نوقشـــت رســـالة الطالبة هـــــزار أبو نبـــوت

بعنـــــــوان :

فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في محافظة دمشق

وأجيزت يـــوم الثلاثـــــاء الواقع في ٢٠١٩/٧/٩ من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية أسماؤهم :

الاســـــــــم	الصفـــــة	التوقيـــــع
أ.د. ريـــــاض العاسمي	عضواً مشرفاً	
أ.د. غســـــان المنصور	عضـــواً	
د. كارولييـــــن المحسن	عضـــواً	

تـــم إجـــراء التعديلات المطلوبة وأصـــبحت الرســـالة صـــالحة لمـــنح درجـــة الماجســـتير في الصـــحة النفســـية ـــ قسم الإرشاد النفسي .

جامعـــــة دمشـــق
كليـــة التربيـــة
قسم الإرشاد النفسي

فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في محافظة دمشق

بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية

إعداد الطالبة

هزار بسام أبو نبوت

إشراف

الأستاذ الدكتور رياض نايل العاسمي

الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

العام الدراسي 2019/2018

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع لوالديّ اللذين وفّرا لي كل الأجواء المريحة معنوياً، ومادياً، وعلمياً حيث ساعدني اختصاصهما باللغة الإنجليزية في أمور الترجمة من وإلى اللغة الإنجليزية مما اختصر لي كثيراً من الوقت.

وإلى كل من أخواتي والصديقات اللواتي وقفن إلى جانبي في هذا العمل المتقن مما زاد من ثقتي بأن التعاون في أي مجال لابد أن يطرح ثماره المرجوة.

الباحثة

هزار بسام أبونبوت

شكر وتقدير

أتقدم بالشكر الوفير للدكتور (**رياض العاسمي**) المشرف على هذه الرسالة لما قدمه لي من التوجيه العلمي والرعاية الأبوية التي كانت الحافز الإيجابي للوصول بهذه الرسالة للفائدة والأمل المنشود منها.

ولا يسعني إلا أن أشكر فريق لجنة الحكم على الأفكار، والمعلومات المفيدة، والآراء التي بذلت لتظهر هذه الرسالة بحلتها الجميلة وفائدتها العميمة.

وكل الشكر للأستاذ (حسين الهنداوي) الذي تكرم بتدقيق هذا البحث لغوياً ونحوياً.

وفي الختام أشكر إدارة مدرسة الشهيد (فايز منصور) على تعاونهم الجميل، ومساعدتهم لي في الوصول بهذه الرسالة إلى هذا المستوى المطلوب.

فهرس المحتويات

الموضوعات	رقم الصفحة
الإهداء	أ
شكر وتقدير	ب
فهرس المحتويات	ج – و
فهرس الجداول البيانية	ز – ح
فهرس الرسوم البيانية	ط
فهرس الملاحق	ي
الفصل الأول (التعريف بالدراسة)	1-18
مقدمة	2
أولاً: مشكلة الدراسة	6
ثانياً: أهمية الدراسة	10
ثالثاً: أهداف الدراسة	12
رابعاً: فرضيات الدراسة	12
خامساً: حدود الدراسة	13
سادساً: مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية	13
الفصل الثاني (الإطار النظري للدراسة)	19-65
مقدمة	20
أولاً : المراهقة ومكوناتها الانفعالية في ظل الظروف الصادمة	20
ثانياً: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	22
مقدمة	22

تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	24
أعراض وتشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	25
العوامل المؤثرة في ظهور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	28
المراحل التي يمرُّ فيها المصاب باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	30
النظريات المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:	31
1. معالجة الإنباءات (المنبهات)	31
2. النظرية النفسية – الدينامية	31
3. النظرية السلوكية	32
4. النظرية المعرفية	33
الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:	33
ثالثاً: العلاج ما وراء المعرفي	34
مقدمة	34
المبادئ الأساسية لنظرية ما وراء المعرفة	35
طبيعة نظرية ما وراء المعرفة	35
أبعاد ما وراء المعرفة	38
تفسير نموذج ما وراء المعرفة للاضطراب النفسي (متلازمة الانتباه المعرفي)	38
المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية	41
المهارات الأساسية للعلاج ما وراء المعرفي	43
فنيات العلاج ما وراء المعرفي	51
1. فنيات تدريب الانتباه Attention Training Techniques (ATT)	51
2. إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين (SAR)	54
3. فنية الذهن المنفصل (DM)	55

الأدلة القائمة على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي	61
خلاصة، وتعقيب	64
الفصل الثالث (الدراسات السابقة)	75-66
الفصل الرابع (إجراءات الدراسة)	98-76
أولاً- منهج الدراسة	77
ثانياً- عيّنة الدراسة	78
ثالثاً- أدوات الدراسة	80
1. مقياس ما وراء المعرفة (MCQ)	80
2. مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD-S)	88
3. مقياس القلق العام	90
4. البرنامج العلاجي	90
أ- مقدمة	90
ب- مبررات البرنامج والحاجة إليه	91
ت- أهداف البرنامج	92
ث- الأساس المنطقي للبرنامج	93
ج- الأسس التي يقوم عليها البرنامج	93
ح- المبادئ الأساسية للبرنامج	94
خ- الفنيَّات التي يتضمنها البرنامج	94
د- الملامح الرئيسة للبرنامج	97
ذ- تحكيم البرنامج	97
ر- التجربة الاستطلاعية للبرنامج	97

ز- الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج	98
خامساً- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	98
الفصل الخامس (نتائج الدراسة، وتفسيراتها)	99- 123
أولاً: نتائج فرضيات الدراسة	100
1-1- نتائج الفرضية الأولى، وتفسيرها.	100
1-2- نتائج الفرضية الثانية، وتفسيرها.	101
1-3- نتائج الفرضية الثالثة، وتفسيرها.	103
1-4- نتائج الفرضية الرابعة، وتفسيرها.	104
1-5- نتائج الفرضية الخامسة، وتفسيرها.	105
1-6- نتائج الفرضية السادسة، وتفسيرها.	106
1-7- نتائج الفرضية السابعة، وتفسيرها.	108
1-8- نتائج الفرضية الثامنة، وتفسيرها.	109
1-8- نتائج الفرضية التاسعة، وتفسيرها.	111
ثانياً: تفسير النتائج:	116
أ. تفسير النتائج المتعلقة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	116
ب. تفسير النتائج المتعلقة بمقياس ما وراء المعرفة	118
ثالثاً: مقترحات الدراسة الحالية	123
ملخص الدراسة باللغة العربية	124
قائمة المراجع	130
الملاحق	138
ملخص الدراسة باللغة الإنكليزية	161

فهرس الجداول البيانية

الجدول	المحتوى	رقم الصفحة
1	تكافؤ المجموعتين في ما وراء المعرفة.	79
2	تكافؤ المجموعتين في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	80
3	أبعاد مقياس ما وراء المعرفة، وبنوده.	81
4	التحليل العاملي قبل التدوير.	82
5	التحليل العاملي بعد التدوير.	83
6	معامل الارتباط بين كل مفردة لمقياس ما وراء المعرفة، والدرجة الكلية للبعد.	84
7	معامل الارتباط بين درجة كل بعد، والدرجة الكلية لمقياس ما وراء المعرفة.	85
8	الصدق التمييزي لمقياس ما وراء المعرفة، وأبعاده.	85
9	العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس ما وراء المعرفة، والمقياس المحكي.	87
10	معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس ما وراء المعرفة، وأبعاده الفرعية.	87
11	معاملات ألفا كرونباخ لمقياس ما وراء المعرفة، وأبعاده الفرعية.	88
12	معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	89
13	الصدق التمييزي لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	89
14	الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	100
15	الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة.	101
16	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	103
17	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة	104

	الضابطة في القياس البعدي على مقياس ما وراء المعرفة.	
18	الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	105
19	الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة.	107
20	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	108
21	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجل على مقياس ما وراء المعرفة.	109
22	جدول تحديد حجم الأثر بالنسبة لقيم d .	111
23	بيان حجم الأثر للبرنامج الإرشادي للعينة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	111
24	بيان حجم الأثر للبرنامج الإرشادي للعينة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة.	111
25	فروق التحسن لدى كل فرد من أفراد العينة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	112
26	فروق التحسن لدى كل فرد من أفراد العينة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة.	114

فهرس الرسوم البيانية

الشكل	المحتوى	رقم الصفحة
1	التحليل العاملي لبنود مقياس ما وراء المعرفة.	83
2	الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب مابعد الصدمة.	101
3	الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة.	102
4	الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	103
5	الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس ما وراء المعرفة.	105
6	الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب مابعد الصدمة.	106
7	الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة.	108
8	الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس المؤجل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	109
9	الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس المؤجل على مقياس ما وراء المعرفة.	110
10	مستوى التحسن في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية.	113
11	مستوى التحسن في ما وراء المعرفة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة.	115

فهرس الملاحق

الملحق	المحتوى	رقم الصفحة
1	أسماء السادة المحكمين	139
2	مقياس ما وراء المعرفة	140
3	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	142
4	مقياس القلق العام	144
5	استبيان ما وراء المعرفة للأطفال والمراهقين	145
6	جلسات البرنامج الإرشادي	147

الفصل الأول

التعريف بموضوع الدراسة

مقدمة

أولاً: مشكلة الدراسة، ومبرراتها.

ثانياً: أهمية الدراسة.

ثالثاً: أهداف الدراسة.

رابعاً: فرضيات الدراسة.

خامساً: حدود الدراسة.

سادساً: مصطلحات الدراسة، والتعريفات الإجرائية.

الفصل الأول

التعريف بموضوع الدراسة

مقدمة:

يعيش الإنسان منذ ولادته، وحتى وفاته في بيئة، ومجتمع يؤثر ويتأثر به، فقد يتأثر الإنسان بأي حدث يواجهه؛ وقد تؤدي هذه الأحداث لمشاكلَ، واضطراباتٍ لدى الأشخاص، ولا يتعرض جميع الأشخاص الذين يتعرضون لصدمة أو كارثة للإصابة في الاضطراب، إذْ أن هناك عوامل معينة تساعد على ظهور الاضطراب بما في ذلك طبيعة الصدمة، وطبيعة الشخصية، واستعدادها المرضي، ودور البيئة، وسن الضحية (يعقوب، 1999، 39).

فمنذ أن خُلِقَ الإنسان وهو يبدأ بصراع الطبيعة؛ فمرة ينتصر عليها، ويكيّفها لأجله وأخرى يتكيَّف لأجلها، وهذا يعني انتصار الطبيعة بجبروتها، وأحداثها، وكوارثها: كالزلازل، والفيضانات، والبراكين، وكذلك الحروب بما فيها من قتل، وتدمير، وتفجير، وتعذيب، وسواء تعرض الشخص لهذه الصدمات بنفسه، أم شاهد شخصاً آخر يتعرض لها. كل ذلك يترك آثاراً نفسية لاتزول بزوال مسبباتها، بل تظل كامنة لتتراكم فيما بعد، ولتتخذَ أشكالاً متعددة من الانفعالات غير السارّة كالقلق، والاكتئاب (عبد حسين، 2013، 40).

ويلعب عُمر الشخص المتعرض لهذه الحوادث دوراً هاماً في مدى تأثيرها عليه، وقدرته على التكيف، والتعامل معها، فالشخص في مرحلة المراهقة قد يكون من أكثر الأشخاص تأثراً بهذه الحوادث، والضغوطات التي يتعرض لها، حيث أنه من المعلوم، والملاحظ أن فترة المراهقة تكثر فيها اضطرابات النمو حتى في حالات السلم مما يجعل المراهقين يعانون كثيراً من المشاكل النفسية، والاجتماعية، والسلوكية أثناء فترة النمو، من جراء بعض الظروف والتغيرات الداخلية الطارئة التي تحدث وقت الهدوء، فما بالنا بالمراهقين الذين تعرضوا لويلات الحروب، وصدماتها، وتأثيراتها السلبية على الصعيد النفسي، والعقلي بصورة مجهدة بحيث تجعل آثار الإجهاد النفسي تظهر على المراهقين بوجه خاص، ولفترات طويلة من العمر علماً بأن تجارب الحروب التي عايشها المراهقون هي تجارب مجهدة صادمة نفسية؛ فالأحداث الصدمية تشكل خطورة تهدد الشخصية، والسلوك السوي للأفراد، وتجعل منهم عبئاً على أنفسهم، والمجتمع (عواجة، 2016، 2).

ولعل الاضطراب الأبرز الذي يعاني منه الناجون من التعذيب، وأهوال الحروب، وأعمال العنف، والإرهاب، والكوارث يُعرفُ باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أو اضطراب ما بعد الصدمة Post–

Traumatic Stress Disorder(PTSD)، وهو اضطراب له مواصفاته، وأعراضه المميزة، وقد تم تصنيفه كفئة مرضية عام 1980 (جمعية الطب النفسي الأمريكية) للدلالة على اضطراب نفسي يتلو حدوث الصدمة (العمار، 2010، 3).

إن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد يكون حاداً أي أنه يستمر لفترة محدودة؛ وقد يطول ويصبح مزمناً، ومن الملاحظ أن علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ليس بالأمر اليسير كما أن نسبة الشفاء منه ليست مرتفعة (يعقوب، 1999، 39). فقد يعاني العديد من الأطفال والمراهقين من أحداث مؤلمة مع إمكانية التأثير على حياتهم بشكل كبير. حوالي (16%) من الشباب الذين يتعرضون لحدث صدمة يصابون باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Alisic et al.2014). يظهر التحليل التلوي Meta-Analysis الأخير أن معدل انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يقل بنسبة (50%) تقريباً على مدار الستة أشهر الأولى بعد حدوث الصدمة، في حين لا توجد أدلة تذكر على حدوث مزيد من التغيير في الانتشار أو شدة الأعراض بعد ستة أشهر. هذا يشير إلى أنه من غير المرجح أن يفقد الطفل أو المراهق تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة دون تدخل بعد هذه النقطة (Hiller et al,2016). في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة، DSM-IV-TR ؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA,2000)، ذكر اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على أنه مجموعة من أعراض إعادة التجربة التدخلية وتجنب الانتشار وانتشار فرط الحركة في أعقاب من حدث صدمة واحد على الأقل.

وقد استُخدِمت كثير من أنواع العلاج لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: كالتعرض الوهمي لفترات طويلة للذكريات الصادمة، وإعادة الهيكلة المعرفية للمعتقدات الناتجة عن تجارب الصدمة، وقد أظهرت التحليلات البعدية أن هناك نسبة من المرضى تتحسن مع العلاجات المذكورة؛ إلا أن هناك نسبة كبيرة تفشل في الاستجابة لهذا العلاج أو تشير إلى تحسن جزئي(Vakili ,2006,169). وواحدة من القيود لهذا النوع من العلاج القائم على التعرض هو أنه يمكن أن يكون غير مريح للمريض. كما أن النماذج المعرفية السابقة من اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة تركز على دور التقييم المعرفي، ووضع أهمية على تحدي محتوى الاعتقادات غير العقلانية، والتفكير المختل من أجل تحقيق تخفيف الأعراض. حتى وقت قريب، تم تجاهل المعتقدات التي يمتلكها الناس بشأن أفكارهم من قبل الباحثين. وتم اقتراح نموذج ما وراء المعرفي Meta-cognitive model، الذي وضعه أدريان ويلز Wells في جامعة مانشستر، (بدلاً من المعرفية التقليدية) في كتابه عام 1997، ولكن هنا يتمُّ استكشاف إمكانات ما وراء المعرفة بشكل كامل، والتطبيق ليس فقط على اضطرابات القلق القائم (اضطراب القلق المعمم General anxiety disorder(GAD)، اضطراب ضغوط

ما بعد الصدمة Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)، اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder(OCD) ولكن أيضا للاكتئاب الرئيسي. يبدأ ويلز من خلال شرح النظرية، وطبيعة العلاج ما وراء المعرفي، ويقدم وصفاً استثنائياً واضحاً للبنيات الرئيسة الخاصة بها بطريقة متخصصة، ففي علاج ما وراء المعرفيMeta-Cognitive Therapy (MCT) تمثل المعتقدات ما وراء المعرفية مفتاح التأثير على طريقة استجابة الأفراد للأفكار السلبية، والمعتقدات، والأعراض، والعواطف. وتعتبر القوة الدافعة وراء نمط التفكير الخاطئ الذي يؤدي إلى فترة طويلة من المعاناة النفسية. تم إعادة صياغة نموذج أليس Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A-B-C) إلى (A-M-C). حيث تعد الفكرة الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (أن الاضطرابات تنبع من التفكير غير المنطقي)، فتشير (A) في نموذج أليس إلى المثير الخارجي، أو الحدث الذي يستجيب له الفرد، و(B) تمثل الأفكار أو المعتقدات أو التعبير اللفظي الذي يظهره الفرد في استجابته ل (A)، (C) تشير إلى النتائج، أو العواقب التي يمكن أن تكون انفعالية، أو سلوكية ناتجة عن (A) كالغضب، أو الشك، أو القلق أوعدم الثقة. بينما الفكرة الأساسية في العلاج ما وراء المعرفي هي التركيز على العمليات المعرفية، لا على محتوى الأفكار اللاعقلانية كما في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لأليس Ellis والأفكار السلبية كما في العلاج المعرفي لبيك Beck، فيعيد العلاج ما وراء المعرفي صياغة نموذج أليس إلى نموذج تشير فيه (A) إلى التنشيط الداخلي للخبرات الداخلية للأفكار، والمعتقدات السلبية، ويدل (M) على المعتقدات ما وراء المعرفية، وتشير (C) إلى النتائج، أو العواقب التي يمكن أن تكون انفعالية، أو سلوكية (حنور،2016، 268).

إن العلاج المعرفي الكلاسيكي (الموجة الثانية) يتميّز بتركيزه على معالجة المعلومات، في حين تتميّز الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية بموضوعات جديدة للعلاج السلوكي، مثل: ما وراء المعرفة، الاندماج المعرفي، والانفعالات، والقبول، واليقظة العقلية، والقضايا الروحية، والعلاقة العلاجية، بالرغم من تضمنها أساليب، وتقنيات غير متجانسة، لكنها ترتكز قواسمها المشتركة على محتوى التدخلات المعرفية، واستخدام النماذج الجديدة بغية سد العجز في المهارات المعرفية اللازمة للحفاظ على آليات معالجة اضطرابات معينة (العاسمي، 2018، 126).

ويولي ويلز Willsعناية خاصة لشرح الاختلافات بين العلاج المعرفي الأساسي Cognitive therapy، والعلاج ما وراء المعرفيMeta-Cognitive, therapy ؛ فالعلاج المعرفي يعالج محتوى الإدراك، في حين أنَّ العلاج ما وراء المعرفي يتناول العمليات التي تحافظ على هذه الإدراكات، في نظرية ما وراء المعرفة نمط الاستجابة التي تخلق الضغوط ، أو الإجهاد هو متلازمة الانتباه المعرفي(CAS) Cognitive

Attentional Syndrome والتي تتألف من القلق، والاجترار، وتركيز الانتباه، والاستراتيجيات التنظيمية الذاتية، أو سلوكيات التكيُّف غير المفيدة. ويُعتقد أنَّ نوعين من المعتقدات ما وراء المعرفية تحافظ على متلازمة الانتباه المعرفي، المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية. وتتعلق المعتقدات الإيجابية بفائدة القلق، والاجترار، ورصد التهديد أو استراتيجيات أخرى مماثلة (على سبيل المثال، التركيز على الخطر سيجعلني آمناً).

وتتعلق المعتقدات السلبية بعدم القدرة على السيطرة على الأفكار، والخطر، والأهمية، والمعنى لها (على سبيل المثال "التفكير في شيء يجعله صحيحاً" (Wells,2010,1). وبدءاً من عام(2000) طُبّقَ العلاج ما وراء المعرفي على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وقد وضعت الفرضيات الآتية لنشأة ومعالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: أعراض شديدة مثل القلق، التجنب، اضطراب النوم، وما إلى ذلك، وتكون طبيعية في الأيام الأولى بعد وقوع الحادث الصادم، ولكن عادة ما تهدأ بعد ذلك. ويطور الدماغ طرقاً للدفاع عن نفسه من الصدمات المتجددة (عملية التكيف الانعكاسية). وتشمل هذه العمليات في المقام الأول العمليات التلقائية، والضمنية. ويعتمد مدى نجاح عملية التكيف على الطريقة التي يفكر بها المرء، ومحاولات المرء للتغلب عليها، وكيفية تقييمها. العمليات التالية، وتقييمها (ما وراء المعرفي) ذات أهمية خاصة، الاجترار، والقلق؛ فالأشخاص الذين يعانون من الصدمة يطيلون التفكير حول لماذا يحدث هذا لهم، والقلق من شيء مماثل يمكن أن يحدث مرة أخرى. وتستمر هذه العمليات من خلال التقييمات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية. المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية تشير إلى الأسباب التي تجعل المرضى يعتبرون بعض عمليات التفكير مفيدة. وغالباً ما يكون هناك ما يبرر الاجترار من خلال ما وراء المعرفة مثل "أنا بحاجة إلى فهم لماذا كان يمكن أن يحدث لي". القلق، من خلال ما وراء المعرفة مثل "يجب أن أفكر فيما ما يمكن أن يحدث، لذلك أنا سوف أكون مستعداً في حالة الطوارئ". المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية تتعلق عموماً بخطر عمليات التفكير هذه (على سبيل المثال، "قلقي يقودني للجنون")، و (الظاهر) أنه لا يمكن السيطرة عليها: "لا أستطيع التوقف عن الاجترار، والتفكير حول هذا الموضوع." إضافة إلى ذلك فرط الحساسية، والتهيج: حيث يعاني كثير من الأشخاص المصابين بصدمات نفسية من مخاطر محتملة، أو مشتبه فيها؛ وبالتالي فإن ضحايا الحادث يركزون على السيارات التي تسير بسرعة كبيرة. وإنّ ضحايا العنف ينظرون إلى ما إذا كان الجاني في مكان قريب، وما إلى ذلك. ويقومون بذلك من أجل التعرف إلى المخاطر بسرعة أكبر، والقدرة في الوصول إلى السلامة (التعرف الإيجابي). ومع ذلك فإن "استراتيجية السلامة" هذه، تقود المرضى إلى حالة ثابتة من التنبه والشك. على تجنب المثيرات الخارجية المرتبطة بالصدمة (الأماكن،

والناس، والاتصال، وما إلى ذلك)، و يستخدم أيضاً كاستراتيجية سلامة مختلة. كما يسعى هؤلاء إلى قمع الذكريات الصادمة (على سبيل المثال: عن طريق الإلهاء). ومع ذلك، فإن قمع الأفكار الدخيلة لا ينجح عموماً، ومن المفارقات أنه يؤدي إلى عمليات اقحام تفرض نفسها بشكل أكثر كثافة. وفشل هذه الاستراتيجية غالباً ما يُفسَّرُ من قبل المرضى على أنه فشل شخصي، وهي تستجيب بجهود إضافية لقمع أفكارهم. والاستخدام غير المرن لهذه العمليات المعرفية، والانتباهية المختلة خاصة يسهم في جعل الأعراض التي كانت في البداية طبيعية، مزمنة وبالتالي لتشكيل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Simons,2010,88).

