المعلومات الواردة في الاستبانة ستكون في غاية السريّة:

1. **الاسم / الرمز:**
2. **النوع الاجتماعي:** ذكر أنثى
3. **العمر:**

الرقم	العبارة	موافق بشدّة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق أبداً
1	لم يكن لدي شخص يرعاني، أو يتشارك معي أو يهتم بشدَّة بكل ما يحدث لي.					
2	أجد نفسي متعلقاً بالأشخاص المقربين مني لأنني أخشى فراقهم.					
3	أشعر بأنني معرَّض للاستغلال من قبل الآخرين.					
4	لا أمتلك القدرة على التكيف.					
5	لا يمكن لشخص أرغب به أن يحبني عندما يرى نقائصي وعيوبي.					
6	تقريباً لا أقوم بشيء في العمل أو المدرسة بجودة ما يقوم به الآخرون.					
7	لا أشعر بالقدرة على تدبر شؤوني بمفردي في حياتي اليومية.					
8	لا يبدو أنني قادر على تجنب الشعور بأن شيئاً ما سيئاً على وشك الحدوث.					
9	لم أكن قادراً على الاستقلال بنفسي عن مقدّم الرعاية كما فعل أقراني.					
10	أعتقد أنني إذا فعلت ما أريد، فإنني سأجلب لنفسي المشاكل.					
11	في النهاية أنا الشخص الذي يهتم بالأشخاص المقربين مني.					
12	أشعر بحرج شديد من إظهار مشاعري الإيجابية للآخرين (كالعاطفة، الاهتمام).					
13	يجب أن أكون الأفضل في أغلب ما أقوم به، لا أستطيع قبول المرتبة الثانية.					
14	أجد صعوبة كبيرة في تقبل رفض الآخرين لطلب تقدمت به إليهم.					
15	لا أستطيع التدريب على إكمال المهمات الروتينية أو المملة.					

16	أشعر بالقيمة عند امتلاك المال ومعرفة أشخاص مهمين.					
17	حتى عندما تسير الأمور على ما يرام أشعر بأن هذا مؤقت.					
18	إذا ارتكبت خطأ ما، فأنا استحق العقاب.					
19	لا يوجد أشخاص يقدمون لي الدفء والدعم والعاطفة.					
20	أحتاج الآخرين بشكل كبير لدرجة أنني أخشى فقدأنهم.					
21	أشعر بضرورة توَّخي الحذر بوجود الآخرين، وإلَّا قد أتعرض للأذى المتعمد من قبلهم.					
22	أنا أختلف بشكل كلِّي عن الآخرين.					
23	لا أحد من الأشخاص الذين أرغب بهم سيبقى قريباً مني إذا علم حقيقتي.					
24	لا أمتلك الكفاءة عندما يتعلق الأمر بالإنجاز.					
25	أعتبر نفسي شخصاً اتكالياً عندما يتعلق الأمر بأداء المهام اليومية.					
26	أشعر بأنَّ كارثة (طبيعية، جنائية، مالية، طبية) يمكن أن تحدث في أي لحظة.					
27	نميل أنا ومقدّمي الرعاية إلى الإنخراط الزائد في حياة ومشكلات بعضنا.					
28	أشعر بأنَّه لا خيار أمامي سوى الاستسلام لرغبات الآخرين، وإلا فأنهم سيغضبون مني، أو ينبذونني بطريقة ما.					
29	أنا شخص جيد لأني أفكر بالآخرين أكثر مما أفكر بنفسي.					
30	أجد حرجاً في التعبير عن مشاعري للآخرين.					
31	أحاول أن أقوم بالأفضل، لا أرضى بعمل جيد وحسب.					
32	أنا مميز ولا أقبل بالكثير من القيود أو الحدود الموضوعة للأشخاص الآخرين.					
33	حينما لا أستطيع الوصول إلى هدف ما فمن السهل أن أصاب بالإحباط واستسلم.					
34	الأنجازات قيمة جداً بالنسبة لي شريطة أن يلاحظها الآخرون.					
35	إذا حدث شيء جيد فأنا أشعر بالقلق من احتمال أن يعقبه شيء سيئ.					
36	إذا لم أبذل قصارى جهدي، يجب أن أتوَّقع الفشل.					
37	لا أشعر بأنني مميز بالنسبة لأحدهم.					
38	أشعر بالقلق من أن يتركني أو يتخلى عني الأشخاص الذين أشعر أني قريب منهم.					
39	إنَّها مسألة وقت قبل أن يخذلني أحدهم أو يتخلى عني.					
40	أنا غير منتمٍ لمجموعة أو لأحد.					
41	أنا غير جدير بمحبة الآخرين واهتمامهم واحترامهم.					
42	معظم الأشخاص الآخرين أكثر كفاءة مني في مجالات العمل والإنجاز.					
43	أفتقر إلى التفكير المنطقي العقلاني.					

44	أقلق بشأن التعرض لاعتداء جسدي من قبل الآخرين.					
45	من الصعب جداً لي ولمقدّمي الرعاية أن نخفي تفاصيل حياتنا الخاصة عن بعضنا بدون الشعور بالخيانة أو الذَّنب.					
46	في علاقاتي مع الآخرين، عادة ما أترك السيطرة والتحكّم للشخص الآخر.					
47	أنشغل جداً بالقيام بعمل أشياء للأشخاص الذين اهتم بهم لدرجة أني لا أجد وقتاً لنفسي.					
48	أجد صعوبة في أكون مستقلاً وعفوياً بحضور الآخرين.					
49	ينبغي أن اتحمَّل كل مسؤولياتي.					
50	أكره أن أكون مقيداً أو ممنوعاً من القيام بما أريده.					
51	أقضي وقتاً صعباً وأنا أضحّي بالإشباع أو المتعة الحالية لتحقيق هدف بعيد المدى.					
52	ما لم أحصل على اهتمام كبير من الآخرين، أشعر بأنني أقل أهمية.					
53	لا أستطيع إلا المبالغة في حذري، فلا بدَّ أن يحدث خطأ ما.					
54	إذا لم أكمل عملي بشكل صحيح، فعليَّ أن أتحمّل العواقب.					
55	لم أجد شخصاً يستمع حقاً إلي، أو يفهمني، أو يدرك احتياجاتي ومشاعري الحقيقية.					
56	أشعر باليأس عندما ينسحب أو يبتعد عني شخص أهتم لأمره.					
57	أشك إلى حدٍّ بعيد بدوافع الآخرين ونواياهم تجاهي.					
58	أشعر أنني غير منتمٍ لأحد وأنني منعزل عن بقية الناس.					
59	أشعر أنني غير جدير بالحب أو التقدير.					
60	أنا لست موهوباً كأغلب الناس في العمل(الدراسة).					
61	لا يمكن الاعتماد على نفسي باتخاذ القرارات في مواقف الحياة اليومية.					
62	أقلق بشأن خسارة كل ما أملك أو أن أصبح فقيراً أو ذا حاجة.					
63	أشعر غالباً لو أن مقدّمي الرعاية يعيشون من خلالي أي لا أمتلك حياة خاصة بي.					
64	دائما ما أترك الآخرين يختارون لي الأنسب، لذلك لا أعرف حقاً ما أريده لنفسي.					
65	لطالما كنت الشخص الذي يستمع لمشكلات الآخرين.					
66	أضبط نفسي بشدة لدرجة أنَّ كثيراً من الناس يعتقدون أنني غير عاطفي أو بدون مشاعر.					
67	أشعر بضغط دائم لإنجاز الأشياء وإكمالها.					
68	أشعر أنَّه لا ينبغي عليَّ اتباع القواعد والعادات السائدة كما يفعل الآخرون.					

69	لا أستطيع أن أجبر نفسي على القيام بأشياء لا استمتع بها، حتى عندما أعرف أن ذلك في مصلحتي.					
70	إذا أبديت تعليقات في اجتماع ما، أو تم تقديمي في موقف اجتماعي ما (الصف)، فمن المهم لي أن أحظى بالتقدير والإعجاب.					
71	مهما بذلت جهداً في العمل، أشعر بقلق من خسارة كل شيء تقريباً.					
72	بغض النظر عن سبب قيامي بخطأ ما، فعندما أقوم بعمل خاطئ عليَّ أن أتحمل العواقب.					
73	لا يوجد شخص قوي أو حكيم لإعطائي نصائح أو توجيهات سليمة عندما لا أكون متأكّداً مما ينبغي عليَّ أن أفعله.					
74	أحياناً لشدة قلقي من تخلّي الآخرين عني أدفعهم لذلك.					
75	عادة ما أراقب الدوافع الخفية للآخرين.					
76	دائماً ما أشعر بأنني خارج المجموعات.					
77	أشعر بأنَّي إذا كشفت نفسي أمام الآخرين وعرفوني جيداً، فإني سأكون غير مقبول تماماً.					
78	لا أتمتَّع بالقدر ذاته من الذكاء الذي يتمتع به أغلب الناس عندما يتعلق الأمر بالعمل أو المدرسة.					
79	لا أثق بقدرتي على حل مشكلاتي اليومية.					
80	أقلق بشأن ظهور مرض خطير لدي، على الرغم من عدم تشخيص الطبيب لأي شيء خطير.					
81	غالبا ما أشعر بأني لا أملك شخصية مستقلة عن مقدّم الرعاية أو شريكي.					
82	أعأني من مشكلات كثيرة تتعلق بالمطالبة باحترام حقوقي ومشاعري.					
83	يرى الآخرون أنَّي أفعل الكثير للآخرين والقليل لنفسي.					
84	يراني الآخرون متوتراً انفعالياً.					
85	لا أستطيع أن أغفر أخطائي بسهولة أو أجد أعذاراً لها.					
86	أشعر أن ما يتوجب عليَّ تقديمه أكثر قيمة من اسهامات الآخرين.					
87	نادراً ما كنت قادراً على الالتزام بقراراتي.					
88	يجعلني الكثير من الثناء والمديح أشعر بأنني شخص ذو قيمة.					
89	أقلق بشأن إمكانية اتخاذ قرار خاطئ يقودني إلى كارثة.					
90	أنا شخص سيئ يستحق العقاب.					

الملحق (3)

قائمة السادة محكمي أدوات الدراسة

1- البرنامج القائم على العلاج بالمخطط:

للتأكد من ملاءمة الأدوات لتحقيق أهداف الدراسة عُرِضَ البرنامج العلاجي على مجموعة من المحكّمين، لوضع ملاحظاتهم والأخذ بها قبل تطبيق البرنامج، وقد تركزت أغلب الملاحظات على اختيار الفنيات الملائمة لهدف الجلسة، بالإضافة إلى ترتيب سير العلاج ضمن الجلسات، وفيما يأتي أسماء السادة المحكّمين:

اسم المحكّم	المرتبة العلمية	الجامعة
رياض العاسمي	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي	جامعة دمشق
احمد الزعبي	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي	جامعة دمشق
خالد العمار	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي	جامعة دمشق
محمد السيد عبد الرحمن	أستاذ في الصحة النفسية	جامعة الزقازيق
حامد قاسم ريشان	أستاذ الإرشاد النفسي	جامعة البصرة

2- التدقيق اللغوي (الأنكليزية والعربية)

تم عرض مصطلحات الدراسة الأجنبية ومفاهيمها، والتأكد من الترجمة الصحيحة لها من اللغة الإنكليزية إلى العربية، وتمَّ مراجعة أدوات الدراسة وسلامتها اللغوية، بالإضافة إلى مراجعة الأطروحة بصورتها النهائية للتأكد من سلامتها باللغة العربية.

اسم المحكّم	المرتبة العلمية	الجامعة
مايا عايد	محاضر في قسم الأدب الإنكليزي كلية الآداب والعلوم الإنسانية	جامعة دمشق
رندة العمري	أستاذ مساعد في قسم تربية الطفل	جامعة دمشق

الملحق (4)

استمارة تقييم الجلسة

عزيزي المشارك:

يرجى ملء الاستمارة التي تقيّم رأيك وتقييمك لمجريات الجلسة التي تم تنفيذها، بوضع إشارة (–) في الخانة التي تعبر عن رأيك، مع كتابة أي ملاحظة تودّ إضافتها:

البند	العبارة	نعم	نوعاً ما	لا
1	مكان الجلسة وزمن كانا مناسبين			
2	أهداف الجلسات الإرشادية كانت واضحة			
3	أسلوب الحوار والمناقشة والتفاعل كان مناسباً			
4	كانت الحوارات مشوِّقة وممتعة.			
5	التمست فائدة على مستوى أفكارك ومشاعرك وسلوكياتك			
6	شعرت بالملل في الجلسة وتمنيّت أن تنتهي بسرعة.			
7	الأسلوب المتبع من قبل الباحث في تنفيذ الجلسة كان مشوّقاً وفعالاً.			
8	شعرت أنه تم مناقشة مواضيع هامة وتجذب اهتمامك وانتباهك			
9	كان وجود المشاركين الآخرين في الجلسات مهماً إليك			
10	الأساليب والفنيات والأنشطة التفاعلية المستخدمة في الجلسة كانت واضحة ومناسبة			

أي ملاحظات أخرى تودّ إضافتها:.....

الملحق (5)

استمارة تقييم البرنامج

عزيزي المشارك:

يرجى ملء الاستمارة التي تقيّم رأيك وتقييمك لمجريات البرنامج العلاجي الذي تمَّ تطبيقه، بوضع إشارة (–) في الخانة التي تعبر عن رأيك، مع كتابة أي ملاحظة تودّ إضافتها:

البند	العبارة	نعم	نوعاً ما	لا
1	مكان الجلسات وزمن كانا مناسبين			
2	أهداف الجلسات الإرشادية كانت واضحة			
3	أسلوب الحوار والمناقشة والتفاعل كان فعالاً			
4	مواضيع الجلسات الإرشادية كانت مشوِّقة وممتعة وواضحة			
5	أشعر بأنني استفدت من البرنامج التدريبي على مستوى أفكاري ومشاعري وسلوكي			
6	شعرت بالملل من هذه الجلسات ورغبت بأن أغادر بعض الجلسات.			
7	الأسلوب المتبع من قبل الباحث في تنفيذ الجلسة كان مشوِّقاً وفعالاً.			
8	شعرت أني استفدت من هذه الجلسات وحققت تغيراً إيجابياً			
9	كان وجود المشاركين الآخرين ضمن الجلسات مهماً			
10	الأساليب والفنيات والأنشطة التفاعلية المستخدمة في البرنامج كانت واضحة ومناسبة			
أ	اختر **الفنيات التي كانت أكثر فاعلية من وجهة نظرك**			
ب	العلاقة العلاجية (المواجهة التعاطفية – إعادة التربية أو التعويض)			
ج	حوار الكرسيين (حوار المخططات)			
د	التخيل الموجه			
ر	لعب الدور			
س	المناقشة والحوار والأسئلة والسيناريوهات			
هـ	الاسترخاء والتنفس العميق			
ل	إعادة وصف الصور			
م	الحوار السقراطي			

و	إعادة الإسناد والعزو المعرفي	
ي	أضف أي شيء تريده...	

أي ملاحظات أخرى توّد إضافتها:.....

الملحق (6)

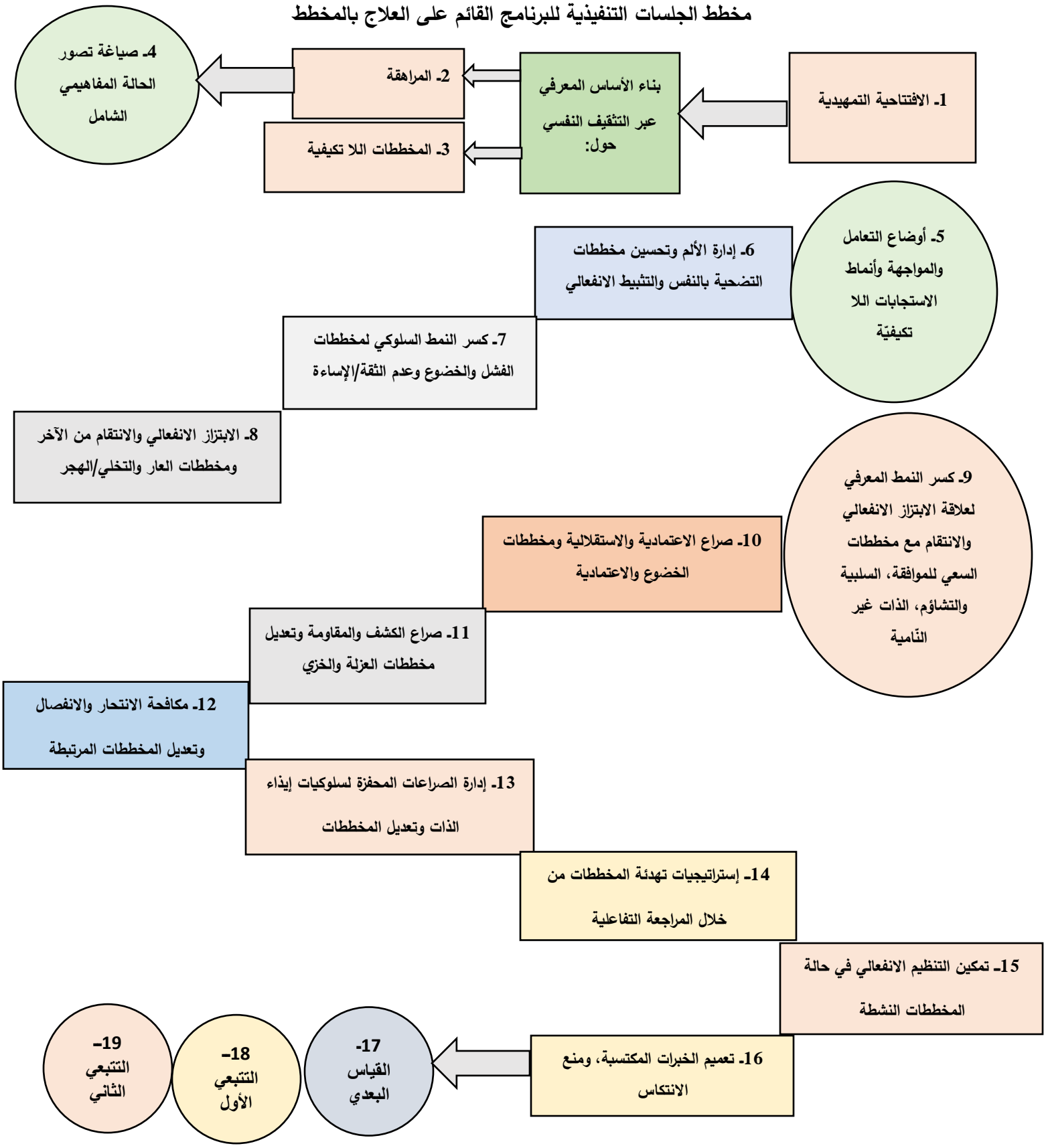
الجدول الزمني لتطبيق جلسات البرنامج العلاجي.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	التاريخ
1	الجلسة الافتتاحية التمهيدية	2024/9/17
2	التثقيف النفسي حول المراهقة	2024/9/19
3	التثقيف النفسي للمخططات اللا تكيفية المبكرة	2024/9/23
4	صياغة تصور الحالة المفاهيمي الشامل لكل مشارك على حدة	25-26-29-2024/9/30
5	تحديد أوضاع التعامل أو المواجهة مع المخططات، والاستجابات اللا تكيفية والتعامل معها	2024/10/3
6	إدارة الألم وتحسين مخططات التضحية بالنفس والتثبيط الانفعالي المرتبطة بإيذاء الذات	2024/10/6
7	كسر النمط السلوكي لمخططات الفشل والخضوع وعدم الثقة/الإساءة لتطوير إستراتيجيات تكيفية بديلة للتعامل مع المشاعر الصعبة.	2024/10/10
8	الابتزاز الانفعالي والانتقام من الآخر ومخططات العار/الخزي والتخلي/الهجر في حالات سلوكيات إيذاء الذات	2024/10/12
9	كسر النمط المعرفي لعلاقة الابتزاز الانفعالي والانتقام مع مخططات السعي للموافقة وطلب الاعتراف، السلبية والتشاؤم، الذات غير النّامية.	2024/10/14
10	صراع الاعتمادية والاستقلالية ومخططات الخضوع والاعتمادية/عدم الكفاءة في حالات سلوكيات لإيذاء الذات	2024/10/17
11	التعامل مع صراع الكشف والمقاومة وتعديل مخططات العزلة الاجتماعية والخزي/العار المرتبطة بسلوكيات إيذاء الذات	2024/10/20
12	التعامل مع مكافحة الانتحار والانفصال وتعديل مخططات الحرمان الانفعالي والقابلية للأذى وخفض التعويض المفرط بالمخطط وأوضاع التجنب والاستسلام له	2024/10/24
13	تدريب المشاركين على إدارة الصراعات المحفزة لسلوكيات الذات بين الاستقلالية الاعتمادية، والإفصاح والمقاومة، وتعديل مخططات المعايير الصارمة، الإساءة/عدم الثقة.	2024/10/28
14	إستراتيجيات تهدئة المخططات اللا تكيفية من خلال المراجعة التفاعلية	2024/11/1

15	تمكين التنظيم الانفعالي وإدارة الانفعالات في حالة المخططات النشطة	2024/11/3
16	تعميم الخبرات المكتسبة، ودعم وتعزيز النهج الوقائي ومنع الانتكاس.	2024/11/7
17	القياس البعدي المباشر	2024/11/10
18	القياس التتبعي الأول لرصد التحسّن	2024/12/20
19	القياس التتبعي الثاني وإغلاق البرنامج العلاجي	2025/3/13

الملحق (7)

مخطط الجلسات التنفيذية للبرنامج القائم على العلاج بالمخطط



الجلسة الأولى:

عنوان الجلسة: الجلسة الافتتاحية التمهيدية

أهداف الجلسة:

- التعارف بين الباحث والمشاركين
- بناء علاقة علاجية بين الباحث والمشاركين.
- الاتفاق على قواعد الجلسة وقواعد التواصل والتفاعل بينهم.
- زيادة دافعية المشاركين للتفاعل والمشاركة ضمن جلسات البرنامج.
- تقديم رؤية عامة عن أسس البرنامج وأهدافه، والتوقيع على العقد العلاجي

زمن الجلسة: (90) دقيقة.

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة والحوار، العقد العلاجي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

في بداية الجلسة قدّم الباحث نفسه للمشاركين، ثمَّ تمَّ التعارف بين أعضاء المجموعة التجريبية، وشكرهم للتعاون وحضور جلسة البرنامج، وقدّم الباحث رؤية عامة عن الهدف من البرنامج، والأسس التي دعت لتنفيذه، كما قدّم معلومات عن عدد الجلسات وأهدافها ومدّتها الزمنية التقريبية.

ولبدء الجلسة بطريقة تفاعلية إيجابية تمَّ تنفيذ نشاط القرعة حيث يعرّف كل فرد باسمه، واسم هواية يحبها، فضلاً عن شيء مميز بشخصيته يحب أن يخبرنا به، أو خبرة معينة يحب مشاركتها معنا، فضلاً عن قاعدة تحكم الجلسات العلاجية، ثمَّ طلب الباحث إلى المشاركين وضع قواعد تحكم عملية التواصل والتفاعل ضمن جلسات البرنامج، وأعرب المشاركين عن كون السرية ذات أهمية قصوى، وضمان أنَّ المعلومات المشتركة ستظل خاصة وآمنة، واحترام وجهات النظر وعدم الحكم على بعضهم البعض، والإصغاء الفعّال لبعضهم وللمعالج، وبدوره أكّد الباحث أنَّ الاحترام والتعاطف

والإصغاء النشط جزء لا يتجزأ من العلاقة بينه وبين أعضاء المجموعة، وأنَّ للثقة المتبادلة والتعاون دوراً حيوياً في العملية العلاجية، وشجّع الاستفادة من الدروس المستفادة عند الأفراد، وتمَّ تنفيذ النشاط بفاعلية جيدة، ومن صيغت قواعد الجلسة ووضعت على لوحة كبيرة لتكون ناظمة لجلسات البرنامج، ومتفّقاً عليها من قبل الجميع لضمان التزام جميع المشاركين بهذه القواعد.

وبعد ذلك طلب إلى المشاركين مشاركة توقعاتهم وتطلعاتهم من البرنامج العلاجي، حيث تمت الإجابة عن جميع الأسئلة وخاصة ما يتعلق بالعلاج النفسي، وتصحيح أي سوء فهم متعلق به، وأكّد أنَّ حضور الجلسة والالتزام بها سيكون مقدّراً على نحو كبير، إلا أن الشعور بعدم الرغبة بالاستمرار في الحضور حق للجميع، إذ وعد الباحث بمناقشة الكثير من الأفكار والمشاعر والسلوكيات ضمن الجلسة، وفي الوقت الذي يشعر به المشارك بعدم القدرة على النقاش له كامل الحرية بالانصراف.