وبذلك، يكون جوهر هذه المشكلة بالذات، وفقاً لنهج ما وراء المعرفي، هو "متلازمة الانتباه المعرفي" ، فقد كان من الضروري في العلاج ما وراء المعرفي أن تتم مساعدة المرضى على تطوير طرق جديدة للسيطرة على انتباههم، وطرق جديدة للتفاعل مع الأفكار، والمعتقدات السلبية المتعلقة بكل حالة من أجل تلافي الوقوع في متلازمة الانتباه المعرفي، إضافة إلى تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية التي تؤدي إلى أنماط التفكير غير المفيدة بشكل عام.

أولاً: مشكلة الدراسة ومبرراتها :

يتعرض المراهقون في حياتهم للكثير من الأزمات، والصدمات خاصةً أنّ مرحلة المراهقة لايمكن تجنب أزماتها، لأنها تجعل الفرد يمر في فترة عاصفة مضطربة تؤثر في سلوكه، وينتج عنها اضطرابات نفسية حادة، فكيف الحال لدى المراهق الذي يعيش وسط بيئة مضطربة تسودها كل مظاهر الإرهاب، والقتل، والعنف، والتفجيرات وكل ما يشاهده المراهق بشكل شبه يومي على شاشات الفضائيات كلها تترك آثاراً عميقة على الأفراد، والأسر، والمجتمع؛ وبالتالي ينتج عنها الاضطرابات النفسية، ومنها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي قد يتعدى تأثيره ليصل إلى مجال علاقاتهم الاجتماعية، والشخصية، بالإضافة إلى أدائهم الأكاديمي، مما يفقدهم توازنهم النفسي (عبد حسين، 2013، 40). لذلك كان لابد من الاهتمام بمعالجة، أو تخفيف أعراض هذا الاضطراب. وقد ظهرت كثير من النهج مثل السلوكية والتحليل النفسي والسلوكي المعرفي التي سعت لمعالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إلا أنه في هذه الدراسة سيتم الاعتماد على نهج جديد لعلاج الاضطرابات النفسية. وضعه أدريان ويلزWells وهو العلاج ما وراء المعرفي، ويمكن اعتباره امتداداً للنماذج المعرفية السابقة، إلا أنه لا يعتمد على التعرض للذكريات، ومناقشة الصدمة بشكل مفصل، أو محاولة تغيير للأفكار عن الصدمة، إنما يعمل المعالج مع المريض لتغيير أسلوبه في الاستجابة للذكريات التي تحدث تلقائياً، والأفكار، والأعراض، بل إن هذا النموذج ما وراء المعرفي يقترح أن المحافظة على جميع الأمراض النفسية يرتبط بأسلوب التفكير المثابر الذي يسمى متلازمة الانتباه المعرفي (CAS)

التي تتكون من أشكال مختلفة من التفكير المتكرر، مثل القلق، والاجترار، ورصد التهديد، فضلاً عن السلوك غير المفيد، والسلوك التنظيمي الذاتي، مثل تجنب وقمع الفكر. هذه الممارسات تزيد من التفكير، والسلوك الخاطئ، وتقلل مرونة الانتباه التي تؤدي بالشخص؛ لأن تقل سيطرته على الأفكار السلبية والانفعالات.

نتيجة لذلك، فإنّ في العلاج ما وراء المعرفي يتم تحديد متلازمة الانتباه المعرفي في صياغة حالة غير اعتيادية، ومعالجتها من خلال تحديد، وتحدي المعتقدات ما وراء المعرفية غير الملائمة. وتشمل التقنيات العلاجية، على سبيل المثال، تدريب الانتباه، واليقظة العقلية المنفصلة، والتجارب السلوكية التي تستهدف التعرف إلى المعاني (Normann et al, 2014, 402).

وقد ذكر ويلز wells أن العلاج ما وراء المعرفي هو العلاج العام الذي يمكن تطبيقه من حيث المبدأ على مجموعة واسعة، وربما على جميع الاضطرابات النفسية، حيث أن هناك مجموعات من الباحثين قاموا باختبار العلاج على اضطرابات القلق، والاكتئاب، والذهان، واضطرابات الأكل، والإدمان، والشخصية الحدية، والعواقب النفسية للمشاكل الصحية البدنية. وقد تم الاتجاه للبدء في استخدام نماذجَ محددةٍ للاضطراب التي تجمع طبيعة، وآثار متلازمة الانتباه المعرفي، وما وراء المعرفة في كل اضطراب. ومع ذلك، فمن الممكن أيضاً للصياغة على مستوى أكثر عموميةً استخدامُ النسخة التشخيصية من النموذج. ويمكن أن يكون ذلك نقطة انطلاق مفيدة في تطوير أشكال أكثر تحديداً من التدخل (Caselli,2012).

وقد صمم ويلز أربعة نماذج في العلاج ما وراء المعرفي، وهي القلق العام ، والاكتئاب، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقد تم تأكيد فعالية العلاج ما وراء المعرفي من خلال دراسات مختلفة عن الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال: أجرى بهرامي Bahrami استطلاعاً للتحقيق في فعالية العلاج العاطفي–الماوراء المعرفي مع الأدوية مقارنة لأساليب موحدة للحد من أعراض الهوس الاكتئابي عند المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ثنائي القطب، وأظهرت النتائج أن العلاج ما وراء المعرفي يسبب تقليل أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. علاوة على ذلك، بحثت بكتافار Bakhtavar في فعالية العلاج ما وراء المعرفي للحد من أعراض اضطراب ضغوطما بعد الصدمة بين المصابين في الحرب في إيران والعراق، وكان لهذا التدخل دور كبير في الحد من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Zafarizadeh et al,2014, 35). كذلك دراسة سيمونز وكرساوي (Simons& Kursawe,2019) التي تناولت العلاج ما وراء المعرفي في معالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المراهقين والتي أثبتت فاعليتها في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. كما قام ويلز وكولبير Wells & Colbearبتقييم العلاج ما وراء المعرفي في علاج مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأظهرت

نتائجهم أن العلاج ما وراء المعرفي بالمقارنة مع المجموعة الضابطة أدت إلى انخفاض في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق. وقام ويلز وسيمبي (Wells, Sembi. 2004) بدراسة هدفت إلى استخدام العلاج القائم على ما وراء المعرفة لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، على عينة من (6) مرضى يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقد أجروا تقييم للمتابعة بعد (3 إلى 6) أشهر من العلاج، وبأقصى مدى بلغ (18–41) شهراً، وفي كل الحالات كان العلاج يرتبط بانخفاض كبير في ضغوط ما بعد للصدمة، والقلق، وأعراض الاكتئاب.

وفي دراسة قام بها ياغوب فاكيلي و فاتا (Vakili& Fata,2006) لإثبات فاعلية العلاج ما وراء المعرفي على مريض يبلغ من العمر(18) عاماً يعاني من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مستخدمين مقياس أثر الحدث المعدل Impact Event Scale–Revised (IES–R)، ومقياس بيك للاكتئاب (BDI–II)، ومقياس بيك للقلق (BAI)، والوحدات الذاتية لمقياس الصدمة Subjective Units Distress Scale (SUDs)، أدى العلاج إلى انخفاض في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب، والكرب. وتمت المحافظة على هذه النتائج عند المتابعة. وفي دراسة ل (Zafarizadeh et al,2014) هدفت إلى تقييم تأثير العلاج ما وراء المعرفي على الحد من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الناجين من حادث مدينة شهر–كورد، على عينة شملت كل من المجموعات التجريبية والضابطة 15 شخصاً، وأظهرت النتائج أن العلاج ما وراء المعرفي أدى إلى انخفاض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، وجلسات المتابعة لمدة شهرين . كما أظهر العلاج ما وراء المعرفي تفوُّقه على كثير من الأساليب العلاجية الأخرى وعلى عدد من الاضطرابات النفسية. ففي دراسة قام بها سيمونز وآخرون (Simons et al ,2006) قارن فيها بين العلاج ما وراء المعرفي MCT، والعلاج بالتعرُّض ومنع الاستجابةExposure and Response Prevention(ERP) لاضطراب الوسواس القهري عند الأطفال والمراهقين على عيّنة من (20) مريضاً بالوسواس القهري من الأطفال والمراهقين، حيث أسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ في مجموعة العلاج MCT مقارنة بالعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة ERP، واستمر التحسن خلال فترة المتابعة التي بلغت (3) و(12) شهر(حنور،2016، 250). ودراسة كامران وشريفي،(Kamran,Sharifi. 2014) التي هدفت إلى التحقق من فعالية العلاج ما وراء المعرفي لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي. حيث تم اختيار 30 شخصاً من المرضى في مستشفى الجيش، تضمنت أدوات الدراسة العلاج ما وراء المعرفي، مقياس بيك للاكتئاب (BDI–II) واستبيان ما وراء المعرفة (MCQ–30). وأظهرت النتائج أنَّ العلاج ما وراء المعرفي يقلل من الأعراض العاطفية

(الحزن، والإحباط، والذنب، والكره الذاتي...)؛ والأعراض المعرفية (التشاؤم، وتوقع الفشل، والشعور بالعقاب)؛ والأعراض الجسدية (الإعاقة، والتغير في أنماط النوم، والتعب)؛ والمعتقدات ما وراء المعرفية.

ووجدت تجربة حديثة للتحكم العشوائي للمرضى الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم أن العلاج ما وراء المعرفي خفَّض على نحو ملحوظ الأعراض مقارنة مع الحساسية المفرطة للشك بالعلاج، ومجموعة العلاج المؤجل، لدرجة أن 91٪ من المرضى في مجموعة العلاج ما وراء المعرفي لم تعد تستوفي معايير التشخيص للاضطراب لقياسات النتائج المختلفة (Goodman,2014,2). كما توصلت دراسة صديقي، وآخرون (Sadeghi et al,2015)، إلى فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق، حيث كان له نتائج ذات دلالة إحصائية أفضل مقارنة مع مجموعات ضابطة في اضطراب القلق المعمَّم (على حد سواء بعد العلاج مباشرة، وبعد 12 شهراً من نتائج العلاج)، وبذلك نرى أن العلاج ما وراء المعرفي في جميع الدراسات كان له تأثير ذو دلالة إحصائية على المجالات المختلفة في اضطرابات القلق المختلفة بما في ذلك القلق المعمم، والوسواس القهري، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والمخاوف النوعية و المخاوف الاجتماعية، واضطراب الهلع. وأظهرت جميع الدراسات نتائج أفضل لفاعلية العلاج ما وراء المعرفي بالمقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى؛ أو بالمقارنة مع المجموعات الضابطة في دراسات أخرى.

وانطلاقاً من أن المراهقين يعيشون مرحلة مختلفة من حياتهم يعمها الكثير من التغيرات الجسدية، والنفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى ما تعرضوا له في فترة الحرب من آثار سلبية قد يكون لها دور كبير في ظهور الاضطرابات النفسية، حيث أن أكثر الاضطرابات شيوعاً في فترة الحروب، والأزمات، هي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، وأكدت دراسة نونير، وآخرون (Nooner, et al.2012) أن الدراسات التي نُشرت عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في فترة المراهقة، تشير إلى أن المراهقين عرضة لخطر الصدمات أكثر من البالغين والأطفال، وكثيراً ما يرتبط هذا الاضطراب مع الانتحار، وتعاطي المخدرات، والمشاكل الأكاديمية، ومستوى الصحة الجسدية في هذه المرحلة العمرية.

بناءً على ذلك، عمدت الباحثة إلى اختبار فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في مدينة دمشق من خلال الاعتماد على نموذج ويلز Wellsفي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ويمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الآتي:

ما فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له لدى عينة من المراهقين في دمشق؟

ثانياً : أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة في تناولها لمنهج علاجي جديد لعلاج الاضطرابات النفسية وهو العلاج ما وراء المعرفي، واستراتيجيته، وفنياته، وكذلك أهمية اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ وخاصة في ظل الظروف التي تمت معايشتها لدى جميع الأفراد من حروب، وأزمات؛ ولأن فئة المراهقين من الفئات الأكثر عرضة لهذا الاضطراب حيث ظهر أنّ له تأثير كبير عليهم قد يشمل العديد من الجوانب في حياة المراهق، وباعتبار المراهقين فئة هامة في المجتمع لما لديهم من طاقات، وإمكانات، فلا بد من التركيز عليهم حتى ينموا النمو السليم الخالي من الاضطرابات، والمشاكل النفسية. ومن الأهمية بمكان يستند النموذج وراء المعرفي لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) كما يشير ويلز (Wells,2000) إلى مبدأ أن معظم الناس لديهم القدرة المضمنة على التكيف بعد الصدمة وعدم الاستمرار في تطوير مشاكل طويلة. ومع ذلك، فإن تنشيط متلازمة الانتباه المعرفي Cognitive Attention Syndrome (CAS) في أعقاب الضغوط يزيد من احتمال استمرار الأعراض. قد يكون الأمر كذلك أن بعض التدخلات التي يتم تقديمها بعد فترة وجيزة من التعرض للأحداث الصادمة تزيد من المعالجة المفاهيمية وتؤدي إلى تعزيز عمليات تشبه CAS بشكل غير مقصود ، مما يزيد من احتمال استجابات الضغوط غير الطبيعية لدى بعض الأفراد. وتتضمن حالات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مجموعة واسعة من الصدمات بما في ذلك الاعتداء البدني والجنسي وحوادث المرور على الطرق والهجمات الإرهابية والتهديدات على الحياة والتعرض لج ا رئم أخرى .حتى الآن ، لم يتم تقييم هذا العلاج بشكل خاص في الضغوط في الأزمات القتالية أو في علاج الذكريات المتطفلة لإساءة معاملة الأطفال والمراهقين، ومن هنا تكمن أهمية الدراسة الحالية.

وتتلخص أهمية الدراسة في الآتي:

- أهمية المرحلة العمرية التي تتناولها الدراسة، وهي مرحلة المراهقة لكونها من الفئات التي لها أهمية في المجتمع ولأفرادها دور كبير بما يحملونه من طاقات، وإمكانات. لذلك، فإن المشكلات، والاضطرابات التي قد تعاني منها هذه الفئة تشكل خطراً على الفرد، والمجتمع وإنْ لم يوضع لها حل يقي المراهقين منها لن ينمو النمو الاجتماعي، والنفسي السليم.

- إلقاء الضوء على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من حيث مفهومه، وأعراضه، ومراحل تطوره، وطرق علاجه كونه من الاضطرابات الشائعة في الوقت الحاضر، وما قد يشكله من خطر على الفرد، والمجتمع.
- أهمية نموذج العلاج ما وراء المعرفي، من خلال ما أظهرت الكثير من الدراسات عن فعاليته لاضطرابات القلق (القلق المعمم، الوسواس القهري، ما بعد الصدمة)، وما نتج عنها من خفض أعراض هذه الاضطرابات والشفاء منها. مثل دراسات (Vakili & Fata,(2006 و Fisher & Wells, 2008 و Sadeghi et al (2015) و Wells,et al, (2008) ، وغيرها الكثير ممن أثبتوا أهمية هذا النموذج بأسلوبه الجديد في علاج الاضطرابات النفسية. مثل العلاج ما وراء المعرفي Metacognitive Therapy ، فالمعتقدات ماوراء المعرفية Metacognitive Beliefs تؤدي دوراً حاسماً في كيفية تعلم الناس وأن التدريب في مجال السيطرة على المعتقدات ما وراء المعرفية يمكن أن يؤدي إلى تعلم أكثر فعالية (Wells, 1995, 2000) ، حتى أصبح لتقنيات العلاج ما وراء المعرفي الآن دعماً تكدسه الأبحاث والدراسات، وما يزال الإبداع والتجديد مستمراً في هذا المجال. فقد أظهرت نتائج دراسة ويلز انخفاضات ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، والاكتئاب ، والقلق في post treatment في المجموعة MCT، ولكن ليس في المجموعة الضابطة. تم الحفاظ على التغييرات في المتابعة. وكان متوسط عدد الجلسات التي تم تقديمها (6.4. 80%) من المرضى (نية لعلاج) تلقي معايير الأهمية السريرية للشفاء على أساس IES. كان جيد التحمل العلاج مع واحد فقط (10 ٪) التسرب. تم العثور على التغييرات في استراتيجية السيطرة على الفكر المفترض أن تشارك في الحفاظ على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
- كما تبرز أهمية الدراسة من كونها أول دراسة في الجمهورية العربية السورية تناولت فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في محافظة دمشق.
- اختبار فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
- قد تسهم هذه الدراسة في توفير معلومات عن أسلوب علاجي جديد وهو العلاج ما وراء المعرفي في علاج الاضطرابات النفسية كالتي ذكرها ويلز ، وغيرها كذلك من الاضطرابات النفسية الأخرى.

ثالثاً : أهداف الدراسة :

سعت الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية :

1. التحقق من فاعلية العلاج ما وراء المعرفة لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة له لدى عينة من المراهقين في مدينة دمشق.
2. قياس مدى فاعلية البرنامج القائم على نموذج العلاج ما وراء المعرفة في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له لدى المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي.
3. قياس مدى فاعلية البرنامج القائم على نموذج العلاج ما وراء المعرفة في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له لدى المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجل.
4. التحقق من ثبات التَّحسُّن الذي أحدثه البرنامج لدى أفراد العينة التجريبية على المستوى الكمي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وبعد شهرين من انتهائه (القياس المؤجَّل).

رابعاً : فرضيات الدراسة :

1- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

2- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس ما وراء المعرفة.

3- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس البعدي.

4- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس ما وراء المعرفة في القياس البعدي.

5- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجَّل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

6- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجَّل على مقياس ما وراء المعرفة.

7- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجَّل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

8- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجَّل على مقياس ما وراء المعرفة.

9- يوجد تباين في درجة التحسن على المستوى الكمي لدى أفراد المجموعة التجريبية في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والمعتقدات ما وراء المعرفية في القياس البعدي.

خامساً : حدود الدراسة:

تشمل حدود الدراسة المحددات الآتية:

أ- **الحدود البشرية:** اقتصرت الدراسة على عدد من المراهقين من الذكور في بعض المدارس الثانوية في مدينة دمشق ، بلغ عددهم (40) بواقع (20) كعينة تجريبية، و(20) كعينة ضابطة، متوسط أعمارهم، 16 سنة.

ب- **الحدود الموضوعية:** تتمثل في استخدام المنهج شبه التجريبي، وبرنامج إرشادي وفق نموذج العلاج ما وراء المعرفي، ومقياسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وما وراء المعرفة وذلك للتعرف إلى أثر البرنامج في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في محافظة دمشق بالمقارنة مع مراهقي المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي)، وبعد المتابعة (القياس المؤجَّل)، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

ج- **الحدود المكانية:** ثانوية الشهيد فايز منصور للذكور في محافظة دمشق.

د- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة في الفترة الواقعة بين في العام 2018/10/7-2018/11/14.

سادساً : التعريف بمصطلحات الدراسة النظرية والإجرائية :

1- ما وراء المعرفة:

يعني مصطلح ما وراء المعرفة حرفياً "أعلى المعرفة العليا" ، ويستخدم للإشارة إلى المعرفة حول المعرفة، أو التفكير بشكل غير رسمي أكثر في التفكير. وعرف فلافل (Flavell ,1979, 906 – 911) ما وراء المعرفة كمعرفة حول المعرفة والتحكم في المعرفة. على سبيل المثال ، شخص ما يشارك في ما وراء المعرفة إذا لاحظ أنه يواجه صعوبة أكبر في تعلم A أكثر من B ، أو إذا ضربه أنه يجب عليه التحقق من C قبل قبولها كحقيقة.

وعرف سيكرو ما وراء المعرفة (Schraw, 1998). 26: 113–125) بأنها: "المعرفة حول المعرفة" ، "التفكير حول التفكير" ، ليصبح الفرد" واعياً بوعي الفرد" ومهارات التفكير العليا. يأتي المصطلح من كلمة Meta root ، بمعنى "وراء" ، أو "أعلى". ويمكن لما وراء المعرفة أن تتخذ أشكالاً عديدة. ويشمل معرفة متى

وكيف تستخدم استراتيجيات معينة للتعلم أو حل المشكلات. هناك عموماً مكونان من ما وراء المعرفة: معرفة حول الإدراك و التنظيم المعرفي أو الإدراكي.

وقدّم هاكر(Hacker ,1998, ,23) تعريفاً أكثر شمولاً لما وراء المعرفة، ويشمل" معرفة المرء بالعمليات المعرفية والانفعالية والحالات، وكذلك القدرة على الوعي وتعمد مراقبة وتنظيم هذه العمليات والحالات".

2- العلاج ما وراء المعرفي Metacognitive Therapy (MCT) هو:"علاج حديث" نفسي لعلاج الاضطرابات النفسية. تم إنشاؤه بواسطة أدريان ويلز(Wells ,2011) ، بناءً على نموذج معالجة المعلومات من قبل Wells and Matthews ،إنه مدعوم بأدلة علمية من عدد كبير من الدراسات (Georghiades, 2012, 365-383).

كما يُعرف بأنه علاج فعّال، يهدف إلى تعديل العمليات المعرفية غير الملائمة وتزويد الأفراد بطرق مرنة وبديلة تتعلق بالأحداث العقلية (Capobianco et al, 2016, 35) . كما أنه مفهوم متعدّد الأوجه. ويشتمل على المعرفة (المعتقدات)، والعمليات والاستراتيجيات التي تقيم، وترصد أو تسيطر على الإدراك. وتعتمد معظم الأنشطة المعرفية على عوامل ما وراء معرفية ترصدها وتراقبها. وعلاوة على ذلك، فإن المعلومات التي تخرج من الرصد ما وراء المعرفي غالباً ما تكون مشاعر ذاتية، والتي يمكن أن تؤثر على السلوك(Wells,2000,7).

ويُعرِّف "ويلز وفيشر" هذا اللون من العلاج أيضاً بأنه "العلاج الذي يستند على مبدأ أن القلق والاجترار هي العمليات الشاملة التي تؤدي إلى اضطراب انفعالي. وترتبط هذه العمليات والمعتقدات الخاطئة حول التفكير واستراتيجيات التنظيم الذاتي غير المفيدة "(Fisher&Wells,2009,146).

والبرنامج العلاجي ما وراء المعرفة حسب ويلز هو" العلاج محدود الوقت الذي عادة ما يحدث بين 8-12 جلسات. يستخدم المعالج مناقشات مع المريض لاكتشاف المعتقدات ما وراء المعرفية والخبرات والاستراتيجيات. ثم يقوم المعالج بمشاركة النموذج مع المريض، مشيراً إلى كيفية حدوث أعراض معينة والحفاظ عليها. العلاج ثم المضي قدماً في إدخال تقنيات مصممة خصيصاً لصعوبات المريض تهدف إلى تغيير كيفية اتصال المريض إلى الأفكار والتي تجلب التفكير الموسعة تحت السيطرة. تستخدم التجارب لتحدي المعتقدات ما وراء المعرفية واستراتيجيات مثل تقنية تدريب الانتباه واليقظة المنفصلة (هذه استراتيجية متميزة من أشكال أخرى مختلفة من "تقنيات اليقظة العقلية") ;Fergus, Wheless & Wright, 2014 (Wells, 2015).

وبناء على ذلك، تعرف الباحثة العلاج ما وراء المعرفي إجرائياً، بأنه: النموذج الذي استخدمه ويلز الذي يتكون من مجموعة من الفنيات القائمة على ما وراء المعرفة لتعزيز الوعي ما وراء المعرفي.