سأل الباحث عن أهم سمات مرحلة المراهقة، وإشكالياتها من وجهة نظر المشاركين، ومع إجابات المشاركين تمَّ التأكيد لهم أنَّ هذا البرنامج سيكون مساحة آمنة لمشاركة أفكارهم وتجاربهم، والهدف ليس الحكم على الشخص، بل تنمية أنماط سلوكية إيجابية في التعامل مع أحداث الحياة المختلفة، لذلك فجميع ما سيتم مشاركته ضمن الجلسة سيبقى ضمن الجلسة ولن يتم مشاركته مع أحد خارجها، ثمَّ تم تطبيق القياس القبلي لمقاييس الدراسة: استبانة المخططات اللا تكيفيّة المبكرة، وقائمة بيانات إيذاء الذات.

وفي نهاية الجلسة تم توزيع العقد العلاجي لجميع المشاركين وتوضيح الهدف منه، وأنه وثيقة تتضمن تنظيم عملية المشاركة ضمن البرنامج العلاجي، ولن يتم استخدامه لأي أغراض أخرى، وبعد التوقيع على العقد العلاجي تم الاتفاق على موعد الجلسة القادمة، وشكر المشاركين وإنهاء الجلسة.

تقييم الجلسة: أخذ رأي المشاركين وإنطباعهم عن الجلسة والأفكار التي نوقشت والفائدة التي حققوها أو ذكر أي ملاحظة أخرى.

العقد العلاجي:

يهدف هذا العقد إلى تنظيم عمل الجماعة وقد تمَّ الاتفاق بين أعضاء بين أعضاء المجموعة والباحث على ضرورة الالتزام بالشروط التالية:

أوافق أنا السيّد.....

كعضو من أعضاء المجموعة على الالتزام بما يلي:

1- الإنصات لما يقوله أعضاء المجموعة واحترام آراء كل منهم.

2- الاحترام المتبادل والمشاركة في الأنشطة المنفّذة.

3- الالتزام بالسريّة وعدم مناقشة القضايا الشخصية خارج إطار الجلسة.

وأتعهّد أنا الباحث – بصفتي المشرف على تطبيق البرنامج – بالالتزام بما يلي:

- **عدم مناقشة قضايا أعضاء المجموعة الشخصية مع أفراد خارج المجموعة.**
- **متابعة مهمات الواجبات المنزلية وتقديم التغذية الراجعة عليها لكل أعضاء المجموعة.**
- **إعلام أفراد المجموعة المشاركين بالبرنامج في حال تأجيل أية جلسة.**

التاريخ: .....

توقيع المشارك: توقيع الباحث:

الجلسة الثانية:

عنوان الجلسة: التثقيف النفسي حول المراهقة

أهدف الجلسة:

- تعريف أفراد المجموعة العلاجية بالتغيرات المصاحبة لمرحلة المراهقة.
- شرح سلوكيات إيذاء الذات وأسبابها المحتملة
- تعريف المشاركين على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

عرض تقديمي (Power Point)، هرم مازلو، استمارة الإشكالات السلوكية، دائرة الأفكار والمشاعر والسلوك، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

إعادة العزو/الإسناد المعرفي، المناقشة والتغذية الراجعة والتعزيز.

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

في بداية الجلسة تم الترحيب بالمشاركين وبعد تذكيرهم بقواعد الجلسة وشكرهم للالتزام بالحضور ، تحدث الباحث عن هدف هذه الجلسة، وبدأت بأسئلة عن مرحلة المراهقة ومعلوماتهم عنها، والإجابة عن أسئلتهم، وكانت معظم إجابات المشاركين متعلقة بالجانب الجسدي وأن هذه المرحلة تعني أن الطفل أصبح شاباً، وأنَّ جسمه تغير، وبإمكانه إقامة علاقات مع الجنس الآخر.

هنا عرض الباحث عبر **العرض التقديمي** معنى مرحلة المراهقة، وأنها غنية بالتغيرات على عدّة مستويات ومنها المستوى الجسدي، كزيادة حجم الجسم، وتغير الصوت، وبروز الشعر بأماكن مختلفة من الجسم، والبلوغ الجنسي، وأن هناك

تغيرات على المستوى السلوكي، وأهمها الاندفاعية الزائدة، والرغبة بالاستقلال عن الآخرين، وتغيرات على المستوى الانفعالي والرغبة بإقامة علاقات عاطفية مع الجنس الآخر، والانضمام إلى مجموعات الأقرأن، وتحقيق نتائج دراسية ومهنية هامة، وبعد هذا النقاش طلب الباحث إلى المشاركين تحديد أكثر المشكلات السلوكية التي تواجه المراهق، حيث ووزّع لهم استمارة **(السلوكيات الإشكالية)** التي تضمنت مشكلات سلوكية تظهر عند الأطفال والمراهقين والراشدين، وطُلب إليهم اختيار المشكلات التي اختبروها أو برأيهم هي الأكثر شيوعاً من وجهة نظرهم، وبعد ذلك أخذ عينة من إجابات كل مشارك وأكثر الإجابات كانت تتعلق بالصراع بين الاستقلال عن الآخرين وعدم القدرة على الاعتماد بشكل كلي على ذواتهم، وسلوكيات رفض القواعد والضوابط، سلوكيات إيذاء الذات، والقلق من المستقبل.

وبعد ذلك أكّد الباحث أهمية إجابات المشاركين وأنها تعكس رؤية واقعية لمشكلات المراهقين، هنا **تناقش** معهم في أسباب تلك المشكلات، وذكر أحد المشاركين أن السبب هو عدم وجود الوالدين، وأحدهم أجاب بسبب قسوة الآخرين في التعامل معهم، وآخر أجاب أن السبب هو الإحساس بالقوة ورفضهم أن يعاملوه كطفل.

أشاد الباحث بإجابات المشاركين وعرض لهم عبر الشاشة **(هرم مازلو)** وشرح أن سلوكياتنا في كل مرحلة من حياتنا مدفوعة بالاحتياجات التي نبحث لتلبيتها، وأن المراهقين غالباً ما يحتاجون إلى الإحساس بالأمن والسلامة، وتقدير الذات أكثر من رغبتهم بأكل طعام لذيذ كالأطفال، وعدم قدرتهم على تلبية هذه الاحتياجات سيجعلهم يتصرفون بطرائق غير صحية، وأن فقدان التقدير من المحيط سيجعلهم يقومون بأي سلوك يجعل الآخرين منتبهين لهم، ومن بين السلوكيات التي تنتج عن هذا الإهمال من المحيط سلوك إيذاء الذات.

شرح الباحث للمشاركين أن سلوك إيذاء الذات طريقة غير سوية لتلبية وظائف مخلة في أفكارنا ومشاعرنا، وقد يكون بسبب عدم القدرة على التعامل مع خبرات الألم والعقاب الذي نختبره من الآخرين، وقد يكون طريقة لابتزاز الآخرين وجعلهم يهتمون بنا أكثر، وقد يعكس حالة الرغبة بالابتعاد عن الآخرين وعدم القدرة على الاستقلالية بشكل كامل، وقد يكون رغبة بالانتقام من الذات بسبب عدم قدرتها على مواجهة الآخرين، وهذه السلوكيات تترك آثاراً سلبية على شخصية الأفراد، ومن المهم فهم الدوافع والأسباب التي تؤدّي إليها.

هنا أفاد أحد المشاركين أن رغبته بالانتقام من والديه بسبب التخلّي عنه في ظل حاجته لهما دفعه إلى جرح ذاته، وآخر أشار إلى أنَّ حاجته للإحساس بالقوة والسيطرة دفعه إلى تشطيب يديه، وآخر أشار إلى أنَّ إهمال مقدّمي الرعاية له دفعه إلى حرق يديه ردَّ فعل على عدم تلقيه الاهتمام منهم وتعبيراً عن حاجته للاحتواء، وعند سؤالهم عن المشاعر التي تبعت عن هذه السلوكيات أجاب معظمهم إحساسهم بالذنب ولوم ذواتهم وتأنيبها.

هنا شكر الباحث المشاركين لوضوحهم وثمّن مشاركتهم خبراتهم الشخصية، ووضح لهم أن هذه السلوكيات تبدو ردّ فعل على مواقف معينة لكنها بالأصل لها أسباب أعمق من ذلك.

ولتعزيز فهم هذه الأسباب طلب إليهم تنفيذ تمرين **(دائرة الأفكار والمشاعر والسلوك)**، ووزّع عشوائياً استمارات تتضمن سيناريوهات لمواقف حياتية، وطلب إليهم ترتيبها بحسب (أفكار، مشاعر، وسلوك)، لرصد فهمهم للحالة المعرفية – الانفعالية السلوكية للمشاركين ولإعادة تنظيم الأفكار_تم استخدام فنية **إعادة العزو / الإسناد المعرفي** لتفسيرهم أحداث حياتهم، فالخلل قد يكون في طبيعة المواقف والأحداث التي نتعرض لها وشدّتها وليس لأننا لا نعرف كيفية الاستجابة السليمة لها، ما يتطلب منا الإقرار والاعتراف بحاجتنا لتنظيم أفكارنا ورؤية الأحداث بموضوعية والاستجابة لها على نحو صحّي،وعدم الانغماس بأحكام مسبقة عن أنفسنا، بل معالجتها بهدوء وطلب الدعم عند الحاجة، وتضّمن أحد السيناريوهات "وبّخني المعلم أمام تلاميذ الصف: شعرت بالألم، خرجت من الصف، لا أحد يقدّرني" وكان الهدف منه توضيح العلاقة بين الأفكار التي نفسر بها المواقف، والمشاعر التي ترتبط بهذا التفسير للموقف، والسلوكيات التي تنتج عنها، فكان الجواب الأمثل بعد مناقشة أفراد العينة "لا أحد يقدّرني، أشعر بالألم، خرجت من الصف" وتم عرض الدائرة لهم وإعطاء مزيد من الأمثلة حول تأثير إدراكاتنا وتفسيرنا للمواقف التي تحدث في حياتنا (الأفكار)، على حالة المشاعر التي نخبرها، وعلى نوع السلوكيات التي تنتج عنها.

وأن سلوكيات إيذاء الذات لا تتعلق بالموقف الضاغط بحد ذاته، بل بتفسيرنا وإدراكنا لهذا الموقف، ولصعوبة حجم المشاعر الذي نختبرها خلاله، ما يجعلنا نقوم بسلوكيات اندفاعية متهورة، لهذا يكون إيذاء الذات ناتجاً عن أفكار معينة مثل "الجميع تخلى عني، لا أحد يهتم بي، لا أحد يقدرني"، وتسبب هذه الأفكار خللاً في المشاعر يدفعنا إلى إيذاء

ذاتنا، ثمّ لومنا ونقدنا لذاتنا لما قمنا به من سلوكيات متهوّرة، وهذا يُسمَّى "الدائرة المعيبة" التي لا ينتهي تأثيرها إلا حين نقرر ذلك بعد الوعي بآثارها على تكيفنا، وحين نعي هذه العلاقة نستطيع استبدال بهذه الأفكار المحفزّة أفكاراً إيجابيةً ينتج عنها مشاعر وسلوكيات صحية، مثل "وبخني المعلم أمام زملائي في الصف" شعرت بالإنزعاج، انتظرت حتى تنتهي الحصة الدراسية وأفصحت للمدرّس عن انزعاجي من الموقف، وأنه من الممكن توجيه الملاحظات إلي بطريقة أكثر وديّة وسآخذها بالحسبان، وهذا المثال فتح لدى المشاركين آفاقاً للتفكير بقدرتنا على التغيير عندما نغير من طريقة تفكيرنا بالمواقف ونحاول رؤيتها بموضوعية.

إنهاء الجلسة وتقييمها: شكر الباحث أفراد العينة لمشاركتهم الفعالة ضمن الجلسة، وطلب وإليهم تقييم الجلسة وإعطاء أي ملاحظات يريدون ذكرها، وطلب منهم الواجب المنزلي المتضّمن ذكر أهم الاحتياجات التي يرونها تتقاطع معهم من هرم مازلو، وكتابة أحد المواقف الفعلية التي حدثت معهم وكيف تصرّفوا تجاهها، وكيف كان يمكنهم أن يغيروا من تصرفهم بضوء دائرة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وتم توزيع استمارة تقييم الجلسة.

الجلسة الثالثة:

عنوان الجلسة: التثقيف النفسي للمخططات اللا تكيفية المبكرة

أهدف الجلسة:

- تعريف المشاركين بمفهوم المخططات اللا تكيفية، وتشكّلها في مرحلة مبكرة من الطفولة.
- تقديم نماذج للمشاركين عن الأعراض النفسية والمعرفية والسلوكية اللا تكيفية للمخططات وارتباطها بخبرات الحياة المبكرة القاسية.
- فهم تأثير المخططات اللا تكيفية المبكرة في طريقة التفكير والسلوك والمشاعر.

زمن الجلسة: (90) دقيقة.

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال sos.

الأدوات المستخدمة:

عرض تقديمي لأوضاع المخطط، قوائم جرد المشاعر المرتبطة بالمخططات، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

إعادة صياغة الصور، تمرين كرة الصوف، المناقشة والتغذية الراجعة والتعزيز، الواجب اليومي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

بدأت الجلسة بالتذكير بقواعد الجلسة وإعادة الترحيب بالمشاركين، وشكرهم لقبولهم المشاركة بالبرنامج العلاجي.

تَّم عرض هدف البرنامج العلاجي العام وهو تعرف أثر تجارب الحياة المبكرة في حياة المشاركين واستكشافها من خلال تحديد الأحداث أو التجارب المهمة من ماضيهم التي ربما تكون قد أسهمت في تطوير أنماط معينة من سلوكياتهم السلبية مثل إيذاء الذات، وأشكال غير صحية من أفكارهم ومشاعرهم.

قام الباحث بتطبيق فنية "**وصف الصور وإعادة صياغة التصوّرات**" حيث وزّع عدة صور تجريدية تتعلق بالأسرة، تعكس حالات من علاقة الأهل والابن (الأمأن، الهجر، الحزن، القسوة، الغضب) وتضمّنت الصور (صورة أم وأب يحتضنان

طفلاً، طفلاً يتعرّض للعقاب والتوبيخ، طفلاً يلعب بالحديقة مع أقرأنه، طفلاً يلبس ثياباً مهترئةً، طفلاً يخرّب أثاث المنزل) والهدف منها تحديد المخططات الأكثر تواجداً ونشاطاً لديهم التي تمثل أعراض الحرمان، والعقاب، والتخلي، والعزلة، وغيرها، وطُلِب إلى كل مشارك أن يكتب عنوان أو جملة معينة لوصف الصور بناءً على تجربته الحياتية وأن يرتبّها على نحو تصاعدي من الصور الأقرب لحالته الراهنة تدريجياً إلى الصور الأبعد عن حالته النفسية الحالية، وكان الهدف منها وصف أوضاع المخطط غير الوظيفية لدى كل مشارك (الطفل المهمل، الضعيف، الأندفاعي، السعيد، الوالد الناقد، الرافض، العقابي، البالغ السليم)، وعرض الباحث هذه الأوضاع ضمن **عرض تقديمي** مع السمات المرتبطة بكل منها.

ولاحظ الباحث أن أغلب الصور الأولى التي رتبها المشاركون كانت تعكس حالة الطفل الضعيف، المهمل، وحالة الوالد الناقد العقابي، هنا قام الباحث بتوزيع أداة للتقييم وهي **(قائمة الجرد لمشاعر المخططات)** ، وطُلِب من كل مشارك أن يحدد المشاعر الأكثر ارتباطاً بأفضل الذكريات في طفولته، وأكثر الذكريات التي يزعجه استحضارها والتحدّث عنها، وتمَّ تشجيعهم على الإجابة بشفافية مع التأكيد لهم أن الإقرار بالأشياء الإيجابية والسلبية التي يعيشها الإنسان يساعده على النظر بموضوعية لذواتنا ويساعدنا على تحفيزها على النمو، وهي الخطوة الأولى في طريقة علاجها، وشدد الباحث على أهمية ما قدّمه المشاركون من القدرة على الإفصاح الذي يساعد في بناء الأساس القوي للتدخلات العلاجية اللاحقة **كتغذية راجعة** تشجيعية لهم.

بعد الانتهاء من قوائم جرد المشاعر ووصف الصور أخذ الباحث عينات من إجابات المشاركين، وتحدّث عن تكرار عبارات الحزن والتخلي والفقدان، و**ناقش** الباحث مع المشاركين تأثير التجارب الحياتية المبكرة في نمو شخصية الإنسان، وأن السنوات الخمس الأولى هي التي ترسم ملامح الشخصية بوضوح لاحقاً، وكلما كانت هذه الذكريات قاسية وصعبة تولّدت مشاعر تؤثر على استقرار الأشخاص وارتياحهم، ومن المهم الإدراك والوعي بها لنستطيع العمل على معالجتها، وخاصة أنه ليس جميع الأشخاص الذين سيقابلونهم في حياتهم قاسين وناقدين وغاضبين، وتناقش مع المشاركين في هذا الأمر، وأجاب عن استفساراتهم، وخاصة ما يتعلق بالعوامل التي تحكم نمو سمات شخصية الإنسان وعلى نحو

محدد "المرونة أو الديناميكية أو الصيرورة والثبات" وأن هناك سمات ثابتة وهناك حالات متغيرة في أثناء نمونا وتطورنا، وشرح أن الحرمان ممكن أن يوّلد مشاعر الحزن، ولكن استدامة مشاعر الحزن ستجعل جميع جوانب حياتنا تتأثر، وقد تجعل سلوكياتنا هروبية وتجنبية، ورؤيتنا للآخرين مشوّهة، وهذه الحلقة من الأعراض المرتبطة بأحداث سابقة في طفولتنا نسميّها المخططات، وقدرتنا على التعافي من آلامنا تبدأ بالاستفادة من قدرتنا على التكيف والمرونة التي يتميز بها الإنسان، وتحتاج إلى رعاية وتوجيه.

بعد الانتهاء من تطبيق قوائم الجرد المكتوبة والمصوّرة التي تهدف إلى تكوين صورة واضحة لكل حالة من المشاركين، عرّف الباحث المخططات وهي أنماط متأصلة بعمق الأفكار والمعتقدات والانفعالات التي تؤثر في كيفية إدراك الأفراد لأنفسهم والآخرين والعالم من حولهم، وأنها تتطوّر نتيجة للاحتياجات الانفعالية غير الملبّاة خلال الفترات الحرجة من حياة الفرد المبكرة، وبمجرّد أن يصبحوا على دراية فيها يستطيعون فهم سلوكيات إيذاء أنفسهم، فمعرفة المخطط والوعي بنشاطه يجعلنا أكثر إدراكاً لآلية تأثيره في سلوكياتنا من خلال فهم العلاقة بين المخططات والانفعالات والسلوكيات، وهذا الفهم يمكّنهم من تحدي المخططات السلبية، وتطوير استراتيجيات التكيف الصحية، والعمل على تحقيق التغيير الإيجابي خلال عمليه العلاج.

وبعد ذلك، عمل الباحث على إعادة جو الدّعم والاحتواء ضمن الجلسة، ونفّذ مع المشاركين تمرين **"كرة الصوف"** وهو نشاط حركي قائم على الوقوف على نحو دائري وكل منهم يعرف عن نفسه بكلمة تحفيزية (أنا شجاع، قوي، قادر، أحب نفسي، أطمح للتغيير، أرغب بالنجاح، لدي أصدقاء يحبوني) . قام الباحث برمي الكرة إلى صاحب الكلمة الأقرب له، ومع رمي الكرة المتعددة تتكون شبكة كبيرة مثل خيوط العنكبوت ذات العبارات الإيجابية، وتتمثل قوّة هذه الشبكة بشد المشاركين لها والتمسك بها، وعندما يطلب إلى أي مشارك أن يرخي هذا الخيط تترهل الشبكة ولا تعود لقوتها إلا بتماسك أفرادها، هنا طلب الباحث إلى المشاركين أن يشرحوا ماذا فهموا من هذا التدريب، وكانت الإجابات هي أن في التماسك قوة، وأن التواصل بين الأفراد هو الذي يجعل علاقتنا أقوى، وأننا محكومون بوجود الآخرين في محيطنا، وأشار الباحث إلى أن التماسك مع الآخر يبدأ بالعلاقة القوية بينه وبين ذاته، وأن عبارات التحفيز التي قالها كل منهم يجب

أن تكون جزءاً من حديثه الذاتي مع نفسه لاكتساب القوّة والصلابة، هنا ختم الباحث التدريب بفكرة أن وجودنا بين أناس آخرين يلبي احتياجنا لنكون مقبولين وسعداء. وأنَّ قدرتنا على التمسك بقوة علاقتنا مع الذات والآخرين يجعل علاقتنا أمتن وأكثر صرامة.

إنهاء الجلسة وتقييمها: ختم الباحث الجلسة بسؤالهم عن أي استفسار لديهم، ثم حدد موعد الجلسة القادمة وشكرهم لتعاونهم ضمن الجلسة، وتمَّ توزيع استمارة تقييم الجلسة، وطلب إليهم كتابة أية ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة.

الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة: صياغة تصور الحالة المفاهيمي الشامل لكل مشارك على حدة.

نمط الجلسة: فردي لكل مشارك على حدة

أهداف الجلسة:

- تعزيز العلاقة العلاجية بين الباحث وكل مشارك على حدة.
- تحديد الأصول الطفولية والتطورية للمخططات اللا تكيفية.
- تحديد خبراتهم في سلوكيات إيذاء الذات، الأسباب والأنماط.
- تكوين تصور حالة شامل لحالة كل مشارك.

مكان الجلسة: قاعة التدريب جمعية قرى الأطفال

زمن الجلسة: 45-60 دقيقة لكل فرد من المجموعة.

الأدوات المستخدمة:

نموذج تصور الحالة المفاهيمي الشامل

الفنيات المستخدمة:

المواجهة التعاطفية، المناقشة والحوار

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

في هذه الجلسة، حرص الباحث على تعزيز العلاقة العلاجية مع كل مشارك فردياً من خلال الاستماع الفعّال والتفاعل الداعم، لتوفير بيئة آمنة للتعبير عن التجارب الشخصية، تم التركيز على استكشاف الأصول الطفولية والتطورية للمخططات اللا تكيفية عبر طرح أسئلة معمقة عن علاقاتهم المبكرة مع مقدمي الرعاية والذكريات المؤلمة التي شكلت أنماط تفكيرهم وسلوكياتهم، كما تم التعمق في فهم خبراتهم المتعلقة بسلوكيات إيذاء الذات، مع ذكر الأسباب والدوافع والأنماط المتكررة لهذه السلوكيات، في نهاية الجلسة، سجل الباحث كل البيانات في سجل الحالة الخاص بكل مشارك

الذي تم تصميمه لاستيفاء جميع المعلومات المطلوبة، وتكوين تصور حالة شامل لكل مشارك، يجمع بين الحالة الانفعالية العامة، أعراض المخططات اللا تكيفية، وأنماط السلوك الحالية، مما أسس قاعدة قوية للعمل العلاجي المستقبلي.

نموذج تصور الحالة المفاهيمي

1- المعلومات العامة والخلفية التطورية

- العمر الجنس:
- الوضع الأسري الحالي:

(التواصل مع أسرتي البيولوجية- فقدان الأبوين – الانفصال عن الأسرة)

- سنوات الإقامة في دور الرعاية:
- التجارب المؤلمة أو الإهمال: (وجود صدمات أو إساءات جسدية/عاطفية):
- طبيعة العلاقات المبكرة والحالية مع مقدمي الرعاية:

2- المخططات اللا تكيفية المبكرة النشطة

- تحديد المخططات الأكثر انتشاراً "حسب الاستبانة":
- استراتيجيات التعامل أو المواجهة الأكثر وضوحاً: (10)

الاستسلام	التجنب	التعويض المفرط

- أوضاع الوالدين (مقدّمي الرّعاية) الأكثر تأثيراً: (10)

الناقد	العقابي	الرافض	المهمل	المطالب	السليم

- أوضاع الطفل الأكثر استمرارية: (10)

الحامي المنفصل	المندفع	الضعيف	المستسلم الممتثل	الغاضب	السعيد

3- سلوك إيذاء الذات:

أنواع السلوكيات	تكرارها آخر 6 أشهر	الأسباب المحفزة	الشعور التابع للسلوك

4- مصادر الدّعم الموجودة:

مقدّم الرعاية	صديق	أختصاصي	أحد من أسرتي الأصلية	شخص آخر

- **أي ملاحظات أو استفسارات أو مخاوف.....**

إنهاء الجلسة:

تمَّ شكر المشارك على تقديمه للمعلومات بموضوعية، وشرح طبيعة الجلسات القادمة، وتحديد موعدها.

الجلسة الخامسة:

عنوان الجلسة: تحديد أوضاع التعامل أو المواجهة مع المخططات، والاستجابات اللا تكيفية والتعامل معها.

أهداف الجلسة:

- تعريف المشاركين بإستراتيجيات التعامل مع المخططات وهي الاستسلام، والتجنب، والتعويض المفرط.
- تعديل الأفكار وضبط المشاعر المرتبطة بأوضاع المخططات، واستبدال أفكار ومشاعر تكيفية بها.
- تدريب المشاركين على فنيات تهدئة الانفعالات االسلبية المرتبطة بالأوضاع غير التكيفية المرتبطة بالمخططات.

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال.

الأدوات المستخدمة:

الفيديو، استمارة تقييم الجلسة

الفنيات المستخدمة:

إعادة الإسناد/العزو المعرفي، الاسترخاء والتنفس العميق، التخيّل الموّجه، يوميات المخطط الإيجابية، الكرسي الفارغ، المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، النمذجة، الواجب المنزلي

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين ومناقشة الواجب اليومي من خلال تعرّف الأفكار التي دارت بأذهانهم حول المخططات والسلوكيات الناتجة عنها والتي لم يشعروا بالرضا عند تنفيذها، ثمَّ عرض الباحث هدف الجلسة وهو تعرف الاستجابات النمطية للمخططات والمشاعر المرتبطة بها، وأن أغلب الاستجابات تكون إما بالاستسلام للمخططات أو تجنبها والتهرب من مواجهتها بعدد من السلوكيات غير الصحية، والتي تسهم في تعزيز أوضاع المخطط كالطفل الضعيف والناقد والحامي وغيره أو التعويض على نحو مفرط.

ولإيضاح الفكرة قام الباحث بعرض **مقطع فيديو** لكل إستراتيجية للتعامل مع مخطط، ومن ثم طلب إلى المشاركين التعليق على كل فيديو، وقد فسر العديد من المشاركين أن الاستجابات مرتبطة بالخوف من المواجهة، أو عدم القدرة على المواجهة الهادئة للأحداث الصعبة، وفيما يتعلق بالتعويض المفرط علق أحد المشاركين أن الشخص عندما يكون خائفاً من شيء يدّعي عكسه، هنا قام الباحث بالحديث عن السمات المميزة لكل وضع ووزّع لهم استمارات، وطلب إليهم أن يتأكدوا من الوضع الأقرب لهم ويضعوا علامة من (10) لكل وضع، حيث يتحدّث عما يلي:

– **المستسلم الممتثل:** يتصرف بطريقة سلبية أو خاضعة أو يسعى للحصول على القبول من الآخرين بأي طريقة أو نكران ذاته في تعامله مع الآخرين بسبب الخوف من الرفض؛ وقد يتسامح مع سوء المعاملة؛ ولا يعبر عن احتياجاته أو رغباته للآخرين؛ وينخرط في سلوك ما ليحافظ على نمط الهزيمة الذاتية، وقد يلجأ لسلوكيات القهر الذاتي أو إيذاء الذات. (كم تنطبق عليك هذه السمات؟ من 10).

–**الحامي المنفصل:** يتجاوز الحاجات والمشاعر؛ وينفصل عاطفياً عن الناس ويرفض مساعدتهم؛ ويشعر بالانسحاب، والتشتت، ويرغب بالهروب، ولا تكون سمات شخصيته واضحة، يعاني الفراغ أو الملل؛ ويلجأ إلى أنشطة تشتيت الانتباه أو تهدئة أو تحفيز الذات بطريقة قهرية أو مفرطة مثل سلوكيات إيذاء الذات، وقد يتبنى موقفًا ساخراً أو متحفظاً أو متشائماً تجاه نفسه والآخر لتجنب الاندماج في التفاعلات مع الآخرين. (كم تنطبق عليك هذه السمات؟ من 10).

–**المعوِّض الزائد:** يشعر ويتصرف بطريقة مفرطة في العظمة، والعدوانية على نحو مهيمن وتنافسي، يبدو سمات متعجرفة، متكبّرة، متعالية، تقلل من القيمة، مفرطة في الرغبة بالتحكم والسيطرة والقوة، شخصيته متمردة متلاعبة استغلالية، تسعى للفت الأنتباه والحصول على الاهتمام بأي شكل أو يبحث عن مكانة، وربما يكون الهدف من هذه الطريقة هو تلبية الحاجة للقبول والإحساس بالقيمة الذاتية والقوة في التعامل مع الآخرين. (كم تنطبق عليك هذه السمات؟ من 10).

من بعد ذلك تَّم مناقشة نسبة تواجد هذه الصفات لديه وعدد النقاط التي انطبقت لديه، وعندما حدد كل مشارك هذا الأمر أشار الباحث إلى أن هذه السمات مرتبطة على نحو مباشر بالمخططات النشطة لديهم، وأن الاستمرار بالتصرف وفق هذه الأوضاع سيؤدي لاستمرار نشاط المخططات وتأثيرها في تكيفهم، ولذلك لا بدّ من العمل على السيطرة على هذه الأوضاع من خلال تغيير المشاعر المرتبطة بها، وهنا تم تدريب المشاركين على فنيات التخلص من الانفعالات السلبية المرتبطة بالسمات والأوضاع المذكورة أعلاه، لتعلم مهارات التعامل مع الانفعالات السلبية المرتبطة بالمخططات، مثل الغضب والحزن والقلق، من خلال **إعادة الإسناد / العزو المعرفي** من خلال تحديد الأفكار السلبية المرتبطة بهذه الانفعالات وتغييرها، وقام الباحث بالتعاون مع المشاركين تحديد الأفكار السلبية المرتبطة بالانفعالات السلبية لديهم مثل الانفعالات المرتبطة بالإيذاء الذاتي كالشعور بالعجز أو الانعزال "أعاقب نفسي لأنها لا تستحق الحب" "جرح ذاتي يجعلني أشعر بها أكثر" "كل شيء صعب ومتعب"، ثم تم العمل على تحفيز المشاركين على التخلص من الأفكار السلبية وذلك من خلال تشجيعهم على فهم وتحليل هذه الأفكار وتغييرها بأفكار إيجابية بدلاً منها "مكافأة ذاتي عند تحقيقها الارتياح والسعادة أفضل من عقابها عندما تتعبني" "دائماً هناك فرصة لنكون أفضل وخاصة بوجود الأصدقاء والناس المحبّين"، وبعد استبصار المشاركين بهذه الأفكار وأنها ناتجة عن المخطط وليست من سمات شخصيتهم يمكن تغييرها لأفكار إيجابية نابعة من إيمانهم بالقدرة على التحسن والتغيير، هنا توفرت الفرصة لتدريب المشاركين على مهارات التعامل مع الانفعالات السلبية مثل **فنيات التنفس العميق والاسترخاء** ، للتحكم في الأنفعالات السلبية وتحويلها إلى مشاعر إيجابية "قدرتي على التنفس العميق يسمح لي بإدخال الهواء النقي إلى داخلي ليرتاح جسدي، وكذلك الأفكار النقية المرتبطة بمحبة ذاتي وما فيها من إيجابيات يمنحها الكثير من الارتياح والسعادة" " والاسترخاء يسمح لي بالسيطرة بطريقة هادئة على ذاتي بدلاً من إيذائها بأي سلوك عنيف تجاهها"

تم تنظيم الجلسة بحيث يتم التدريب على نحو جماعي على الاسترخاء العضلي الذي يستهدف كل عضلات الجسم، والذي يمنحهم القدرة على السيطرة على التوتر في الجسم، ونمذج الباحث هذه الفنية **(النمذجة)** من خلال عضلات الجسم بالتوالي، وتزامن هذا التدريب مع آلية التنفس العميق وقدرته على تهدئة الجسد وخاصة خلال حالات الضغط

والتوتر، قدّم الباحث نموذج للتنفس العميق (5 ثوانٍ شهيق، 5 ثوانٍ حبس النفس، 5 ثوانٍ إطلاق الزفير)، وتم وضع موسيقى هادئة والبدء بالتدريب.

عندما تمكن المشاركون من تحقيق حالة من الاسترخاء مع تنفيذ التنفس العميق بكفاءة، طلب الباحث إليهم إغماض أعينهم والتفكير بصورة تعني لهم الهدوء والراحة مثل شاطئ بحر، لحظات فوز بمسابقة، السير بغابة هادئة، وبدأ ببث عبارات إيجابية مترافقة مع هذا **التخيّل الموّجه**، "دائماً هناك شيء جميل، نستطيع أن نكون بخير عندما نرى الجمال من حولنا، كل الناس يمرّون بظروف عصيبة لكن لا يدرك جميعهم أن هذه التجارب يجب أن تكون دروساً وخبرات تبنينا من الداخل، العجز ليس في الوحدة وليس في الوجود بين أناس يحتوونا ويبادلوننا المحبّة".

وقد عزز الباحث ما حققه المشاركون، وعندما استطاعوا ربط الارتياح الجسدي، بتنظيم إيقاع التنفس، واستدعاء الصور التخيّلية الإيجابية، طلب الباحث إليهم تخيل موقف مزعج والتفكير بأبدال الاستجابة له بما يمنع الاستسلام أو التجنب أو التعويض ويعزز الإحساس بالكفاءة والقدرة على حل المشكلات، وطرح مثال "الفشل الدراسي" وبدلاً من الاستسلام لأفكار الفشل، نستطيع العمل بجد واجتهاد لمنع تكرار التجربة، وبدلاً من التهرب من الذهاب إلى المدرسة، وتجنب الصفوف الدراسية، نتخيل لحظات الإنجاز التي يمكن أن يمنحها لنا النجاح المدرسي، وبدلاً من لوم الذات ونقدها العمل على تقويتها والاعتزاز بما حققته مهما كانت الإنجازات بسيطة، عند انتهاء التمرين موقش المشاركون بالصور التي تّم تخيّلها ولجؤوا إليها وأكثر الأفكار التي خطرت لأذهانهم وهم يتأملون وبناءً عليها يطرح الباحث تعزيزاً للأفكار الإيجابية، ويحاول وضع صور إيجابية للأفكار السلبية، عندها تم الانتقال من تحديد الأفكار السلبية والعمل على تحديها وتغييرها تدريجياً بالتزامن مع المشاعر الإيجابية التي تم استدعاؤها، إلى تنفيذ فنيات التخيل الإيجابي لتغيير الصورة النمطية السلبية وتعزيز الصورة الذاتية الإيجابية عن طريق توجيههم لتصوير النفس على نحو إيجابي وتغيير الصورة النمطية السلبية التي قد يرون فيها أنفسهم، هنا عمل الباحث على توجيههم لتصوير أنفسهم كأشخاص قادرين

على التغيير والنمو، والتركيز على صفاتهم الإيجابية والمواهب الكامنة لديهم، وتم عرض **فيديوهات تحفيزية** تتضمن نماذج إيجابية استطاعت تحقيق النجاح والتميز رغم كل مشقات الحياة.

وبعد ذلك تمَّ أخذ استراحة لمدة ربع ساعة، ثمَّ تم استكمال الجلسة، يمكن أيضاً توجيه المشاركين لتعميم ما تمَّ مناقشته خلال الجلسة ليكون ضمن متابعات حياتهم اليومية، حيث تمَّ تشجيع المشاركين على إدراج هذه الأفكار في كراسة **يوميات المخطط الإيجابية**، من خلال كتابة قائمة بالأشياء الإيجابية في حياتهم وتحديد الأهداف القصيرة وطويلة الأمد التي يرغبون في تحقيقها، ليبدوا أشخاصاً متماسكين غير مستسلمين، أشخاصاً يواجهون المخاوف بدلاً من تجنبها، أشخاصاً يعترفون بنقاط الضعف ولا يبالغون بتجاهلها وإنكارهامثل كتابة أهداف طويلة المدى: سأتمكن من النجاح بتميز في مدرستي وأكون من المتميزين نهاية العام الدراسي، سأكافئ نفسي على نحو مستمر وأمنع أي فكرة تدفعني لإيذاء الذات، صحّتي عزيزة عليَّ وتستحق مني الحفاظ عليها لإحقق إنجازات هامة في حياتي، كتابة أهداف قصيرة المدى: سأكتب نهاية كل يوم الأشياء الإيجابية التي شعرت بالامتنانَ تجاهها مثل الأصدقاء الأوفياء، مقدّمي الرعاية المحبين، سأقوم لمدة أسبوع بتنفيذ الاسترخاء كل يوم عدة مرات لأتعلم السيطرة على جسدي بطريقة دافئة وهادئة، ومن خلال هذه المتابعة سيتمّكن المشاركون من متابعة ما تمَّ تحقيقه فعلياً لتكون كموّجهات إيجابية لأهدافهم التي يسعون أو يتمنون تحقيقها، ويتركّز أنتباههم على تطوير مخططات معرفية بديلة صحيّة بدلاً من التركيز على المخططات اللا تكيفية ونتائجها السلبية عليهم.

وللتأكد من فهم المشاركين الآليات التكيفية للتعامل مع المخططات والمشاعر المرتبطة بها، طبَّق الباحث مع ثلاثة من المشاركين **فنية حوار الكرسي الفارغ** شرح لهم هذه الفنية والهدف منها، وأن الحوار هنا هو مساحة للتعبير والمناقشة وكل فكرة يتم طرحها قابلة للنقاش والدفاع عنها وإثبات صحتها أو خطئها، إذ جلس المشاركون على كراسيهم الخاصة ووُضِع كرسي فارغ أمامهم، وطرح المعالج سيناريو يقول "أنا طفل أعيش وحيداً وأخاف من مواجهة الآخرين" وطلب إلى المشاركين أن يقدّموا له أفكاراً ليستطيع هذا الطفل تجاوز خوفه، وعدم الاستسلام له أو التهرب منه، وكانت عبارات

المشاركين تؤكد ما يلي "يجب عليك أن تعبر عن مخاوفك لوالديك، يجب أن تحب نفسك، يجب أن تمارس نشاطات مع أصدقائك، كل البشر يخافون، يمكنك أن تلعب الرياضة لتكون أقوى، يمكنك أن تحقق إنَجازاً في دراستك عندما تفكر بأحلامك وطموحاتك وتركز على قدرتك على الإنجاز" وكانت مهمة الباحث تقديم التوجيه للأبدال الصحية، وتشجيع المشاركين وتشتيت انتباههم عن الأفكار الاعتيادية المتعلقة بالضعف أو الاندفاعية، وقد أثمرت هذه المناقشة العديد من الأفكار الصحية البديلة لأوضاع التعامل مع المخطط بدلاً من الأوضاع غير الوظيفية.

الواجب اليومي: طُلِب إلى كل مشارك أن يفكر بأوضاع التعامل (الاستسلام، والتجنب، والمبالغة بالتعويض)، وأن يضع حلولاً بديلة صحية بحسب ما تعلّموه ضمن الجلسة لأوضاع المخطط وخاصة الطفل الضعيف، والمستسلم، والمعوّض الزائد.

ختام الجلسة وتقييمها: ختم الباحث الجلسة بشكرهم للمشاركة الفعالة ضمن الجلسة، وسؤالهم عن أي استفسار لديهم، ثم حدد موعد الجلسة القادمة، وتمَّ توزيع استمارة تقييم الجلسة، وطلب إليهم كتابة أية ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة.

الجلسة السادسة:

عنوان الجلسة: إدارة الألم وتحسين مخططات التضحية بالنفس والتثبيط الانفعالي المرتبطة بإيذاء الذات

أهداف الجلسة:

- زيادة وعي المشاركين بالمخططات اللا تكيّفية (التضحية بالنفس والتثبيط الانفعالي) وكيفية تأثيرها في السلوك والانفعالات وإدارة مشاعرهم.
- تدريب المشاركين على استكشاف مشاعرهم المكبوتة المرتبطة بهذه المخططات والتعبير عنها بأمأن.
- تعليم مهارات إدارة الألم الانفعالي والضغوط المرتبطة به بطرائق صحية، مع تقليل نشاط المخططات.
- تطوير مهارات وضع الحدود الصحية والرفض الإيجابي دون الشعور بالذنب.
- تعزيز استخدام أوضاع المواجهة الإيجابية وتطبيقها في مواقف الحياة الواقعية.

زمن الجلسة: (90) دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب – جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة

الباوربوينت، قائمة أوضاع التعامل الوظيفية، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

كرة المشاعر، المناقشة والتعزيز، البطاقة التعليمية، التخيل الموجه.

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين ومراجعة الواجب المنزلي بشكل مختصر ومناقشة أحد الواجبات عن موقف معيّن تمّت مواجهته على نحو صحّي كطفل سعيد أو بالغ سليم، كما تمّت الإجابة عن استفساراتهم، وتعزيزهم لمشاركتهم الفعالة وشكرهم للثقة والانفتاح والتعاون مع الباحث لتحقيق أهداف البرنامج، بعد ذلك، تم تهيئة قاعة التدريب لتوفير

مساحة مريحة آمنة لهم، وتشغيل موسيقى هادئة للحفاظ على جو من الاسترخاء والارتياح والاستعداد النفسي للمشاركة الفعالة.

ولكسر الحواجز بين أفراد المجموعة، تم تنفيذ تمرين "**كرة المشاعر** "حيث شارك كل فرد من المجموعة برمي الكرة لشخص آخر مع ذكر شعور يخبره في اللحظة الحالية، مثل القلق، أو الأمل أو الخوف أو الفرح...، مما عزز التعبير عن المشاعر وسهَّل المشاركة والتواصل بين أفراد المجموعة.

بعد ذلك عرض الباحث هدف الجلسة، وهو التدريب على آليات مواجهة الألم والتعامل مع ضغوط المواقف المؤلمة، بالإضافة إلى تحسين مخططات التضحية بالذات والتثبيط الانفعالي والسلوكيات والأفكار والمشاعر المرتبطة بها، وَضح الباحث عبر المناقشة والشرح باستخدام **شكل بياني ملوّن** عبر الباوربوينت مفاهيم (التعامل مع الألم – التثبيط الانفعالي – التضحية بالنفس) وسأل المشاركين عن رأيهم بالمفاهيم الثلاثة، وهل هناك علاقة بينها، وبعد عدّة مشاركات وضح الباحث ما يأتي: إن إدارة الألم تعني القدرة على التعبير عن المشاعر المرتبطة بالمواقف المؤلمة، والتعامل معها بطريق معينة مثل تفريغها مع أشخاص مقرّبين أو لعب الرياضة أو الإنشغال بنشاط نحبّه، ولكن عندما نفشل في إدارة هذه المشاعر السلبية تتراكم بداخلنا وتدفعنا إلى القيام بسلوكيات متهوّرة وضارة مثل إيذاء الذات أو الآخرين، وأن المخططات مثل التثبيط الانفعالي تزيد من هذه الصعوبات لأنها تمنع الشخص من التعبير عن مشاعره بطريقة تعاطفية وتؤدّي إلى وتراكم الألم بداخله دون طريقة صحية لتفريغه، وهكذا لن يستطيع الشخص المتأثر بهذا المخطط أن يجد طريقة لتنظيم مشاعره وقد ينخرط بسلوكيات أخرى متهورة، وكذلك الشخص الذي ينشط لديه مخطط التضحية بالنفس يقدّم احتياجات الآخرين ورغباتهم على ذاته ورغباته، ويعمل لأجلهم حد الإرهاق دون الانتباه إلى حجم المعاناة التي يسببها هذا الأمر، وينتهي الأمر بتراكم كبير للألم الداخلي لديه وعدم قدرته على وضع حدود معينة صحية لعلاقته مع ذاته والآخرين، ما يجعله يلجأ لسلوكيات تساعده على إدارة الألم المرافق لإيذاء الذات.

ولتعزيز **المناقشة** بين أفراد المجموعة، طلب الباحث إلى كل مشارك سحب ورقة صغيرة تتضّمن موقفاً صغيراً تضمن مشاعر سلبية مرتبطة بعدم القدرة على التعبير عن هذه المشاعر، أو المبادرة تجاه الآخرين حد تجاهل الذات، وطلب إليهم أن يحلّلوا الموقف إلى (المسبب، الفعل، البديل)، وفي المرحلة التالية، ربط الباحث بين هذه المواقف والمخططات اللا تكيّفية، مستخدماً الشكل البياني للعلاقة بين العناصر الثلاثة (مثل مساعدة صديق رغم الإرهاق)، المشاعر (الإرهاق والتعب)، والمخططات (التضحية بالنفس)، ومثال آخر (مثل على الرغم من انزعاجي من تعامل المدرّس معي وتمييز الآخرين عني، لا أجرؤ على التعبير له أو لأحد عن مشاعري) المشاعر (الكبت والتوتر)، والمخططات (التثبيط الانفعالي) وقد ساعد هذا التمرين المشاركين على زيادة استبصارهم بدوافع سلوكياتهم التي قد تسبب لهم الضيق، ما فتح الباب لفهم أعمق لمخططاتهم.

ولتحسين مخطط التضحية بالنفس انَتقل الباحث إلى بناء مهارات بديلة للمشاركين، وشرح كيفية وضع حدود صحية باستخدام نموذج **بطاقات تعليمية "الرفض المهذب"**، الذي يبدأ بالاعتراف بطلب الآخر، ثم التعبير عن الحاجة الشخصية، وأخيراً اقتراح بديل آخر، وبعد الشرح، نفذ المشاركون هذه التقنية ومناقشتها باستخدام مواقف واقعية تفاعلية، ما ساعدهم على تطبيق المهارة عملياً، وقال أحد المشاركين عند طلب صديقي المساعدة، أشكره للجوء لي، وأعبر له عن عدم قدرتي لتقديم المساعدة لشعوري بالإعياء، وأقترح عليه أنَ يرى صديقاً آخراً مشتركاً، ولتثبيت ما تمَّ تعلّمه، طلب الباحث إلى المشاركين استكمال نموذج البطاقة التعليمية في المنزل تشمل بطاقة المشاعر ("عندما أشعر بـ... أتذكر أن...")، بطاقة الأبدال من أنشطة التهدئة الذاتية (أنشطة بديلة عن إيذاء الذات)، وبطاقة الدعم (أسماء أشخاص داعمين)، كما شجعهم على تدوين يومياتهم لمتابعة مشاعرهم وسلوكياتهم المرتبطة بطرائق المواجهة الجديدة.

بعد ذلك، طبّق الباحث تمرين **التخيل الموجه**، حيث طلب من المشاركين تخيل موقف مؤلم أثار لديهم رغبة في إيذاء الذات (الشعور بالرّفض، استغلال تعاملي الجيّد)، وطلب إليهم تخيل أنفسهم في غرفة زجاجية محمية بأسوار شفافة وحدهم، يمكنهم رؤية الخارج منها، ثم طلب إليهم استدعاء شخصية داعمة – حقيقية أو خيالية – تقدم لهم كلمات

طمأنة أو حلولاً بديلة، وتسمح لهم بالتعبير عن مخاوفهم، ويستطيعون الحديث أمامها بكل ما يشعرون ويفكرون فيه دون خوف، فأجاب أحد المشاركين إنَّ جدتي لن تسمح لي أن أجرح يدي لأي سبب كان حتى لو وبخني أحدهم فمن الممكن أن يكون هناك أسلوب آخر للتعامل، وساعد هذ التمرين بإعادة التفكير في الموقف كشخص قادر على التعامل مع الألم من خلال تشجيع الذات على التعبير عن المشاعر، والتفكير بمشاعري قبل أن يرهقني الانغماس بمشاعر الآخرين، ما ساهم في تهدئة الانفعالات وردود الفعل تجاه الذات وتعزيز قدرتهم على إدارة الألم النفسي.

في خطوة متقدمة من الجلسة ولربط الأفكار جميعها، شرح الباحث "**أوضاع التعامل الوظيفية**" وناقشها مع المشاركين، حيث تم شرح طرائق المواجهة التي يستخدمونها، والمشاعر والأفكار المرتبطة بها، ولتوجيه تفكيرهم إلى أوضاع وظيفية (استبدال الاستسلام والتجنب بالمواجهة التعاطفية وخلق الحلول البديلة) ضمن سيناريوهات ومواقف مرتبطة بمخططات التثبيط الانفعالي، والتضحية بالنفس، وآليات إدارة الضغط والتوتر والألم، لتعميم ما تم تعلمه ضمن الجلسة على طريقة التعامل مع الأحداث المؤلمة، وكان التركيز على أن حب الآخرين والعلاقة معهم لا تعني الانغماس في إرضائهم بل التوازن في العلاقة معهم، وأن التعبير عن المشاعر للآخرين المقربين ومشاركة الخبرات معهم يساعد على تنظيم المشاعر وتحقيق منطقة أمان وراحة مشتركة، ويعزز من قدرتنا على التعامل مع الظروف الضاغطة بالوصول لمصادر الدعم من الآخرين والذات، وناقش الباحث معهم النتائج لتقييم مدى إيجابية هذه الأوضاع، ووجّههم نحو أساليب أكثر صحة وفعالية. ووظيفية

انهاء الجلسة وتقييمها: اختتمت الجلسة بإجراء سرد بسيط أو ملخص مهارات جديدة لتغيير طرائق المواجهة القديمة غير التكيفية إلى أخرى واعية وفعالة، فتح الباحث المجال للاستفسارات، وتمَّ توزيع استمارة تقييم الجلسة، وطلب إليهم كتابة أي ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان في الجلسات القادمة، ثم حدد موعد الجلسة التالية وشكرهم لتعاونهم.