3- الصدمة trauma :

الأدب مشبع بتعاريف الصدمة. لطالما ظل اختصاصيو الرعاية الصحية يناقشون مسألة ما الذي تشكله الصدمة بالضبط : وبالتالي تطورت التعاريف كثيراً على مدى عدة سنوات. لأغراض هذه الدراسة ، سيكون التركيز في المقام الأول على تعريفات أكثر حداثة. وهذه تميل أيضاً إلى التأكيد على إدراك الفرد للصدمة وجعل الأحكام الدقيقة الخاصة التي كانت تُعطى ساقاً أقل اهتماماً.

يُعرف بيشي(Peichl ,2007b, 23) الصدمة: "بأنها حالة سامة، وهي مزيج من الشدة القلق والعجز المطلق وفقدان السيطرة ".

ويُعرف (Corsini ,2002, 1019) الصدمة بأنها" نتيجة لحدث مؤلم، جسدي أو نفسي ، مما تسبب على الفور الأضرار التي لحقت الجسم، أو صدمة للعقل. وتشمل الصدمات النفسية الصدمات الانفعالية التي لها تأثير دائم على الشخصية، مثل الرفض، والطلاق، والخبرات القتالية، والكوارث المدنية، والتمييز العنصري، أو الديني، واستمرارها نتيجة لمثل هذا الحدث إلى الجسم أو العقل أو كليهما".

ويُعرف العاسمي (69، 2018) الصدمة: بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيراتٍ في الشخصية أو مرضٍ عضوي إذا لم يتم التحكم فيه، والتعامل معه بسرعة، وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى ظهور المخاوف الشديدة كالشعور بالعجز، أو الرعب. وهي حدث خارجي فجائي غير متوقع يتسم بالحدة، ويفجّر الكيان الإنساني، ويهدد حياته، بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف معه".

4- اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) Post-Traumatic Stress Disorder

يصف الدليل التشخيصي، والإحصائي الرابع المعدّل DSM-IV-TR اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنه حالة من تطور جملة من أعراض الاضطراب بعد التعرض لمواقف الحياة الصادمة، ويعيش الشخص التجربة مرة ثانية مع الشعور بالخوف، والعجز، ويحاول تجنب كل ما يذكره بالحدث الصادم، ويجب أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر بعد وقوع الحدث ويجب أن تؤثر تأثيراً كبيراً على المجالات الهامة في الحياة، مثل الأسرة والعمل، ويمكن أن ينشأ هذا الاضطراب عن خبرات الحروب، والتعذيب، والكوارث الطبيعية، والاعتداء، والاغتصاب، والحوادث الخطيرة (العمار، 2010، 14).

واضطراب ضغوط بعد الصدمة وفق نموذج ويلز يعني ردود الفعل لعوامل مجهدة، إذ يحدث هذا الاضطراب عندما يواجه الأفراد حالاتٍ من التوتر العاطفي الشديد، وبعض الأحداث التي تتسبب في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: مواجهة، أو مشاهدة الحرب، سوء المعاملة، مشاهدة جريمة قتل، أو حادث، ....الخ. وتذكُّر عوامل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة سواء في العقل، أو البيئة يسبب توتراً عقلياً، وجسدياً شديداً. هذا الاضطراب العقلي يمكن أن يكون خطيراً بحيث أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يحاولون منع العديد من الأعراض التي تذكرهم بتلك الأحداث (Zafarizadeh et al,2014, 35).

5- اضطراب الصدمة عند المراهقين :

يعرفه كيستيلو وآخرون (Costello ,et al, 2002, 99 -112) بأنه الصدمة التي تحدث في أثناء الطفولة، أو المراهقة نتيجة لخبرة صادمة ناتجة عن سوء معاملة، أو مشاهد حالات قتل، أو أعمال قتالية، أو كوارث طبيعية، والتي يكون لها تأثير كبير على نمو المراهقين على المستوى النفسي، والعقلي، والاجتماعي، والجسمي، والأكاديمي".

وتعرف الباحثة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إجرائياً على النحو الآتي: الحدث الذي تعرض له المراهق، والذي يؤدي إلى حالات من التوتر العاطفي الشديد، مثل: مواجهة، أو مشاهدة الحرب، سوء المعاملة، مشاهدة جريمة قتل، أو حادث، وتسبب ثلاثة أعراض رئيسية تستمر لشهر على الأقل وهي: (أعراض التكرار، التجنب، وفرط الاستثارة)، ويتم الكشف عنها من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهقون على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وفق نموذج Wells.

6- البرنامج العلاجي: هو مجموعة من الإجراءات، والتدريبات المنظمة المستندة إلى أساليب علاجية. (معالي،2014، 145).

ويعرف **زهران** (1986) البرنامج الإرشادي بأنه: برنامج علمي مخطط، ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة، وغير المباشرة، فردياً أو جماعياً للمسترشدين داخل الأسرة، وخارجها، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية، والتوافق النفسي، والتربوي، والاجتماعي على نحو سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه، وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الإرشادي.

البرنامج الإرشادي هو: عبارة عن مجموعة الخبرات، والاستراتيجيات الإرشادية المباشرة، وغير المباشرة المخططة، والمنظمة على أسس علمية سليمة، تقدِّم بطريقة بنّاءة من قبل اختصاصيين في مجال الإرشاد، والعلاج النفسي للأفراد (المسترشدين، والمرضى) الذين يعانون من مشكلات نفسية، أو انفعالية، أو

اجتماعية، تطبق في مكان، وزمان محدد، بهدف مساعدتهم على التعرف إلى مشكلاتهم، وحاجاتهم، وتنمية إمكاناتهم، وقدراتهم إزاء ما يواجههم من صعوبات أو مشكلات، ومساعدتهم أيضاً على اتخاذ القرارات السليمة في حياتهم، من أجل تحقيق النمو السوي، والتوافق النفسي لهم في أثناء تفاعلهم مع مواقف الحياة الضاغطة على نحو بناء(العاسمي، 2011، 16).

وتعرف الباحثة البرنامج العلاجي القائم على العلاج ما وراء المعرفي في دراستها على النحو الآتي: البرنامج العلاجي القائم على نظرية العلاج ما وراء المعرفة الذي طوره ويلز ورفاقه، والذي يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات، والتقنيات القائمة على هذه النظرية: تقديم ما وراء المراقبة الذاتية، واستكشاف الرابط بين ما وراء المعرفة، والعواطف، والسلوك، وتغيير ما وراء المعرفة غير المفيدة إلى ما وراء المعرفة المفيدة، وإدخال التأمل/ وتأجيل القلق، وممارسة اليقظة العقلية المنفصلة، وممارسة التدريب على الانتباه. وأخيراً تنمية المعتقدات ما وراء المعرفية في الحد من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين من طلبة المرحلة الثانوية الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وخفض الأعراض المصاحبة لها، كالقلق العام، وتحسين المرونة النفسية لديهم لمواجهة الأحداث المؤلمة التي تحدث لهم في المستقبل، ويتم ذلك من خلال تطبيق البرنامج على أفراد العينة التجريبية الذي يتضمن محتواه عدداً من الجلسات العلاجية (12) جلسة، إضافة إلى جلسة تقييم مبدئي، وجلسة متابعة.

7- المراهقة: Adolescence

مصطلح المراهق مشتق من الكلمة اللاتينية "المراهقة" التي تعني "النمو في مرحلة النضج" أو "النمو"(7 – Steyn,2006, 2) على الرغم من وجود العديد من التعاريف لمصطلح "المراهقة" ، يشار إليها عموماً على أنها تلك المرحلة التنموية في دورة حياة الإنسان التي تقع بين الطفولة والبلوغ. وأصبحت الجهود المبذولة لربط العمر الزمني المحدد بهذه المرحلة صعبة بسبب الاختلافات الثقافية الكبرى. على الرغم من هذا ، فمنذ فترة طويلة؛ فإن فكرة المرحلة النمائية للمراهقة تبدأ من 12 إلى 18 سنة للإناث ومن 13 إلى 21 سنة للذكور (Gouws et al, 2000, 2)

وهي الفترة من الحياة بين سن البلوغ، و الوقت الذي يصل فيه الشباب إلى دور مستقر، ومستقل عن المجتمع (Blakemore & Robbins, 2012,1084-1091). كما أن المراهقة كما يشير داهل (Dahl, 2004) هي فترة من التطور السريع في الدوائر العصبية المشاركة في الدافع، والانفعال، والتفاعل الاجتماعي.

ووفقاً لذلك، غالباً ما ينظر إلى المراهقة المبكرة، والمتوسطة باعتبارها فترة عمرية تتراوح ما بين (12–14 و15–17) على التوالي، في حين تشمل المراهقة المتأخرة الفترة ما بين(18 وأوائل منتصف 20) سنة (Siegler, et al,2011).

وتعرف الباحثة عينة الدراسة من المراهقين، بأنهم الطلبة الدارسين في المرحلة الثانوية والذين تتراوح أعمارهم بين (15–17) سنة، ويعانون من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

مقدمة

أولاً : المراهقة.

ثانياً : اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ثالثاً : العلاج ما وراء المعرفي.

رابعاً : تلخيص و تعقيب.

الفصل الثاني
الإطار النظري للدراسة

مقدمة:

يتناول الفصل النظري للدراسة الحالية متغيرات الدراسة المتمثلة في الحديث عن عينة الدراسة، وهي مرحلة المراهقة، وخصائصها الانفعالية في ظل الأزمات، والصراعات المسلحة، وغيرها، وتأثيرها على التكوين النفسي، والاجتماعي، والانفعالي، ثم الحديث عن الصدمة، واضطراب الضغوط ما بعد الصدمة كونها متغير البحث الرئيس، ثم الحديث عن أساليب التدخل الإرشادي، والعلاجي للتخفيف من حدة أعراض ذلك الاضطراب؛ وذلك من خلال التركيز على نموذج من نماذج العلاج السلوكي المعرفي(الموجة الثالثة)، والذي كان له أثر فعال في مواجهة تلك المشكلات، والصدمات الناجمة عن الصراعات، والأزمات التي يعاني منها المراهقون في ظل الأزمة السورية.

أولاً : المراهقة ومكوناتها الانفعالية في ظل الظروف الصادمة:

تمثل المراهقة فترة حرجة في حياة الفرد، فهي ذات طبيعة بيولوجية، واجتماعية، بمعنى أنها تحتاج إلى تكيف من نوع جديد يختلف تماماً عمَّا كان الفرد قد تعود عليه من قبل، كما تتميز بدايتها بحدوث تغيرات عضوية عند الذكور، والإناث، وهي تبدأ عادة بنهاية مرحلة الطفولة، وتنتهي بانتهاء مرحلة الرشد.

الخصائص الانفعالية للمراهق :

تمتاز الفترة الأولى من مرحلة المراهقة بأنها فترة انفعالات عنيفة. إذ نجد المراهق في هذه السنوات يثور لأتفه الأسباب، شأنه في ذلك شأن الأطفال الصغار، وترجع هذه الظاهرة إلى النمو الجسمي السريع، والتغيرات المفاجئة التي تصحب البلوغ؛ بالإضافة إلى أنه إذا أثير، أو أغضب، لا يستطيع التحكم في المظاهر الخارجية لحالته الانفعالية، كما يتعرض بعض المراهقين لحالات من اليأس، والضغوط، والحزن، والآلام النفسية نتيجة ما يلاقونه من إحباط FRUSTRATION بسبب تقاليد المجتمع التي تحول بينهم، وبين تحقيق أمانيهم، وينشأ عن هذا الإحباط انفعالات متضاربة، وعواطف جامحة (فهمي ، 1974 ، 177).

كما تتميز الانفعالات في مرحلة المراهقة بالقوة، والشدة، بالرغم من أن الأنماط الانفعالية في سن المراهقة هي أنماط سن الطفولة نفسها ، إلا أنها تختلف عنها في نوع المنبهات، وفى صور التعبير التي تتخذه، فالمراهق يجد أن حصيلته من عادات في طفولته لم يعد كافياً لمواجهة المواقف الجديدة في مرحلة المراهقة، فيتعرض إلى توتر انفعالي قوي، كما أنه يجد صعوبة في تحقيق التكيف المطلوب، وهذا يقود إلى عدم الاتزان بين قوة الدافع الانفعالي، وبين النمو العقلي، والاجتماعي، فهو

يريد أن يشبع حاجاته ودوافعه على نحو يخالف ما تعارف عليه المجتمع، ومن الأنماط الانفعالية في فترة المراهقة: (الغضب، الخوف، القلق، الغيرة، الحسد، الحقد، الحب....)، وغيرها (حواشين و حواشين ، 1996 ، 29).

يواجه العديد من الأشخاص أحداثاً مؤلمة في حياتهم ، بما في ذلك الأطفال، والشباب. ويقدر بعض الباحثين أن ما يصل إلى 40٪ من الأطفال، والمراهقين سيختبرون حدثاً (صدمة واحدة على الأقل في حياتهم). في حين أن معظم الناس قادرون على "الارتداد" من هذا الحدث بعد بضعة أيام، أو أسابيع، أو أشهر، فإن الآخرين يكافحون من أجل مواجهة تجربة، وذاكرة الصدمة. ويمكن لهؤلاء الأشخاص، بمن فيهم الأطفال والمراهقون، تطوير ما يعرف باسم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وتشتمل الأحداث الصادمة غالباً على العنف الجسدي، أو الحوادث، أو الكوارث الطبيعية، أو الحرب، أو الاعتداء الجنسي. وقد يكون الأطفال أو المراهقون قد عانوا من هذه الأحداث بأنفسهم، أو ربما شهدوا أنها تحدث لشخص آخر.

يعتمد تطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الطفل أو المراهق على العديد من العوامل ، بما في ذلك شدة الصدمة ، ومدى تكرارها ، وكيف يتفاعل أفراد الأسرة مع الحدث. يشعر الطفل أو المراهق المصاب باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنه غير قادر على الهروب من تأثير الصدمة. ويحاولون تجنب الأشخاص أو المواقف التي تذكرهم بالحدث. وفي بعض الأحيان سوف يختبرون ذكريات، أو "ذكريات الماضي" للحدث ، أو قد يكون لديهم كوابيس عن ذلك تشعر أنها حقيقية للغاية. مما تجعل هذه التذكيرات المستمرة الحياة اليومية تحدياً حقيقياً ، خاصة بالنسبة للشباب الذين قد يكافحون للتعبير عن شعورهم، وتجربتهم(Perry, and Pollard, 1998) .

ولا شك أن الأحداث، والمواقف الضاغطة تفرز الضغوط النفسية؛ والتي تمثل حجر الأساس في نشوء الاضطرابات النفسية، والعقلية. وقد أفرزت الحرب في سورية الكثير من الأحداث التي تسببت في إحداث مآسي كثيرة توزعت في جوانب كثيرة، فكان القتيل، والمفقود، والأسير، والجريح، وتركت الآلاف من الأطفال، والمراهقين، والنساء، والشيوخ، والشباب يعانون، ويتألمون، ويقعون عرضة للاضطرابات النفسية؛ وخاصة الاضطرابات التي تعقب تعرض الفرد لصدمة، وأهمها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي يعد من أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة في الحروب، والنزاعات، والكوارث، والأحداث المؤلمة، والأعمال الوحشية، والتعدي البدني(السعدي،2017).

ولعله أكثر اضطراب يتعرض له المراهق حيث ينتج عنه اضطراب في الفكر، والنضج العقلي، وذلك لأن فترة المراهقة هي فترة الحساسية النفسية، وبما أن خبرات الحرب متنوعة، ومتعددة وتمتد لفترة زمنية طويلة، لذلك فقد تتشابك عدة خبرات وتؤثر في النمو والتطور لدى المراهقين، فلا بد من مساعدة المراهق على إزالة أو تخفيف الصعوبات المستمرة التي يمكن أن تعرقل مسار نموه وتطوره، وتكوين انفعالات سليمة، وأن تنمو شخصيته بشكل إيجابي، فكان من الأهمية الحديث عن اضطراب

ضغوط ما بعد الصدمة، وأعراضه، ومراحله، والأساليب العلاجية المستخدمة في تخفيف آثار الصدمة.

ثانياً: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

حتى يتم التعرف على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على نحو واضح لابد من التعرف إلى معنى الصدمة النفسية (Truma) التي تعدُّ مفهوماً أساسياً وجزءاً رئيساً في تشكل هذا الاضطراب، وتعني الإثارة الشديدة، التي تنتج عن حدث غالباً ما يكون مفاجئاً، أو غير متوقع ، مما يخلف جراحاً أو أضراراً سواء أكانت هذه الآثار جسمية أم نفسية ، كوفاة عزيز مثلاً، أو حدوث انفجار موقع عسكري أو رسوب في اختبار لم يكن متوقعاً... بحيث يُخلف استثارة انفعالية بالغة الشدة تربك الجهاز النفسي للفرد، وتفقده كثيراً من اتزانه، وقد تكون الصدمة نتيجة حدث، أو عدة أحداث تهدد ربما بالموت وتسبب أذىً جسدياً، أو عاطفياً مما يتسبب بتغيير مجريات الحياة اليومية للشخص الذي تعرض لذلك (شعبان،2013، 14)، ويرى مايكنبوم أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة، أو عنيفة تعد قوية، ومؤذية، ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهودٍ غير عادي لمواجهتها، والتغلب عليها (الحواجري،2003، 14).

إن مصطلح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder) لم يكن موجوداً في قاموس الطب النفسي قبل عام(1980)، ويعد ابن سينا أول من درس العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية، عندما قام بربط الحمل والذئب في غرفة واحدة فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره؛ ومن ثم موته (بدر، 2016، 19)، وتم ملاحظة هذا الاضطراب لأول مرة أثناء الحرب الأهلية الأمريكية عام (1871)، وقد عرف باسم اضطراب متلازمة قلب الجندي Syndrome Soddery Heart نظراً لارتباطها بأعراض اضطراب القلب، وقد أطلق عليه عدة مسميات، فأطلق عليه أوبنهايم Oppenheim عام (1889) اسم العصاب الصدمي Traumatic Neurosis.

وفي عام (1869) أطلق عليه الطبيب النفسي أميل كريبلن E. Kraepelin عصاب الرعب Fright Neurosis حيث كان يشير به إلى عدد من الظواهر النفسية، والعصبية التي كانت تلاحظ بعد الحوادث، أو الإصابات الخطيرة (الشيخ، 2010، 22)، كما طُرحت الكثير من المفاهيم مثل ((عصاب الحرب الصدمي، عصاب المعارك، إجهاد المعارك والهيستيريا التحولية))، وشهدت نهاية القرن التاسع عشر، وبداية القرن العشرين اهتماماً كبيراً بظاهرة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD وذلك نظراً ل:

(1) تزايد خبرات الحروب.

(2) تطور القوانين و التشريعات بتعويض العمال الذين تعرضوا للإصابة أثناء العمل.

والواقع أن فترة ما بين الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية شهدت مآسي كثيرة عن آثار الحروب، وتزايدت على نحو خطير حالة ما يعرف (عصاب الحرب)، وهو ما يعرف الآن باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. هذا بالإضافة إلى أن هناك بعدين أساسيين لهما دور كبير في تطور البحث في اضطراب الصدمة وهما:

(1) الكوارث الطبيعية، أو الصناعية.

(2) حوادث العنف، والاغتصاب وسوء معاملة الأطفال.

حيث شهدت فترة الخمسينات، والستينات من القرن العشرين بحوثاً تناولت ردود أفعال الأفراد، والمجتمعات حيال الكوارث الطبيعية، أو الصناعية، أما بالنسبة للمحكات الرسمية الأولى لتشخيص هذا الاضطراب، فقد أقرتها للمرة الأولى المصطلحات، والإحصاءات التي شكلتها الرابطة الأمريكية للطب النفسي في عام 1952. وبذلك أصبحت فئة تشخيصية من فئات الاضطرابات النفسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات النفسية DSM–I الذي أصدرته الرابطة الأمريكية تحت اسم (رد الفعل الشديد للضغوط)، وعلى الرغم من أن DSM–I لم يزودنا بمحكات إجرائية لهذه الفئة من الفئات التشخيصية للاضطرابات النفسية، إلا أنه كان له قيمة كبيرة لأنه أكد الحاجة إلى الاهتمام المهني باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتوجيه البحث العلمي في طبيعة هذا الاضطراب وفي أسبابه، ومظاهره، وأعراضه، وفي عام 1968 بالدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية DSM–II تم تحديد الزملة التالية للصدمة بجمود أقل حيث طبقت مسميات تشخيصية واسعة أخرى على هذا الاضطراب، وهي (الاضطراب الموقفي الوقتي، أو العابر)، و(رد الفعل التوافقي)، وتحدد على أنها أي اضطرابات نفسية يكمن وراءها رد فعل حاد لضغوط بيئية غامرة، وهذه المسميات تعكس إغفالاً لمعالم هذا الاضطراب، ولأعراضه، ومتضمناته العلاجية، مما أدى إلى عدم التشجيع على تطور أي اهتمام مهني بهذا الاضطراب، لذا لم تشهد فترة السبعينات إلا تقدماً ضئيلاً في هذا الميدان، إلا أنه في عام 1980 صار لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كيانٌ تشخيصيٌ مميزٌ داخل فئات اضطرابات القلق، وذلك في DSM–III، وفي عام 1983 تركزت الجهود لمراجعة الدليل التشخيصي، والإحصائي الثالث؛ فصدرت الطبعة المعدلة DSM–III–R في 1987 حيث تضمن تعريفات محددة، وإجرائية لمحكات عوامل الضغوط، كما قدم معلومات جديدة عن الأعراض الأولية، والثانوية لهذا الاضطراب.

كما زودنا DSM–III–R بأمثلة عن الفئات المختلفة للصدمة التي يمكن أن تتسبب في نشأة الاضطراب، وتشمل (التعرض المباشر لضغوط قوية تتصف بتهديدات لحياة الفرد، أو لتكامله الجسمي) وخبرات الملاحظة مثل: (رؤية شخص آخر تحدث له إصابة شديدة أو يتعرض لقتل نتيجة لحادث أو لعنف بدني) وأخيراً الوسائل اللفظية التي تحمل (معرفة عن تهديد خطير أو أذى شديد لصديق حميم أو لشخص قريب).

وأما التعديل الرابع الذي أصدرته الرابطة الأمريكية للطب النفسي، فكان في عام (1994) مع صدور الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطربات النفسية DSM-IV، الذي لم يختلف عن سابقه؛ إلا أن وصف الحدث الصدمي على أنه حدث يقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية اعتبر وصفاً غامضاً، حيث صنف في قسمين فرعيين هما: 1- الاضطراب الحاد، 2- الاضطراب المزمن (العمار،2010، 49-50).

كما أطلق على هذا الاضطراب الكثير من المسميات، ولأنه ارتبط أصلاً بالحرب الفيتنامية اصطلح على تسميته بمتلازمة ما بعد فيتنام Post Vietnam Syndrome، والحالات الصدمية بعد فيتنام Post Vietnam Traumatic State، ومتلازمة ما بعد معسكرات الأسر Post Concentration Caps Syndrome، وعصاب الصدمة النفسية Traumatic Neurosis، ثم استقر في التصانيف الطبية النفسية بصورتها الأخيرة على تسميته باضطراب الضغوط التالية للصدمة Post Traumatic Stress Disorder (الشيخ،2010، 23).

ولقد تُرجم هذا المصطلح إلى اللغة العربية بصياغات مختلفة، فمنهم من ترجمه إلى اضطرابات الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة (النابلسي، 1991)، وآخرون ترجموه إلى اضطراب عقابيل الضغوط النفسية (الكرخي، 1994)، واضطراب الإجهاد ما بعد الشدة (السامرائي، 1994)، واضطراب عقابيل التعرض للشدة النفسية (العطراني، 1995)، واضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية (اليونسيف، 1995) (الحواجري، 2003، 23).

تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder

يصف الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنه: استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جداً، تكون طبيعتة تهديدية، أو كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، من قبيل: كارثة من صنع الإنسان، أو معركة، أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر، أو أخرى في حادثة عنف، أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب، أو إرهاب، أو اغتصاب، أو جريمة أخرى (أبو شريفة،2011، 15).

كما يمكن تعريفه بأنه مرض نفسي ، تم تصنيفه من جانب جمعية الطب النفسي الأمريكية ما بين عامي (1987-1994)، يحدث هذا الاضطراب عندما يتعرض شخص ما لحدث مؤلم جداً (صدمة تتخطى حدود التجربة الانسانية المألوفة) كعيش الحروب، ورؤية أعمال العنف، أو حوادث القتل، والتعرض للتعذيب، والاعتداء الجسدي الخطير، والاغتصاب، أو عيش كارثة طبيعية في منطقة تعرضت لزلازل، أو بركان، أو فيضانات، أو اعتداء خطير على أحد افراد العائلة ..الخ، بحيث تظهر لاحقاً عدة عوارض نفسية وجسدية، من مثل : التجنب، والتبلد، والأفكار، والصور الدخيلة، واضطراب النوم، والتعرق، والاجفال، والخوف، والاحتراز، وضعف الذاكرة، والتركيز..إلخ (شعبان،2013، 17).

ويصف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-IR اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنه حالة من تطور جملة من أعراض الاضطراب بعد التعرض لمواقف الحياة الصادمة، ويعيش الشخص التجربة مرة ثانية مع الشعور بالخوف والعجز، ويحاول تجنب كل ما يذكره بالحدث الصادم، ويجب أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر بعد وقوع الحدث ويجب أن تؤثر تأثيراً كبيراً في المجالات الهامة في الحياة، مثل الأسرة والعمل، ويمكن أن ينشأ هذا الاضطراب عن خبرات الحروب، والتعذيب، والكوارث الطبيعية، والاعتداء، والاغتصاب، والحوادث الخطيرة (العمار،2010، 51).

أعراض وتشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس(DSM 5) محكات لاضطراب مابعد الصدمة وهي:

A. التعرض للوفاة الفعلية أو المهددة، أوالإصابة الخطيرة، أو العنف الجنسي في واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
2. المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للآخرين.
3. المعرفة بوقوع الحادثة الصادمة لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الوفاة الفعلية أو المهددة لأحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.
4. التعرض للتعرض المتكرر أو الشديد للتفاصيل غير المستوفاة للحدث الصادم (على سبيل المثال، أول المستجيبين الذين يجمعون بقايا بشرية: تعرض ضباط الشرطة مراراً وتكراراً لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

B. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، التي تبدأ بعد وقوع الحدث المؤلم:

1. الذكريات المؤلمة المتكررة، وغير الطوعية، والتدخلية للحدث الصادم.
   ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع، أو جوانب الحدث الصادم.
2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
   ملاحظة: في الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.
3. ردود الفعل الانفصالية (على سبيل المثال، flashbacks) التي يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كانت الحوادث الصادمة تتكرر. (قد تحدث مثل هذه التفاعلات على سلسلة متصلة، ويكون التعبير الأكثر تطرفاً هو خسارة كاملة للوعي بالمحيط الحالي).
   ملاحظة: في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4. ضائقة نفسية شديدة، أو طويلة الأمد عند التعرض للإشارات الداخلية أو الخارجية التي ترمز إلى، أو تشبه جانباً من الأحداث الصادمة.
5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية، أو خارجية؛ والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

C. التهرب المستمر من المحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، التي تبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من أحد أو كل من التالي:

1. تجنب أو بذل الجهود لتجنب الذكريات، أو الأفكار، أو المشاعر المؤلمة، أو المرتبطة ارتباطاً وثيقاً مع الحدث الصادم.
2. تجنب أو بذل الجهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية(الناس، الأماكن، والأحاديث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف)؛ والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة على نحو وثيق مع الحدث الصادم.

D. التغيرات السلبية في الإدراك والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، التي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الأحداث الصادمة (عادة بسبب فقدان الذاكرة الانفصامي ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابة في الرأس، والكحول، أو المخدرات).
2. المعتقدات السلبية المستمرة والمبالغة حول الذات؛ أو الآخرين أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا أحد يمكن الوثوق به"، "العالم خطير تماماً"، "الجهاز العصبي لدي دمر كله على نحو دائم").
3. إدراكات مشوهة، ومستمرة حول سبب، أو عواقب الحادثة الصادمة التي تقود الفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه، أو غيره.
4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (مثل الخوف، والرعب، والغضب، والشعور بالذنب، والخجل).
5. تقلص الاهتمام، أو المشاركة في الأنشطة الهامة.
6. مشاعر بالنفور، والانفصال عن الآخرين.
7. عدم القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة، أو الارتياح، أو مشاعر المحبة).

E. حدوث تغيرات ملحوظة في الإثارة، والتفاعل المرتبطة بالحدث الصادم؛ يبدأ ويتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين، (أو أكثر) مما يلي:

1. السلوك العصبي، والنوبات الغاضبة (مع استفزاز ضئيل، أو معدوم) عادة ما يعبر عنه بالعدوان اللفظي، أو البدني تجاه الناس، أو الأشياء.

2. السلوك المتهور، أو التدمير الذاتي.
3. اليقظة المفرطة.
4. رد فعل مبالغ فيه.
5. مشاكل مع التركيز.
6. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في النوم، أو البقاء نائماً، أو النوم المتوتر).

F. مدة الاضطراب (المعايير B، C، D، E) هي أكثر من شهر واحد.

G. يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة.

H. لا يُعزى الاضطراب إلى الآثار الفزيولوجية للمادة (مثل: الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى.(DSM5,2013, 271-272)

إن أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD تظهر بعد التعرض للصدمة مباشرةً، أو بعد ثلاثة أشهر، أو أكثر. ولقد صنفت ثلاث أعراض رئيسية وهي: (أعراض التكرار، التجنب، وفرط الاستثارة).

1. أعراض الذكريات (التكرار): تقتحتم الذكريات وعي الفرد المصدوم دون قصد منه، وقد يعاني من مشاعر الذنب فيغرق في دائرة مغلقة من الأفكار القسرية التي تتمثل بالتذكر، واللوم، وتأنيب الذات، والتي هي أشدُّ عذاباً من الحدث الصادم نفسه، وقد تمتد أثارها إلى الأحلام حيث تتكرر فيها مشاهد للحدث الصادم، وقد تصل إلى حد أن يقوم الفرد المصدوم وعلى نحو مفاجئ بالتصرف، والسلوك؛ وكأنه يعيش الحدث الصادم من جديد، وبأدق التفاصيل.
2. أعراض التجنب: يشعر الأفراد الناجون من الصدمات بخدر، وانفصال عاطفي عن الآخرين، وقد يكون لديهم صعوبة الشعور بالغضب، والحب، في محاولة منهم لتجنب التعامل مع مشاعرهم، ويشكل التجنب أحد الأعراض الأكثر ديمومة والمستعصية على التدخلات العلاجية، ويتجلى بكبت الأفكار، وسلوكيات الصدمة وتجنبها من أجل حماية الذات، وقد تتجلى بحالات الانسحاب الاجتماعي، وعدم الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية بعد الحدث الصادم.
3. أعراض فرط الإثارة: كثيراً ما تصنف اضطربات ما بعد الصدمة من اضطرابات القلق كونها ترافق القلق مع مجموعة من التغيرات الجسدية مثل ضربات القلب، والتوتر، والتعرق المفرط، وعدم القدرة على النوم، ومن خلال تكرار الذكريات، والأفكار، والمشاعر، ويتشكل لدى الفرد فرط إثارة داخلية، قد تعود إلى ردود فعل الخوف، وفرط الانتباه، أو اليقظة وإلى استجابات جسدية كالارتعاش المستمر (بدر، 2016، 23).

ومع أن هذه الأعراض هي الرئيسة، فإن هناك أعراض أخرى تظهر على المصابين لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD مثل القلق النفسي، الكآبة، الشعور بالذنب، فضلاً عن وجود مشاكل أسرية، وأفكار انتحارية، وعنف انفجاري.

الأعراض الثانوية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

إن الأعراض التي تم ذكرها هي أعراض أولية أساسية في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وهناك أعراض أخرى ثانوية تترافق مع الأولى، منها القلق، والاكتئاب، والخوف من الموت، وتعاطي الكحول، والمخدرات. وفي دراسة دافيدسون "Davidson 1986" تبيَّنَ أن نسبة العوارض الخاصة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كانت كالآتي: (العمار،2010، 74)

الأفكار والصور الدخيلة	**%100**
استجابة الإجفال	**%88**
الأرق واضطراب النوم	**%80**
الحذر والاحتراز الشديدان	**%79**
التجنب	**%65**
الابتعاد عن الناس	**%46**
ضعف الرغبة والاهتمام	**%56**
تدني القدرة على التركيز	**%58**
الشعور بالذنب	**%9**

العوامل المؤثرة في ظهور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

أ- **العوامل المتعلقة بالشخص:** وُجِدَ أن الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية سابقة مثل الاكتئاب يصبحون أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب، وقد اختلفت الأبحاث حول تأثير السن، ومعظمها لم تجد علاقة بين السن ومعدل حدوث الإصابة، أما بالنسبة لجنس المصاب؛ فقد أكدت بعض الأبحاث أن النساء أكثر تعرضاً من الرجال (مؤمن والشيمي،2006، 101)، كما وجد باحثون أن شخصية من لديهم القابلية للإصابة بالصدمة تتسم بالاعتمادية، والسلبية وضعف الثقة بالنفس، وضعف المهارات، والإرادة، ومحدودية التعليم ، وعتبة التحمل، والمعاناة الطويلة، أو الدائمة من المشاكل النفسية والاجتماعية، والخبرات السلبية، والمؤلمة مثل التعرض للاختطاف، أو التعذيب، أو الإساءة، أو الإشتراك القهري في أعمال حربية، أو تسويق مخدرات، أو سرقة، أو ارتكاب الجرائم بالإضافة إلى ضعف، أو غياب الدعم ، ووجود تاريخ مرضي أسري، ووجود عوامل حيوية أو جينية ، توجد فروق في ردود فعل الأشخاص حيال الأحداث

الصادمة، فالبعض تظهر عليهم الأعراض بعد أيام أو أسابيع، والبعض تظهر عليهم بعد أشهر، والبعض تظهر عليهم بعد سنوات؛ ومنهم من لا تظهر عليهم وتظهر بصورة فجائية (شعبان،2013، 209).

ب- **عوامل متعلقة بالحدث:** يمكن تحديد طبيعة الحدث الصادم بأبعاد متعددة؛ منها ما يتعلق بنوع الخبرة الصادمة، فالأشخاص الذين يتعرضون لخبرات صادمة تتضمن تهديداً بالموت، أو الإصابة، وتهديد السلامة الجسدية الشخصية (الناجون) يكونون أكثر تأثراً، ويكونون عرضة للاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة أكثر من الأفراد الذين يتعرضون لمشاهدة، أو لسماع مواقف، وأحداث صادمة تتضمن تهديد بالموت، أو الإصابة وتهديداً السلامة الجسدية للآخرين (عباس،2016، 16)، كما وجد أن شدة الحدث، ومدى قربه؛ أو بعده عن الشخص يلعب دوراً مهماً في تحديد توابعه، وتعرض الشخص لصدمات ضعيفة، ولكن متكررة يجعله أكثر عرضه للإصابة بالاضطراب عند تعرضه لصدمة أخرى ضعيفة، وكأن الصدمات المتكررة مهما ضعفت شدتها، فإنها تدفع الشخص نحو الحافة؛ أو إلى الحد الذي لا يستطيع معه مجدداً أن يتكيف مع أي أحداث مؤلمة (مؤمن والشيمي،2006، 101)، فاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يمكن أن يظهر للفرد دون أي ظروف قبلية خاصة إذا كان الحدث الضاغط شديداً، وقد ذكرت ديتريك (Dietrich,2001) الدراسة التي قام بها كيسلر، وآخرون Kessler et.al ؛ والتي أظهرت نتائجها أن شدة الحدث تشكل واحداً من أهم عوامل الخطورة المؤدية إلى PTSD (الشيخ،2010، 31).

ج- **عوامل مرتبطة بالبيئة المحيطة:** تستند استجابة الشخص للأحداث الصادمة، ودرجة التأثر بها إلى حد بعيد؛ إلى استجابة الوالدين، أو الأشخاص الذين يعدون قدوة للمراهق، وتربط المراهق علاقة معهم مثل المعلم في المدرسة، أو أحد الإخوة، والأخوات الكبار، أو ربما بعض الأصدقاء والأقارب، مما ينعكس على درجة الدعم الأسري له حين يتعرض لموقف صادم (عباس،2016، 17)، حيث أن المساندة الاجتماعية المتاحة للشخص، والوقوف بجانب المصاب، وتفهم حالته، تمتص جزءاً هاماً من الصدمات، وتساعد على مواجهة آثار الخبرات الصادمة على المدى القريب والبعيد، ويقلل من احتمال الإصابة باضطرابات نفسية ناتجة عن الخبرات الصادمة (مؤمن والشيمي،2006، 101).

ووفقاً للمعهد الوطني للصحة، وعيادة مايو، فإن العوامل التالية قد تسهم في ارتفاع مخاطر الإصابة باضطراب ما بعدالصدمة:

- كون المريض أنثى.
- المعاناة من صدمة حادة أو طويلة الأمد.

- التعرض لصدمة أخرى في مرحلة مبكرة من العمر.
- وجود دعم اجتماعي ضئيل أو عدم وجوده بعد الحدث الصادم.
- وجود مشاكل صحية نفسية أخرى، مثل القلق أو الاكتئاب.
- الافتقار إلى نظام دعم جيد من العائلة والأصدقاء.
- وجود أقارب من الدرجة الأولى يعانون من مشاكل الصحة النفسية، بما في ذلك اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
- وجود أقارب من الدرجة الأولى يعانون من الاكتئاب.
- التعرض لسوء المعاملة، أو الإهمال في الطفولة. (Walters,2014,14)

كما أنه لابد من التأكيد على أن هذه العوامل مترابطة بعضها مع البعض الآخر حيث أن الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لا تتوقف على عامل واحد هو الذي يزيد من احتمال ظهور الاضطراب؛ وإنما قد يسهم أكثر من عامل في تشكل هذا الاضطراب، وتطوره.

المراحل التي يمر فيها المصاب باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

1. مرحلة الرفض: وتتميز بالانفعال الشديد، والصراخ.
2. مرحلة الإنكار: وتختلط فيها مشاعر النقمة، والخوف.
3. التجنب: يحاول الأشخاص المصابون بالاضطراب الابتعاد عما يذكرهم بالتفاصيل.
4. محاولة الانسحاب، والسيطرة على القلق: ربما تترافق هذه المرحلة – عند البعض – بتعاطي الكحول، أو المخدرات، أو الإفراط بالتدخين، وتناول المهدئات.
5. التأرجح بين النكران، والتبلد.
6. التقبل والاحتواء: وهي المرحلة الأخيرة، وفيها يحدث التحسن في الاستجابة، مع اضطراب المزاج، وكثيرون يبدون تكيفاً مع الحالة، وتتحسن أحوالهم مع تطور العلاج.(العزمية والمحتسب، 2014، 258)

وقد حاول العلماء أن يدرسوا مراحل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ولكنهم لم يجدوا نموذجاً واحداً يصلح لتفسير جميع أشكال الصدمة (الحروب، التعذيب، الكوارث الطبيعية، الإغتصاب...)، وقد توصل (**Horowitz,1986**) إلى تحديد خمس مراحل لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

- مرحلة الانفعال الشديد ويدخل فيه الصراخ، والرفض، والاحتجاج، والنقمة، والخوف الشديد مع فترات من التفكك، والذهان.
- النكران، والتبلد، وعمليات التجنب لكل ما يذكر بالحدث بالإضافة إلى الانسحاب، وتعاطي الكحول، والمخدرات كوسيلة للسيطرة على الخوف، والقلق.

- التأرجح بين النكران، والتبلد، والأفكار الدخيلة التي تترافق مع حالة اليأس، والاضطرابات الانفعالية.
- العمل من خلال الصدمة بحيث تصبح الأفكار، والصور الدخيلة أخف وطأة، ويصبح التعامل معها ممكناً بينما يشتد النكران – التبلد، وتبرز استجابات القلق، والاكتئاب، والاضطرابات الفيزيولوجية .
- يحدث التحسن النسبي في الاستجابة ولكن المريض لا يصل إلى هذا التحسن على نحو كامل إذ تمر لديه بعض الاضطرابات المزاجية.(مراد،2015، 29)

النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة:

1) معالجة الإنباءات (المنبهات):

إن معالجة الإنباءات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت تفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث أن الإنباءات تغزونا من كل حدب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ، وتتم معالجته (ترميز، حل الترميز، السلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر على نحو صحيح؛ لأن الانباءات تكون ناقصة، أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال كما هي الحال مثلاً في الكوارث، والصدمات بحيث لا تتلائم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذج المعرفية؛ لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه، والاضطراب في معالجة الانباءات، وفي هذه الحالة تبقى الانباءات (المنبهات) الصادمة ناشطة، وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة، والأمان (أبو شريفة،2011، 18).

2) النظرية النفسية – الدينامية:

ما يثير الحيرة في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أن بدايته يمكن أن تحدث بعد أشهر، أو سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي . ولأن فرويد كان قد عدَّ صدمة الولادة، وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الإنسان، وأن منهج التحليل النفسي ينظر إلى الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة أنها السبب في الاضطرابات النفسية عموماً ، فإن المنظرّين النفسيين الديناميين اعتمدوا هذه الفكرة في تفسيرهم لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

فلقد حاول (Horowitz,1986) تفسير هذا الاضطراب بنظرية نفسية دينامية خلاصتها أن الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماماً ، ويسبب له الفزع والإنهاك . ولأن ردود الفعل هذه تكون مؤلمة؛ فأن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي، أو قمعها عمداً. غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة، لأن الفرد لا يكون قادراً

على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، وتشكل جزءاً من الإحساس بذاته.

ويبدو أن الجانب القوي في التوجه النفسي – الدينامي لهوروتز (Horowitz) أنه استطاع أن يزودنا بطريقة لفهم بعض الأعراض الرئيسة في هذا الاضطراب (PSTD) . ومع ذلك فأن النظرية لم تقدم لنا تفسيراً بخصوص وجود اختلافات فردية حقيقية في قابلية تعرض الأفراد للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في مواجهتهم لأحداث صدمية (مجيد،2011، 314).

3) النظرية السلوكية:

يهتم العلماء السلوكيون بالعوامل البيئية، والتعلم بنوعيه (الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه السوي، وغير السوي اللذين يخضعان لقانون واحد، وهو التعلم. فقد أكدت هذه النظرية إن الإشراط الكلاسيكي يتمُّ عندما ترتبط استجابة التوتر، والقلق بمثيرات، ومنبهات مرتبطة بصدمات نفسية شديدة، وتنقسم المثيرات إلى:

أولاً: المثير الطبيعي:

مثير محدث للاستجابة بصورة آلية مثل (انفجار القنابل)، ويكون رد الفعل الطبيعي هو الخوف، وتعد استجابة لا شرطية .

ثانياً: المثير المحايد:

وهو حدث، أو خبرة لا تستوجب رد الفعل الطبيعي (الخوف) في بداية الأمر، ولكن اقترانه بالمثير الطبيعي يثير الاستجابة الطبيعية، فمثلاً صوت صافرة الإنذار يقترن بصوت انفجار القنابل.

ثالثاً: اقتران المثير المحايد بالمثير الطبيعي:

(قد تكون لمرة واحدة، وخصوصاً في الحالات الشديدة مثل الاغتصاب، أو لعدة مرات) بعد هذا الاقتران؛ فإن المثير المحايد قد يستدعي رد فعل مماثل للاستجابة اللاشرطية، ويسمى بالاستجابة الشرطية، ومن الممكن أن تحمل أي مثير كالأصوات العالية، أو صوت سيارات الإسعاف، وغيرها وتسمى هذه العملية بتعميم المثير (Stimulus Generalization).

واستناداً إلى هذه النظرية يكون الحدث الصدمي بمثابة منبه غير مشروط يظهر الخوف، والقلق مقروناً بالاستجابة اللاشرطية، أو الطبيعية؛ ويصبح المنبه غير الطبيعي خبرة ما اقترنت بالحدث الصدمي، مثل: الأصوات العالية وسيارات الإطفاء، أو غيرها من المثيرات منبهاً مشروطاً تظهر الاستجابات المشروطة المتمثلة بالخوف، والقلق، ويشعر المريض بسببها بعدم الراحة، وتؤدي به إلى أن يسلك سلوكاً تجنبياً سلبياً (عبد حسين،2013، 47).

4) النظرية المعرفية:

يرمي النموذج المعرفي إلى إدراك معنى الحدث عند الفرد، وكيف تظهر لديه المعاناة، ويبدو أن هذا الأمر يتوقف إلى نظرة الفرد إلى ذاته و العالم، فالصدمة تؤدي إلى زعزعة البيانات الشخصية، ونظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف التالية:

- الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم.
- الحفاظ على اعتبار الذات على نحو مقبول.
- الرغبة في الاتصال، والكلام مع الآخرين.

وعلى هذا الأساس؛ فإن هناك ثلاثة معتقدات شخصية تفسر موقف الإنسان السوي من الواقع والعالم الخارجي وهي:

- أن هذا العالم هو مصدر الخير، والانشراح.
- أن لهذا العالم قيمة، ومعنى؛ ويمكن التحكم به.
- أن الأنا لها قيمتها، وأهميتها الخاصة (أنا شخص محبوب، وجدير بالتقدير، والاحترام).

إن المعتقدات المذكورة موجودة عند الشخص السوي، أو العادي؛ والذي يثق بنفسه، ويبني آماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه؛ وبالتالي لا يتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم، أو لكارثة تخرج عن نطاق المعقول. وعندما تقع الكارثة تتحطم المعتقدات، والآمال المذكورة، ويشعر الشخص بالذهول، واليأس، وكأنه لا يصدق ما جرى.

وهكذا تتحول المعتقدات الإيجابية إلى معتقدات سلبية، ويصبح العالم الخارجي مرعباً، وتافهاً للغاية. إذ تنسحق الأنا تحت وطأة الكارثة، وتفقد معناها، وقيمتها.وهنا تظهر أهمية العلاج المعرفي الذي يتناول بدقة معالجة الأفكار، والمعتقدات السلبية حتى يتمكن الشخص المصدوم من إعادة بناء تجربته، وتبديل مفهومه عن نفسه والواقع والآخرين (يعقوب،1999، 75-76).

الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

ثمة مجموعة من أساليب العلاج المستخدمة في التخفيف من آثار الصدمة، والتي يمكن إيجازها في الآتي: العلاج الطبي، العلاج المعرفي السلوكي التقليدي، العلاج القائم على القبول والالتزام، والعلاج بالتعرض، لفترات طويلة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، تطبيقات العلاج السلوكي الجدلي لاضطرابات ما بعد الصدمة العلاج النفسي التحليلي الوظيفي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والعلاج القائم على ما وراء المعرفة التي وضع أسسه ويلز(العاسمي، 2018). وسوف تتناول الباحثة العلاج الأخير كونه محور العلاج في هذه الدراسة للتخفيف من أعراض اضطراب الصدمة لدى عينة الدراسة الحالية:

ثالثاً: العلاج ما وراء المعرفي

يعد التفكير وراء المعرفي Metacognition Thinking من أعلى مستويات التفكير، حيث يتطلب من الفرد أن يمارس عمليات التخطيط، والمراقبة، والتقويم لتفكيره بصورة مستمرة، كما يعد شكلاً من أشكال التفكير الذي يتعلق بمراقبة الفرد لذاته، وكيفية استخدامه لتفكيره، أي التفكير في التفكير. (خزام،2015، 3)

وقد ظهر مفهوم ما وراء المعرفة Metacognition على يد جون فلافل John Flavell لأول مرة عام 1976 الذي عرفها بأنها: "معرفة الفرد بما يتعلق بعملياته المعرفية، ونواتج تلك العمليات، والخصائص المتعلقة بطبيعية المعرفة، والمعلومات لديه، وكل ما يتعلق بها، مثل الأولويات الملائمة لتعلم المعلومات، أو المعطيات، وتستند إلى التقويم النشط، وضبط، وتنظيم هذه العمليات في ضوء الموضوعات المعرفية، أو المعطيات."، كما ويرى براون (Brown) أن ما وراء المعرفة يشير إلى وعي الفرد بمهاراته الخاصة، ومصادر المعرفة لديه، والاستراتيجيات المتوفرة التي يوظفها في أداء مهمة معينة، ومدى قدرته على استخدام عملية التنظيم الذاتي لأداء المهمة المحددة (الزعبي،2008، 336)، وتم بعد ذلك وضع نظرية علاجية جديدة قائمة حول هذا المفهوم حيث قام أدريان ويلز Wells بتأسيس نظرية ما وراء المعرفة MCT التي تعطي الأولوية للمزاج في إنتاج الأفكار والمعتقدات السلبية، وبدأ اهتمام ويلز بالعلاج ما وراء المعرفي يظهر في عام 1995 من خلال أبحاثه في مجال التفسير ما وراء المعرفي لاضطراب القلق بعنوان: ما وراء المعرفة والقلق، النموذج المعرفي لاضطراب القلق العام.

وقد أسهمت النظرية ما وراء المعرفية في فهم الآليات الكامنة وراء حدوث الاضطرابات النفسية، وضغوط أحداث الحياة، واضطراب الوساوس والأفعال القهرية (عبد الرحمن، 2014، 145).

وفي الآونة الأخيرة ركزت أعمال ويلز على فهم الآليات المعرفية في بقاء الاضطرابات، وكيفية تغييرها، والتي أدت إلى شكل جديد من العلاج يعتمد على مبادئ ما وراء المعرفة. ويعد ويلز هو مؤسس العلاج ما وراء المعرفي، ومؤلف لأول كتاب متعمق في هذا المجال بعنوان: العلاج ما وراء المعرفي للقلق والاكتئابMetacognitive Therapy for Anxiety and Depression الصادر عام 2009 (عبد الرحمن، 2014، 146).

إن أساس نظرية ما وراء المعرفة هو النموذج التنفيذي للتنظيم الذاتي Self-Regulatory Executive Function (S-REF) الذي يؤكد على فكرة أن الأفراد يصبحون مضطربين نفسياً لأن ما وراء المعرفة الخاصة بهم يسبب نمطاً من الاستجابة للحالة الداخلية التي تبقي الانفعال، وتقويهن وتقوي الأفكار السلبية، وهذا يدعى متلازمة الانتباه المعرفي Cognitive Attentional Syndrome (CAS) التي تتميز بالانتباه المركز على الذات، والمعالجة المباشرة لمعتقدات الذات السلبية والانشغال بالهم، والاجترار (Normaun et al,2014, 402).

يقوم العلاج ما وراء المعرفي على مبدأ يرى أن عمليات ما وراء المعرفة تعد ذات أهمية كبيرة في فهم كيفية عمل الإدراك، وكيفية توليد الخبرات الواعية التي تتكون لدينا عن أنفسنا، وعن العالم من حولنا، فما وراء المعرفة تشكل كل ما نوليه اهتمامنا، وتشكل كل العوامل التي تدخل وعينا، كما أنها تشكل تقييمنا، وتؤثر في أنواع الاستراتيجيات التي نستخدمها لتنظيم أفكارنا ومشاعرنا (عبدالرحمن، 2014، 148).

المبادئ الأساسية لنظرية ما وراء المعرفة

تعتمد نظرية ما وراء المعرفة على عدد من المبادئ، وهي:

1. تفترض النظرية أن القلق، والحزن مؤشرات داخلية أساسية لتناقض تنظيم–الذات، ولإحساس الفرد بالتهديد.
2. تكون مدة هذه الانفعالات عادة محدودة، وذلك لأن الفرد يقوم باستخدام استراتيجيات المواجهة المناسبة لتخفيض التهديد، وللتحكم في المعرفة.
3. تنتج الاضطرابات النفسية من بقاء ردود الأفعال الانفعالية.
4. تبقى ردود الأفعال الانفعالية بسبب أسلوب الفرد في التفكير، والاستراتيجيات التي يستخدمها للمواجهة.
5. إن أسلوب التفكير غير المفيد؛ والذي وُجد في كل الاضطرابات، ينتج من متلازمة الانتباه المعرفي، التي تشمل القلق، أو الاجترار، ومراقبة التهديد، واستخدام استراتيجيات غير مفيدة للتحكم، والسيطرة في الأفكار، أو استخدام أشكال أخرى من السلوك كالتجنب التي تحول دون تعلم التوافق، والانسجام.
6. متلازمة الانتباه المعرفي تظهر نتيجة لمعتقدات ما وراء المعرفة الخاطئة.
7. متلازمة الانتباه المعرفي تطيل، وتكثف الخبرات الانفعالية السلبية من خلال عدة آليات وطرق محددة.(الزيداني،2012، 322)

طبيعة نظرية ما وراء المعرفة

تصف نظرية ما وراء المعرفة مجموعة من العوامل المترابطة التي تتألف منها أية فكرة، أو عملية معرفية تشترك في التفسير، أو المراقبة، أو التحكم في المعرفة، ويمكن تقسيمها إلى المعرفة، والخبرات، والاستراتيجيات:

1) المعرفة Knowledge

تشير المعرفة ما وراء المعرفية إلى المعتقدات، والنظريات التي تتكون لدى الأفراد عن تفكيرهم مثل المعتقدات التي تتكون لدى الفرد عن أنواع معينة من الأفكار، والمعتقدات تتعلق بمدى كفاءة ذاكرته،

أو قوة التركيز لديه. ومن المفيد النظر في نوعين من المعرفة ما وراء المعرفية وهما: المعرفة الصريحة (المعلنة)، والمعرفة الضمنية (الإجرائية).

المعرفة المعلنة: هي تلك التي تكون واعية، ويمكن التعبير عنها شفهياً، ومن أمثلتها ما يلي من الأفكار: "يمكن أن يتسبب القلق في إصابتي بأزمة قلبية"، و"عندما يكون لدي أفكار سيئة؛ فهذا يعني أنني أعاني من خلل في عقلي"، و "إذا ركزت على مصدر القلق سأتجنب الأذى".

أما المعرفة الضمنية: ليست قابلة للوعي، ولا يمكن التعبير عنها على نحو شفهي. بمعنى أنها القواعد، أو البرامج التي ترشد التفكير، مثل العوامل التي تتحكم في تحديد الانتباه، وبحث الذاكرة، واستخدام الاستدلال في تشكيل القرارات (Wells, 2000, 9).

2) الخبرة Experience

تمثل خبرات ما وراء المعرفة ذلك التقييم الظرفي المؤقت وتلك المشاعر الموقفية التي تتكون لدى الأفراد عن حالتهم العقلية، فمثلاً نجد التفسيرات السلبية التي يفسر بها المريض المصاب باضطراب الوسواس القهري عن أفكاره المقحمة تعد نوعاً من خبرات ما وراء المعرفة.

3) الاستراتيجيات Strategies

استراتيجيات ما وراء المعرفة هي الاستجابات التي أدخلت على التحكم، وتغيير التفكير في خدمة التنظيم الذاتي الانفعالي والمعرفي. والاستراتيجيات قد تكون شديدة، أو قامعة، أو تغير طبيعة الأنشطة المعرفية. ويهدف البعض منها في الحد من الأفكار، أو المشاعر السلبية عن طريق تغيير جوانب المعرفة. فقد يحول الفرد انتباهه على سبيل المثال نحو خطر داهم في محاولة ليكون على استعداد لمواجهته، وقد يحاول قمع الأفكار المؤلمة، ويستخدم التفكير الإيجابي، أو يصرف ذلك الانفعال. في الاضطرابات النفسية، خبرة المريض الذاتية هي واحدة لكونها تخرج عن نطاق السيطرة. وغالباً ما تتكون الاستراتيجيات من محاولات لضبط طبيعة التفكير. وتميل هذه المحاولات إلى أن تكون لها نتائج عكسية على المدى الطويل. وتشمل هذه المحاولات قمع بعض الأفكار، وتحليل الخبرات للعثور على إجابات، أو لمحاولة التنبؤ بما يمكن أن يحدث في المستقبل وذلك لتجنب المشكلات. في اضطرابات القلق، الأفراد في كثير من الأحيان يفسرون سلباً حدوث الأفكار التي تنطوي غالباً على استراتيجياتهم في محاولات لقمعها. في اضطرابات مثل التوهم والقلق العام تتكون استراتيجية التركيز على وجه الخصوص من المحفزات السلبية والقلق. على سبيل المثال، "أوضح المريض توهم المرض كيف حلل الأسباب الضارة المحتملة لضعف العضلات له للتأكد من أنه لم يفوّت أي شيء يمكن أن يكون مهماً". فالمشكلة مع هذه الاستراتيجية، كما هو الحال مع معظم الاستراتيجيات المستخدمة من قبل المرضى، هي محافظة الفرد على إحساسه بالتهديد. وفي قضية أخرى، وصفت امرأة مكتئبة تلقتMCT من أجل التعامل مع مشاعر الحزن نتيجة للأفكار الاجترارية، والأخطاء المرتكبة. وكان هدفها "أن تجعل من نفسها تشعر بالسوء لأنها اضطرت للخروج من تلك الأفكار." من الواضح أن الاستراتيجيات التي تعتمد على المعرفة ما وراء المعرفة والنماذج الداخلية، والمتعلقة بكيفية

الإدراك والعاطفة. العلم ما وراء المعرفة (المعتقدات)، والخبرات، والاستراتيجيات مترابطة وظيفياً معاً في اضطرابات نفسية. في نظرية ما وراء المعرفة من اضطرابات نفسية غير متكيفة للمعارف والخبرات، واستراتيجيات تتضافر لتؤدي نمط غير مفيد من التفكير الذي بدوره يؤدي إلى الاضطراب النفسي. ومع ذلك، وصف هذا النمط في التفاصيل، وأن الخبرات ما وراء المعرفة التي تؤدي دوراً مهماً في MCT . فالبشر لديهم القدرة على الانخراط في الإدراك العادي، وأيضاً التفكير في التفكير الذي يعني أن هناك طريقتين تعانيان من الأفكار (Wells ،2000).

ويؤكد نموذج ما راء المعرفة (Wells, 1995, 1997) أن الأفراد الذين يعانون من القلق العام (GAD)، لديهم المعتقدات الإيجابية عن القلق كونه وسيلة فعالة للتعامل مع التهديد. ومع ذلك، يتم استخدام القلق كوسيلة غير مرنة للتعامل مع هذه التهديدات، وهذا قد يصبح مشكلة عندما تتطور المعتقدات السلبية حول الأخطار، مما يؤدي إلى استراتيجيات تعامل غير مفيدة. في هذا النموذج يتم حالياً تسمية نوعين فرعيين من القلق: النوع الأول والنوع الثاني، حيث يشير النوع الأول إلى القلق حول الأحداث الخارجية، والأعراض الجسدية، ويمكن تمييزه عن النوع الثاني الذي يتعلق بالتقييمات السلبية للقلق. بينما نمط القلق الثاني هو القلق حول القلق، ويستخدم نموذج القلق كوسيلة للتعامل مع التهديد؛ فإنه لا يزال قائماً حتى يحقق الفرد مثيراً داخلياً، أو خارجياً يدل على أنه آمن في التوقف عن القلق، وأن الشخص يصرف هذا النشاط في أثناء وضع التقييمات السلبية، والمعتقدات المقلقة، وما يرتبط بها حول تطوير القلق.

هناك مجالان مهمان للاعتقاد، والتقييم السلبي للقلق. فخلال التقييمات السلبية للقلق العام، وما يرتبط به من مجالي التقييمات، والمعتقدات السلبية للقلق:

أ- تهور القلق.

ب- تداعياتها الخطيرة للعمل البدني والنفسي والاجتماعي.

فعندما يكون ما وراء المعرفة من هذا النوع لنمو خبرات الشخص لارتفاع شدة القلق. فالتعايش مع المعتقدات الإيجابية، والسلبية للقلق قد يؤدي إلى تذبذبات غير مفيدة في محاولة لتجنب الانخراط في القلق، واستخدام استراتيجيات التنظيم العقلي غير المفيدة، مثل الطمأنينة التي تسعى لقمعها. هذه الاستراتيجيات عندما تمنع الشخص من اكتشاف أن إثارة القلق لا يؤدي إلى كارثة، فبعض الاستراتيجيات لا تعمل، وتعزز المعتقدات في فقدان السيطرة. فعلى سبيل المثال في محاولة لقمع الأفكار التي تثير القلق يمكن أن تأتي بنتائج عكسية، وزيادة إجراء هذه الأفكار.

ففي الاضطرابات النفسية، وأنواع معينة من استراتيجيات التعامل المعرفية ، مثل قمع أفكار معينة، في محاولة للتفكير بطرق خاصة، أو الرصد المستمر للتهديد الذي يمكن أن يكون مشكلة، وله نتائج عكسية، وضارة للذات؛ والانفعال، وضبط الذات في ظل بعض الظروف (Wells, 2000). ويتم تحديد إعادة التقييم، والعقاب، والسيطرة الاجتماعية، والقلق، والاضطرابات كاستراتيجيات ضبط الأفكار ما وراء المعرفة،

وقياسها من قبل استبيان ضبط المعرفة ما وراء المعرفة (TCQ; Wells & Davies, 1994). وهذه الاستراتيجيات، وخاصة القلق، والعقاب، تم تفسيرها كمؤشرات سلبية وإيجابية مهمة لمختلف الأمراض النفسية في ظل ظروف مختلفة (Reynolds & Wells, 1999; Wells & Davies, 1994).

ولتلخيص، المعرفة ما وراء المعرفة كونها مفهوماً متعدد الأوجه يتكون من المعتقدات الواعية، وغير الواعية، والمعلومات المخزنة حول المعرفة . وبالإضافة إلى ذلك، النظام التنظيمي لما وراء المعرفة يكمل الصورة من خلال الإشارة إلى مجموعة واسعة من الوظائف الإجرائية، مثل: الرصد، والتخطيط، والسيطرة على معالجة النظام المعرفي . علاوة على ذلك، تشمل الخبرة ما وراء المعرفة الخبرات الانفعالية التي تصاحب المعرفة ما وراء المعرفة، ومعنى الأفكار، وحالة المعرفة(العاسمي، 2018، 250).

أبعاد ما وراء المعرفة

يشير ويلز Wells (2009) إلى أن مفهوم ما وراء المعرفة متعدد الأبعاد يشتمل على العمليات، والمعتقدات المرتبطة باحتمال استبقاء الاضطرابات الانفعالية، وتلك الأبعاد هي:

1- المعتقدات الإيجابية نحو الهم، أو الانزعاج؛ وتعبر عن التفكير المستمر المفيد كالاعتقاد بأن الهم والانزعاج يساعد على حل المشكلات وتجنب المواقف غير السارة.
2- المعتقدات السلبية نحو الأفكار المرتبطة بالعجز عن التحكم، وإدراك الخطر؛ وهو التفكير المستمر في العجز والخطر كالاعتقاد أن الهم لا يمكن السيطرة عليه، مما ينتج عنه مخاطر عقلية وعضوية.
3- الثقة المعرفية وهي المدى الذي يظهره الفرد من عدم الثقة في ذاكرته وانتباهه
4- الحاجة لضبط الأفكار وهي المعتقدات التي تتعلق بضرورة قمع الأفكار، أو تجنبها، والسيطرة عليها.
5- الوعي أو الشعور بالذات وهو الميل لمراقبة، وتقييم الأفكار، وتركيز الانتباه للداخل (حنور، 2016، 245).

تفسير نموذج ما وراء المعرفة للاضطراب النفسي (متلازمة الانتباه المعرفي):

إن السبب الرئيسي للاضطرابات النفسية بحسب النظرية ما وراء المعرفية يرتبط بأسلوب التفكير المستمر يسمى متلازمة الانتباه المعرفي cognitive–attentional syndrome (CAS)، وتتكون هذه المتلازمة من القلق، والاجترار، ورصد التهديدات، والاستراتيجيات التنظيمية الذاتية أو سلوكيات التأقلم غير المفيدة. وتزيد هذه الممارسات التفكير والسلوك الخاطئ وتقلل مرونة الانتباه الذي يسبب للشخص تجربة السيطرة المنخفضة على الأفكار والعواطف السلبية. (Normann et al, 2014, 402)

ويُعتقدُ أن نوعين من المعتقدات ما وراء المعرفية تحافظ على متلازمة الانتباه المعرفي، المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية. وتتعلق المعتقدات الإيجابية بفائدة القلق، والاجترار، ورصد التهديد أو استراتيجيات أخرى مماثلة (على سبيل المثال، التركيز على الخطر سيجعلني أشعر بالأمان). وتتعلق المعتقدات السلبية بعدم القدرة على السيطرة على الأفكار والخطر والأهمية والمعنى لها (على سبيل المثال "التفكير في شيء يجعله حقيقة"، أو "الشعور بهذا الكرب النفسي قد يجعلني أفقد عقلي").(wells,2009,1)

كما أن لهذه المتلازمة آثاراً ضارةً، حيث أن القلق يركز على الخطر المحتمل في المستقبل، رغم أنه ليس له علاقة بالاحتمالات الحقيقية لوقوع الأحداث الخطيرة.

أما الاجترار فيسعى للحصول على إجابات عن أسئلة ليس لها في الغالب إجابة واحدة، أو محددة مثل: " لماذا أتعرض لهذه الأحداث؟ "، وبالتالي فهذا يجعل هناك إحساساً دائماً بعدم اليقين، والتناقضات الذاتية بين ما يعرفه الشخص، وما يرغب في أن يعرفه.

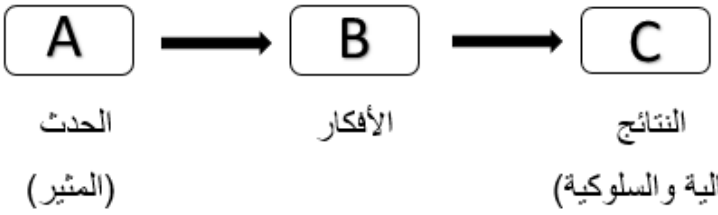
إن الممارسة المتكررة للقلق، والاجترار يزيد من قوة التعود على هذه الاستجابات إلى الحد الذي يتضاءل معه وعي المرء بهذه الأنشطة، فيسمح لها أن تستمر دون أن يراجعها، ومن ثم تؤدي كل من قوة التعود، وضعف الوعي إلى الشعور بفقدان السيطرة على هذه العمليات العقلية؛ فقد يتدخل القلق، والاجترار في العمليات المعرفية للتنظيم الذاتي، فالقلق على سبيل المثال، يسبق السيطرة الشفهية في الغالب، ويمكنه أن يتداخل مع معالجة الصور التي تعد ضرورية للمعالجة الانفعالية بعد التعرض للصدمة، وبالمثل نجد أن اجترار الماضي مثل التفكير في الإخفاقات والأخطاء السابقة يزيد من إمكانية الوصول لهذه الحالة عند إصدار أحكام على المستقبل.

ففي دراسة لميلنجس وألدن Mellings & Aden,2000 اختبرا فيها القلق والاجترار اللذين يحدثان بعد التعرض لحدث معين لدى الأشخاص الذين يعانون من درجة عالية من القلق الاجتماعي، وجدا أنهم يتنبأون باسترجاع المعلومات السلبية المرتبطة بالذات، والتحيز السلبي عند الحكم على الذات، كما ينتابهم شعور بالقلق تجاه المناسبات اللاحقة تتضمن توقع وجود صعوبات في عمليات التواصل الاجتماعي خلالها، كما أن هنا كقدر كبير من الأدلة على أن هناك تأثيرات سلبية للاجترار على الانفعال وعلى الاضطرابات النفسية في علم النفس المرضي، فقد أجرى نولن–هوكسيما Nolen–Hoeksema,2004 وزملاؤه الكثير من الأبحاث الأولية المبهرة في مجال الاجترار، وأوضحوا أن الاجترار يطيل الحالة المزاجية الاكتئابية التي تلي التعرض لخبرات حياتية ضاغطة أو صادمة.

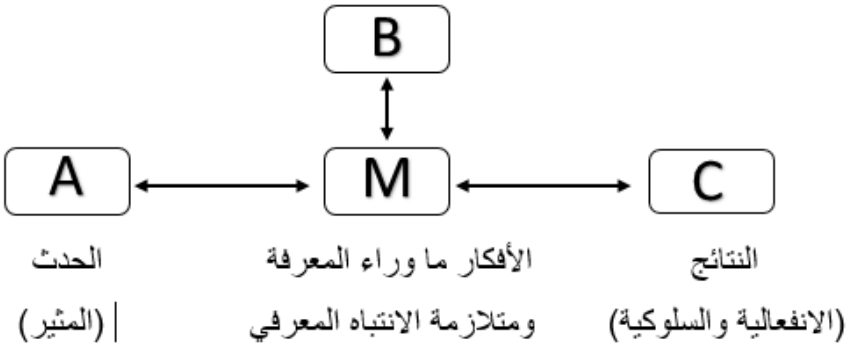
أما بالنسبة لرصد التهديدات الذي يسهم في تركيز الانتباه بطريقة مهووسة على مصادر التهديد المحتملة، فمثلاً في حالات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث تحتاج الأفكار والمعتقدات إلى إعادة الضبط مرة أخرى لتعود لحالتها الطبيعية الخالية من التهديد، من الملاحظ أن هذه الاستراتيجية تحول دون حدوث هذه العملية.

وتعد استراتيجيات التحكم في التفكير مثل كبت الأفكار أو التفكير بطريقة معينة معضلة لأنها تتدخل في المعالجة الانفعالية الطبيعية مثل التعود الانفعالي من خلال التعرض المتكرر للأفكار، ويعد كبت الأفكار مشكلة أيضاً لأنه لا يكون فعّالاً على نحو منتظم في وقف الأفكار غير المرغوب فيها، وعندئذ يمكن أن نفسر الفشل على أنه فقدان للسيطرة، حيث نجد أن هناك إصراراً في كل حالة على معالجة هذا التهديد، وبعض استراتيجيات التنظيم لها تأثيرات ساحرة لأنها تعتمد على عمليات متنافرة، حيث نرى ذلك عند مرضى القلق المزمن الذين لديهم محاولات فعالة ليُشعروا أنفسهم بالقلق إلى الحد الذي يصلون فيه للإحساس بأنهم سيكون بمقدورهم التكيف معه في المستقبل.(عبد الرحمن، 2014، 167-168)

وبناءً على هذا التفسير المعتمد على متلازمة الانتباه المعرفي في نشوء الاضطرابات النفسية تم تعديل الشكل التقليدي لنشوء الاضطرابات النفسية A–B–C المأخوذ من نظرية ألبرت أليس للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، الذي يرى أن (A) الحدث المثير الذي يؤدي إلى أفكار غير عقلانية (B) الذي يؤدي بدوره إلى نتائج سلوكية وانفعالية (C)، إلى الشكل A–M–C حيث يمثل (A) حدثاً معرفياً داخلياً وليس موقف حياتي ضاغط، ويدل (M) على المعتقدات ما وراء المعرفية، وتشير (C) إلى النتائج، أو العواقب الانفعالية، أو السلوكية.