الجلسة السابعة:

عنوان الجلسة: كسر النمط السلوكي لمخططات الفشل والخضوع وعدم الثقة/الإساءة لتطوير إستراتيجيات تكيفية بديلة للتعامل مع المشاعر الصعبة.

أهداف الجلسة:

- أن يحدد المشاركون المشاعر والتجارب الانفعالية المرتبطة بالمخططات االلا تكيفية، ويعبروا عنها بصراحة داخل إطار جماعي.
- أن يفهم المشاركون العلاقة بين المثيرات النفسية (كالرسوب أو النقد) المرتبطة بهذه المخططات، والمشاعر السلبية والسلوكيات غير التكيفية الناتجة عنها (صعوبة إدارة المشاعر).
- أن يطبق المشاركون مهارات إعادة الصياغة المعرفية المرتبطة بالمخططات اللا تكيفية النشطة والمؤثرة علفيى سلوكهم تجاه ذواتهم.
- أن يتعرف المشاركون إستراتيجيات بديلة لإدارة الألم النفسي والتوتر وكسر النمط السلوكي، لتقليل الرغبة في اللجوء للسلوكيات غير المرغوبة مثل إيذاء الذات.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال.

الأدوات المستخدمة:

اللوح والأقلام، الباور بوينت الصندوق الانفعالي، قائمة أنشطة التهدئة الذاتية المفضلة، خريطة المشاعر المشتركة.

استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الحوار السقراطي، التنفس العميق والاسترخاء، البطاقات التعليمية التوكيدية، لعب الدور، الواجب المنزلي.

تقييم الجلسة:

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

مع بداية الجلسة رحّب الباحث بالمشاركين وشكرهم على الالتزام بالجلسة، ثمّ بدأ الجلسة بنشاط بسيط لتعزيز تفاعلهم، وهو نشاط **(خريطة المشاعر المشتركة)** حيث تمَّ رسم دائرة كبيرة على ورقة المشاعر التي تجمعنا، ثمّ طُلِب إلى كل مشارك أن يذكر شعورًا أو تجربة عاطفية مر بها مؤخراً (مثل الحزن، القهر، الفشل، الفرح، القلق، وغيرهم)، قام كل منهم بكتابة هذه المشاعر داخل الدائرة، ثمَّ تم ربط المشاعر المتشابهة أو المتقاربة مع بعضها بخطوط ملونة، بعد جمع عدة مشاعر، تشكّلت صورة بصرية متشابكة تجمع عدة كلمات بألوأن مختلفة، ناقش الباحث مع المجموعة شيوع هذه المشاعر بين الجميع، وهو أمر طبيعي أن تكون موجودة لدى جميع البشر، وأن الألوأن تعني أننا نختلف في طريقة تعاملنا واختبارنا لهذه المشاعر، مما يقلل من شعورهم بالعزلة أو إحساسهم بالاختلاف ويعزز الدعم المتبادل فيما بينهم، كما طلب الباحث إلى المشاركين اقتراح أساليب بسيطة للتعامل مع هذه المشاعر، تمهيدًا للفنيات التي ستُناقش في الجلسة

بدأ الباحث الجلسة بذكر هدف الجلسة، وهو تعميم ما تم تعلمه خلال الجلسة السابقة من التعامل مع الألم والمخططات ذات الصلة لكسر الربط التلقائي بين الألم والاستجابة مع مخططات أخرى مثل الفشل، والخضوع وعدم الثقة/الإساءة، وضمن **مناقشة جماعية** سأل الباحث أفراد العينة عن السمات المشتركة بين هذه المخططات الثلاثة (الفشل – الخضوع – عدم الثقة/الإساءة)، فكانت أغلب إجاباتهم تركز على المشاعر السلبية والألم، وعند نقاشهم عما يمكن أن ينتج عن الشخص عندما تشتد لديه هذه المخططات والمشاعر المرتبطة، كانت أغلب الإجابات تركز على الهروب أو المواجهة الأندفاعية أو محاولة إيجاد الحل، هنا بدأ الباحث بشرح أنَّ العلاقة بينهم قوية وأنَّ الارتباط بين الألم والاستجابة الناتجة عن هذه المخططات تكمن في أنَّ هذه المخططات تشكل استجابات سلوكية وعاطفية تلقائية عند مواجهة الألم

أو الضغط النفسي، حيث يربط الفرد بين المثير (مثل الفشل أو الشعور بالعجز) والاستجابة السلبية (مثل الانسحاب أو إيذاء الذات أو نقد ولوم الذات) دون وعي أو تحكم، ما يشكل **نمطاً سلوكياً** غير صحي، وهدفنا الوعي به والعمل على كسره أو فك الارتباط بين عناصره من خلال خلق ارتباط جديد بين المثير (الأسباب) واستجابة بديلة أكثر تكيفاً (مشاعر وسلوكيات جديدة)، مثل استبدال الشعور بالعجز بفكرة القدرة على التعلم أو طلب الدعم، ما يقلل حدة المشاعر السلبية ويخفض السلوكيات الضارة كالانخراط في إيذاء الذات.

هنا طرح الباحث **سيناريو** متعلقاً بقصة مراهق يعاني من مخطط الفشل/االإخفاق، إذ كان يعتقد أنَّه غير قادر على النجاح في دراسته، ما جعله يشعر بضعف الثقة والحزن والعجز، ويدفعه أحياناً إلى إيذاء ذاته ردَّ فعل على الإحباط وصعوبة تحمّل الآلام، وبعد ذلك طلب إلى المشاركين تحديد المثيرات التي تؤدي إلى مشاعر المراهق (مثل رسوب في اختبار أو نقد قاسي أو رفض من الأهل)، ومن خلال الشاشة تم عرض مخطط بياني يشرح كيف تتسلسل الأفكار: الرسوب (المثير) أنا فاشل (الفكرة التي ولدها المخطط) أشعر بالحزن والعجز (المشاعر المترافقة) أؤذي نفسي (النتيجة المتوّقعة) .

ومن ثمَّ تم تحفيز المشاركين لمشاركة مثل هذه الأمثلة من حياتهم حيث شعروا بالفشل أو العجز أو الحزن، وتم مناقشتهم في كيفية كسر هذه السلسلة عبر **الحوار السقراطي** لإعادة الصياغة المعرفية للمواقف والتصورات من خلال تحديد الأفكار السلبية المرتبطة بالموقف، والعمل على تحديها من خلال مناقشتها واستبدال أفكار إيجابية بها لتوليد مشاعر وسلوكيات تكيّفية (مثلاً: الرسوب في اختبار لا يعني أنني فاشل، يمكنني المحاولة مرة أخرى وقد يكون دافعاً وحافزاً للتقدم والتعويض، إيذاء ذاتي لا يعني أني شخص غير جدير بالتقدير، بل كنت شخصاً لم يصب في خياره السلوكي وأعمل على إيجاد طرائق لتفريغ غضبي دون التسبب بالأذى لأي أحد وأولهم ذاتي)، كما أكّد الباحث من خلال مناقشته معهم أنَّ الأحكام السريعة على الذات أو الآخر ستؤدي إلى صعوبة إقامة علاقة مستقرة مع الذات والآخرين، ومن خلال هذا الحوار تم تعزيز محاولاتهم لإيجاد إجابات عن أسئلتهم، واستبدال الأفكار السلبية المسبقة أفكاراً بديلة واقعية،

مثل التركيز على النجاحات الصغيرة والدعم الاجتماعي، ولضمان إيجاد الطرائق والاستراتيجيات الصحية لدى المشاركين قام الباحث مع المشاركين بطرح إستراتيجيات التعامل أو المواجهة البديلة وإدارة الألم، حيث تم تقديم **تمرين الصندوق الانفعالي** وعُرض على الشاشة مخطط على شكل صندوق يتضّمن طريقة تعامل كل شخص منا مع مجريات حياته، والآن سنحاول تعرف ما يخبئ صندوقنا واستبدال ما يجب استبداله، ويضّم المخطط الذي تمّ عرضه عدة خانات: بعنوان الأعراض، وإستراتيجيات التعامل، والمواقف الواقعية، وطُلِبَ إلى المشاركين أن يحدّدوا علامات جسدية وعاطفية تدل على بداية شعورهم بالفشل أو العجز والإساءة (مثل التوتر، تسارع القلب، الرغبة في الانسحاب)، ثمَّ مناقشة إستراتيجيات التعامل البديلة الأفضل، منها:

- التنفس العميق والاسترخاء.
- ممارسة نشاط مفضل لتهدئة الذات (رسم، رياضة، موسيقى، التحدث مع صديق أو شخص موثوق.) .
- استخدام البطاقات التعليمية بما تتضمنه من عبارات إيجابية توكيدية مثل: "دائماً نستطيع البدء من جديد، أنا قادر على تجاوز هذه اللحظة" ودمجها في سياق الحياة اليومية، فهي ليس بطاقات لتذكرنا بما يجب أن نكون عليه وإنما لتوجه انتباهنا إلى أفكار وأشياء مهمّة في حياتنا وتستحق منّا الاستمرار والتحسّن.

ثمَّ تمَّ تدريب المشاركين عملياً على هذه الأدوات من خلال تمثيل مواقف وضغوطات حقيقية عبر فنيّة **لعب الدور**، ومن خلال السيناريوهات التي تم تنفيذها وخاصة ما يتعلق "بالصوت الداخلي الإيجابي بمواجهة الصوت الداخلي السلبي" تمّت المناقشة كيف يمكن لهذه الأصوات الذاتية أن تخفض حدَّة الألم وتقلّل الرغبة في إيذاء الذات، وأحد المشاركين أشار أن الأعراض التي مرّ بها هو الغضب ورغبته بتكسير الموبايل نتيجة خبر سيئ عبر الاتصال ترافق مع توتر شديد، كانت الاستراتيجية البديلة التي اختارها هو ما قاله المشارك الذي مثّل دور الصوت الداخلي الإيجابي البديل (أحب النزول إلى النادي وممارسة الرياضة وسماع الأغاني لمساعدتي على تشتيت انتباهي وتخفيف توتري)،

ومن ثمَّ فكر جيداً بالطريقة التي سيتعامل بها مع هذا الخبر، وكان للعب الدور أهمية كبيرة في تبنّي الخيارات البديلة الإيجابية أو البديلة، وتبيان تأثيرها وصحّتها.

الواجب المنزلي: طلب إلى كل مشارك كتابة مثال واقعي يتضمن المثير والاستجابة غير الصحية والمشاعر المرافقة لها، والنتيجة، ثمَّ طرح خيار بديل أكثر تكيفاً، باستخدام المهارات التي تم التدريب عليها ضمن البرنامج، بالإضافة إلى ضرورة تحديث سجل بيانات المخطط الإيجابي وإضافة أهم خطوات التحسن التي حققوها.

إنهاء الجلسة وتقييمها: اختتمت الجلسة بإجراء سرد بسيط أو ملخص مهارات جديدة تم العمل عليها لكسر الأنماط السلوكية المختلة واستبدال استراتيجيات تكيفية بديلة بها، وأجاب عن استفسارات المشاركين وأسئلتهم، وتمَّ توزيع استمارة تقييم الجلسة، وطلب إليهم كتابة أي ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة، ثم حدد موعد الجلسة التالية وشكر لهم تعاونهم.

الجلسة الثامنة:

عنوان الجلسة: الابتزاز الانفعالي والانتقام من الآخر ومخططات العار/الخزي والتخلي/الهجر في حالات سلوكيات إيذاء الذات

أهداف الجلسة:

- استكشاف طرائق المواجهة والتعامل التي استخدمها المشاركون وتحديد المهارات التي طوروها في التعامل مع الابتزاز الانفعالي والانتقام.
- توعية المشاركين بكيفية تفعيل المخططات السلبية (العار/الخزي، والتخلي/الهجر) وتأثيرها في السلوكيات، خصوصاً إيذاء الذات.
- دعم المشاركين في إعادة صياغة الحديث الذاتي السلبي من خلال كتابة رسائل تعبيرية تعكس التعاطف مع الذات.
- تعزيز إستراتيجيات تعامل ومواجهة صحية بديلة لسلوكيات إيذاء الذات.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

عرض الباور بوينت، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

كرسيا الحوار، الحوار السقراطي، كتابة الرسائل، المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين، ثم فُتِح نقاش جماعي حول الواجب المنزلي، وتحديد أهم إستراتيجيات التعامل مع المخططات التي فكروا بها ضمن سياق حياتهم اليومية، والمهارات التي طوروها في التعامل مع الألم وإدارته.

شرح الباحث هدف الجلسة وهو معرفة مخططات الخزي/العار والهجر/التخلي وتأثيرها في سلوكيات إيذاء الذات وخاصة عندما يعبر إيذاء الذات عن الرغبة في ابتزاز الآخرين للحصول على الاهتمام منهم، أو الانتقام من الآخرين، وشرح الباحث للمشاركين كيف يمكن أن تظل المخططات اللا تكيفية مثل العار/الخزي والتخلي/الهجر مخفية حتى تفعّلها مواقف أو أحداث معينة، كالنقد والرفض أو حادث غير متوقع، أو حتى من خلال مشاهدة فيلم أو قراءة قصة، ما يؤدي إلى مشاعر الرفض، الفشل، وعدم الأمان، ويحفز سلوكيات إيذاء الذات.

ثمَّ عُرِض عبر الشاشة **شكلاً بيانياً** يوّضح كيف يمكن للتعرض للتخلي من الآخرين، أو الشعور بالعار تحفيز مشاعر سلبية تجاه الآخرين، وطلب إلى المشاركين تعريف المصطلحات (العار/ الخزي، التخلي/ الهجر، الابتزاز الانفعالي والانتقام من الآخر) وعندما قدّم المشاركون أفكارهم عن هذه المصطلحات، شكر لهم ما قدموه من أفكار منها ما يحتاج للتوضيح، وقام الباحث بمناقشة هذه الأفكار من خلال توضيح وتحديد العلاقة بين كل من مشاعر التخلي، واللجوء لسلوكيات العداء تجاه الآخرين، وكيف لمشاعر العار والشعور بالنقص أو بالرفض يمكن أن تحفز الرغبة بالانتقام من الآخرين، وقد تكون هذه السلوكيات العدائية والمشاعر أحد محفزات إيذاء الذات.

ومن ثمَّ أنتقل الباحث لتدريب المشاركين على تطبيق هذه العلاقة على أوضاع التعامل مع هذه المخططات، وبدأ بتطبيق **كرسيي الحوار أو المخطط** من خلال استخدام كرسيين متقابلين لتمثيل أجزاء متضاربة من الذات أو الأفكار لتمثيل جوانب صحية في التعامل مع الأحداث الضاغطة، ومنها ما يمثل الجانب المختل الذي يحتاج إلى مناقشة وتصحيح، واتفق مع أحد المشاركين على أن يشغل كرسي جانب المخطط وعليه الدفاع عن السلوكيات السلبية وإثبات صحتها، وبالمقابل هو يجلس على كرسي الجانب الصحي السليم وعليه إقناعه بعدم جدوى هذه السلوكيات:

- كرسي المشارك: "الطفل المهجور أو المتخلّى عنه" المرتبط بمخطط التخلي/الهجر.
- كرسي الباحث: يمثل "البالغ السليم" الذي يعبر عن الجانب الصحي والعقلاني

وكان السيناريو المطروح "أنا شخص لا أستحق الحبّ، لأنه تم التخلي عني من أقرب الناس لي، ولا سبيل لكسب اهتمام الآخرين إلا بإيذاء ذاتي لأشعرهم بالمسؤولية، وأنتقم منهم"، وبدأ الحوار بين الجانبين وكانت مهمة الباحث تقديم الخيارات الصحية لكسب اهتمام الآخرين كالنجاح في المدرسة، والتعبير عن المشاعر لهم بصدق، وأنَّ هناك أناساً مقربون يهتمون لصحتك وأمانك"، وكان الهدف تقديم التوجيه ضمن علاقة علاجية تصحيحية هدفها ضبط المشاعر وتوجيهها للأشخاص المقربين، وإيجاد طرائق صحية للتعبير عن المشاعر دون الانخراط بسلوكيات إيذاء الذات.

ومن ثم طلب الباحث إلى مشارك آخر أن يمثِّل كلا الجانبين عبر التنقل بين الكرسيين، ويحاور هو حسب طبيعة كل كرسي، وكان الكرسي الأول يمثل الطفل الاندفاعي المتهوّر، ويمثل الكرسي الآخر الوالد المحب، وجلس المشارك وعبّر عن الأفكار والمشاعر المرتبطة بالمخططات السلبية وسلوكيات إيذاء الذات، ثم انتقل إلى الكرسي الآخر ليعبّر عن ردود فعل أكثر صحة وتعاطفاً مع الذات، مثل تحويل الأفكار السلبية "لا أحد يحبني" إلى "هناك من يحبني ويحتويني"، و"عليّ أن أجرح ذاتي" إلى "عليّ أن أكافئ ذاتي على تجاوز التجارب القاسية."

من خلال هذا التدريب شجع الباحث المشاركين على التبديل بين الكراسي وحوار المخططات بتوجيه من الباحث، للتعبير عن مشاعرهم المتضاربة، حيث عبّر أحدهم عن أفكار نقدية ذاتية مثل "أنا لا أستحق الحب" في كرسي "الوالد الناقد"، ثم تلقى الدعم والتعاطف في كرسي "البالغ السليم" من خلال تأكيدات مثل "أنت تستحق الحب والرعاية"، كما تم التفاعل مع مخاوف التخلي والهجر من قبل أقران شغلوا كرسي "البالغ السليم" لدعم الجانب الصحي من المخطط.

ولزيادة الفرصة في تعديل الأفكار المرتبطة بمخططات العار والتخلي، بدأ الباحث بتطبيق **فنية الحوار السقراطي** لتحدي الأفكار اللا التكيفية واستُخدِم أسئلة مفتوحة لتشجيع التفكير النقدي والبحث عن حلول للمشكلات وصولاً لتوسيع مداركهم والتفكير بأبدال إيجابية، مثل:

- ما رأيك فيما يحدث عندما تستخدم إيذاء نفسك لاستفزاز الآخرين أو الانتقام منهم؟"
- ما الدليل الذي يدعم اعتقادك بأنك غير جدير بالحب أو أنك لا تستحق الاهتمام؟"

- كيف يساعدك إيذاء النفس على التعامل مع مشاعر التخلي، هل فكّرت في طرائق أخرى للتعامل مع هذه المشاعر؟"

ومن خلال الإجابات التي قدمها الباحث، وتعزيزه للمشاركين لتقديم التوجيه والأبدال التكيفية لبعضهم من خلال دعم الأقران بتوجيه مباشر من الباحث، ساعد هذا الأمر المشاركين على تحدي أفكارهم المشوَّهة التي تسهم في لوم الذات وتدني تقديرها، وتوجيههم نحو وجهات نظر بديلة واستراتيجيات تعامل أكثر صحة.

ولتعميم ما تم تعلمه في الجلسة من مهارات توجيه التفكير نحو الأفكار الإيجابية، واستراتيجيات التعامل الإيجابية، وتعزيز الاستقرار الاجتماعي في العلاقات مع الآخرين وبالتحديد الأشخاص المهمين لهم، طلب الباحث إلى المشاركين **كتابة رسالة** من الطفل الضعيف في داخلهم إلى الوالد الناقد تعبر عن مشاعر الألم والخجل الذت يشعرون بها نتيجة ما مروا به من خبرات قاسية، ثم كتابة رد من البالغ السليم يظهر التعاطف والامتنان والتحدي للحديث السلبي مع الذات.

ناقش الباحث هذه الرسائل مع المشاركين لتحديد الجوانب السلبية في المخططات النشطة الكامنة ومعالجتها، حيث كتب أحدهم رسالة تعبر عن مشاعر عدم الكفاءة والخوف من الرفض، ورد الباحث برسالة تحفيزية تعزز تقدير الذات وتؤكد وجود دعم وحب في بيئة الرعاية البديلة. .

الواجب اليومي: طلب الباحث إلى المشاركين كتابة رسالة إلى نفسه الأصغر سناً (تخيل نفسه في مرحلة طفولته المبكرة) ورسالة إلى مقدم الرعاية أو الشخص الذي يشعر بالتخلي عنه، ومراقبة حديثه الذاتي عبر تخيل كرسيي الحوار في المواقف الضاغطة والتفكير بالجانب الصحي لردود فعله، والجانب اللا تكيفي الذي اعتاد عليه، وتسجيل ذلك في سجل يوميات المخطط لديه.

ختام الجلسة وتقييمها: في نهاية الجلسة عرض الباحث ملخصاً للجلسة، ثم أنهى الجلسة بسؤال المشاركين عن استفساراتهم، وشكر لهم تعاونهم، وتمَّ توزيع استمارة تقييم الجلسة، وطلب إليهم كتابة أي ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة، مع تذكيرهم بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة:

عنوان الجلسة: كسر النمط المعرفي لعلاقة الابتزاز الانفعالي والانتقام مع مخططات السعي للموافقة وطلب الاعتراف، السلبية والتشاؤم، الذات غير النّامية.

أهداف الجلسة:

- أن يعبَّر المشاركون عن أفكارهم ومشاعرهم المتعلقة بمخططات السلبية والتشاؤم، السعي للاعتراف والموافقة، والذات غير النامية، ويدركوا تأثير هذه المخططات على سلوكياتهم.
- أن يفسر المشاركون العلاقة بين المشاعر وسلوكيات إيذاء الذات والابتزاز الانفعالي، من خلال المشاركة في الحوار السقراطي والمناقشة الجماعية.
- أن يشارك المشاركون في فنية حوار الكرسيين مع المواجهة التعاطفية، معبرين عن المشاعر والأفكار المرتبطة بالمخططات اللا تكيفية، ما يعزز وعيهم بالألم الكامن وراء هذه السلوكيات ويهيئهم لكسر النمط المعرفي.
- أن يطبق المشاركون إستراتيجيات مواجهة بديلة ووظيفية مثل التنفس العميق والاسترخاء، والحديث الذاتي الإيجابي، وممارسة النشاطات المفضلة الذاتية بهدف تنظيم المشاعر السلبية وردود الفعل السلوكية.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

عرض الباور بوينت، قائمة أنشطة التهدئة الذاتية المفضلة، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

نشاط تفاعلي (أتميز بـ..)، الحوار السقراطي، حوار الكرسيين، التنفس العميق والاسترخاء، المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين وتقديره لالتزامهم بالجلسة، واقترح أن تكون بداية الجلسة تفاعلية وتزيد من معرفتنا ببعضنا عبر نشاط "**أنا أتميّز بـ..**" لذا طلب من المشاركين أن يجلسوا ضمن دائرة وعلى كل مشارك أن يقول جملة واحدة يصف بها نفسه أو شعوره الحالي أو شيئاً يود أن يعرفه الآخرون عنه قد يكون هواية، أو مهارة، أو شيئاً مفضلاً، أو أغنية أو غير ذلك، وبعد الانتهاء من النشاط شكر الباحث المشاركين وأكد أن كل فرد منهم لديه بالفعل ما يميزه، وهذا الأمر يجب دائماً تذكير أنفسنا به لأنه يشير إلى الاهتمام بما لدينا من أشياء وأشخاص ومفاهيم نحبهم ويمكنهم أن يكونوا ملجأ ومصدر دعم لنا في أوقات الضيق والشدّة.