نموذج A–B–C التقليدي



نموذج A–M–C المعدل

وعند مقارنة النموذجين نلاحظ اختلاف ما تؤكد عليه كل من النظرية السلوكية المعرفية، ونظرية ما وراء المعرفة، حيث تركز النظرية السلوكية المعرفية على تغيير الأفكار، والمعتقدات؛ بينما تركز نظرية ما وراء المعرفة على التخلص من متلازمة الانتباه المعرفي وتحدي معتقدات ما وراء المعرفة (عبد الرحمن،2014، 175)، لذلك نجد أن تؤكد النظرية السلوكية المعرفية التقليدية في تفسيرها للاضطرابات النفسية على أن الأحداث ليست هي التي تسبب المشكلات، والاضطرابات النفسية لكن الذي يسبب ذلك هو كيفية تأويلنا لها، لذا نجد النظرية السلوكية المعرفية التقليدية تتعامل مع المعاني التي يعطيها الناس لتجاربهم، وخبراتهم، حيث تفترض أن المشكلة تكمن في الآراء الخاطئة والمشوهة التي تتكون لدينا عن ذواتنا، وعن العالم، وهي تتعامل مع تغيير مضمون هذا التفكير وتغيير اعتقاد الفرد في صلاحيته، وعلى العكس من ذلك، نجد أن نظرية ما وراء المعرفة تتعامل مع طريقة تفكير الناس وتفترض أن المشكلة تكمن في أنماط التفكير غير المرنة والمتكررة التي تتكون لدينا عند الاستجابة لأفكارنا ومشاعرنا ومعتقداتنا السلبية، لذا فهي تركز على التخلص من أنماط المعالجة غير المساعدة أو غير المفيدة لهذه الأفكار وهي تفترض أن أية تحديات للأفكار المعرفية (المضمون) تحدث بصورة حصرية في مستوى ما وراء المعرفة. فإذا درسنا على سبيل المثال حالة مريض مصاب بالاكتئاب يعتقد مثلاً: "أنه عديم الفائدة"، فإن المعالج الذي يتبع النظرية السلوكية المعرفية التقليدية سيتناول هذه المشكلة بسؤاله: "ماهو دليلك على ذلك؟"، أما المعالج الذي يتبع نظرية ما وراء المعرفة فسوف يسأله: "ما هو الهدف من تقييمك لمدى كفاءتك؟". (عبد الرحمن،2014، 149-150)

المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية

يتم التحكم في متلازمة الانتباه المعرفي من خلال المعتقدات الخاطئة حول التفكير. هناك مجالان مختلفان لمحتوى المعتقدات المعرفية يسهمان في هذا النمط، وهما:

(1) المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية.

(2) المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية.

وتتعلق المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية بفائدة القلق، والاجترار، ورصد التهديد، واستراتيجيات أخرى مماثلة. الأمثلة على ذلك:

- "إذا كنت قلقاً سأكون مستعداً".
- "التركيز على الخطر سيجعلني أشعر بالأمان".
- "يجب أن أتذكر كل شيء، ثم سأعرف ما إذا كنت أنا الملام أما لا".
- "إذا حلّلت لماذا أشعر بهذه الطريقة سأجد إجابات".
- "يجب أن أتحكم في أفكاري أو سأفعل شيئاً سيئاً".

قد تبدو هذه المعتقدات في ظاهرها معقولة. ولكن من أجل إظهار طبيعتها الخاطئة والمشوهة، سيتم تقديمها فيما يلي مع وضع بعض الأسئلة المفيدة التي يستخدمها المعالج الذي يتبع نظرية ما وراء المعرفة ليعيد بها صياغة تلك المعتقدات كالتالي:

- "إذا كنت قلقاً سأكون مستعداً".

هل من الممكن أن تكون مستعداً دون أن تشعر بالقلق؟

هل من الممكن أن تقلق بشأن كل ما يمكن أن يحدث؟

هل يعطيك القلق نظرة متوازنة للمستقبل، أم متحيزة؟

- "التركيز على الخطر سيجعلني أشعر بالأمان".

كيف تعرف الخطر الذي يجب التركيز عليه؟

هل هو الخطر الذي تراه سيلحق بك، أم ذلك الذي لا تراه؟

هل تركيزك على الخطر سيجعلك تشعر بقليل من الأمن، حيث أنك أثناء ذلك تنسى الأشياء المعتادة؟

- "يجب أن أتذكر كل شيء، ثم سأعرف ما إذا كنت أنا الملام أما لا".

هل من الممكن أن تتذكر كل شيء؟

كيف ستعرف ما إذا كان لومك لنفسك سيساعدك في أن تشعر بالتحسن، وتمضي قدماً في حياتك؟

هل يمكنك أن تمضي قدماً دون إلقاء اللوم على نفسك؟

- "إذا حللت لماذا أشعر بهذه الطريقة سأجد إجابات".

منذ متى وأنت تقوم بهذا؟ كم من الوقت سوف تقضيه في ذلك؟

ماذا لو كان الجواب هو التوقف عن هذا التحليل ؟

ماذا لو لم يكن هناك جواب سوى تغيير الطريقة التي تفكر بها؟

- "يجب أن أتحكم بأفكاري".

كيف يمكنك معرفة أي الأفكار يجب السيطرة عليها؟

هل من الممكن السيطرة على كل أفكارك؟

هل يمكن للسيطرة على أفكارك أن تمنعك من معرفة الحقيقة حولها؟

المجال الثاني من الاعتقاد ما وراء المعرفي يتعلق بالأهمية السلبية، ومعنى الأحداث المعرفية الداخلية مثل الأفكار، والمعتقدات العادية. هناك مجموعتان فرعيتان من المعتقدات السلبية لما وراء المعرفة وهما: تلك التي تتعلق بعدم السيطرة على الأفكار وتلك التي تتعلق بالخطر، والأهمية؛ ومعنى كل منهما. هذه المعتقدات تؤدي إلى استمرار متلازمة الانتباه المعرفي بسبب الفشل في محاولة السيطرة، ولأنها تؤدي إلى تفسيرات سلبية، ومهددة للأحداث العقلية. ويمكن أيضاً أن تمتد هذه المعتقدات إلى الخبرات الانفعالية، أو الحالات العاطفية.

الأمثلة تشمل:

"ليس لدي أي سيطرة على ما أشعر به من قلق أو اجترار".
"القلق يمكن أن يدمر جسدي".
"الضائقة النفسية يمكن أن تجعلني أفقد عقلي".
"الأفكار السيئة لديها قوة تدفعني لفعل أشياء سيئة".
"بعض الأفكار يمكن أن تحدث أشياء سيئة".
"أفكاري قد تدفعني للتغير لأكون شخصاً لا أرغب فيه ".
"الأفكار غير القابلة للتحكم هي علامة على الجنون".
"إذا كنت أعتقد أنني شخص سيئ يجب أن أكون كذلك".
"الشعور بالقلق يعني أنني يجب أن أكون في خطر".
"التفكير في شيء يجعله صحيحا".(Wells,2009, 15-16).

المهارات الأساسية للعلاج ما وراء المعرفي:

إن استخدام النظرية ما وراء المعرفية كأسلوب علاجي وتطبيقه على نحو فعال يتطلب العديد من المهارات، وهناك أربعة مهارات أساسية يجب الارتكاز عليها في هذا العلاج وهي:

1- التعرف على المستويات والتنقل بينها:

إن الطبيعة الجوهرية للعمل بمستوى ما وراء المعرفة هو أنه ينبغي له أن يُمكن المريض من أن يصبح واعياً بأساليب، وعمليات التفكير غير التوافقية، وأن يغير النموذج العقلي للمعرفة، وأساليب اختبار الأفكار، ويتضمن ذلك أكثر من مجرد اختبار واقعية مضمون، ومحتوى الأفكار، والمعتقدات والسعي للتخلي عن أساليب التفكير غير التوافقية، والعمل في مستوى أعلى من اختبار صلاحية هذه المعتقدات عن التفكير.

فمثلاً في حالة رجل يبلغ من العمر 37 عاماً تعرض لصدمة بسبب تعرضه لحادث سرقة، فكان يشعر بمشكلات مستمرة بسبب ألم في الرأس، ونوبات قلق، وذكريات مقحمة عن الحادث، وعند سؤاله عن كيفية تكيفه مع هذه الأعراض؛ قال: إنه كان يتجنب الخروج من بيته، وكان يتعاطى الكحوليات ((ليقصي نفسه عنها) ، وكان يبقى متنبهاً لأي خطر من المحتمل حدوثه، وكان يصف كيف كان يسترجع الحادث ليحاول ويفكر في طريقة ليستكشف ما إذا كان فاته أن يفعل أي شيء على نحو مختلف أثناء الحادث ليغير من نتائجه، فكيف يتسنى للمعالج أن يعمل على مستوى ماوراء المعرفة في هذه الحالة؟

قد يضم مدخل العلاج المعرفي التقليدي إعادة الحدث على نحو تخيلي، وإعادة بعض اختبارات التي تقيس واقعية الاختبارات المشوهة للمريض عن نفسه، وعن طبيعة التهديد الذي يشعر به في العالم، ويعد ذلك مثلاً على العمل على المستوى المعرفي، حيث أننا نغير طبيعة ذكرياته

ومضمون معتقداته عن نفسه وعن العالم (مكونات معرفية)، وبدلاً من ذلك يمكن للمعالج أن يعمل على المستوى ما وراء المعرفي بفحص الطريقة التي يسيطر بها المريض على أفكاره عن الصدمة التي تعرض لها، وكيف يسيطر على معتقداته المتعلقة بالأفكار المقحمة، وما يعتقده من ضرورة التكيف مع الصدمة باسترجاع الأحداث عن طريق الاجترار والقلق (مكونات ما وراء معرفية).

وعندما يناقش المعالج مع المريض طبيعة المشكلات التي يتعرض لها مستخدماً العلاج ما وراء المعرفي، يقوم المعالج بدراسة أفكار المريض السلبية، ومعتقداته عن ذاته، وعن العالم على اعتبار أن هذه الأفكار هي أعراض، أو مثيرات للمشكلة التي يعاني منها، لأن المشكلة الحقيقية تكمن في كيفية تفسير المريض لهذه الأحداث المعرفية، وكيفية تعامله معها، وإذا أخذنا ذلك في الاعتبار فينبغي له أن يسمح للمعالج المستخدم لنظرية ما وراء المعرفة أن يُجري التعديلات اللازمة لتركيز العمل العلاجي على مستوى ما وراء المعرفة.

وفي هذا العمل يطلب المعالج من المريض أن يتراجع عن الفكرة، وأن يعتبرها حدثاً داخلياً، أو عرضاً من الأعراض التي لا تتطلب استجابة فكرية، أو تحليلية، ولكي نفعل ذلك لا نقوم بمجرد تقييم ثبات الفكرة ولكن نحاول أن نولد لها معنى، أو نموذجاً عقلياً (حدث داخل العقل)، عندئذ نقوم بتعديل عوامل ما وراء المعرفة التي تؤدي إلى ظهور أساليب التفكير التي تدعمها على نحو مستمر، وعلى العكس من ذلك، نجد أن اختبار واقعية فكرة ما، أو معتقد معتاد لفحص مدى ثباته يُقوي النموذج العقلي الذي يرى أن بعض الأفكار تُعدُّ حقيقية، والبعض الآخر ليس كذلك، وهذا يخفي الموقف الحياتي، فبغض النظر عن مدى ثباته، فإن الأفكار، والمعتقدات تعد خبرات عقلية توصل المعلومات، فلا يهم حقاً ما إذا كانت دقيقة أم لا، لأن العامل الحاسم هنا هو طبيعة النموذج ما وراء المعرفي لمعارفنا الشخصية.(عبد الرحمن، 2014، 206-210).

2- القدرة على التعرف على العمليات المعرفية اللاتوافقية التي تشكل متلازمة الانتباه ما وراء المعرفي بأشكالها المتخفية المختلفة (فحص متلازمة الانتباه المعرفي):

عند البدء في تطبيق نظرية ما وراء المعرفة، نجد أن المعالج غالباً ما يُخفق في التحقق من متلازمة الانتباه المعرفي، ومن أبرز هذه الصعوبات هو إخفاق المعالج في التعرف على القلق والاجترار في كل من وصف المريض لفكره أو كعملية تنشيط أثناء جلسة العلاج، ومن الضروري هنا أن يكون كل من المعالج والمريض مُدركين في النهاية للقلق والاجترار؛ ولديهما القدرة على التعرف عليهما، وكذلك القدرة على مراقبة مصدر التهديد، وسلوكيات المواجهة المضادة.

وقد تعد فترة صمت المريض مؤشراً على تنشيط الاجترار والقلق، كما أن التبريرات المستمرة للمعتقدات والتأملات المتكررة في الانفعالات السلبية عادة ما تكون مؤشراً على القلق والاجترار

أيضاً، وقد يعد الاستغراق في سرد الوصف الشفهي للأحداث مؤشراً على الاجترار أو على أسلوب مواجهة يقوم على التجنب، ولكي نتعرف على هذه العملية يجب أن يفكر المعالج في ما وراء المحتوى وصدق ما يُذكره المريض وأن يكون واعياً بما يؤدي لتنشيط سلسلة من المعالجات السلبية، وعندما يلاحظ كل هذه الأشياء ينبغي له أن يتم تحديدها وتصنيفها لكي يزيد من وعي المريض ويتم بذلك تعطيل هذه العملية بدلاً من اختبار واقعية مضمونها.

وعلى الرغم من أن هذه العمليات تؤدي دوراً عفوياً على نحو متكرر الحدوث أثناء المقابلة العلاجية، إلا أنه ثمة طريقة للكشف عنها وهي سؤال المريض أسئلة مباشرة عن كيفية حدوثها، فالمعالج الذي يتبع نظرية ما وراء المعرفة يسأل المريض عن استغراقه في تلك الأفكار وعن القلق والاجترار وعن إطالة التفكير كاستجابة للضغوط والانفعالات، حيث يهدف المعالج إلى التحديد أو القياس الكمي Quantify في ضوء تكرار حدوث أساليب التفكير هذه والفترة الزمنية التي يستغرقها، كما يسأل المعالج أيضاً عما إذا كان المريض قد وجد أن انتباهه قد التصق Stuck بشيء واحد على نحو محدد وما هو هذا الشيء، ويمكن أن يكون هذا هو الأساس الذي نتعرف من خلاله على مراقبة مصدر التهديد، فيسأل المعالج المريض عما إذا كان قد حاول أن يسيطر على أفكاره أو يواجه ويتكيف مع انفعالاته أو مع أي خطر شعر به، وما الأشكال التي اتخذتها تلك الاستجابات وما مدى فاعليتها.

ويمكننا أن نلاحظ عملية مراقبة مصدر التهديد خلال جلسات العلاج، فنرى مثلاً المريض المصاب بالقلق على صحته يمسك بعنقه بشكل متكرر أثناء المقابلة التشخيصية، وقد ذكر حينما سُئل عن سبب هذا الفعل "أن عليه أن يؤدي هذا الفعل ليشعر بنبضه ليتأكد ما إذا كان قلبه ينبض بشكل طبيعي أم لا"، وفي هذه الحالة قام المعالج بفحص إستراتيجية مراقبة مصدر التهديد بنفسه.

إن بعض سلوكيات المواجهة غير التوافقية تعد خفية، ويمكن أن يتغاضى عنها المعالج حينها، وعلى المعالج أن يعتاد أن يسأل المرضى عن الكبت، واستراتيجيات السيطرة على الأفكار، والتحكم الانفعالي، واستراتيجيات تجنب المشكلات، وأن يستكشف طبيعتها المميزة، فعلى سبيل المثال، ذكرت مريضة للمعالج أنها كانت تحاول وقف أفكارها التي تتوارد عن حادث صادم تعرضت له، فافترض المعالج أنها تعاني كبت هذه الأفكار وأخفق في استكشاف هذه المقولة بقدر كاف من التفاصيل، إلا أنه اكتشف لاحقاً أن المريضة كانت تحاول أن تتخلص من هذه الأفكار بالإفراط في التفكير بقدر الإمكان في الصدمة التي تعرضت لها؛ لأنها قرأت أنه لكي تتغلب على خوفها فعليها مواجهته، وحينما وجهها المعالج بأن تحد من هذا التفكير المفرط، اكتشفت أن أفكارها عن الصدمة بدأت تتلاشى.

وثمة استراتيجية إضافية للكشف عن متلازمة الانتباه المعرفي، مثل فحص مقاييس التقدير المميزة ذات الطابع الخاص مثل اختبار متلازمة الانتباه المعرفي، ولفت انتباه المريض لظهور المكونات الفردية، ويمكن للمعالج اتباع هذه النظرية بتوجيه المريض إلى تسجيل عدد المرات التي يلاحظ فيها عكوفه على الأفكار السلبية، أو عدد مرات محاولته كبت الأفكار التي تثير مخاوفه.

وينبغي لنا أن نتوقع استمرار انغماس المرضى في القلق والاجترار وفي الجوانب الأخرى لمتلازمة الانتباه المعرفي لبعض الوقت خلال المراحل الأولى للعلاج، ومن المهم للمعالج أن يلفت انتباه المريض بشكل متكرر لهذه العمليات وأنها ستظهر بطرق مختلفة، فإظهار أن التغير الذي طرأ على المضمون (المحتوى) والتركيز لا يُعد مؤشراً على حدوث تغير في العملية ذاتها يعد مفيداً في بناء الوعي ما وراء المعرفي بدرجة أكبر، وفي وقف النشاط الذي يواظب عليه المريض.(عبد الرحمن، 2014، 210-212)

3- استخدام حوار سقراطي يرتكز على نظرية ما وراء المعرفة:

تستخدم نظرية ما وراء المعرفة الحوار السقراطي لاستكشاف المعاني، والعمليات الضمنية، والمعتقدات، إلا أن مركز اهتمام هذا الحوار يختلف عن مركز الاهتمام النمطي في النظرية السلوكية المعرفية التقليدية، ففي النظرية السلوكية المعرفية التقليدية، يستخدم المعالج الأسئلة لاستكشاف محتوى الأفكار، والمعتقدات ولتوجيه العلاج نحو تعديل هذه المعتقدات، أما في النظرية ما وراء المعرفية يستخدم المعالج الأسئلة لاكتشاف متلازمة الانتباه المعرفي وتعطيلها. فحينما تكون المعتقدات هي بؤرة الاهتمام يكون هدف الحوار السقراطي هو استكشاف وتعديل المعتقدات في الأفكار، والانفعالات (ما وراء المعرفة) بدلاً من استكشاف، وتعديل الأفكار عن الذات، والعالم.

والحواران التاليان يمثلان مثالين لمدخل النظرية السلوكية المعرفية التقليدية ثم مدخل نظرية ما وراء المعرفة على التوالي عند إجراء الحوار السقراطي.

- الحوار السقراطي في النظرية السلوكية المعرفية التقليدية:

المعالج: ما الذي دفعكِ إلى الشعور بالاكتئاب؟

المريضة: حينما لم يعد جون يرغب في رؤيتي.

المعالج: وما الذي يعنيه ذلك بالنسبة لكِ؟

المريضة: اعتقدت أنني لم أعد أروق لأي شخص. وأنني شخصية مُملة.

المعالج: يبدو أنه كان لديك أفكار سلبية حينما حدث ذلك، هل تعتقدين أن الجميع يصاب بالاكتئاب حينما يحدث له ذلك، أو يمر بمثل هذه الخبرة؟

المريضة: لا، لأنهم لا ينظرون إلى الموضوع بالأهمية نفسها.

المعالج: حسناً، فنحن إذن بحاجة إلى فحص أفكارك، وما الذي يعنيه الأمر بالنسبة لكِ حينما يعزف شخص ما عن لقائكِ؟

المريضة: هذا يعني أنني مملة، وأنهم غير راغبين فيَّ.

المعالج: لأي مدى تعتقدين أن السبب وراء ذلك هو إحساسكِ أنكِ مملة؟

المريضة: يجب أن أشعر بذلك وإلا لكان الناس دعوني للخروج معهم.

المعالج: وما هو الشعور الذي يسببه لكِ هذا التفكير؟

المريضة: منتهى الحزن والشعور بالوحدة.

المعالج: إذن فإن المعنى الذي تعطيه للمواقف هو الذي يجعلك تشعرين بالحزن، أنه ما تعتقدينه فيهم، وأنتِ تعتقدين أن الناس لا يرغبون في رؤيتكِ لأنكِ مملة، ماذا لو أن هناك بدائل أخرى، وأسباب أكثر احتمالاً لعدم رغبة الناس في رؤيتكِ؟

– الحوار السقراطي في نظرية ما وراء المعرفة:

المعالج: ما الذي دفعكِ إلى الشعور بالاكتئاب؟

المريضة: حينما لم يعد جون يرغب في رؤيتي.

المعالج: وما الذي يعنيه ذلك بالنسبة لكِ؟

المريضة: اعتقدت أنني لم أعد أروق لأي شخص، وأنني شخصية مُملة.

المعالج: يبدو أنه كان لديك أفكار سلبية حينما حدث ذلك، فما هي أول فكرة بدأ بعدها كل ذلك؟

المريضة: أنا فكرت، لماذا لم يرغب في معرفتي؟

المعالج: حسناً، دعينا ندرس كيف فكرتِ في الاستجابة لهذه الفكرة المبدئية، وما الذي فكرتِ فيه بعد ذلك؟

المريضة: أحاول أن أفكر في العيوب التي توجد فيَ، فقد أكون مملة. ربما لأنني لا أروق لهم، أنا أحاول أن أفهم لماذا يحدث لي ذلك.

المعالج: كم من الوقت استغرقت في عمل ذلك؟

المريضة: يمكن أن يستمر ذلك لساعات.

المعالج: بِمَ يجعلك هذا الأمر تشعرين؟

المريضة: منتهى الحزن، والشعور بالوحدة.

المعالج: وهكذا، إنها طريقة استجابتكِ للفكرة القائلة: "لماذا لايريد جون أن يعرفني" هي التي تجعلك حزينة، إنك تحاولين إيجاد إجابة عن هذا السؤال بتحليل العيب الذي تعانين منه، هل يشعرك ذلك بالسعادة، أم بالتعاسة؟، "ماذا لو أن هناك طرق أفضل للاستجابة لهذه الفكرة"؟.