بدأ الباحث بالتعريف بهدف الجلسة الذي يرتبط بالجلسة السابقة وهو كسر النمط الذي يعزز المخططات النشطة وأسلوب الابتزاز الانفعالي والرغبة بالانتقام من الآخرين في أوقات الشدّة والغضب، وطلب إليهم أن يشرحوا معنى **المصطلحات** التالية برأيهم وهل هناك علاقة بين هذه المفاهيم؟ (السعي للاعتراف والتقدير من الآخرين ، السلبية والتشاؤم، الذات غير النامية أو غير المتطوّرة على نحوٍ كافٍ، الابتزاز الانفعالي، الانتقام من الآخرين)، كان نقاش المشاركين مليئاً بالأفكار الصائبة، فقد قال عدد من المشاركين "أننا قد نعمل أي شيء لنبتز الآخرين إذا أردنا منهم الاهتمام أو الانتباه أو الاعتراف بوجودنا، وأحدهم أشار إلى أن الإنسان المتشائم قد يتصرف بطريقة انتقامية من الآخرين حتى الجيدين معه، وبعضهم قال إننا إذا لم نكن ناضجين بما يكفي فسنتصرّف كالأطفال دون وعي" شكر الباحث المشاركين وأكد أهمية طرحهم وقدّم لهم العلاقة بين المصطلحات على شكل مخطط بياني تم عرضه على الشاشة وهو عبارة عن **دائرة مترابطة من العناصر**، توضح الأفكار أن مخططات السعي للاعتراف أو الموافقة،

السلبية/التشاؤم، والذات غير النامية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بوظائف وأسباب السلوكيات غير المرغوبة وخاصة إيذاء الذات، وتبدو تأثيراتها على نحو لا تكيفي وتسبب الضيق والرغبة بالابتزاز الانفعالي والرغبة بالانتقام من الآخرين:

- فمخطط السلبية أو التشاؤم يغذي توقعات سلبية مستمرة تجاه الذات والآخرين، ما يولد شعوراً بالعجز واليأس، ويزيد من احتمالية اللجوء إلى معاقبة الذات وسيلةً للتعبير عن الألم الذي لا يستطيع التعبير عنه بطريقة صحيّة.
- أما مخطط السعي للاعتراف والموافقة، فيدفع الفرد إلى استخدام الابتزاز الانفعالي أو التهديد بالانتقام وسيلةً للحصول على قبول الآخرين أو الموافقة من قبلهم، مستغلاً مشاعر الخوف والعار التي يعاني منها ولزيادة مشاعر الذنب لدى الآخرين عليه، ويُظهر بذلك محاولة لتلبية حاجته العميقة للاعتراف والقيمة الذاتية منهم،
- أما مخطط الذات غير النامية فيعكس ضعفاً في القدرة على تنظيم المشاعر والتعامل مع الضغوط، مما يجعل الفرد عرضة للتصرفات الانفعالية إذ يكون الانتقام ردّ فعل على الشعور بالعجز أو الهجر، ويعزز استمرارية النمط السلوكي الضار للذات أو الآخرين.

وكما هو موّضح للشكل البياني فإنَّ هذه المخططات جميعها تشترك في أنها تؤدي بالنهاية لصنع دائرة مغلقة من الألم النفسي والتفاعلات السلبية مع الذات والآخرين التي تحفز الابتزاز الانفعالي والرغبة بالانتقام، ما يستدعي كسر هذا النمط السلوكي عبر وعي المخططات وإعادة هيكلتها لتطوير استجابات أكثر تكيفًا وصحية باستخدام **أسلوب الحوار السقراطي** لفتح نقاش عميق مع المشاركين حول استكشاف كيفية تأثير هذه المخططات في المشاعر والأفكار وردود الفعل المحفزة لإيذاء الذات، وطرح الباحث أسئلة مثل:

- كيف يمكن أن تؤدي الأفكار السلبية والتشاؤمية إلى شعورك بالعجز أو اليأس؟"
- لماذا يشعر بعض الناس بالحاجة المستمرة لأن يُقبلوا ويُعترف بهم من الآخرين؟"
- كيف يمكن أن يؤثر شعورك بأن ذاتك سجينة أو غير حرّة (مطوّقة) في طريقة تعاملك مع مشاعرك؟"

ساعد الباحث المشاركين على ربط هذه الأفكار والمشاعر بمواقف حياتية واقعية، مثل الشعور بالخوف من الرفض أو الفقد، ما يؤدي إلى استخدام الابتزاز الانفعالي وسيلةً للسيطرة، وردّ فعل على مشاعر الذنب، أو عدم الكفاءة.

طرح الباحث سؤالاً على المشاركين: تخيلوا أن صديقاً لكم يهدد بإيذاء نفسه إذا لم يستجيب الآخرون لطلباته، كيف تعتقدون أن هذا السلوك يؤثر في علاقته بالآخرين؟ ولماذا قد يلجأ الشخص لهذا الأسلوب؟ ثم بدأ الباحث بسلسلة من الأسئلة الموجهة التي تحفز التفكير النقدي الباحث عن حلول للمشكلات، مثل:

- هل تعتقد أن التهديد بإيذاء الذات طريقة فعالة لحصول الشخص على ما يريد؟
- ما المشاعر التي قد تدفعه إلى استخدام هذا الأسلوب؟ هل هي خوف أم غضب، أم شعور بالوحدة؟
- هل يمكن أن يكون وراء هذا السلوك شعور بعدم الأمان أو الحاجة للموافقة؟ كيف؟
- كيف يمكن أن يؤثر هذا النمط في تقدير الشخص لذاته؟
- هل تعتقد أن هناك طرائق أخرى يمكن للشخص أن يعبر بها عن ألمه دون إيذاء نفسه أو التلاعب بالآخرين؟

من خلال هذه الأسئلة، تم تشجيع المشاركون على استكشاف العلاقة بين المشاعر السلبية، والمخططات اللا تكيفية مثل السعي للاعتراف والموافقة، والذات غير النامية، وكيف تؤدي إلى سلوكيات الابتزاز الانفعالي وإيذاء الذات، ما يساعدهم على وعي هذه الأنماط والسعي لكسرها، وكانت إجابات معظمهم أنَّ التهديد بإيذاء الذات قد يجلب انتباهاً من الآخرين هنا علّق الباحث أن هذ الانتباه يكون مؤقتاً، لكنه في النهاية يسبب مشكلات أكثر ولا يحل المشكلة، بل قد يؤدي إلى تجاهل أو غضب من قبل الآخرين، وقد يكون نتيجة عدم معرفة الشخص كيفية التعبير عن مشاعره بطريقة صحية، أو شعور بعدم الاستماع أو الفهم من قبل الآخرين، ما يدفعه لاستخدام التهديد لإجبارهم على الانتباه، وربط الباحث بين هذا السلوك والشعور بعدم الأمان والحاجة الماسة للموافقة والاعتراف، حيث يسعى الشخص من خلال التهديد إلى إثبات أهميته والحصول على قبول الآخرين، حتى وإنَّ كان ذلك بأساليب مؤذية، وهذا الأمر غير صحي في حال اعتاد عليه الشخص، وأكد أن هذا النمط يزيد من شعور الخجل والذنب ويضعف تقدير الذات، ما يجعل

الشخص يشعر بأنه ضعيف وغير محبوب إلا إذا لجأ إلى التهديد، وبعد **المناقشة** مع المشاركين تم التركيز على أبدال صحية للتعبير عن الألم والحاجة، مثل التحدث مع صديق أو شخص موثوق، كتابة المشاعر في دفتر، طلب المساعدة من مختص أو معلم، وممارسة الرياضة أو الهوايات لتفريغ التوتر، وأظهرت هذه المناقشة قدرة المشاركين على التفكير على نحو نقدي وإظهار وعي متفاوت، وفتح المجال لنقاش أعمق عن كيفية فهم المخططات اللا تكيفية والعمل على كسرها وتبني استجابات أكثر إيجابية وتكيّفاً، وتمَّ إعطاء التغذية الراجعة وتعزيز كل محاولات المشاركة والنقاش من قبل الباحث للمشاركين على نحو مستمر ضمن الجلسة.

ولضمان تعميم هذه الأفكار وتعزيزها ضمن تفاعل المشاركين انتقل الباحث إلى فنية **حوار الكرسيين**، حيث جلس اثنان من المشاركين بمواجهة بعضها يمثل أحدهما "الذات الحزينة أو المحبطة" المتأثرة بمخططات السلبية والتشاؤم والساعية للموافقة والقبول، والآخر يمثل "الذات غير النامية أو الناضجة" التي تحاول فرض السيطرة والتحكم بالآخرين عبر الابتزاز الانفعالي، طلب الباحث إلى كل مشارك التعبير عن المشاعر والأفكار التي تنبع من المخطط أو الدور الذي يمثله، مع تشجيعهم على استخدام لغة تعاطفية وغير حكمية، ساعد الباحث المشاركين على تعرف الألم الكامن وراء هذه المخططات، مثل الخوف من الهجر أو الشعور بعدم القيمة، وكيف تترجم هذه المشاعر إلى سلوكيات إيذاء الذات أو التلاعب بالآخرين، وناقش الباحث كيف يمكن للمواجهة التعاطفية أن تفتح مساحة لفهم أعمق للنمط السلوكي، مما يمهد الطريق لكسره وتبني استجابات أكثر صحة.

في المرحلة الأخيرة، ركز الباحث على تدريب المشاركين على إستراتيجيات مواجهة بديلة تساعدهم على إدارة المشاعر السلبية الناتجة عن المخططات اللا تكيفية وتقليل الرغبة في إيذاء الذات، فمواجهة أفكارنا السلبية بطريقة واعية وتحديدها والعمل على تحسينها وتغيير تأثيرها في السلوك تجربة شخصية تستحق التفكير والمحاولة، وعرض الباحث على الشاشة أنشطة الخيارات البديلة التكيفية مثل فنيات مثل **التنفس العميق والاسترخاء** التي تساعد على إدخال كمية كبيرة من الهواء على الصدر والجسم وتهدئته وخاصة إذا ترافقت مع الاسترخاء العضلي الذي يساعد على فك

الإنقباضات الناتجة عن التوتر والضغط النفسي، للوصول للتنفس البطني العميق الذي ساعد بالفعل على الشعور بالارتياح والارتخاء وتنظيم دقات قلبه، وعندما نفّذ المشارك هذه التجربة طلب إليه الباحث أن يحدّث نفسه بعبارات إيجابية توكيدية تركز على تقديره لذاته، وتفكيره الإيجابي حول القدرة على التحسن وتحقيق التغيير وصولاً إلى الحديث الذاتي الإيجابي.

وقد ترافق هذا التمرين مع توجيههم وتوضيح أهمية ممارسة النشاطات المفضلة **كانشطة التهدئة الذاتية** في تنظيم المشاعر وتهدئة السلوك وتوجيهها للتعبير عن المشاعر بطريقة تكيفية.

الواجب اليومي: شجع الباحث المشاركين على كتابة عبارات التوكيد الإيجابية ضمن كراسة يوميات المخططات الإيجابية لتعزيز الحديث الذاتي الإيجابي واوجيه انتباههم ومشاعرهم تجاه محتواها.

ختام الجلسة وتقييمها: في نهاية الجلسة، عرض ملخصاً لما تم تنفيذه في الجلسة، ثم أنهى الباحث الجلسة بسؤال المشاركين عن استفساراتهم، وشكر لهم تعاونهم، ووزّع عليهم استمارة تقييم الجلسة، وشجعهم على كتابة ملاحظات لتحسين الجلسات القادمة، مع تذكيرهم بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة:

عنوان الجلسة: صراع الاعتمادية والاستقلالية ومخططات الخضوع والاعتمادية/عدم الكفاءة في حالات سلوكيات لإيذاء الذات

أهداف الجلسة:

- تحديد أنماط الاستجابة (الهروب/القتال/التجميد) المرتبطة بتنشيط المخططات اللا تكيفية وعلاقتها باستراتيجيات التعامل غير الوظيفية.
- تحويل المعتقدات السلبية المرتبطة بالاعتمادية وعدم الكفاءة إلى أفكار أكثر توازناً.
- تعزيز مهارات التواصل الحازم والاستقلالية الوظيفية على نحو يخفف الصراع بين الرغبة بالاستقلالية والحاجة للاعتمادية والخضوع كمحفزات لإيذاء الذات.
- تطوير إستراتيجيات بديلة لتنظيم الأفكار وإدارة المشاعر لرفع التقدير والكفاءة الذاتية بدلاً من إيذاء الذات.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

عرض الباور بوينت، مقطع فيديو، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

نشاط تفاعلي (دائرة التقدير)، المواجهة التعاطفية والتعاضدية العملية، إعادة العزو/ الإسناد المعرفي، لعب الدور المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة

بدأت الجلسة بالترحيب بأفراد المجموعة التجريبية وشكر لهم الالتزام بالجلسة، ومراجعة الواجب المنزلي لأحدهم لرصد فعالية ما احتفظوا به من الجلسة السابقة، وتعزيزهم لالتزامهم بالواجب المنزلي الذي يعكس رغبتهم بالتحسن.

ثم اقترح الباحث بدء الجلسة بنشاط تفاعلي بسيط وفعّال يُسمى "**دائرة التقدير والدعم**"، وهو نشاط يهدف إلى تشجيع التواصل الفعّال، توعزيز المشاركة، وبناء دعم متبادل بين أفراد المجموعة، إذ طلب إلى المشاركين العشرة تشكيل دائرة بجلوسهم بحيث يرى كل منهم الآخر بوضوح، ثمَّ شرح لهم أنَّ الهدف من هذا النشاط التعبير عن التقدير والدعم لبعضهم بطريقة إيجابية وبسيطة، من خلال التبادل الإيجابي للأفكار والمشاعر إذ يبدأ أحد المشاركين بالتحدث، ويختار شخصاً آخر في الدائرة ليُوجه له كلمة تقدير أو دعم، مثل: " أقدّر كيف أنك تستمع جيدًا لنا" أو أنا معجب بشجاعتك في التعبير عن مشاعرك ومشاركتنا خبراتك"، أو "شكراً لدعمك لي في الجلسات السابقة"، بعد أن يتلقّى الشخص كلمة الدعم من زميله، يختار شخصاً آخر من المجموعة ليُوجه له كلمة دعم أخرى، وهكذا حتى يعود الدور إلى الشخص الذي بدأ، وشارك الباحث كعضو في هذه الدائرة، وكان الهدف منها تعزيز دعم الأقرأن من خلال تشجيعهم على أن تكون كلماتهم صادقة وذات أثر لدى الآخر، وأن يركزوا على الصفات الإيجابية أو السلوكيات الإيجابية لدى الآخرين.

بدأ الباحث الجلسة بتوضيح هدف الجلسة للمشاركين عبر عرض **مخطط بياني على الباور بوينت** يوضح مصطلحات (الاستقلالية، الاعتمادية، الكفاءة الذاتية، الخضوع)، وطلب إليهم أن يعطوا آراءهم في هذه المصطلحات وهل ترتبط مع بعضها بطريقة أو أخرى، وكانت مناقشة أفراد المجموعة مميزة، إذ شارك أحدهم بأنَّ الكفاءة تعني أنَّ الشخص كفء ومستعد لمساعدة الآخرين، وأنَّ الخضوع يعني الضعف وعدم القدرة على التصرف بسيطرة وقوة، وبعد شكر الباحث لما قدموه من أفكار تعكس تطوّرهم المعرفي شرح أنَّ المخططات اللا تكيفية مثل الخضوع والاعتمادية المفرطة على الآخرين أو وعدم الكفاءة تكون كامنة في النفس نتيجة ظروف حياتية قاسية، لكنها قد تُفعّل فجأة وتنشط في مواقف ذات أثر عاطفي شديد كالصدمة و الإحساس بعدم القبول أو الضغط الشديد ما يؤدي إلى ردود فعل اندفاعية متهورة ومفاجئة من المشاعر الشديدة والمربكة لأنَّ الرغبة بالاستقلال عن الآخرين في مرحلة المراهقة، تواجه عجزهم عن

الاعتماد على أنفسهم بشكل كلي، ما يدخلهم بصراعات كبيرة، وهذا الأمر مرتبط أحياناً بالخضوع للآخرين وإحساسهم بأنهم غير أكفاء للتحكّم بحياتهم كما يريدون، هنا عرض الباحث العلاقة الارتباطية بين هذه المخططات ووضح أنها تشكل أنماطاً معينة من الإدراكات والتفسيرات الخاطئة والمشاعر السلبية والسلوكيات غير المستقرة لديهم مع مرور الوقت على نحو سلبي.

ولتعزيز فهم أفراد المجموعة لهذه الاستجابات عرض على **شاشة الفيديو مقطعاً مرئياً** يوضّح أنماط الاستجابات لدى الإنسان بمواجهة الأحداث الضاغطة، وبعد انتهاء المقطع علّق المشاركون بأنهم اختبروا العديد من هذه الاستجابات مرات عدَّة، هنا شرح الباحث أنَّ الاستجابة للمخططات النشطة، أو للمواقف الحياتية الضاغطة تتمثل عادة في ثلاثة أنماط معروفة :(F3) الهروب من المواجهة (Flight) ، القتال والمواجهة بقوّة (Fight) ، والتجميد(Freeze) أو عدم إبداء أي استجابة، مشيراً إلى أن هذه الأنماط تظهر لدى البشر والحيوانات عند مواجهة تهديد أو موقف خطر، ويمكن ملاحظة هذه الأنماط في كيفية تعامل المراهقين مع المواقف ذات الإثارة الانفعالية الشديدة، هنا وزّع الباحث استمارة استراتيجيات التفاعل مع المخططات غير الوظيفية التي تتضَّمن أعراض الاستسلام، والتجنب، التعويض المفرط وطلب إليهم أن يربطوا بين أنماط الاستجابات (F3) مع هذه الاستراتيجيات، وبعد أن قام المشاركون بالإجابة على الورقة لاحظ الباحث أن وعيهم لآلية الاستجابات السلوكية أصبحت أوضح، وهنا شرح الباحث أنَّ الاستسلام لأفكارنا السلبية ترتبط بالتجميد وعدم القدرة على اتخاذ أي رد فعل بناء للتفكير في الأحداث المثيرة وإيجاد حلول تكيفية ما يعزز الشعور بالحاجة للآخرين بشكل كلي ليتصرفوا بدلاً منا، وأنَّ التجنب للأفكار السلبية التي تلح علينا يتقاطع مع الهروب من المواجهة وأنَّ هذا الأمر مع الوقت يعزز الشعور بالعجز وعدم الكفاءة، وأنَّ التعويض المفرط يتقاطع مع أسلوب المواجهة ولكن بشكله الاندفاعي ما يدفع الشخص لسلوكيات غير صحية، وفي الحالات الثلاث لا بدَّ أن نفكر بحلول إيجابية تسمح لنا **بالمواجهة التعاطفية**، وهنا طرح الباحث أهمية التعاطف مع الذات والتفكير بهدوء في الأحداث الصعبة التي تعترض حياتنا كالفشل الدراسي، أو سوء التواصل في العلاقات الشخصية، حيث طرح المشاركون العديد من الأفكار المتعلقة بعدم قدرتهم على التفكير وخاصة في المواقف الضاغطة، فوّجههم الباحث إلى ضرورة التفكير

بسلامة الذات واستقرارها قبل أي رد فعل سلوكي، وطرح أبدال أخرى وزوّدهم بقائمة أنشطة التهدئة الذاتية ومنها ممارسة الرياضة، الاستحمام، التفكير بهدوء ثم مناقشة الطرف الآخر، حضور فيلم، سماع أغنية، وغيرها من الأنشطة التي تهدّئ من أندفاعهم وتعزز من تواصلهم الفعال مع الآخرين.

بعد ذلك، طلب الباحث إلى المشاركين التعليق على عدد من الجمل ذات المحتوى السلبي مثل انتقاد جارح نتلقّاه من صديق مقرّب، رسوب في المدرسة، أو وداع شخص محب بالنسبة لنا، ثم ناقش معهم ردود الفعل المحتملة تجاه هذه المواقف، مع تصحيح المعتقدات الخاطئة أو السلوكيات التي اتبعوها في مواجهة المواقف الصعبة باستخدام **إعادة الإسناد/العزو المعرفي**، ووَّضح المشاركين أن الاحداث الحياتية قد تكون أكبر من قدرتنا على السيطرة عليها، هنا أتفق الباحث معهم وأن الخلل ليس في قدرتنا على المواجهة بل بطبيعة الحدث، وأشار إلى أنَّ الأحداث قد تكون أكبر ولكن قدرتنا على التعامل معها تتطور مع الوقت، وتساعدنا على أن نكون واعين لضرورة التكيف وإيجاد الحلول البدبلة، وهذا النضج يتطلب منا التفكير دائماً بآلية التعامل معها، وأن لا تكون فرصة لتفعيل الطفل الإندفاعي، بل البالغ السليم الباحث عن حل، ومن خلال المناقشة معهم تم طرح هذه السيناريوهات بأشكال جديدة، فالرسوب في المدرسة قد يكون حافزاً للتعويض والنجاح والاستقلالية لاحقاً، كما أن الإنتقاد من صديق مقرب قد يجعلنا نطور مهارات الحوار الإيجابي، والإفصاح عن مشاعرنا لصديقنا يساعد على رسم حدود صحية لطبيعة العلاقة معه، كما أن وداع شخص محب لا يعني أننا فقدناه لكن هناك طرائق كثيرة للحفاظ على التواصل معه.

من خلال فنية **إعادة العزو المعرفي**، تم مساعدة المشاركين على تحدي الإسنادات السلبية للذات المرتبطة بعدم الكفاءة والتبعية للآخر وتعديلها، ما عزز لديهم رؤية أكثر توازناً لقيمة الذات وأثرها في الآخر، من خلال تحديد العبارات السلبية مثل "أنا عديم الفائدة بدون الآخرين"، ثم تحدي هذه الأفكار، واستكشاف الأدلة التي تدعمها وتفنيدها، وأخيراً تشجيع المشاركين على إعادة صياغة هذه الأفكار بإسنادات أكثر توازناً وواقعية، مثل "أستطيع إنجاز المهام بمفردي، ولكن لا بأس بطلب المساعدة أحياناً"، كما تحدى الباحث اعتقاد "أنا غير كفء" من خلال تسليط الضوء على النجاحات

أو الإنجازات السابقة، وأعاد صياغة عبارة "أحتاج من الآخرين القيام بكل شيء نيابةً عني" إلى "أستطيع القيام بالعديد من الأمور بمفردي، ولكن من المفيد أحيأنا الحصول على الدعم من الناس المقربين مني". كذلك تحدى اعتقاد "يجب أن أتفق دائماً مع الآخرين" عبر استكشاف الأوقات التي كان فيها تأكيد احتياجاتهم الخاصة مفيداً، وبعد هذه الصياغات المعرفية الجديدة، دفع الباحث المشاركين إلى مناقشة سلوكيات بديلة عن إيذاء الذات، مع التركيز على توكيد الذات، ورسم الحدود الصحية، وتسليط الضوء على نقاط القوة الإيجابية التي تعزز تقدير الذات.

ثم انتقل الباحث إلى فنية **لعب الأدوار**، التي هدفت إلى تعزيز المواجهة التعاطفية، وطرح الأفكار السابقة على نحو سليم، من خلال ممارسة مهارات التواصل الحازم مع الآخرين دون الانغماس في الاعتماد عليهم، وتعزيز الاستقلالية الذاتية مع الحفاظ على حدود صحية مع الآخرين، واقترح الباحث سيناريوهات يُطلب فيها إلى المشاركين تأكيد احتياجاتهم أو وضع حدود في تواصلهم وتفاعلاتهم، مثل طلب المساعدة من أحد الوالدين أو التعبير عن مشاعرهم لأحد الأقرأن، وشاركوا في لعب هذه السيناريوهات وطرحوا العديد من الأفكار البنّاءة لمهارات التفكير الناقد والتوّجه المعرفي الإيجابي، بعد ذلك، قدم الباحث تغذية راجعة حول أدائهم، على سبيل المثال، وطلب الباحث من أحد المشاركين طلب الدعم من أحد الوالدين دون الشعور بالتبعية المفرطة أو الذنب مما يطلبه، كمثال على مخطط الاعتمادية المفرطة، كما طرح سيناريو لإشكالية معينة ضمن حياته اليومية وتدرب المشارك على حل المشكلة باستقلالية، مثل ترتيب غرفته وتنظيم وقته، لبناء ثقته في قدراته، كمثال على مخطط عدم الكفاءة وعدم الخضوع.

لتعزيز الاستقرار الانفعالي المرتبط بهذه الصياغات، ركّز الباحث على **المواجهة التعاطفية** المستمرة خلال الجلسة التي تركز على التواصل المفتوح بين أفرد المجموعة، ودعم الأقران، والإحساس بالأمان والارتياح والقبول، مع مناقشة جميع الأفكار دون أي أحكام مسبقة، وتقديم التوجيه والتعزيز والتغذية الراجعة الضرورية خلال هذه التفاعلات التي كان يتم التذكير بها خلال الجلسة وبأنها أحد أهم القواعد الناظمة للجلسة، ففي هذه الجلسة تمَّ طرح الكثير من الصراعات المرتبطة بحساسية المرحلة العمرية التي يعايشونها، حيث عمل الباحث على تحفيز مهارات التفكير الناقد وتطويرها

وبناء الأفكار الإيجابية التي تقلل من الرغبة في اللجوء لسلوكيات إيذاء الذات وسيلةً للتعامل مع مشاعر عدم الكفاءة أو الاعتماد على الآخرين والخضوع لهم، وساعد الباحث المشاركين على تحديد أفكارهم السلبية، ودرّبهم على الاستجابة لهذه الأفكار بأبدال أكثر توازناً، والتعامل مع المشاعر المرتبطة بها بالتعاطف مع الذات والفهم بدلاً من النقد الذاتي، كما تم تعميم ذلك لتعزيز استراتيجيات التعامل التكيفية البديلة، فقد عبر أحد المشاركين عن شعوره بعدم الكفاءة، وأنه أقل من أقرانه، ولديه أخطاء كثيرة، وأنه مدرك لهذا الأمر، فوجهه الباحث للتركيز على ممارسة التعاطف مع الذات، والاعتراف بأن الجميع يرتكبون أخطاءً ويتعلمون منها، وعبَّر مشارك آخر عن معاناته في فترات معينة من الضعف والخضوع، فتم توجيهه للتركيز على تأكيد احتياجاته بطريقة تعاطفية وذات أولوية ضمن حوار فعال مع الأشخاص ذوي الصلة، مع إدراك أنه من المقبول إعطاء الأولوية لأنفسهم.

الواجب المنزلي: كلّف الباحث المشاركين بواجب منزلي يتضمن:

- كتابة موقف أنجزوا فيه مهمة صعبة بنجاح واستقلالية، مع تسليط الضوء على نقاط قوتهم.
- التأمل في الحالات التي طلبوا فيها المساعدة بشكل مناسب وشعروا بالدعم دون شعور بالاعتماد المفرط عليهم.
- كتابة موقف عبروا فيه عن احتياجاتهم بوضوح وفعالية وشعروا بالاحترام والتقدير.

ختام الجلسة وتقييمها: في نهاية الجلسة، عرض الباحث ملخصاً لما تم تنفيذه ضمن الجلسة، وشجع المشاركين على كتابة عبارات إيجابية ضمن كراسة اليوميات المخططات الإيجابية وطلب المشاركين وضع تقييم للجلسة بشكل عام على استمارة التقييم، وكتابة أية ملاحظات يوّدون مشاركتها.

الجلسة الحادية عشرة:

عنوان الجلسة: التعامل مع صراع الكشف والمقاومة وتعديل مخططات العزلة الاجتماعية والخزي/العار المرتبطة بسلوكيات إيذاء الذات

أهداف الجلسة:

- توضيح العلاقة بين صراع الإفصاح والمقاومة وتحفيز سلوكيات إيذاء الذات.
- تحدي الصور الذاتية السلبية المرتبطة الخزي/العار والعزلة/الاغتراب الاجتماعي، وتعزيز رؤية ذاتية أكثر إيجابية من خلال إعادة التفسير.
- استخدام إعادة صياغة التصورات لاستكشاف التجارب الماضية والمشاعر الحالية والسيناريوهات المستقبلية بطرائق صحية.
- تطبيق فنية التعويض المحدود لتشجيع المشاركين على الإفصاح وتجنب المقاومة والكتمان.
- شرح آلية استجابة الإنسان للمخططات، وتحديد طرائق لمواجهة الاستسلام للمخططات وتعديلها، وتعزيز استراتيجيات مواجهة تعاطفية وفعالة.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

الباور بوينت مخططات بيانية (أشكال العلاقات، الاستجابات)، الأوراق والأقلام، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

نشاط القرعة، نشاط قصّتي بصوتي، إعادة صياغة التصورات، التعويض المحدود، لعب الدور، كتابة الرسائل، المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الواجب اليومي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين وشكرهم للالتزام بحضور الجلسة، ثمَّ بدأت الجلسة من خلال عصف ذهني بسيط عن أهم ما تم تعلمه في الجلسات السابقة، من خلال **نشاط القرعة**، إذ وضعت مصطلحات تم تعرّفها وشرحها والتدريب عليها في الجلسات السابقة، وكل مشارك قام بسحب ورقة عليها مصطلح، كان الهدف منه التذكير بما تمّ تعلمّوه سابقاً، وتهيئة المشاركين لتعلم مهارات جديدة، وسحب أحد المشاركين ورقة مكتوب عليها "التفكير الإيجابي" وشرح لنا أهمية التركيز في تفكيرنا على إيجاد الحلول الصحية لمشكلاتنا ومشورة الأشخاص الذين نثق بهم، وهكذا تمَّ تشجيعهم على مشاركة أفكارهم وتساؤلاتهم الشخصية ما عزز لديهم شعور بالارتياح وأزال مخاوف التردد.

شرح الباحث هدف الجلسة بأنها تبحث في العلاقة بين صراع الإفصاح أو الكشف عن أفكارنا ومخاوفنا ومقاومة هذا الفعل في تحفيز سلوكيات إيذاء الذات. دعا الباحث أفراد المجموعة لتنفيذ **نشاط بعنوان "قصتي... بصوتي"** كان الهدف الأساسي منه مساعدة المشاركين على فهم أنَّ صراعهم الداخلي للإفصاح عن مشاعرهم وأفكارهم، بالإضافة إلى المقاومة الناتجة عن الخوف من الحكم أو الرفض المسبق من الآخرين، يمكن أن يدفعهم نحو سلوكيات أندفاعية غير مرغوبة مثل إيذاء الذات وسيلةً للتعبير عن الألم أو الهروب منه.

تمَّ توزيع **الأوراق والأقلام**، طلب إلى كل مشارك أن يتذكر موقفاً معيناً مر به في حياته، وشعر فيه برغبة في الإفصاح عن مشاعره أو أفكاره، ولكنه قاوم ذلك بسبب الخوف من ردة فعل الآخرين أو الحكم عليه أو خوفه من العقاب، ثم طلب إليهم أن يكتبوا عن هذا الموقف بعبارات واضحة، مع التركيز على المشاعر والأفكار التي كانوا يرغبون في الإفصاح عنها، والأسباب التي دفعتهم إلى مقاومة الإفصاح، والعواقب التي ترتبت على عدم الإفصاح، وإن كانوا قد لجؤوا إلى سلوكيات إيذاء الذات وسيلةً للتعامل مع الألم الناتج عن هذا الأمر، ووضح لهم عبر الشاشة **مخططاً بيانياً** يتضمن مثلث (المشاعر والأفكار، الدوافع والأسباب، العواقب والنتائج)، وطلب إلى عدّة مشاركين مشاركة ما كتبوه في ورقتهم مع أفراد المجموعة، وشجَّع الباحث أفراد المجموعة على الاستماع باهتمام وتعاطف، وطرح الأسئلة بهدف الفهم وليس الحكم.

ذكر أحد المشاركين أنه تشاجر مع المعالج الذي يتابع حالته، وشعر بغضب شديد ورغبة في الصراخ في وجهه وضربه، والتعبير عن كل ما يزعجه منه بسبب إجباره على حضور الجلسات، ولكنه خاف من أن يغضب مقدّم الرعاية الخاص به ويفقد ثقته به، فقرر أن يكتم غضبه ويتجاهل الأمر، مع مرور الوقت، بدأ الغضب يتراكم بداخله، ويشعر بضيق شديد من متابعة الجلسات وبأنَّه ليس بحاجة لها، ورغبة منه في التعبير عن هذا الرفض قام جرح يده بشفرة حادة وسيلةً للتخفيف عن الألم.

وبدأت مرحلة **المناقشة الجماعية**، التي تم فيها تحديد أكثر العبارات تكراراً، وهي الخوف من الرفض والعقاب، لوم الذات، الحزن واليأس، عدم القدرة على التعبير، ثمَّ لخص الباحث أهم النقاط التي نوقشت في النشاط، وأكد أهمية فهم العلاقة بين صراع الإفصاح والمقاومة وسلوكيات إيذاء الذات، وأهمية تطوير إستراتيجيات للتعامل مع هذه العلاقة بطرائق صحية، فكان من الممكن مناقشة هذا الأمر مع الاختصاصي المتابع، والوصول معه لجدولة الجلسات بحسب حاجته، ومن الممكن الحديث مع مقدّم الرعاية لعدم ربط تقديره له بالذهاب إلى الجلسات، أو من الممكن كتابة رسالة توضح فيها مشاعره دون كتمانها، وشرح الباحث أنَّ التفكير بالخيارات الإيجابية تعزز استقرارهم النفسي والسلوكي.

ثمَّ طلب الباحث إلى كل مشارك تحديد المواقف التي تثير مشاعر الخجل والعار لديهم أو تدفعهم إلى العزلة، وتم إرشاد المشاركين إلى **إعادة صياغة التصورات** بنتائج أكثر إيجابية أو واقعية، مع التركيز على التعاطف مع الذات والتواصل، فطلب من أحد المشاركين أن يتخيل موقفاً يشعر فيه بالحرج من موقف ما دفعه إلى إيذاء ذاته ويعبر عنه كتابةً، ثم يعيد صياغته بالتركيز على النقاط التي استفاد بها من هذا الموقف، حيث حدد المشارك أن ما يشعره بالخجل أنه أثناء وجوده في المدرسة يتعرض للوصمة لأنه يعيش في مؤسسة للرعاية، وأن أهله تخلوا عنه، بعد تحديد الفكرة والمشاعر المرتبطة بها كالغضب والحزن وكره الذهاب للمدرسة، تم طرح الخيارات البديلة وأهمها أن يتم مناقشة الاختصاصي المتابع له في المؤسسة ليتابع هذه الشكوى مع كادر المدرسة، أو أن يتوّجه المشارك إلى المرشد النفسي في المدرسة وينقل له مخاوفه، أو أن يشرح الطالب لأقرانه أنَّ وجوده بالمؤسسة لرعايته وضمان دراسته ومستقبله، عن طريق إعادة

الصياغة المعرفية لهذه الأفكار استطاع المشاركون اكتساب القدرة على اتخاذ إجراءات آمنة للاستجابة من خلال تعلم الوعي بالأحداث المثيرة، وتحديد المشاعر المرتبطة بها، والوصول إلى أبدال صحية تكيفية.

وضمن سياق **الحوار والمناقشات** ضمن الجلسة حرص الباحث على تطبيق فنية **التعويض المحدود** لتشجيع المشاركين على الإفصاح وتجنب المقاومة والكتمان من خلال تقديم الدعم الانفعالي والتجارب التصحيحية، التي تجعلهم يشعرون بالقبول دون شروط، وأنه لن يتم الحكم عليهم لمشاركة أي فكرة أو شعور يختبرونه، وتم تشجيع أفراد المجموعة على تبادل هذه الأفكار والرؤية التعاطفية بينهم، وعبَّر أحد المشاركين عن شعوره بأنه غير جدير بالتقدير لأنه لم يستطع تحقيق النجاح المطلوب منه، هنا قدّم له الباحث عبارات الدعم والتشجيع، عبر مساعدته على تذكر اللحظات التي شعر فيها بالحب والتقدير، وأن النجاح في المدرسة مطلوب ولكن النجاح في الحصول على صديق، والنجاح في احترام الآخرين وتقديرهم هي أيضاً نجاحات تستحق الذكر، وهذه الطريقة في التفكير ستحفزهم إلى إحداث التغيير، عن طريق التعويض المحدود تساعد على تلبية الاحتياجات الانفعالية غير الملباة في الطفولة، وتعزيز الشعور بالأمان والتقدير، وتقليل الحاجة إلى سلوكيات إندفاعية أو متهورة أو إنسحابية، وخاصة أن أفراد المجموعة التجريبية تعرّضوا في سياق حياتهم المبكرة لمثل هذه الخبرات، لذلك تكون الجلسة العلاجية فرصة لتقديم الدعم والقبول غير المشروط والتعبير عن الأفكار والمشاعر بطريقة آمنة، والتقدير لأي تغير أو تحسن مهما كانت درجته.

وبعد العديد من الأسئلة والاستفسارات من قبل المشاركين عن آلية التعامل مع الأحداث التي لا يستطيعون التعامل معها بهدوء مثل شعورهم بالعجز أو العار أو الرفض، عرض الباحث للمشاركين **مخطط آلية الاستجابة المختلفة** للمخططات النشطة التي تؤثر في سلوكياتهم، فعرض الخيارين الأكثر شيوعاً: الاستسلام للمخطط ومواجهة المخطط، تم توضيح أن الاستسلام للمخطط يعني الوعي بالأفكار السلبية كما هي دون محاولة مواجهتها، مع المشاعر المرتبطة بها وسلوكيات الاستجابة، على سبيل المثال، إذا كان لدى أحدكم مخطط المعايير الصارمة، قد تشعر بالعبء وأحياناً العجز، وبأنك غير جدير او مستحق للتقدير بسبب عدم القدرة على تلبية هذه المعايير، وتتساءل عما إذا كنت ستحصل على تجربة ناجحة، وإلا فأنك ستفشل في كل شيء، فالاستسلام لفكرة عدم الجدارة ستجعلك أكثر إحباطاً، أما مواجهتها

عبر اللجوء للأشخاص الداعمين، أو مناقشة المعايير مع شخص ذي أهمية بالنسبة إليك وطلب المساعدة في تنفيذها بشكل مقبول سيطور لديك مهارة حل المشكلات، وستنضج تجاربك في المواجهة الفعالة مع الوقت.

ولتعزيز هذه الأفكار بطريقة تدريبية تم استخدام **فنية لعب الدور بالتشارك مع الحوار بين المخططات** بين الباحث والمشاركين في تمثيل وجهة نظر المشارك ووجهة النظر الإيجابية الأخرى مع الدليل المؤيّد لها، مثل "بدلاً من الاعتقاد بأنك لن تحصل على علاقة حب، يمكنك أن تحظى بصديق وفي"، من خلال ذلك ساعدهم الباحث على أن يتفهموا العواقب السلبية للاستسلام للمخطط، وكيف يؤثر ذلك في حياتهم اليومية، هذا يمكن أن يكون حافزًا لهم لتغيير سلوكهم ومواجهة المخطط على نحو فعال.

واستمراراً لتعزيز قدرتهم على الإفصاح الآمن طلب الباحث إلى المشاركين التدَّرب على أسلوب مواجهة المخططات بطريقة آمنة وفعالة تبدأ بالتعبير عن المشاعر، وتنتهي بطلب الدعم عبر فنية **كتابة رسائل** لأحد الأشخاص المهمين من حولهم (صديق، معلّم، مقدّم رعاية...)، مع التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم على نحو صريح وموجه للشخص المختار، على أن تتضمن الرسالة ذكر الاحتياجات التي يحتاجونها من الشخص المهم كالدعم والتفهم، وتحديد الخطوات المستقبلية التي يمكن اتخاذها من أجل تحسين العلاقة وإيجاد حلول للمشكلات، ومن خلال هذه التجربة البسيطة سيتمكنون من التعبير عن المشاعر والاحتياجات بطريقة بناءة، وتزداد القدرة على بناء علاقات اجتماعية فعالة تقييمهم من الولوج بسلوكيات غير مرغوبة.

الواجب اليومي: طلب الباحث إلى كل مشارك كتابة الأفكار السلبية المرتبطة بسلوك إيذاء الذات لديه، مع ذكر الطريقة الإيجابية التي من الممكن أن تشجعّه على مواجهتها بكفاء وفعالية وبطريقة أكثر ودّ ورحمة للذات، الأمر الذي يساعد على تعزيز المراقبة الذاتية، وتطبيق المهارات التي تم تعلمها في الجلسة في الحياة اليومية، ومتابعة التقدم المحرز.

إنهاء الجلسة وتقييمها: اختتم الباحث الجلسة بسؤال المشاركين عن أي استفسار لديهم، ثم حدد موعد الجلسة القادمة وشكر لهم على تعاونهم في الجلسة، ووزع لهم استمارة تقييم الجلسة، وشجعهم على كتابة أية ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة.

الجلسة الثانية عشرة

عنوان الجلسة: التعامل مع مكافحة الانتحار والانفصال وتعديل مخططات الحرمان الانفعالي والقابلية للأذى وخفض التعويض المفرط بالمخطط وأوضاع التجنب والاستسلام له

أهداف الجلسة:

- تعزيز الوعي بالمخططات المرتبطة بالأفكار الانتحارية وأنماط الاستجابة لها.
- تطوير استراتيجيات التعامل الإيجابية لمخطط الحرمان الانفعالي والقابلية للأذى والأفكار الانتحارية.
- تدريب المشاركين على تحديد الأعراض السلوكية والنفسية الطبيعية وغير الملائمة وغير المرغوبة ومناقشة تغييرها.
- التدريب على مكافحة التجنب والاستسلام من خلال الأبدال الصحية الإيجابية في مواجهة المخططات اللا تكيفية وأعراضها النشطة.
- تعزيز الأمأن والقبول والتعبير عن المشاعر في الجلسة العلاجية لتلبية بعض الاحتياجات الانفعالية للمشاركين.
- التدريب على ترتيب الأفكار والمشاعر والسلوكيات الجديدة لتغيير النمط السلوكي المعتاد ومحاولة كسره.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

استمارة أوضاع المخطط غير الوظيفية، قائمة أنشطة التهدئة الذاتية، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

البطاقات التعليمية التوكيدية، حوار الكرسيين، التعويض المحدود، التنفس العميق، المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الواجب اليومي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين ومراجعة الواجبات اليومية، حيث شارك كل فرد تجاربه في تجنب المخططات أو الاستسلام لها من خلال ذكر بعض المواقف والتأكد من قدرة المشاركين على تحديد الاستجابات والتفكير فيها مليّاً.

بعد ذلك وضّح الباحث أن هدف الجلسة التركيز على خطر الأفكار الانتحارية المترافقة مع محاولات إيذاء الذات والمخططات الأكثر ارتباطاً بها، ووزّع **استمارة أوضاع المخططات غير الوظيفية** وعرض لهم عبارات معينة على الشاشة وطلب منهم أن يضعوا إشارة أمام الخيار المناسب الذي يسمّي الحالة (ضعيف يتجنب المواجهة، حامي منفصل يتهرب ويخشى المواجهة، معوّض: يبالغ في الكذب)، وكانت العبارات التي تم عرضها تتمحور حول الأفكار الإنتحارية والعقابية مثل: أرغب في انهاء حياتي ولكني لا أجرؤ؛ ربما بجرح يدي أرتاح، وإحدى العبارات الأخرى: لم أستطع في حياتي أن اتخذ قراراً بمفردي، أنا غير جدير بالاحترام والتقدير، وعبارة أخرى: أمام الناس أتحدث عن السعادة والفرح، وعندما أعود إلى البيت أنا شخص حزين اتعرّض للعنف، وعندما أنهى المشاركون حل الورقة انتقل الباحث لشرح حالات تجنب أو تجاهل أو تعويض الاستجابة التكيفية الإيجابية للمخطط النشط، مستخدماً الأمثلة التوضيحية التي ذكرها للتو، أوضح الباحث أن المخططات وما يرتبط بها من أفكار ومشاعر وسلوكيات سلبية مرتبطة بخبرات مؤلمة عاطفياً مثل اليأس الشديد، الشعور بالعجز والرّفض، التعرض للعنف والإساءة، تدفع الأفراد لتجنب المواقف التي قد تؤدي إلى تنشيط المخططات، مهما بدت بسيطة، وتتحول لأداة متحكمة بحياته، فعلى سبيل المثال، قد يتجنب الشخص الذي لديه مخطط الخوف من التخلي الاقتراب عاطفياً من أي شخص بسبب الألم الشديد الذي يتوقعه عند أنفصاله أو ابتعاده عنه، وقد يلجأ لإيذاء ذاته لعدم قدرته على التفاعل الصحي مع الآخرين، كما قد يتجنب الشخص الذي لديه مخطط حرمان عاطفي العلاقات المتوازنة مع الآخرين بسبب تفعيلها لألم الحرمان، أو قد يتجنب الأشخاص الذين ينشط لديهم مخطط الفشل والإخفاق السعي لتحقيق أي شيء ذي أهمية طريقةً لضمان عدم فشلهم.

بهدف مساعدة المشاركين على مواجهة هذه المخططات النشطة، قام الباحث بتطبيق **فنية البطاقات التعليمية التوكيدية الملوّنة**، فوزّع بطاقات ملوّنة (أبيض، أصفر، أحمر)، ووضع على اللوح الأبيض مجموعة من الأعراض السلوكية

والنفسية، وشرح لهم أن اللون الأبيض يشير إلى السلوك الطبيعي برأيهم، وأن اللون الأصفر يشير إلى السلوك الذي يحتاج إلى التفكير بتحسينه، والأحمر يشير إلى السلوك المرضي الذي يجب التخلص منه، وبدأ الباحث النشاط بعرض أعراض الحرمان الانفعالي المترافق مع الأفكار الانتحارية، مثل الحساسية الشديدة تجاه المواقف، الانعزال عن الآخرين، تكوين صداقات والتفاعل الإيجابي مع الآخرين، جرح الذات، تكسير الأشياء عند الغضب، التنمر على الآخرين، وفي نهابة النشاط تم جمع أعداد كل بطاقة وتبيّن وعي المشاركين بالسلوكيات التي يجب توكيدها والعمل عليها (الصفراء)، وأنَّ السلوكيات التي أشار لها اللون (الأحمر) غير طبيعية وتحتاج إلى العمل عليها، وأنَّ (البيضاء) تمثل الأهداف التي يجب الحفاظ عليها، وتم تجميع هذه البطاقات وصياغتها بعبارات توكيدية والاحتفاظ بها والتفكير بها دائماً، "أستطيع تغيير سلوكياتي بسلوكيات أفضل، أنا قادر على تحدي الأفكار السلبية، هناك طرائق بديلة لإيذاء ذاتي أو تكسير الأغراض للتعبير عن مشاعري، وكان الهدف من هذا النشاط توجيه أفكار المشاركين لمساحة معرفية تتضمن السلوكيات والأفكار الإيجابية، وبعد مناقشتها جماعياً بتوجيه من الباحث والأقران ودعمهم، تمَّ إنشاء مجموعة من البطاقات التي تحتوي على **عبارات تأكيدية** تتحدى المعتقدات السلبية المرتبطة بمخططاتهم، مثل "أستطيع التحكم بنفسي والتعامل معها بدفء ورحمة بدلاً من إيذائها فأنا أستحق أن أكون بخير دائماً"، مع تشجيعهم على استخدام هذه الموارد الذاتية الإيجابية بانتظام لمواجهة الحديث السلبي عن النفس وتعزيز الأفكار الأكثر إيجابية وتكيفاً.

ولتعزيز أنماط المواجهة الإيجابية للأعراض التي كانت ضمن البطاقات الحمراء ناقش الباحث مع المشاركين الاستجابات السلوكية والمعرفية والانفعالية في حال تنشيط المخطط الذي لا يرغبون بمواجهته، موضحًّاً أن هذا التجنب يمكن أن يتخذ ثلاثة أشكال رئيسية: التجنب السلوكي (مثل تجنب أماكن معينة أو التواصل مع أشخاص ضمن محيطهم)، والتجنب المعرفي (تجنب التفكير في الأشياء التي قد تؤدي إلى حدوث مخطط)، والتجنب الانفعالي (الإغلاق الانفعالي وعدم التعبير عن المشاعر عند تشغيل المخطط)، وللتوعية بمواجهة حالات التجنب، تم تنفيذ فنية **كرسيي الحوار** بالاستعانة بالأدلة المؤيدة والمعارضة لتنشيط المخططات اللاتكيفية وتجنبها، ومثّل الباحث دور الأنا الواعية المدركة التكيفية لدى كل مشارك، وأوضح أن هذه الأشكال التجنبية قد تعمل على الارتياح مؤقتاً، ولكنها ستؤدي إلى هزيمة

الذات وتقليل جودة حياة الفرد، ووضح لهم كيف يمكن أن يؤدي هذا التجنب إلى تطوير مخطط أكثر تعقيداً وهو التعويض المفرط، فعندما يعوض الأفراد على نحو مبالغ به، يتبنى الأفراد استراتيجيات تتعارض مع المخطط لدرجة أنه يصبح غير طبيعي، فالشخص الذي اعتاد الشعور بالنقص وعدم القيمة يحاول أن يبدو شخصاً مثالياً من حيث طريقة استجابته لكل احتياجاته أو ضمن سياق علاقاته كي يستطيع إشباع احتياجه للتقبل غير المشروط من قبل الآخرين، وقد يتحوّل الشخص الذي لم يجد من يحتويه ويقدّم له المشاعر والدعم، إلى طفل متحدٍ ومتطلب على نحو مبالغ فيه لأنه لم يتلقَ تلبية لاحتياجاته بطريقة مقبولة ودودة كغيره من الأطفال، بينما تحديه للقوانين والقواعد جعل الكل يحسب له حساباً ويستجيب له، ما أسس لشخصية متحدية متعارضة لا تقبل بأي شيء وهو أمر متعب ومؤثر في تكيفه وتقدير الآخرين له، كما يصبح الشخص الذي لم تتحقق حاجة طفولته للتفاعل الاجتماعي والتواصل الفعال مع الآخرين مستقلاً بشدة ومنغلقاً على نفسه، ويبدو أنه لا يحتاج إلى أحد، وقد يرفض أية مبادرة تواصلية تجاهه، وجميع هذه الإستراتيجيات تحتاج للتفكير، وقام الباحث بعرض قائمة **أنشطة التهدئة الذاتية** على الشاشة، وطلب إليهم التفكير في هذه الأنشطة التي سيتم طرحها أبدالاً صحية في حواراته معهم بعد أن وضعوا درجة من (10) لكل نشاط يشعرون بقدرتهم على تطبيقه، وعلى سبيل المثال جرى الحوار بين الكرسيين على النحو الآتي:

- المشارك، لم أجد من يحبني ويحتويني حتى عندما أخطأت، هذا الأمر دفعني للعزلة عن الآخرين ومعاقبة ذاتي لأني لم أكن جديراً بالاهتمام واعتدت على تخلي الآخرين عني.
- المعالج: هل فكرت بمشاركة هذه المشاعر مع شخص موثوق، هل فكرت في أن الأشخاص حولنا قد يكونون مشغولين ويحتاجون منا المبادرة تجاههم، هل شاركت أقرانك في نشاط تفاعلي.