لاحظْ أن السؤال الأخير في كل منهج مختلف تماماً، ففي نموذج النظرية السلوكية المعرفية التقليدية كان السؤال الأخير هو: "ماذا لو أن هناك بدائل أخرى، وأسباب أكثر احتمالاً لعدم

رغبة الناس في رؤيتك؟"، قارن هذا بالسؤال الأخير في نموذج نظرية ما وراء المعرفة: "ماذا لو أن هناك طرق أفضل للاستجابة لهذه الفكرة؟"، حيث نجد أن مدخل نظرية ما وراء المعرفة يُركز على تأثير عملية الاجترار التي أُثيرت بسبب فكر سلبي، وينقل المريضة إلى حالة العمل بما وراء المعرفة، والعكس من ذلك نجد أن حوار النظرية السلوكية المعرفية التقليدية يعمل في حالة الهدف Object mode، حيث يتم تقييم الأفكار لتحديد ما إذا كانت حقائق أم لا، بالإضافة إلى ذلك فإنه يشجع المريضة على مواصلة تحليل أسباب عزوف الآخرين عن رؤيتها وتنفيذها لهذه العملية الفكرية على الدوام بدلاً من محاولة التغلب عليها والتخلص منها.(عبد الرحمن، 2014، 212-215)

4- التعرض لتجربة أو خبرة باستخدام نظرية ما وراء المعرفة:

يعد التعرض لتجربة، أو خبرة معينة من مكونات نظرية ما وراء المعرفة، إلا أن العلاج لا يتطلب فترات تعرض مطولة، ومتكررة كوسيلة لإحداث تغير انفعالي، ويتباين الهدف من التعرض للتجربة، أو للخبرة في نظرية ما وراء المعرفة من عدة جوانب، فهي تُستخدم لتعديل المعتقدات، والأفكار وتقوية المعالجة البديلة والأكثر تكيفاً ومواجهة، وتستخدم ثلاثة أنواع من التعرض في نظرية ما وراء المعرفة وهي:

أ- تسهيل تغيير الفكرة، أو المعتقد بشكل عام.

ب- تحدي المعتقدات، أو الأفكار ما وراء المعرفية بشكل خاص.

ت- تعزيز المعالجة التوافقية للصدمة.

أ- تسهيل تغيير الفكرة أو المعتقد بشكل عام:

إن أية تجربة سلوكية تتضمن التعرض لمنبه يثير الخوف لدى المريض بهدف اختبار المعتقدات، تعد فنية ما وراء معرفية غير محددة نظراً لأنها بمثابة تقييم للمعرفة، ويمكن تحسين هذا النوع من الاختبارات بإجرائها في ظروف ما وراء معرفية أكثر تحديداً، حيث يمكن التحكم في الطريقة التي يُعالج بها المريض المعلومات قبل التعرض للتجربة، وأثناءها، وبعدها لزيادة إمكانية تغيير المعتقد إلى أقصى حد ممكن، ويمكن أن نستخدم ذلك في كتابة نص ما وراء معرفي لتوجيه هذه المعالجة.

على سبيل المثال، مريضة تعاني من القلق الاجتماعي، حيث تتجنب النظر في وجوه الآخرين عند التعامل معهم، كما أنها كانت تعيد التفكير في الانطباع (اجترار) الذي تعتقد أنها قد تركته عن الآخرين لساعات بعد ذلك، على رغم من تعرضها لمواقف اجتماعية بشكل يومي متكرر، إلا أن اعتقادها ''بأن الناس يعتقدون بأنها غبية'' قد استمر لديها لسنوات، تلقت هذه المرأة علاجاً نفسياً لعدة سنوات سابقة تعرضت خلاله لمواقف اجتماعية معينة أثناء تعلمها كيفية السيطرة على قلقها وكيفية استخدام التوكيد الذاتي، لقد ساعدها ذلك في هذا الوقت، إلا أنها شعرت أن ما

ينتابها من قلق قد استمر ليصبح مشكلة بعد ذلك. وخلال علاجها باستخدام نظرية ما وراء المعرفة تعرضت لتفاعلات اجتماعية مع توجيهات بتركيز انتباهها على وجوه الآخرين أثناء الحديث، وقد طُلب منها بشكل خاص ''أن تحاول أن تُكَون انطباعاً كاملاً عن شكل الآخرين كما لو أنها ستحتاج إلى التعرف عليهم وسط الزحام''، كما طُلب منها أن تلاحظ متى بدأت تحلل أداءها بعد انتهاء الحدث وأن تمتنع عن هذا النشاط، وتطبق فكرة ''اليقظة العقلية المنفصلة Detached Mindfulness'' على أفكارها المُقحمة، وقد مكَّنها هذا الإجراء الذي يقوم على التنسيق بين أسلوب معالجتها أثناء، وبعد التعرض لتلك المواقف من اكتشاف أن مشكلتها كانت بسبب التفكير السلبي، وليس بسبب ما قد يعتقده الناس عنها.

ب- تحدي المعتقدات أو الأفكار ما وراء المعرفية بشكل خاص:

يستهدف المعالج عند استخدامه لنظرية ما وراء المعرفة بشكل خاص تلك المعتقدات الإيجابية، والسلبية عن التفكير، لذا، فإن تعريض المريض لموقف يقدم على أساس منطقي يهدف بشكل خاص إلى اختبار معتقداته ما وراء المعرفية.

على سبيل المثال، ثمة مريض يعاني من اضطراب الوسواس القهري طُلب منه أن يلمس شيئاً ملوثاً، وأن يؤجل غسل يديه لاختبار اعتقاده بأن التفكير في أن هذا الشيء ملوث يجب أن يعني أنه ملوثاً بالفعل. ويختلف ذلك كثيراً عن الأساس العقلاني للتعود (الذي يقول مثلاً: لا تغسل يديك، وسوف ينتهي قلقك)، أو على أساس عقلاني معرفي (الذي يقول مثلاً: لا تغسل يديل وستكتشف أنك لن تصاب بأي أذى أو مكروه)، أمَّا في حالة نظرية ما وراء المعرفة يكون التركيز على تحدي الاعتقاد في أهمية التفكير المُقحم وليس على احتمالية التعرض الفعلي للخطر، أو على مسؤولية الوقاية منه.

ج- تعزيز المعالجة التكيفية (التوافقية) للصدمة:

يهدف هذا النوع من التعرض للمواقف الذي يجرى في سياق النظرية ما وراء المعرفية إلى التخلص من جوانب من المعالجة غير التوافقية، ومن أساليب التوافق تلك التي تتداخل مع التنظيم الذاتي للمريض، ويُستخدم هذا النوع من التعرض في أغلب الأحيان في نظرية ما وراء لمعرفة للتعامل مع الصدمات، حيث يُوجه المريض نحو الاستجابة إلى أفكار تلقائية مُقحمة بشكل معين تسهل من عملية التنظيم الذاتي المدمج، والتلقائي لديه، ولا يُقدم ذلك كونه اختباراً للمعتقدات؛ ولكن يقدم كطريقة لإزالة الحواجز في طريقة المعالجة الانفعالية الطبيعية. ولا يُفترض، كما هو الحال في التطبيق المعتاد للنظرية السلوكية المعرفية التقليدية أنه ينبغي أن يكون هناك تعرض متكرر لذكريات الصدمة، والإسهاب فيها أيضاً، فبدلاً من ذلك يوجه المعالج المريض نحو الاعتراف بأفكاره المُقحمة، كما يوجهه نحو الامتناع عن الانغماس في هذه الذكريات بأية طريقة سواء كان بتحليل الحدث، أو بإبعاد الأفكار المُقحمة، أو القلق من التعرض

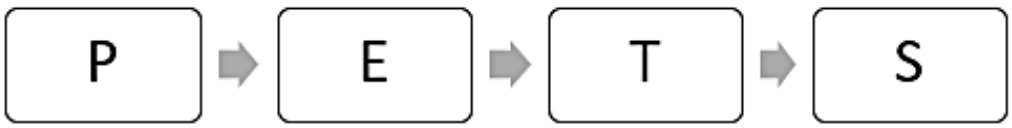
لخطر في المستقبل، ويقدم هذا المدخل مستخدماً أساساً منطقياً يرى أن الشفاء، أو المعافاة الانفعالية Emotional Healing تعد عملية طبيعية تحدث بشكل تلقائي إذا لم تُقاطع من قبل استجابات معينة غير مساعدة، أو غير مفيدة للأفكار والمشاعر.

وفي مثال لشخص تعرض لصدمة بسبب تعرضه للطعن بسكين في الشارع يذكر أنه كان لديه أفكارٌ مقحمة بشكل متكرر عن هذا الحادث، كما كان لديه شعور بسخونة في بطنه، أي في الموضع الذي طعن فيه نفسه، وبدلاً من التغلب على هذه الذكرى بمحاولة تفتيتها، وتعزيز التعود عليها كما هو متبع في العلاج السلوكي المعرفي التقليدي قام المعالج الذي يستخدم العلاج ما وراء المعرفي بفحص استجابته للأفكار المقحمة، حيث قام المريض بوصف الحدث بشكل طبيعي محاولاً أن يُلهي نفسه بعيداً عن تلك الأفكار المقحمة، ومحللاً ما كان بوسعه أن يفعله لمقاومة المعتدي، وقد وجهه المعالج إلى نبذ هذه الاستراتيجيات، والاستمرار بدلاً منها في المراقبة السلبية للأفكار المقحمة بدون دفعها بعيداً عن ذهنه، وبدون أن يحاول تشتيت ذهنه عنها، وبدون تحليل لما كان بوسعه أن يفعله آنذاك، وبهذه الطريقة تم تلخيص الفكرة من احتمالية ظهورها وتأثيرها، وبدأ المريض يلاحظ أنها أخذت في التلاشي، والاختفاء من تلقاء نفسها (عبد الرحمن، 2014، 227-229).

استخدام البروتوكول P-E-T-S في تعريض المريض لخبرة ما:

تتكون تجارب التعريض لحدث ما في النظرية السلوكية المعرفية التقليدية من أربعة عناصر هي: الإعداد – التعرض – الاختبار – التلخيص Prepare – Expose – Test – Summarize، وتعرف اختصاراً ببروتوكول P-E-T-S.

وهي تستخدم عادة في اختبار تنبؤات محددة بناء على أفكار المريض، أو معتقداته، ويمثل كل عنصر مرحلة في سلسة متصلة، وتُستخدم هذه التجارب في علاج اضطرابات القلق، وعلى الرغم من أنها تدمج في عملية التعريض بشكل عام، إلا أنه عادة ما يكون مختصراً، ومقروناً بأساس منطقي واستراتيجية أو اختبار غير مؤكدين، كما يستخدم هذا النظام عادة لاختبار معتقدات ما وراء المعرفة مثل الاعتقاد بأن الاجترار أمرٌ لا يمكن السيطرة عليه، وبأن الأفكار يمكن أن تكون مؤذية، وبأن القلق قد يكون مفيداً.



1- ركز على المعرفة المستهدفة
2- حدد توقعاً
3- اعط أساساً منطقياً

4- عرض لموقف معين.
5- أ- اختبر توقع بمناورة غير مؤكدة. أو
ب- طبق خطة بديلة للمعالجة.

6- لخص النتائج.
7- حسن التناغم وكرر التجربة.

أول مراحل هذا البروتوكول هي مرحلة الإعداد Preparation، وهي تتألف من التركيز على الفكر، أو المعتقد ما وراء المعرفي المستهدف الذي يرجى تحديه، وتشمل فحص الأدلة على وجود معتقدات ما وراء المعرفة، وسلوكيات التكيف، والمواجهة التي تحول دون تحقيق التوافق، ويتم إعداد، أو حساب معدل لهذا الاعتقاد في هذه المرحلة، ثم نضع تنبؤ يحدد ما الذي ينبغي حدوثه إذا تم تعديل سلوكيات المواجهة. وبعمل ذلك، سيقدم لنا المعالج هدفاً واضحاً للتجربة كوسيلة لتقييم فكرة أو أداء ما.

أما المرحلة الثانية فهي التعريض لخبرة، أو لتجربة Exposure، وهي تشير إلى تعريض المريض لحدث داخلي ينشط الفكرة، أو المعتقد ما وراء المعرفي، فمثلاُ، قد يكون ذلك في شكل تعريض مريض مصاب بالوسواس القهري لحالة من الهياج الجسدي، أو لأفكار مرتبطة بالجسد.

وتتألف المرحلة الثالثة من الاختبار Test، وهي تمثل إحداث تغيير في السلوك الذي يعمل كاختبار واضح لتنبؤ المريض، فمثلاً، أثناء قراءة خبر عن حدوث جريمة، نجد المريض الذي يعاني من اضطراب القلق المُعمم يحاول أن يقلق من هذا الخبر بشكل مكثف ليختبر ما توقعه من إمكانية فقدان السيطرة على عقله (وفي مراحل متأخرة من العلاج تُستبدل مرحلة الاختبار عادة بمرحلة الممارسة التي تشمل تنفيذ الخطط البديلة للمعالجة لكي نقوّي أساليب الاستجابة البديلة)، ويختلف هذا النهج عن مجرد التعرض، حيث يتم إجراء محاولات للتعامل مباشرة مع المعالجة والسلوك أثناء التعرض بحيث يتم إعادة هيكلة المعتقدات.

أما المرحلة الأخيرة، فهي الملخص Summary، وهي تشمل تلخيص نتائج التجربة، وعلاقتها بالتوقع الأصلي ثم إعادة تقدير المعتقد ذاته، عندئذٍ يتم تهذيب، وتنقية التجربة، وتكرارها مرة أخرى لكي تقلل من مستوى المعتقد، أو الفكرة.(عبد الرحمن، 2014، 230-231)

فنيات العلاج ما وراء المعرفي:

يقدم العلاج النفسي ما وراء المعرفي عدد من الفنيات التي تعمل على إكساب الأشخاص القدرة على السيطرة على الانتباه، والتخلص من أنماط التفكير غير المفيدة، حيث أن السيطرة على الانتباه في حالة الاضطراب النفسي تصبح غير مرنة لأن الانتباه يكون مرهوناً بمعالجة مستمرة تتمركز حول الذات، وتقوم على القلق، ومراقبة مصدر التهديد، لذلك يعمل العلاج ما وراء المعرفي من خلال فنياته على إعادة توجيه الانتباه، ومقاطعة متلازمة الانتباه المعرفي، والسيطرة على الإدراك والتفكير. ومن هذه الفنيات:

1- فنيات تدريب الانتباه (ATT) Attention Training Techniques :

تمثل أحد فنيات العلاج ما وراء المعرفي (MCT)، وهي ليست استراتيجية المواجهة مثل صرف الانتباه Distraction التي تستخدم في الاستجابة للأفكار، والمشاعر غير السارة بأن نصرف

الانتباه عنها، بل هو إجراء تدريبي مصمم لتحسين السيطرة على الانتباه، وجعله أكثر مرونة، وأقل تعرقلاً (حنور، 2016، 470).

وهو مهمة سمعية، حيث يمارس المريض توجيه الانتباه نحو أصوات مختلفة (Normann et al.,2014, 403) ، ويهدف تدريبات التركيز إلى زيادة اللياقة العقلية، والسيطرة على الانتباه، ولا تظهر فوائدها إلا بعد تدريبات منتظمة لمدة أسبوعين حتى أربعة، وربما ثمانية أسابيع، ويعتبر تقليل التركيز على الذات وزيادة اللياقة العقلية والتحكم الواعي في الانتباه أحد أهم أهداف العلاج ما وراء المعرفي، وتشمل توجيه الانتباه إلى خبرات خارجية – بيئية – متنوعة بدلاً من تركيزه على الجسد، أو على خبرات داخلية كالأفكار، والمشاعر ...إلخ.

وحسب ويلز Wells فإنَّ جلسة تدريب الانتباه تستغرق من 10–12 دقيقة مرة واحدة أو مرتين يومياً، لمدة تتراوح بين 2–4 أسابيع، تتكون الجلسة من ثلاثة مراحل:

1- الانتباه الانتقائي Attention Selective : وفيها يطلب من المتدرب لمدة خمس دقائق أن يركز على صوت واحد أو موضع واحد ضمن عدة أصوات متزامنة أو عدة مواضع ثم يحول انتباهه من صوت إلى آخر متخذاً من بقية الأصوات ما يشبه الخلفية الذهنية الحاضرة.

2- الانتباه المتحول Attention Switching : وفيها يطلب من المتدرب لمدة خمس دقائق أن يقوم بتحويل انتباهه من صوتٍ إلى آخر بوتيرة أسرع فأسرع.

3- الانتباه الموزع أو المقسم Attention Divided : وفيها يطلب من المتدرب أن يقوم لمدة دقيقتين بزيادة اتساع وعمق انتباهه ليشمل أكثر من صوت معاً على خلفية من الأصوات الأخرى (أبوهندي،2016).

يتم تحديد ما بين ستة إلى تسعة أصوات مندمجة معاً في أماكن ما بالمواقع، ويتم تقديمها للتدريب معتمداً في ذلك على المستوى المطلوب، وبعض هذه الأصوات، وليس كلها تعد أصوات محتملة Potential Sounds، ويمكن أن نجعلها جاهزة للعمل بمفردها كمواقع في مكان ما، وقد لا توجد كل الأصوات أثناء ممارسة تدريب معين، فمثلاً، قد يُطلب من المريض أن يركز انتباهه على أصوات سوف تصدر من مسافة بعيدة في الجانب الأيمن، وعليه التحقق منها، وبهذه الطريقة يُخصص الانتباه لموقع معين في مجال ما بصرف النظر عن وجود أحداث صوتية يمكن التحقق من حدوثها في هذا المكان أم لا، وهكذا تستخدم هذه الفنية الخريطة الداخلية لما وراء المعرفة من أجل التخصيص المكاني، والسيطرة على الانتباه وحدته.

وعادة ما كان يطلب من المرضى أن يُركزوا على نقطة تثبيت مرئية، وأن يُحافظوا على تركيزهم المرئي خلال التمرين، ويتم ممارسة فنية تدريب الانتباه حينما يكون المشاركون في حالة من عدم التوتر، أو القلق الحاد، لأن ذلك يؤكد على فكرة أن هذه الفنية ليس القصد منها أن تكون استراتيجية لإدارة الانفعال، إلا أنها عندما تُستخدم في علاج الاكتئاب يقتضي تطبيق هذه الفنية

أن تكون الحالة المزاجية منخفضة، ومزمنة، ومع ذلك لا تهدف هذه الفنية، ولا تُستخدم كتخفيف عاجل للحزن حتى في هذه الحالة، وبالتالي من المهم أن يكون المريض أكثر وعياً عند تركيز انتباهه وأن يقوي من سيطرته عليه، وبالتالي فلن يعود بحكم التعود إلى الانحصار داخل أنماط غير مفيدة من الانغلاق، والاعتكاف على ذاته وعلى جسده، وسوف يتعلم فنية تسمى: (تدريب الانتباه) التي سوف تجعل من السهل له أن يُفلت من أنماط التفكير القديمة، وغير المفيدة له.

إذ ليس الهدف من هذه الفنية هو تشتيت الانتباه بعيداً عن الأفكار، والمشاعر المزعجة، بل هذ ما قد يحدث عند ممارستها في واقع الأمر، لذلك لا يجب على المريض أن يحاول منعها، فالهدف هنا هو الاستمرار في متابعة هذا الإجراء في الوقت الذي يسمح فيه لهذه الخبرات الداخلية أن تعتني بنفسها، فيمكنه ببساطة أن يفكر في هذه الخبرات على أنها ضوضاء داخلية عابرة (عبدالرحمن، 2014، 240-242).

بمجرد تقديم الأساس المنطقي للفنية، يوصى بأن يُجري المعالج فحصاً لمصداقيتها. يتم تحقيق ذلك من خلال سؤال المريض: "ما مدى الفائدة التي تعتقد أن هذه الفنية ستساعدك في التغلب على مشكلاتك؟، هل يمكنك إعطائي تقييماً على مقياس من 0 (غير مفيد على الإطلاق) إلى 100 (مفيد جداً)؟". إذا كانت تقييمات المصداقية منخفضة، يجب على المعالج أن يفحص أسباب هذه الأحكام ومحاولة تعزيز المصداقية بمراجعة التجارب التي مر بها المريض التي ركز فيها أكثر على ذاته وحول انتباهه إلى التأثير الذي يتركه ذلك على أفكاره ومعتقداته، ويمكن أن يتناقض ذلك مع التأثيرات الإيجابية لانشغاله بأنشطة خارجية التركيز لكي يدلل على دور الانتباه، وأهمية تقوية السيطرة عليه.

بعد تقديم الأساس المنطقي، يجب أن يتم تقييم كثافة التركيز الذاتي من قبل المريض (وهو مؤشر على متلازمة الانتباه المعرفي). وقد يتم ذلك باستخدام تقييم ليكيرت الذي يطلب من المرضى لتقييم الكثافة الحالية من التركيز الذاتي على نطاق يتراوح من -3 إلى +3، على النحو المبين أدناه:

3+	2+	1+	0	1-	2-	3-
تركيز كامل على الذات			بقدر متساو			تركيز خارجي كامل

يجب أن تدرج تقييمات الانتباه الذاتي قبل وبعد ممارسة فنية تدريب الانتباه. ويجب أن يتمَّ استكشاف الفشل في إحداث انخفاض في الاهتمام الذاتي بعد الإجراء. بعد الجلسة الأولى من فنية تدريب الانتباه، فإن انخفاض مستوى التركيز الذاتي لنقطتين على الأقل أمر شائع، وإن لم يحدث ذلك يقوم المعالج ببحث الأسباب المحتملة لعدم حدوث التغير الإيجابي المطلوب، ويُركز على التعامل مع هذه الأسباب (wells,2000,144).

2- إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين (SAR):

تُستخدم فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي (أي في موقف معين) Situational Attentional Refocusing (SAR) دائماً في العلاج ما وراء المعرفي، وهي تختلف عن فنية تدريب الانتباه في هدفها، وطبيعتها؛ فبدلاً من استعادة السيطرة التنفيذية، ووقف العمليات المستمرة، تهدف إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين إلى التعزيز الواضح لمعالجة المعلومات التي لا تتلاءم مع المعتقدات أو الأفكار المختلة وظيفياً لدى المريض (كما في حالات القلق الاجتماعي)، أو التي تُستخدم لإبطال المراقبة الخارجية لمصدر التهديد في المراحل المتأخرة من العلاج ما وراء المعرفي في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وبدلاً من استخدام التدريب الدوري، والمنهجي في التحكم الخارجي المتعمد ، تحاول هذه الاستراتيجية تجاوز الاهتمام المتحيز و / أو تسهيل تطوير إجراءات المعالجة غير الاعتيادية خلال المواقف العصيبة.(Wells,2000, 148) هذه هي الفنية التي ينبغي أن نطبقها في المواقف التي تمثل مصدراً للقلق، أو تشكل معضلة كوسيلة لتشكيل المعالجة بطريقة مفيدة من أجل تطوير التقييمات، والمعتقدات، والأفكار القادرة على المواجه، بيد أنه هذه ليست استراتيجية للمواجهة تهدف إلى منع الانفعال، أو القضاء على التهديد، لكنها تُطبق كوسيلة لتعطيل أنماط الانتباه غير المفيدة التي تُبقي على الإحساس غير الحقيقي بالتعرض للتهديد، وكوسيلة لزيادة تدفق المعلومات الجديدة للوعي من أجل تعديل المعتقدات.