وكان الهدف إعادة ترتيب أفكار المشاركين وتعزيز الرؤى لديهم بالحلول الصحية والبديلة من خلال أنشطة التهدئة الذاتية التي تطوّر في الأغلب أسلوباً تكيفياً ملائماً لهم.

وخلال هذه الحوارات تم الحرص على التطبيق المستمر لفنية **التعويض المحدود** لتوفير بيئة داعمة تُقرّ بالاحتياجات الانفعالية للمشاركين، وتُعالج الاحتياجات غير المُلبّاة المتعلقة بالحرمان الانفعالي والتعرض للأذى، وخلال الجلسة تم التركيز على تلبية الاحتياجات الانفعالية الأساسية كالأمان والتواصل والقبول من خلال تقديم الرعاية أو الطمأنينة بشكل رمزي، وتقديم التأييد المستمر عندما يُعبّر المشارك عن مشاعره ما يُساعده على إيجاد بيئة علاجية مُستقرة يشعر فيها المراهق بالأمأن والحماية على الرغم من تجارب الأذى السابقة، ولتعزيز التنظيم الانفعالي وتدريبهم على تهدئة انفعالاتهم خاصة في مواجهة الأحداث الضاغطة، تم استخدام **فنية التنفس العميق**، وطُلب إلى المشاركين أن يغمضوا أعينهم ويمارسوا تمارين التنفس العميق (5 شهيق، 5 حبس الهواء، 5 الزفير)، متخيلين أنفسهم في بيئة آمنة وداعمة واستدعاء صور محببة إليهم، لتوجيه مشاعرهم دون إصدار أحكام، والتركيز على مشاعر الأمان، وتصور طرائق بديلة لإدارة مشاعر الحرمان الانفعالي أو التعرض للأذى، مثل طلب الدعم من أشخاص موثوق بهم.

وفي الجزء الأخير من الجلسة عرض الباحث ملخصاً لما تم العمل عليه ضمن الجلسة، وهو محاولة كسر النمط السلوكي ضمن مواقف الحياة اليومية التي اعتادوا على الاستجابة لها، ورتب لهم أفكارهم عبر ما يأتي:

الحدث المثير (موقف مزعج) – الاستجابة (ضغط وتوتر وأندفاع) – التنظيم الانفعالي (التنفس العميق لتهدئة الجسد) – طلب الدعم (صديق، مقدّم رعاية، نشاط تهدئة ذاتية) – الهدوء (التفكير بحلول بديلة للمشكلة وآلية التعامل مع الموقف بطريقة وظيفية.

الواجب اليومي: تعميم تجربة كسر النمط السلوكي ضمن مواقف الحياة اليومية وإضافة هذه المهارة إلى دفتر يوميات المخطط الإيجابي بحيث نعيد التفكير بالارتباط بين كل مخطط بالسلوكيات التي يجب العمل عليها لتحسينها، وتعلم طرائق لمواجهتها بفعالية وكفاءة من خلال أنشطة التهدئة الذاتية أو أية طريقة أخرى لمواجهتها على نحو تعاطفي.

ختام الجلسة وتقييمها ختم الباحث الجلسة بسؤالهم عن أي استفسار لديهم، ثم حدد موعد الجلسة القادمة وشكر لهم على تعاونهم ضمن الجلسة، وطلب إليهم أن يملؤوا استمارة تقييم الجلسة، وكتابة أية ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة.

الجلسة الثالثة عشرة

عنوان الجلسة: تدريب المشاركين على إدارة الصراعات المحفزة لسلوكيات الذات بين الاستقلالية الاعتمادية، والإفصاح والمقاومة، وتعديل مخططات المعايير الصارمة، الإساءة/عدم الثقة.

أهداف الجلسة:

- تعزيز وعي المشاركين بالمخططات النشطة لهذه الصراعات وتحديدها واستكشاف أصولها في ذكرياتهم المؤلمة.
- تدريب المشاركين على فنية حوار الكرسيين، الكرسي الفارغ، للوصول إلى الأصول الطفولية المتعلقة بمخطط الإساءة وعدم الثقة لفهم العلاقة بين هذه الصراعات والمخططات النشطة.
- تعزيز دور فنية التعويض المحدود في تعزيز القدرة على الإفصاح والتوازن بين الاعتماد على الآخرين وتحقيق الفردية المستقلة.
- تحديد المعايير الطبيعية بدلاً من المعايير الصارمة التي قد تؤدي إلى السلوكيات المتطرفة.
- استبدال السلوكيات اللا تكيفية (التجنب، الاستسلام، التعويض المفرط) بسلوكيات بديلة تحقق الفردية والتميز وتعزز التواصل مع الآخرين والتفاعل والتعبير عن المشاعر.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

الرسومات التوضيحية، قائمة أنشطة التهدئة الذاتية، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

حوار الكرسيين، الكرسي الفارغ مع التخيّل الموّجه، التعويض المحدود، إعادة العزو/ الإسناد المعرفي، البطاقات التعليمية التوكيدية، الواجب اليومي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة

في بداية الجلسة، استقبل المعالج المشاركين وشكرهم للالتزام بالموعد، وراجع معهم الواجب المنزلي، وخاصة ما يتعلق بدفتر بيانات المخطط الإيجابية، وبدأ بتوضيح الهدف العام للجلسة، وهو تدريبهم على إدارة الصراعات الداخلية بين الاستقلالية عن الآخرين والاعتمادية عليهم، وبين الإفصاح عن مشاعرهم والمقاومة أو الامتناع عن هذا الأمر، مع إيضاح المخططات اللا تكيفية المرتبطة بهذه الصراعات، مثل المعايير الصارمة، ومخططات الإساءة وعدم الثقة وضعف التحكم الذاتي.

في بداية الجلسة عرض الباحث هذه المصطلحات على **الشاشة** وطلب تعريفها، وإيجاد العلاقة بينها، هنا شارك أحد المشاركين بالقول، إنَّ تعرض الطفل للإساءة يدفعه إلى الرغبة بالابتعاد عن الآخرين وعدم البوح لهم بما يشعر، قال أحدهم إنه يشعر بغضب داخلي عندما يطلب المساعدة من المشرفين، لكنه يخشى أن يُرفض أو يُنتقد، ما يجعله يتجنب الإفصاح أو يلجأ إلى الإنطواء، ومشارك آخر تحدث عن شعوره بأنه يجب أن يكون قوياً دائماً، ولا يمكنه الاعتماد على أحد، لأنه تعلم منذ الصغر أن الاعتماد على الآخرين يؤدي إلى الخذلان أو التخلي وأنه لا يبقى أحد إلى جانبه، عبر آخر عن صراعه بين رغبته في التعبير عن مشاعره الحقيقية وخوفه من أن يُعدّ ضعيف.

في هذه المرحلة، استخدم المعالج فنية **حوار الكرسيين**، حيث جلس كل مشارك أمام كرسيين يمثلان جانبي الصراع الداخلي لديه (الاستقلالية مقابل الاعتمادية، الإفصاح مقابل المقاومة)، وطلب إليهم التحدث مع كل كرسي بصوت عالٍ، معبرين عن مشاعرهم وأفكارهم تجاه كل جانب، على سبيل المثال، تحدث مشارك في كرسي "مخطط الاعتمادية

الكاملة: أخاف أن أبدو ضعيفاً إذا طلبت المساعدة"، ثم رد الباحث في كرسي الاستقلالية المفرطة لكن الابتعاد عن الآخرين يجعلني أشعر بالوحدة، بهذه الطريقة، وفي تجربة أخرى جلس المشارك على كرسي الإفصاح وقال: يراودني الكثير من الأفكار البشعة وأخاف التعبير عنها، أجابه الباحث في كرسي المقاومة: لكن عدم مشاركتك أفكارك مع الآخرين سيجعل الآخرين يسيئون فهم تصرفاتك وردود فعلك، هنا بدأ المشاركون يتعرفون المخططات النشطة لديهم، مثل مخطط المعايير الصارمة الذي يطالبهم بالكمال والقوة المطلقة، ومخطط الإساءة الذي يجعلهم يتوقعون الخذلان من الآخرين، وعلّق الباحث أن مخطط المعايير الصارمة الذي يمنعك أحيأناً من تجربة الخطأ ويجعلك تخاف من الوقوع به قد يدفعك إلى مقاومة التعبير عن مخاوفك للآخرين، وأن التعرض للإساءة قد يمنعك من وجود توازن بين اللجوء للأشخاص المحبين لك ويجعلك تبتعد عنهم معتقداً أنهم سيسيئون إليك.

بعد ذلك، أنتقل المعالج إلى استخدام فنية **الكرسي الفارغ بالتشارك مع التخيل الموّجه**، وطُلِب إلى المشاركين تخيل شخصيات مهمة في طفولتهم (كالوالدين أو مقدمي الرعاية) جالسة على الكرسي الفارغ، وبدء حوار معهم، وقام الباحث بنمذجة هذا التمرين أمامهم لفهم آلية المواجهة مع الشخصية المتخيلة التي أثرت في حياتك التي تشغل الكرسي الفارغ أمامك، جلس الباحث أمام الكرسي الفارغ وتحدث إلى والده الذي يمثل الوالد العقابي قائلاً: "كنت أشعر بالخوف عندما كنت تصرخ في وجهي، ولم أتمكن من التعبير عن مخاوفي وحزني"، وطلب إلى أحد أفراد المجموعة أن يشغل الكرسي ويخاطب الطفل الضعيف أمامه (هو في مرحلة طفولته) ويقول له: كنت أعتقد أن تخلي أهلك عنك سيدمّر حياتك، فكان الصوت الداخلي الذي بثّه الباحث من وراء الكرسي: لكنك هنا الأن وتجربة الإساءة كانت كبيرة، لكن الأن هناك أناس يعملون لأجلك ولا يتخلون عنك، ومن خلال هذا الحوار، بدأ المشاركون يفهمون كيف نشأت مخططاتهم اللا تكيفية من تجارب الطفولة المؤلمة، مثل الإساءة الانفعالية، وعدم الثقة، والمعايير الصارمة، وكيف أثرت في قدرتهم على فهم سبب أفكارهم الحالية.

وخلال هذه التمارين، وبعد محاولة الوصول إلى الأصول الطفولية لأفكارهم الحالية قام المعالج بتطبيق فنية **التعويض المحدود**، إذ لعب دور "المربي الحنون" الذي يقدم الدعم والقبول غير المشروط، وطلب إلى المشاركين التعبير عن مشاعرهم بصراحة، وأكد لهم أن الإفصاح عن الاحتياجات ليس ضعفاً، بل خطوة مهمة للحفاظ على التفاعل مع الآخرين والنمو وتوكيد الذات في الحياة اليومية، ففي الوقت الذي قال فيه أحد المشاركين إنَّه عانى من مشاعر الذنب بشكل كبير بسبب إيذاء ذاته وإحراج المشرفين المسؤولين عنه وتحميلهم مسؤولية ما حدث، أكد الباحث أن هذه التجارب يجب أن تعلمنا أن نفكر في الاعتراف بأفعالنا لهؤلاء الناس المهمين في حياتنا، وأن القدرة على الإحساس بالخطأ دليل على الوعي بما نقوم به، لكن يجب مشاركته مع الآخرين المهمين في حياتنا ليقدّموا لنا الدعم والتوجيه والإرشاد.

وتتمثل أهمية فنية التعويض المحدود ببث روح الطمأنينة لأفراد المجموعة التجريبية، وبأن جميع الأفكار والمشاعر يمكن مناقشتها والتحاور بها دون إطلاق أحكام مسبقة أو نقد، والهدف تغيير نظرة المشاركين للأشخاص البالغين، والتفكير بهم كمصادر للدعم، هنا طلب الباحث من كل مشارك كتابة اسم المشرف أو الشخص البالغ في حياته الذي يشعر بالطمأنينة والأمأن والارتياح في التعامل معه، لنقل تجربة التعويض المحدود إليه عبر تشجيعهم على مشاركة أفكارهم ومخاوفهم معهم وتلقي الدّعم منهم، كذلك، شجع المعالج المشاركين على كتابة عبارات ضمن رسائل صغيرة إلى هؤلاء الأشخاص، تعبر عن الحنان والدعم الذي يحتاجونه منهم، وقد عبر أكثر من ثلاثة من المشاركين أنَّ حاجتهم للتفهم هي جوهر احتياجاتهم، بينما كتب آخر عن مشاعره الإيجابية المليئة بالامتنان لوجود هذا الشخص في حياته.

في هذه المرحلة، انتقل الباحث إلى تدريب المشاركين على **فنية إعادة الإسناد المعرفي**، لتعديل مخططات المعايير الصارمة التي تحكم سلوكهم، وقام بطرح هذه العبارة وطلب منهم التعليق عليها: "يجب أن أكون قوياً دائماً ولا أطلب المساعدة وإلا فأنا شخص لا يستحق التقدير"، وناقش معهم كيف أن هذا المعيار غير واقعي ويؤدي إلى الشعور بالوحدة والعزلة لأنه يدل على الرغبة بالاستقلالية المفرطة وهو أمر غير منطقي في هذه المرحلة العمرية التي يجب أن تكون فيها العلاقات مع الآخرين ضرورية للنمو والتطور، وتمّ استخدام الحجج المنطقية (صوت البالغ السليم) لتفنيد

هذه الأفكار، واستبدال معايير أكثر مرونة بها، وأنَّ الخلل ليس بطريقة تفكيرك بل بالحالة الاجتماعية التي تحتاج منك إعادة تفكير بالأشخاص من حولك ورغبتك بالبقاء معهم أو الاستقلال عنهم، مثل: "طلب الدعم من الآخرين الأكبر مني يعزز قوتي ولا يقلل من استقلاليتي، وبعد توضيح دور التفكير في معتقداتنا وإعادة ترتيبها وتنظيمها لتلائم جوانب حياتنا المختلفة وأنّه يعزز تكيفنا مع ذاتنا والآخرين، وشارك أحد أفراد المجموعة بالقول بتحدّي اعتقاده بأنه يجب أن يخفي مشاعره وأفكاره ليبدو بمظهر الشخص القوي، وشجعه الباحث على ان يستبدل بها فكرة أن التعبير عن المشاعر يعزز التواصل والصدق.

في المرحلة الأخيرة من الجلسة، قام الباحث بتلخيص أهم الأفكار التي تم العمل عليها ضمن الجلسة بعد أن طلب إلى المشاركين تحديد أهم الأمور التي تم التدريب عليها، وذلك لتشجيع المشاركين على استبدال بالسلوكيات اللا تكيفية (كالتهرب، الاستسلام، التعويض المفرط) سلوكيات بديلة تحقق لهم التوازن والتواصل الفعّال، وشجع الباحث أحد المشاركين على استبدال سلوكه المعتاد في الانعزال بالتواصل مع زميل موثوق به، وناقش شعوره بالراحة بعد ذلك، هنا وجه الباحث المشاركين ضرورة الرجوع إلى قائمة الأنشطة البديلة، مثل طرح الأسئلة، طلب المساعدة، والتعبير عن الاحتياجات بوضوح، ووزّع الباحث **البطاقات التعليمة ذات العبارات التوكيدية** على المشاركين وطلب إليهم التعليق عليها وإعطاء أمثلة من تجاربهم اليومية، تضّمنت إحدى البطاقات عبارة "من الأفضل تجنب مشاركة أفكاري مع أحد من الاختصاصيين كي لا يحكم عليَّ ويعتقد أني مجنون وأنا لست كذلك" كانت العبارة التوكيدية "مشاركة الأفكار مع الأشخاص المتخصصين الذين نثق بهم سيساعدنا على حلها ومعالجتها"، وفي عبارة أخرى "تعرّضت لإساءة من قبل أقرب الناس إلي لهذا لن أثق بأحد أبداً، كانت العبارة التوكيدية "إن تعميم الأحكام على جميع الأشخاص يظلم من يحبوننا ويهتمون بنا لذلك إنَّ العلاقة المبنية على الاحترام تستحق منا أن نبادلها بالمشاعر الإيجابية.

الواجب اليومي: وجه الباحث المشاركين لكتابة العبارات الإيجابية التوكيدية على سجلات البيانات الإيجابية دون التطرق للعبارات السلبية التي اعتادوا على تدوينها، وتوجيه هذه العبارات إلى ذاتهم في مرحلة الطفولة، بالإضافة إلى كتابة رسالة إلى الباحث يعبرون فيها عن مشاعرهم ضمن الجلسات.

ختام الجلسة وتقييمها: ختم الباحث الجلسة بسؤالهم عن أي استفسار لديهم، ثم حدد الباحث موعد الجلسة القادمة، وشكر لهم على تعاونهم ضمن الجلسة، وطلب منهم أن يملؤوا استمارة تقييم للجلسة وكتابة أية ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة.

الجلسة الرابعة عشرة:

عنوان الجلسة: إستراتيجيات تهدئة المخططات اللا تكيفية من خلال المراجعة التفاعلية

أهدف الجلسة:

- تعزيز دور دعم الأقران في تعميم مكتسبات الجلسات العلاجية السابقة.
- تدريب المشاركين على استخدام فنيات تهدئة المخطط للإنتقال من الوضع المنشط إلى وضع صحي إيجابي.
- تطوير مهارات تعديل التشوهات المعرفية واستبدال بالمعتقدات السلبية معتقدات أكثر تكيفاً وإيجابية.
- تعزيز إستراتيجيات التكيف الانفعالي الصحية وإدارة الانفعالات المرتبطة بسلوكيات إيذاء الذات.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب في جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

الرسومات التوضيحية، قائمة أنشطة التهدئة الذاتية، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

تمرين التخيل الموجه، الحوار السقراطي، لعب الدور، المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الواجب اليومي.

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين ومراجعة الواجب اليومي، وطلب الباحث إلى كل مشارك التعبير عن فهمه للمواقف التي تنشط مخططه وكيفية التحكم السلوكي بها، مع التركيز على كسر الأنماط السلوكية المعيبة التي اعتادوا عليها، شارك أحد المشاركين تجربته الشخصية، مثل موقف أحدهم الذي كان يشعر بالرغبة في الأنسحاب عند الشعور بالوصمة أمام زملائه، لكنه حاول استخدام فنيات التنفس العميق لتخفيف التوتر والتواصل معهم على نحو تفاعلي.

عرض الباحث **رسومات توضيحية** تلخص ما تم اكتسابه في الجلسات السابقة، مع تذكير المشاركين بالفنيات والإستراتيجيات المختلفة التي تم التدريب عليها لإدارة المخططات أو تهدئتها، وطُلِبَ إليهم استخدام **تمرين التخيل الموجه**، بعد أن طرح سيناريو حول "الرغبة بالانعزال عن الآخرين لعدم القدرة على مواجهة الآخرين بكفاءة"، وطلب الباحث أن يتخيلوا أنفسهم في بيئة آمنة هادئة، وبدأ بتوجيه تعليمات لبدء التمرين بدأ الباحث ببث العبارات الإيجابية التي تعزز يقظتهم العقلية بالحدث المثير لمشاعرهم السلبية ويدفعهم إلى التهرب من الموقف، وبدأ بعدها بالقول إنَّ من أهم نقاط التحسن أن نحدد ما يزعجنا، ولكن قدرتنا على التعامل معه بإيجابية يعني أننا أصبحنا أقوياء، هنا دعا الباحث لاستدعاء التصوّرات والصور التي تشعرهم بالأمان، ومنها صور الإنجاز والتميز ونقاط القوة التي تميزهم من غيرهم، والقدرة على الوصول لأنشطة التهدئة الذاتية الفعالة، الأمر الذي ساعدهم على الانتقال من الوضع المنشط للمخطط إلى وضع صحي إيجابي.

ثم أنتقل الباحث إلى تحديد المخططات الأكثر تأثيراً في كل مشارك تعاونياً، وناقش معهم أمثلة واقعية مثل مخطط الخوف من التخلي الذي يدفع أحدهم إلى تجنب العلاقات الانفعالية أو إقامة الصداقات مع الآخرين، أو التعلق المفرط بالأشخاص القربين منهم، أو مخطط الحرمان الانفعالي الذي يجعلهم يتجنبون التفاعل مع الآخرين خوفاً من الألم مع توّقع الأسوأ، استُخدمت هذه الأمثلة لتوضيح الصعوبات التي يواجهها كل مشارك، مع التركيز على مواجهة هذه المخططات عبر **الحوار السقراطي** ضمن **لعب الدور** ولكن هذه المرة كان الحوار موّجهاً من قبل أحد المشاركين بتوجيه ودعم من الباحث، وكان سيناريو اللعب أنّ أحدهم هو الاختصاصي النفسي، والثاني هو الشخص الذي يحتاج إلى التوجيه والدعم، ومهمة الاختصاصي أن يحاور أحد المشاركين ويوّجه تفكيره نحو الأبدال التكيفية لتعديل التشوهات المعرفية لديه والأفكار السلبية واستبدال المعتقدات السلبية بأفكار أكثر واقعية وإيجابية، وقد كان هذا التدريب غنيّاً جداً بالمناقشة والحوار مع حرص الباحث على تقديم **التعزيز** اللازم لكل المشاركين لتطوير مهارة التعاطف مع مشاعر الآخرين والإصغاء بتعاطف وفعالية مع بعضهم، لتوسيع مداركهم عبر دعم الأقرأن ضمن جو تعاطفي مشجّع من قبل الباحث والمشاركين الآخرين.

بعد ذلك، تم التركيز على الجانب الانفعالي لتنظيم مشاعرهم، وساعد الباحث المشاركين على تطوير إستراتيجيات تكيف صحية لإدارة المشاعر الغامرة التي قد تؤدي إلى سلوكيات غير مرغوبة من خلال تشجعيهم على التعبير عن مشاعرهم عبر المنافذ الإبداعية كالرسم والكتابة أو الغناء أو الأنخراط بأحد **أنشطة التهدئة الذاتية**، وشارك كل منهم ميوله الإبداعية مع الآخرين، ووضح الباحث أن هذه الأنشطة تعد من أهم طرائق التعبير الانفعالي عن المشاعر بطريقة آمنة، وتنمي الشعور بالإنجاز، والتقدير وخاصة عند مشاركتها مع أشخاص آخرين يشتركون معهم الميول نفسها.

في ختام **المناقشة**، استخلص المشاركون مجموعة من الإستراتيجيات الفعالة للتهدئة الذاتية، وتم تدوينها جماعياً على اللوح في قاعة التدريب لتكون سهلة الوصول للجميع، كما تبادلوا الآراء حول آليات تحسين جودة حياتهم، وركَّز الباحث على أهمية التعامل بتعاطف ضمن المواقف المحفزة للإيذاء الذاتي، وتنمية المواهب والهوايات مثل الاشتراك في نادي رياضي، وشجع الباحث المشاركين على كتابة الأفكار الإيجابية وممارسة الامتنان تجاه الأشخاص المحبين في حياتهم، بالإضافة إلى بناء شبكة دعم اجتماعي صحية من خلال التواصل مع الأصدقاء والعائلة والمعلمين.

وتم تكليف المشاركين بواجب يومي لتحديث قائمة الفعالية الحياتية، واقتراح أنشطة تهدئة ذاتية جديدة، والتدرب عليها حتى في أوقات الراحة، مع توسيع شبكة الدعم الاجتماعي وتسجيل هذه التغيرات في سجل يوميات التغيير للمخططات.

الواجب اليومي: الطلب إلى المشاركين تحديث قائمة للفعالية الحياتية واقتراح أنشطة التهدئة الذاتية والتدريب عليها حتى في أوقات الراحة والتمكن من الوصول السريع لها في كل الأوقات العادية والضاغطة، وتوسيع شبكة الدعم والتواصل مع أشخاص أكثر انفتاحاً وتسجيل هذه التغيرات على سجل يوميات التغيير للمخططات.

انهاء الجلسة وتقييمها: ختم الباحث الجلسة بسؤالهم عن أي استفسار لديهم، ثم حدَّد موعد الجلسة القادمة وشكر لهم على تعاونهم ضمن الجلسة، وطلب إليهم أن يضعوا تقييماً للجلسة، وكتابة أي ملاحظات يحبّون أن يتركوها لأخذها بالحسبان خلال الجلسات القادمة.

الجلسة الخامسة عشرة

عنوان الجلسة: تمكين التنظيم الانفعالي وإدارة الانفعالات في حالة المخططات النشطة.

أهداف الجلسة:

- أن يحدد المشاركون مشاعرهم المرتبطة بالمخططات النشطة ويعبروا عنها بوعي.
- أن يمارس المشاركون فنيات تنظيم الانفعالات ويتم توجيهها على نحو إيجابي.
- أن يطور المشاركون إستراتيجيات مواجهة عاطفية بديلة وآمنة للتعامل مع مشاعرهم دون اللجوء إلى إيذاء الذات.
- أن يدمج المشاركون مهارات التعبير الإبداعي والتواصل الاجتماعي وسائلَ صحية لتنظيم الانفعالات.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب جمعية قرى الأطفال

الأدوات المستخدمة:

الفيديو، قائمة أنشطة التهدئة الذاتية، استمارة تقييم الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

إعادة صياغة الصور، الاسترخاء والتنفس العميق، المناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة، الواجب المنزلي

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

بدأت الجلسة بالترحيب بالمشاركين، ثم قام الباحث بمراجعة الواجب اليومي الذي تضمن مراجعة بعض الأنشطة والأفكار التي أُضِيفَت إلى قائمة أنشطة التهدئة الذاتية، مع اختبار تأثيرها في نشاط المخطط.

طلب الباحث إلى المشاركين مراجعة كسر لنمط السلوكي عبر مراجعة المواقف التي تنشط مخططاتهم وكيفية التحكم السلوكي بها، مع التركيز على كسر الأنماط السلوكية واستبدالها، على سبيل المثال، وبيَّن أحد المشاركين كيف يشعر بالتوتر والغضب عندما يتعرض للإهانة من أحد الأشخاص المقرّبين له، لكنه حاول كتابة مشاعره التي اختبرها خلال

الموقف ضمن رسالة واضحة يعبر بها عن انزعاجه من أسلوب التواصل، وعبر عن تقديره لعلاقته مع هذا الشخص ولأنه حريص على الحفاظ عليها، طلب إليه عدم تكرار هذا الأسلوب بالتواصل، وعند مناقشة الباحث إيَّاه في حال لم يكن هناك رد من هذا الشخص، أجاب المشارك بأن التعبير عن مشاعره تجاهه لا بد أن يؤسس لحدود جيدة وصحية في علاقته معه، ما يعكس وعي المشارك بأهمية الإفصاح عن المشاعر في رسم حدود واضحة وآمنة مع الآخرين.

ولتدريب المشاركين على تنظيم انفعالاتهم وإدارة المشاعر المرتبطة بالمخططات النشطة، تم استخدام فنية **إعادة صياغة التصور**، فبدأ الباحث بتوجيه المشاركين لاستحضار ذكريات مؤلمة مرتبطة بمخططاتهم اللا تكيفية في طفولتهم المبكرة، مثل شعور أحدهم بالتخلي من قبل أحد الوالدين في الطفولة، ثم طلب إليهم تخيل هذه الذكريات بشكل معدل وأكثر إيجابية، كانوا يتصورون أن والدتهم لم تستطع تلبية احتياجاتهم في ذلك الوقت، لكنها حرصت على إرسالهم إلى بيئة آمنة توفر لهم الدعم والرعاية التي يحتاجونها، وكان الهدف الأساسي تشجيع المشاركين على التعبير بحرية عن مشاعرهم المرتبطة بالذكريات المؤلمة، مع احتضان الشعور بالقدرة على التغيير والتحسن على نحو تكيفي، عبر تعديل التصور ليتضّمن تصور شخص بالغ مهتم يقدم لهم الحماية والاحتواء، ويؤكد لهم الحب والدعم غير المشروط.

ساعدت هذه الفنية المشاركين على تقليل الشحنة الانفعالية المرتبطة بالمخططات النشطة، مما أتاح لهم فرصة لإعادة بناء استجاباتهم الانفعالية على نحو أكثر تكيفاً، على سبيل المثال، عندما تخيل أحد المشاركين وجود شخص بالغ داعم يواسيه، شعر بطمأنينة قللت من مشاعر الغضب والقلق التي كانت تثيرها الذكرى الأصلية، بهذا الأسلوب، تم تعزيز وعي المشاركين بمشاعرهم وربطها بأبدال صحية للتعامل مع الانفعالات، ما دعم تطبيق فنيات الاسترخاء والتنفس واليقظة الذهنية التي تم تدريبهم عليها سابقاً.

وعلى سبيل المثال ذكر أحد المشاركين أنه عانى لفترات طويلة من الحرمان الوالدي، وعدم تلقيه الدعم الانفعالي الذي يحتاجه (مخطط الحرمان الانفعالي)، وأنّه يتذكر باستمرار كيف كان مقدّم الرعاية مهملاً له في طفولته، ولم يتلقَ الحب والاحتضأن والدعم والحنان الذي يحتاجه ليكون مستقراً في حياته، وكان مقدّم الرعاية يتغير باستمرار، بسبب المناوبات المختلفة لهم ومنهم من يغادر العمل، ولم يستطع أحد منهم الاكتراث لمشاعره وحاجته لهم، هنا قدّر الباحث المشارك

لمشاركته هذه الذكرى، ثم وجهه لإعادة تصورها بطريقة مختلفة. بدلاً من التركيز على الإهمال من قبل العديد من مقدّمي الرعاية، يتخيَّل أنه لم يكن هناك من يهتم به على الإطلاق، صحيح أنهم لم يشبعوك عاطفياً بسبب العديد من ظروفهم التي أجبرتهم على ترك العمل، لكن كانت لديك فرصة للتواجد بمكان يهتم بك رغم قلته، فهو أفضل من عدم وجود أحد منهم، ثم طلب الباحث إليه أن يتخيل أن هناك مقدم رعاية آخر يقترب منه، ويقدم له الدعم والاهتمام الذي يحتاجه الآن، ويؤكد له أنه محبوب ومهم بالنسبة له، من خلال هذا التمرين تم تشجيع المشارك على التعاطف تجاه من تخلوا عنه لأسباب تخصّهم وليست متعلقة به كشخص، وبدأ يرى أن هناك أشخاصاً في حياته الآن يهتمون به ويوفرون له الرعاية الانفعالية التي يحتاجها.

بعد ذلك، عرض الباحث بوساطة الفيديو **مقطعاً مرئياً** يتضّمن وجود شخص يقف وحيداً في المدرسة، وليس لديه صديق أو أحد مهتم لأمره، ثمَّ استخدم ورقة عمل "الوعي بالانفعالات المدركة"، ووزعها على المشاركين وطلب إلى كل مشارك كتابة المشاعر التي شعر بها في اللحظة الحالية لمشاهدة الفيديو، مثل الغضب، القلق، الخوف، الحزن، أو الاشمئزاز أو أي شعور آخر، ساعد ذلك المشاركين على تعرّف مشاعرهم بوضوح، ما شكل قاعدة لتدريبهم على تنظيم هذه الانفعالات، وقام بتدريب المشاركين على **تمرين التنفس العميق مع الاسترخاء** لتعزيز اليقظة الذهنية بحالتهم الجسدية والانفعالية، ووضّح لهم أهميته في تنظيم مشاعرنا وإعادة تفسيرها على نحو ينعكس إيجابياً على ردود فعلنا، وطلب إليهم تركيز الانتباه على تنفسهم، شهيقهم وزفيرهم، ومراقبة مشاعرهم دون إصدار أحكام، مثلاً، عبر أحد المشاركين عن شعوره بالارتجاف في يده وكأنه يريد أن يضرب الأشخاص الذين يضحكون حول هذا الطفل الوحيد، فتم توجيهه لكيفية توجيه هذه المشاعر بطريقة صحية عبر ممارسة بعض حركات الانقباض والإرخاء في قبضة يده للتحرر من التشنج، ثم التنفس على نحو عميق للسماح بدخول الهواء إلى صدره، ما يجعله أهدأ. ثم يفكر لو أنه مكانه ما كان سيفعل، ولمساعدتهم على تهدئة عقولهم وأجسادهم عند مواجهة مثل هذه المشاعر الشديدة، كما شجع الباحث المشاركين على اختيار **أنشطة التهدئة الذاتية** التي يحبونها، مثل ممارسة الهوايات أو التعبير عن مشاعرهم عبر الكتابة أو الرسم، أبدالاً آمنة للتعامل مع أعراض المخططات النشطة، لأنها تساعدهم على تطوير إستراتيجيات مواجهة عاطفية بديلة لا

تنطوي على لوم أو نقد أو معاقبة الذات أو إيذائها أو إيذاء الآخرين، مثل الأإخراط في أنشطة يحبونها تحرر هذه المشاعر كالاستماع إلى الموسيقى، وممارسة الرياضة، أو قضاء وقت مع أصدقاء داعمين، كما تم حثّهم على التعبير عن مشاعرهم باستمرار وعدم كبتها من خلال مشاركة الأصدقاء بها أو من خلال وسائل إبداعية مثل الفن والكتابة، بالإضافة إلى المشاركة في أنشطة اجتماعية إيجابية.

الواجب المنزلي: في نهاية الجلسة، كُلف المشاركون بتحديث يوميات المخطط والتركيز على سجلات البيانات الإيجابية للمخططات، عن طريق تسجيل وكتابة كل شعور غير مرضٍ واجهوه خلال حياتهم اليومية واستطاعوا توجيهه على نحو إيجابي، مع ذكر سلوك المواجهة السابق الذي قد يكون إيذاءً للذات، وخيار المواجهة الانفعالية البديل الذي تعلموه خلال الجلسات، بالإضافة إلى كتابة رسائل تحفيزية لأنفسهم لتشجيع التغيير الإيجابي والوعي بالتقدم في أفكارهم وسلوكياتهم.

إنهاء الجلسة وتقييمها: اختتم الباحث الجلسة بفتح باب الأسئلة والاستفسارات، ثم حدد موعد الجلسة القادمة، وشكر المشاركين لتعاونهم، وطُلِبَ إليهم وضع تقييم الجلسة وكتابة أية ملاحظات يرغبون في مشاركتها لتحسين الجلسات المستقبلية.

الجلسة السادسة عشرة:

عنوان الجلسة: تعميم الخبرات المكتسبة، ودعم مقدّمي الرّعاية لتعزيز النهج الوقائي بالتدّخل ومنع الانتكاس.

أهدف الجلسة:

1. تعزيز استمرارية الدعم النفسي والانفعالي للمشاركين من خلال نقل الخبرة العلاجية إلى مقدمي الرعاية الأساسيين.
2. تطوير مهارات المشاركين ومقدمي الرعاية في تعرّف المشاعر وإدارتها، وبناء نمط تعلق آمن يدعم التعبير عن الذات والتواصل الفعال.
3. تمكين مقدمي الرعاية من التعرف المبكر لمؤشرات الانتكاس وتطبيق استراتيجيات التدخل المبكر لدعم المشاركين في مواجهة المخططات والسلوكيات السلبية.
4. ترسيخ خطة وقائية مشتركة للانتكاس وتعزيز بيئة منزلية داعمة ومستقرة تضمن استدامة التغيير الإيجابي بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب جمعيية قرى الأطفال

الفنيات المستخدمة:

فنية التعويض المحدود، كتابة الرسائل، المواجهة التعاطفية، فنيات الاسترخاء والتنفس العميق، التخيل الموجه، المناقشة والتغذية الراجعة والتعزيز.

الإجراءات التنفيذية للجلسة:

في الجلسة العلاجية الأخيرة اجتمع الباحث مع المشاركين وعدد من مقدمي رعايتهم الأساسيين في بيئة داعمة تهدف إلى نقل الخبرة العلاجية وتعزيز استمرارية الدعم النفسي والانفعالي لهم، بدأ الباحث الجلسة بالترحيب بالجميع، ثم استعرض معهم الواجب اليومي الذي تضمن يوميات المخطط الإيجابية، وشارك المشاركون جميعاً في تجميع المشاعر

التي مروا بها ومناقشة أساليب المواجهة التعاطفية الفعالة جماعياً وتشاركياً، ما ساعد على تطوير قائمة بالوعي المدرك للعواطف المنظمة لدى الجميع.

في هذه المرحلة المتقدمة من البرنامج، قدَّم الباحث نفسه كشخصية انتقالية آمنة، أي كقاعدة مستقرة يمكن للمشاركين من خلالها اختبار العلاقات الآمنة والصحية وبناء روابط عاطفية مستقرة، كما شرح لمقدمي الرعاية أهمية دوره في هذا السياق، وكيف يمكنهم أن يكونوا مصادر دعم وأمان تعويضية وتصحيحية مستمرة للمشاركين في حياتهم اليومية، ولتعزيز هذا الدور، شارك الباحث مثالاً حياً من حياته الشخصية، وعرض مشكلة واجهها في العمل، وكيف تعامل معها دون جلد أو لوم الذات بل بحسب السياق الذي حدثت المشكلة للتفكير بالحلول البديلة، مشجعاً الجميع على تبني إستراتيجيات مواجهة صحية مثل التعبير عن المشكلات كتابةً ومناقشتها مع أشخاص داعمين بدلاً من اللوم الذاتي، مما ساعد المشاركين على رؤية أبدال إيجابية لسلوكيات إيذاء الذات.

بعد ذلك، بدأ الباحث بتطبيق فنية **المواجهة التعاطفية** ضمن العلاقة مع المشاركين ومقدمي الرعاية معاً، وساعدهم على تحديد الأعراض السلبية للمخططات النشطة التي تؤدي إلى سلوكيات إيذاء الذات، ووجههم نحو فهم أعمق لمشاعرهم واحتياجاتهم النفسية ومشاركتها بشكل صريح مع مقدّمي الرّعاية، من خلال بناء نمط تعلق آمن داخل المجموعة، شجع الباحث الجميع على التعبير عن مشاعرهم وتجاربهم بأمان، وطور مهاراتهم في التعبير عن الذات والتواصل الفعال، كجزء من التدريب على هذا الهدف، وطلب الباحث إلى المشاركين تصوّر الطفل الغاضب بداخلهم **وكتابة رسالة** له بوصفه شخصاً داعماً، ثم مراجعة هذه الرسائل مع كل مشارك على حدة بحضور مقدمي الرعاية، وقدم الباحث توجيهات فنية تعاطفية تساعد على الاستقرار والنمو الإيجابي، ما أسهم في تعزيز فهم مقدمي الرعاية لدورهم في دعم المشاركين.

في المرحلة التالية، عمل الباحث مع الجميع على التذكير بمهارات التحكم في الانفعالات والتواصل الفعال، مستخدماً فنيات مثل **التخيّل الموّجه بالتشارك مع التنفس العميق**، عندما عبر أحد المشاركين عن شعوره بعدم الكفاءة وعدم

وجود من يهتم به، وجهه الباحث لممارسة تمارين التنفس العميق مع استحضار الذكريات الآمنة المرتبطة بالمحبة والرعاية التي تلقاها خلال البرنامج، وشارك مقدمو الرعاية في هذه التمارين لتعزيز قدرتهم على دعم المراهقين في هذه اللحظات الحساسة والتركيز على توجيه التخيل نحو الصور الآمنة المليئة بالتعاطف التي هي أكثر ما يحتاجوه فاقدو الرعاية الأسرية، كما شجع الباحث الجميع على استحضار لحظات النجاح والتميز التي حققوها في دراستهم أو علاقاتهم، ما ساعد على تعزيز تقدير الذات لديهم، ثم مناقشة العديد من اللحظات التي تم استحضارها لدى بعضهم، وقد ذكر أحد مقدّمي الرعاية أنه ليس من السهل في كل مرة استحضار اللحظات أو الصور التي نحب أو نتمنى بسبب الضغوط الحياتية والمهنية الكبيرة، فبيّن له الباحث أن توجيه الأفكار نحو الأفكار الإيجابية، وتنظيم مشاعرنا لتتواءم مع المواقف التي نعيشها، ووضع ردود أفكارنا السلوكية المدروسة نتاج التكرار والتدريب والمران الذي يتطلب منا الوعي وتوجيه الانتباه، وتحتاج اللحظات الذهنية أو التخيلات المرتبطة بها إلى مران وتدريب وتوجيه مستمر.

بعد ذلك، بدأ الباحث بتعليم المشاركين ومقدمي الرعاية كيفية التغلب على المخططات السلبية ضمن العلاقة العلاجية، مشجعاً إياهم على نقل هذا التعلم إلى العلاقات خارج جلسات البرنامج، واستُخدمت فنية "**التعويض المحدود**" في سياق إعادة هيكلة الأفكار على نحو إيجابي لتوفير الاستقرار النفسي، وساعد الباحث الجميع على تعرف التفكير السلبي الذي يؤدي إلى إيذاء الذات، وتحفيزهم إلى تغيير هذا السلوك، مع تعليمهم فنيات التنفس العميق والتفكير الإيجابي لمواجهتها بفعالية، وتدريجياً، سيلمس المشاركون التحسن في حالتهم النفسية والانفعالية، مما يحقق لهم الاستقرار والتقبل للعلاج وللشخصية الانتقالية الآمنة التي يمثلها الباحث وسيتبناها مقدّمو الرعاية لاحقاً.

ولضمان التفاعل الداعم ضمن الجلسة وتعرف مصادر الدعم بالبيئة المحيطة عزز الباحث الثقة والأمان لدى المشاركين ومقدمي الرعاية عبر التواصل الإيجابي، باستخدام اللغة الجسدية المشجعة والعبارات الداعمة، ما ساعد الجميع على التفاعل بفعالية داخل الجلسة ليتمكنوا من تعميمها إلى خارجها، وزاد شعورهم بالمسؤولية والانتماء، وساعدهم على تقبل التغيير نحو حالة سلوكية أكثر صحة، وجميعها تعدُّ مصادر تعاطف تعويضية وآمنة.

في إطار تعزيز استمرارية التغيير الإيجابي، انتقل الباحث مع المشاركين ومقدمي الرعاية إلى **وضع خطة وقائية للانتكاس**، وشرح أهمية التعرف المبكر للمؤشرات التحذيرية لسلوكيات إيذاء الذات والمخططات اللا تكيفية التي يمكن أن تنشط في مواجهة المواقف الضاغطة، إذ شارك الجميع في تحديد هذه المؤشرات، مثل الشعور بالعزلة، والتفكير السلبي المفرط، أو الانسحاب الاجتماعي، وناقش الباحث مع مقدمي الرعاية كيفية مراقبة هذه العلامات بوعي وحساسية دون إصدار أحكام، مع توفير الدعم الانفعالي المناسب.

ثم ناقش الباحث مع مقدمي الرعاية **إستراتيجيات التدخل والتوجيه المباشر**، مثل استخدام فنيات الاسترخاء التنفس العميق، إعادة العزو/ والحوار والمناقشة، وتشجيع المشاركين على التعبير عن مشاعرهم بدلاً من كبتها، وتعزيز الروابط الانفعالية الآمنة معهم، كما تم الاتفاق على وضع جدول متابعة دوري بين المشاركين ومقدمي الرعاية لضمأن استمرار الدعم ومتابعة الحوار والمناقشة لأي تغيرات ضمن الحالة النفسية بشكل منتظم.

علاوة على ذلك، شجع الباحث مقدمي الرعاية على بناء بيئة منزلية مستقرة ومحفزة، تتسم بالتواصل المفتوح والاحترام المتبادل، مما يعزز شعور المراهقين بالأمأن والإنتماء، ويقلل من فرص الانتكاس، كما تم تأكيد أهمية التعاون المستمر بين الباحث ومقدمي الرعاية لتبادل الملاحظات والتحديات، والعمل معًا على تعديل خطة الوقاية بحسب الحاجة.

الواجب اليومي:ولترسيخ التعلم وتحفيز التواصل والدعم المستمر بين المراهقين ومقدمي الرعاية أوصى الباحث المشاركين **بكتابة رسالتين**، رسالة موجهة إلى الباحث بوصفه شخصية أتقالية آمنة في علاقتهم، ورسالة لمقدّم الرعاية الخاص بهم يتحدثون فيها عن جهوده في السيطرة على السلوكيات السلبية لتصبح أكثر إيجابية وتكيفاً، وأخيراً أكد الباحث دوره كشخصية أنتقالية آمنة، ليس فقط في دعم أفراد المجموعة التجريبية، وفي تمكين مقدمي الرعاية ليكونوا شركاء فاعلين باستمرار العلاج وتحقيق التغيير الإيجابي المستدام في حياة المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية.

إنهاء الجلسة وتقييمها: في ختام الجلسة، فتح الباحث المجال للأسئلة والاستفسارات، ثم حدد موعد الجلسة القادمة الخاصة بالتطبيق البعدي لمقاييس الدراسة، وشكر الجميع لتعاونهم، وطلب إليهم تقييم الجلسة، وكتابة ملاحظاتهم لتحسين الجلسات المستقبلية.

الجلسة السابعة عشرة:

عنوان الجلسة: القياس البعدي المباشر، والتقييم وقياس التقدّم المحرز للبرنامج.

أهدف الجلسة:

- التحقق من آراء المشاركين في الفائدة المحقّقة من البرنامج العلاجي.
- الكشف عن آلية تحديد المخططات ومواجهتها على نحو تعاطفي، والتحكم بالمشاعر على نحو صحي، ومراجعة الحلول السلوكية البديلة والفنيات المساندة في تحقيق ذلك.
- تطبيق أدوات الدراسة: قائمة إيذاء الذات، استبانة المخططات اللا تكيفية المبكرة.
- تطبيق استمارة تقييم البرنامج.

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب جمعية قرى الأطفال

الفنيات المستخدمة: المناقشة، والحوار، التغذية الرجعة، والتعزيز الإيجابي.

انهاء جلسات البرنامج.

الجلسة الثامنة عشر + التاسعة عشر

عنوان الجلسة:

1- القياس التتبعي الأول: لمتابعة التقييم ورصد استمرار التحسن بعد حوالي شهر واحد من انتهاء تطبيق البرنامج.

2- القياس التتبعي الثاني: لرصد التحسن بعد ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

أهداف الجلسة:

- الوقوف على مدى تحقيق أهداف البرنامج.
- تطبيق أدوات البرنامج مقاييس المخططات اللا تكيفية المبكرة، إيذاء الذات.
- الوقوف على مدى التحسن الذي وصلت إليه المجموعة.
- تشجيع الأعضاء بالمحافظة على التحسن والتغير الذي تم التوصل إليه خلال جلسات البرنامج.
- تقديم الشكر لأعضاء المجموعة لتعاونهم.

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

مكان تطبيق الجلسة: قاعة التدريب جمعية قرى الأطفال

الفنيات المستخدمة: المناقشة، والحوار، التغذية الراجعة، والتعزيز الإيجابي.

إغلاق البرنامج العلاجي.

Abstract

The study aimed to verify the effectiveness of a schema-based therapy program in reducing self-harm behaviors and improving early maladaptive schemas among a sample of orphan adolescents in alternative care homes in Damascus Governorate and its countryside. The study adopted a single-sample quasi-experimental approach, using pre-, post-, and first and second follow-up measurements. The primary study sample consisted of (10) male adolescents as an experimental group, based on their highest scores on the study scales. The study tools included the application of the Self-Harmful Behaviors Inventory by Glenn and Klonsky (2011), the Early Maladaptive Schemas Questionnaire by Jeffrey Young (YSQ-S3, 2005), and the schema-based therapy program prepared by the researcher. The study concluded with a set of results:

- Demonstrate the effectiveness of the schema-based therapy program in reducing self-harm behaviors and improving early maladaptive schemas among members of the experimental study sample.
- Demonstrate the effectiveness of the schema-based therapy program in maintaining the effect of the improvement achieved on the study tools among members of the experimental group.
- Identify the most effective schema-based therapy techniques according to the evaluation of members of the experimental group. In their opinion, the most effective methods were chair dialogue, cognitive recapitulation, and picture description.
- There were differences between the average scores of members of the experimental group between the pre-test and post-test on both the self-harm inventory and the early maladaptive schemas questionnaire, in favor of their scores in the post-test.

- There were no differences between the average scores of members of the experimental group between the post-test and the first follow-up test on the self-harm inventory and the early maladaptive schemas questionnaire one month after the end of the treatment program.

- There were no differences between the average scores of members of the experimental group between the first follow-up test and the second follow-up test on the self-harm inventory and the early maladaptive schemas questionnaire three months after the end of the treatment program. The qualitative study also indicated an improvement in the scores of the experimental group members on the study scales through analyzing the results of each participant individually and monitoring the improvement in their scores between the pre- and post-measurement and the first and second follow-up. The study generally indicated the effectiveness of the program based on treatment with the plan in achieving the objectives upon which it was designed. The study concluded by putting forward a set of proposals and recommendations based on the results that were achieved.

Keywords: Schema-based therapy program - self-harm - early maladaptive schemas - orphaned adolescents - alternative care homes.

Syrian Arab Republic

Damascus University

Faculty of Education

Department of Psychological Counselling

A Schema Therapy-Based Program to Reduce Self-Harm Behaviors and Improve Early Maladaptive Schemas

Case Study: Orphaned Adolescents in Alternative Care in Damascus and its Countryside

A thesis submitted to obtain a Ph.D in Psychological Counseling

Prepared By:

Ahmad Mohammad Youssef

Supervised by:

Prof: Riyad Al Asemi

Professor in Psychological Counselling Department

$\frac{\boldsymbol{AD}2024-2025}{\mathbf{AH}1446-1447}$