لقد دُمجت هذه الفنية في علاج القلق الاجتماعي في دراسات قام بها كل من ويلز وباباجيورجيو Wells & Papageorgiou, 1998b، وكلارك وويلز Clark & Wells,1995، وفي علاج القلق الناتج عن اضطراب مابعد الصدمة في دراسة قام بها ويلز وسيمبى Wells & Sembi,2004b، حيث طلب ويلز وباباجيورجيو (1998) على سبيل المثال من أشخاص يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي أن يشتركوا في جلسة واحدة يتعرضون خلالها لموقف اجتماعي مخيف بالنسبة لهم على أن يركزوا انتباههم في الوقت نفسه خارج الجلسة على ملامح من البيئة الاجتماعية حولهم مثل شكل الوجوه، وألوان شعر وعيون الناس، وقد قورنت هذه الحالة بجلسة التعرض لموقف معين مع استخدام أساس منطقي معياري للتعود، وقد كان التعرض لموقف اجتماعي مقروناً بإعادة التركيز على الانتباه الموقفي أكثر فاعلية في الحد من المعتقدات السلبية، وخفض القلق، وتغير الصورة التي لدى المرضى عن أنفسهم بعد ذلك.(Wells,2000, 148)

ويمكن استخدام فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين بوضوح في تعديل الأفكار، والمعتقدات ودمجها كملمح من ملامح التجارب السلوكية، فنجد مثلاً: أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي يعتقدون عادةً أن كل الناس تنظر إليهم، وفي الوقت الذي يدعون

فيه أنهم مدركون تماماً لهذا الانتباه، ولا ينبع إدراكهم هذا من خلال ملاحظتهم للآخرين، بل من إحساسهم بالوعي الذاتي (ملاحظة: يُعدُّ تنفيذ علاج فردي لمثل هذا الشخص أمراً غير كافٍ لاكتشاف الحقيقة ومن ثمة فهو بحاجة إلى تعديل).

وفي مرحلة العلاج، نجد أنه من المفيد أن نطلب من المرضى أن يخوضوا هذه المواقف الاجتماعية المخيفة لهم، وأن يركزوا بشكل نشط على الآخرين ليُحددوا عدد الأشخاص الذين ينظرون إليهم بالفعل، بل ويُوجه المعالج المرضى أيضاً نحو ارتكاب أخطاء متعمدة (مثل إسقاط شيء ما) وأن يظهروا علامات القلق، وهم يركزون انتباههم على الآخرين ليحددوا حقيقة ردود أفعالهم تجاههم حتى في ظل الظروف السلبية، وفي هذه الحالات نجد أن إظهار علامات الفشل في الأداء مع وجود إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين يعدان مثالين على المناورات غير المؤكدة، أو (الاختبارات) التي تُجرى في التجارب السلوكية كما وصفت في الفصل الخاص بأدوات القياس الماوراء معرفية لأنها تتحدى توقعات المريض ومعتقداته بشكل فعال.

وفي حالة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يُصبح المرضى منتبهين بشكل مفرط لمصدر التهديد، ويركزون انتباههم على جوانب البيئة التي قد تكون مصدر للخطر في محاولة منهم لتقليل هذا الخطر، وللأسف نجد أن ذلك يزيد من إحساس المريض بالخطر القائم، وبإمكانية تعرضه للأذى، وبالتالي يُبقي على ما يشعر به من قلق، وتتضمن فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي أن نطلب من المرضى أن يلاحظوا أمثلة لمراقبة مصدر التهديد أو الامتناع عنها أثناء المواقف التي تذكرهم بالصدمة، ويمكن تحقيق إعادة التوازن في عملية المعالجة وإرجاعها إلى حالتها الطبيعية بصورة أوضح بأن نطلب من هؤلاء الأشخاص أن يركزوا على الإشارات المحايدة، وإشارات الأمان Safety Signals التي تصل إليهم من البيئة المحيطة بهم، وبدلاً من أن يبطلوا ذلك التحيز يبقوا على خطة مواجهة مناسبة للسيطرة على الانتباه، فنجد مثلاً: مريضة كانت تقوم بالفحص الدقيق للسيارات المسرعة التي تقترب من نقطة التقاطع المروري التي تقف فيها لأنها كانت تخشى أن تتعرض لحادث تصادم آخر، وقد طُلب منها أن تراقب السيارات التي تُبطئ، أو تلك الواقفة على التقاطع بدلاً من مراقبة السيارات المسرعة، وهنا أدركت أن استراتيجيتها في البحث عن الخطر قد قادتها إلى تجاهل الملامح الحقيقية للموقف، وقد تعلمت أن نقاط التقاطع هذه تكون عادة آمنة، وليست خطرة (عبد الرحمن،2014، 254-256).

3- فنية الذهن المنفصل (DM):

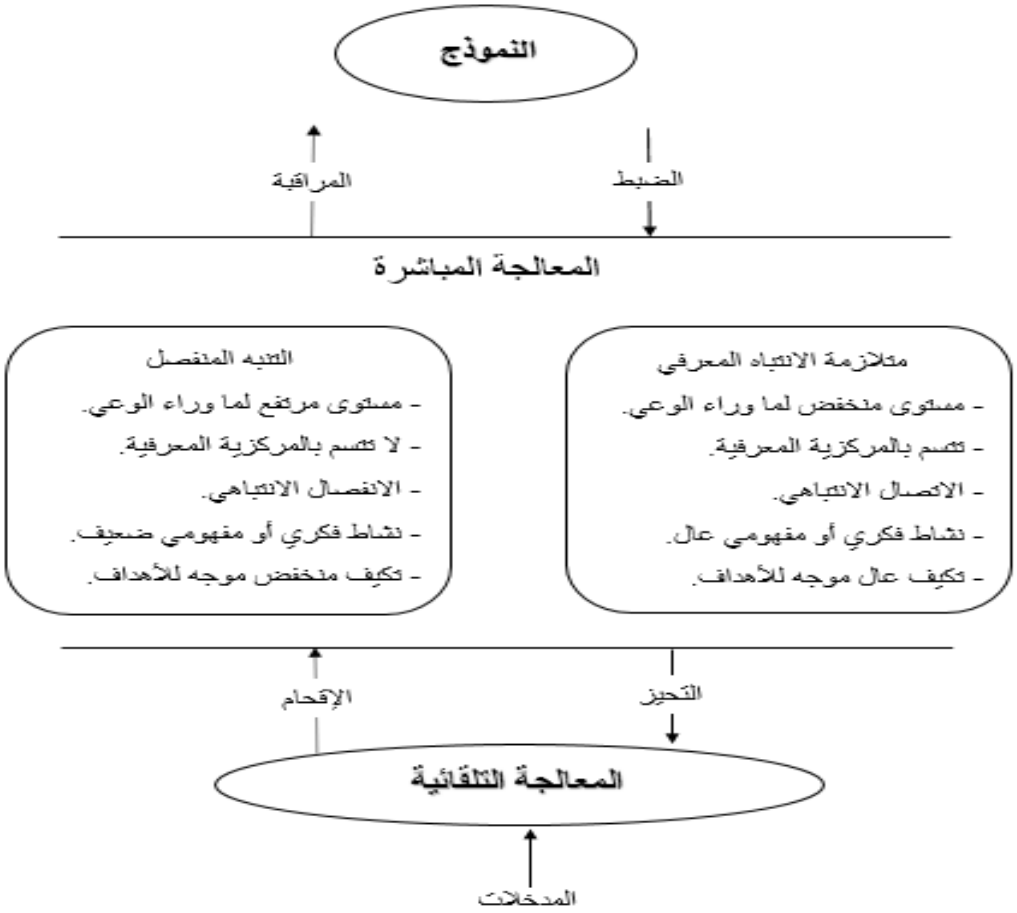
يمكن أن تعرف هذه الفنية بأنها حالة التقبل بلا اكتراث، أو اهتمام، ويعدُّ كل من ويلز وماثيو (1994) أول من تناول هذه الاستراتيجية بالوصف، والتطبيق، وتشمل عدم فعل أي شيء (كمحاولات القمع، أو المنع، أو التحييد ..إلخ) استجابة لخبرات جوانية، أو خارجية اللهمَّ إلا تقبل وجودها كضوضاء في خلفية الوعي (أبو هندي،2016).

وقد وصفها ويلز بأنها: "حالة من الوعي بالأحداث الداخلية مصحوبة بالتقييم المستمر دون الاستجابة لها، حيث تحاول هذه الحالة أن تُسيطر على هذه الأحداث، وتكبتها، أو تستجيب لها سلوكياً، ويتجلى ذلك في استراتيجيات معينة مثل: اتخاذ قرار بعدم القلق استجابةً لأفكار مُقحمة، وبدلاً من ذلك يتم السماح لمثل هذه الأفكار أن تحتل مكانها في العقل بدون القيام بأي عمل آخر، أو تقديم أي تفسيرات للمدركات، أو المعارف سوى أنها تبقى مجرد أحداث موجودة في العقل".

وينقسم مصطلح " التنبه المنفصل" في هذا السياق إلى شقين هما: "التنبه أو اليقظة العقلية" Mindfulness يشير إلى وجود وعي بالهدف من الأفكار، أو المعتقدات، في حين أن " المنفصل" Detached يشير إلى عاملين: (1) فك الارتباط لأي نشاط مفاهيمي أو التعامل النشط المبني على الاستجابة للفكرة، و(2) فصل خبرات الوعي بالذات عن الفكرة. ويتكون هذا العامل الأخير من أن يصبح الفرد على علم بكونه الملاحظ للفكرة، ويفصلها عن الفكر نفسه. وبالتالي، يمكن الاعتقاد السلبي أو الفكر خارج حدود الذات، وفصله عن النموذج الذاتي، وعند هذه النقطة يصبح غير ذي صلة للتنظيم الذاتي (حنور،2016، 270).

بما أن فنية التنبه المنفصل هي وعي في غياب المعالجة الفكرية، فإنها تتطلب سيطرة ما وراء معرفية للأشكال التحليلية، والمتواصلة للتفكير، كما أن فنية التنبه المنفصل ببساطة هي الوعي بدون الحكم على وضع الذات بالنسبة للحدث العقلي، ويمكن فصل العوامل النفسية لفنية التنبه المنفصل، وتصورها ذهنياً على أنها تتضمن كل ما يلي:

1. ما وراء الوعي (أي الوعي بالأفكار).
2. عدم المركزية المعرفية (أي فهم الأفكار كأحداث منفصلة عن الحقائق).
3. الانفصال الانتباهي، والسيطرة الانتباهية (أي يظل الانتباه مرناً، ولا يستقر على شيء واحد).
4. المعالجة الفكرية المتدنية (أي المستويات الدنيا من التحليل الذي يعتمد على المعنى، أو الحوار الداخلي).
5. المواجهة المتدنية لتوجيه الأهداف (أي عدم تنفيذ السلوكيات، والأهداف التي تسعى للتجنب أو التخلص من التهديد الخاطئ).
6. الوعي الذاتي المُتغير (أي: مرور المريض بخبرة التفرد، أو الخصوصية بالوعي بالذات كمُلاحظ منفصل عن أفكاره، ومعتقداته) (عبد الرحمن،2014، 226).



فالنموذج الموضح في الشكل، والظروف المحددة لفنية التنبه المنفصل يفترضان أنه يجب على المرء أن يكون قادراً على تنشيط خططاً للسيطرة على تفكيره لتحقيق الحالة المأمولة، وفي بعض الأحيان قد تكون هذه الخطط مختلة، أو مشوشة، أو عالية التطور بمعنى أنه ثمة حاجة إلى تدريب أولي يُقوي من خطط السيطرة هذه (أي تدريب الانتباه). فمعظم الأفراد لديهم تصور فكري عن التنبه إلا أنهم يفتقرون إلى نموذج من المستوى ما وراء المعرفي ليرشدهم عند اختبارهم لمثل هذه الحالة، ويمكن أن يتحقق اكتساب المرء لهذا النموذج بتشجيعهم على تجريب الوعي المحوري للأحداث المعرفية في حياتهم (مثلاً: أن يقوموا بحساب عدد أفكارهم، أو أن يشتركوا في مهمة للتداعي الحر)، ويمكن تسهي الانفصال باستخدام التمارين التجريبية التي يقوم فيها المرء بممارسة ما يلي:

1- تعطيل المعالجة المفهومية النشطة.

2- الوعي التجريبي بالذات كونها منفصلة عن الأفكار.(عبد الرحمن، 2014، 268-269)

كما أن هناك عشر فنيات أساسية تُستخدم لتعزيز حالة من حالات فنية التنبه المنفصل، ويعتمد هذا الجزء على دراسة سابقة لويلز قام بها عام 2005، ومن هذه الاستراتيجيات.

1) **التوجيه ما وراء المعرفي** Metacognitive Guidance

يشير التوجيه ما وراء المعرفي إلى استخدام الاستفسار المُنظم لتعزيز التأمل الذاتي ما وراء المعرفي من خلال فترة التعرض لمواقف صعبة، أو مثيرات قاسية، ويشمل ذلك بعض الأسئلة المفيدة مثل:

- "هل يمكنك النظر إلى العالم الخارجي من خلال أفكارك؟"
- "هل يمكنك رؤية أفكارك، وما يجري حولك في موقف ما في ذات الوقت؟"
- "هل تتصرف بناء على أفكارك، أو بناء على ما تراه عيناك؟"

2) **مطلب التداعي الحر** Free-Association Task

في هذه المهمة، يطلب المعالج من المريض أن يجلس، ويراقب (مد وجزر Ebb and Flow) الأفكار، أو الذكريات التي تنشطها مثيرات شفهية بشكل عفوي، والهدف من ذلك هو عدم التفكير بشكل نشط في هذه الأفكار، أو الذكريات بل أن يُراقب الأحداث التلقائية، أو افتقاره إلى هذه الأحداث في الوعي.

3) **مطلب النمر** Tiger Task

يُطلب من المشاركين في هذه المهمة ملاحظة الجوانب غير الاختيارية من المجاز، أو التشبيه Imagery بصورة سلبية لاختبار فنية التنبه المنفصل، حيث يطلب المعالج من المريض أن يغلق عينيه، ويتخيل صورة نمر، وأن لا يحاول التأثير على هذه الصورة، أو تغييرها بأية، فقط عليه أن يراقب الصورة، وسلوك ذلك النمر، قد يتحرك ولكن عليه أن يجعله لا يتحرك، قد يهز ذيله وعلى المشارك أن لا يجعله يقدم على ذلك أيضاً، فقط عليه مراقبة الصورة، وملاحظة كيف أن هذا النمر مجرد فكرة في العقل منفصلة تماماً عن الشخص، ولديه سلوكه الخاص.

بعد الممارسة يسأل المعالج المريض عن الحركات التي أتى بها النمر وكيف تغيرت صورته، "هل جعلت النمر يتحرك، أم أنه تحركك تلقائياً؟"، حينما يشعر المعالج أن حركته كانت عفوية يكون ذلك قد استحضر إلى انتباه المريض تجربة فنية التنبُه المنفصل، عندئذ يسأل المعالج المريض عن إمكانية تطبيق هذه العملية على الأفكار التي ترد إلى ذهنه بشكل عفوي؛ وخاصة تلك الأفكار التي تتكون من النوع السلبي.

4) **تجربة الكبت-الكبت المضاد** Suppression-Counter suppression Experiment

تقوم هذه الاستراتيجية على مبدأ أنه من المهم أن يُميز المعالج بين الكبت وفنية الانتباه المنفصل لكي يتلاشى سوء فهم لمريض لفنية الانتباه المنفصل، وأن يتعلم الفرق بينها، وبين محاولة السيطرة على الأفكار، وتجنبها، حيث أن محاولة منع الأفكار يعدُّ شكلاً من أشكال الاشتباك النشط بها ، ومحاولة دفعها بعيداً عن الذهن قد يؤدي إلى نتائج عكسية، فيظل المريض

على اتصال بهذه الأفكار، بعكس فنية التنبه المنفصل التي تسمح للذهن أن يتجول بحرية حتى لو ظهرت تلك الأفكار على المريض أن يقوم بملاحظتها بطريقة سلبية كجزء من مشهد عام للأفكار. وهنا ينبغي على المعالج أن يُناقش مع المريض كيف أن كبت الأفكار يعطيها أهمية ووضوح، وكيف أنه يمكن استخدام فنية التنبه المنفصل في السماح لهذه الأفكار أن تتجول كأفكار سلبية في العقل لا تحتاج إلى استجابة نشطة.

5) **استعارة السُحب** Clouds Metaphor

في هذه المهمة يتم استخدام السحاب كاستعارة لتوصيل خبرة التنبه المنفصل، حيث يطلب المعالج من المريض أن يختبر أفكاره كما لو كان يختبر السُحب العابرة في السماء، فالسُحب هي جزء من نظام المناخ المنظم تنظيماً ذاتياً، ومن المستحيل، ومن غير الضروري أن نحاول أن نُسيطر عليها، فيجب على المريض أن يحاول أن يتعامل مع أفكاره، ومشاعره على أنها سُحب عابرة، والسماح لها بشغل مكانها، وزمانها في المعرفة التي ستمر، وتتركه في النهاية.

6) **استعارة الطفل المعاند أو المتمرد** Recalcitrant Child Metaphor

تساعد هذه الاستعارة المرضى في فهم التأثيرات المختلفة للاشتباك النشط مع الأفكار في مقابل التنبه المنفصل، حيث يعطيهم المعالج الإرشادات التالية:

"يمكنك أن تعتبر التنبه المنفصل شبيهاً بطريقة تعاملك مع طفل، كيف يمكنك التعامل مع طفل يسيء التصرف في متجر؟، قد تركز قدراً كبيراً من انتباهك على هذا الطفل، وتحاول السيطرة على سلوكه، ولكن إذا كان هدف الطفل الحصول على هذا الانتباه منك، فتلك الاستجابة قد تزيد الأمر سوءاً، ومن الأفضل ألا تتفاعل بشكل نشط مع الطفل، وأن تبقى مراقباً سلبياً له دون أن تفعل أي شيء.

إن أفكارك، ومعتقداتك السلبية مثلها مثل هذا الطفل المعاند إذا أوليته الكثير من الانتباه، وإن سيطرت عليه، أو استخدمت العقاب معه، ستجده يسيء التصرف بشكل أوضح، ولذلك من الأفضل ألا تحاول السيطرة عليها أو أن تشترك معها بشكل نشط. قف مراقباً لها فقط، وحينما تفعل ذلك حاول أن تكون مدركاً لذاتك كمراقب لهذه الأمور".

7) **استعارة المسافر بالقطار** Passenger Train Metaphor

تعد هذه الاستعارة بديلة عن استعارة السُحب، ويطلب فيها من المريض أن يتعامل مع أفكاره، ومشاعره المُقحمة بنفس الطريقة التي قد يعامل بها مع قطار سريع يمر بمحطة القطار:

"فكر في نفسك على أنك مسافر نتظر القطار، فعقلك مثل محطة القطار المزدحمة، وأفكارك، ومشاعرك هي عربات القطار العابرة بها، ليس هناك أي فائدة من محاولة إيقاف، أو ركوب أي

قطار يمر بالمحطة، كن مشاهداً فقط، وشاهد أفكارك وهي تمر أيضاً، ليس هناك فائدة من ركوب القطار فقد تنتقل سريعاً إلى مكان خاطئ، ولا تريده".

8) **العقدة الشفهية (اللفظية)** Verbal Loop

إن التمثيل المتكرر للأفكار إما من خلال أداة تسجيلية، أو من خلال النطق المتكرر لها، له تأثير في الحد من بروزها، وظهورها في الانتباه، ويضعف معناها لأننا اختبرناها كأصوات أكثر من اختبارنا لها كموصل داخلي للمعلومات، وتُقدم هذه الفنية مع أساس منطقي ما وراء معرفي على النحو التالي:

"أريدك أن تستمع إلى تسجيل صوتي لأفكارك المقحمة (أو كرر أفكارك لنفسك بهدوء)، وأثناء قيامك بذلك ينبغي أن تتصل بهذه الأفكار بطريقة خاصة، تعامل معها على أنها مجموعة من الأصوات ولكن لا تشترك معها بأية طريقة أخرى، إنها مجرد أصوات في العالم الخارجي، ضع في اعتبارك وأنت تصغي إليها أنك مستمتع آمن بعد علمك أن هذه الأفكار ليست حقائق، إنها مجرد أحداث في عقلك".

9) **الانفصال: ملاحظة أو مراقبة الذات** Detachment: the self-observing

يشمل الانفصال كلاً من التحرر من السيطرة، والعمليات المفهومية، واختبار الأفكار أو المعتقدات كملاحظ لها بدون أي إحساس آخر، ولو جزئي بالوعي بها، إنه إحساس جوهري غير قابل للتجزئة ليس له أي صلة افتراضية، أو أي نقطة أخرى للارتداد، إنه إحساس منفرد بالذات، ففي هذه الحالة يكون المرء ملاحظاً للفكرة ومنفصلاً عن الفكرة ذاتها.

ويتحقق هذا المستوى من فنية التنبه المنفصل وذلك بسؤال المرضى بعض الأسئلة التي توجه انتباههم بطريقة خاصة خلال مراقبتهم للأفكار:

"هل أنت الفكرة، أم الشخص الذي يلاحظ هذه الفكرة؟، حاول أن تكون مدركاً لموقعك، وكيف يكون الحال حينما تصبح ملاحظاً له، أنك توجد بشكل منفصل تماماً عن أفكارك". أو: "هل أنت الاعتقاد، أم الشخص الذي يلاحظ هذا الاعتقاد؟، حاول أن تكون مدركاً كيف يعمل وعيك حينما تصبح ملاحظاً منفصلاً تماماً عن معتقداتك".

10) **فنية أحلام اليقظة** Daydreaming Technique

يشير ذلك إلى فكرة أن أحلام اليقظة التي نراها تكون في وضع الهدف، حيث نكون منغمسين تمام الانغماس فيها ونحياها كحقيقة قصيرة للغاية، إن ممارسة التحول إلى الملاحظ المنفصل خلال استغراقنا في أحلام اليقظة يمكن أن يُزودنا بخبرة ذاتية قوية لفنية التنبه المنفصل.

حيث يطلب المعالج من المريض أن يستغرق في أحلام يقظة سعيدة مثل قيادة سيارة ذات طراز حديث وبها كافة الامكانيات الترفيهية، ثم يطلب المعالج منه أن يسمح لهذا الحلم أن يستمر لكن

بعد أن يتراجع للخلف ويدرك ذاته في الوقت الحاضر كملاحظ لأحلام اليقظة وهي تتوالى.(عبد الرحمن،2014، 273-280).

الأدلة القائمة على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي:

تم التحقق من فاعلية العلاج ما وراء المعرفي مقارنة بالنماذج العلاجية الأخرى ، مثل العلاج السري، والعلاج السلوكي المعرفي التقليدي، ونموذج العلاج بحركة العين، وغيرها من النماذج العلاجية الأخرى ، حيث أظهرت نتائج تحليل ما وراء التحليل تفوق العلاج ما وراء المعرفة على النماذج العلاجية الأخرى في التخفيف من أعراض الاكتئاب، والوساوس المتسلطة، والقلق العام، واضطراب الضغوط ما بعد الصدمة. فقد أجريَ بحثٌ منهجيٌ على سبيل المثال حول فاعلية MCT للمرضى الصغار، والكبار الذين يعانون من شكاوى نفسية نُشرت حتى يناير 2018 ، باستخدام PsycINFO و PubMed و Google Scholar Cochrane Library. وشملت الدراسة مع ما لا يقل عن (10) مشاركين في حالة MCT. فقد اجتمع ما مجموعه(25) الدراسات التي درست مجموعة متنوعة من الشكاوى النفسية ، منها(15) دراسة كانت تجارب عشوائية محكمة. وتم إجراء دراسة واحدة فقط على الأطفال والمراهقين. في التجارب مع المرضى البالغين ، تشير تقديرات حجم التأثير غير المنضبط الكبيرة من مرحلة ما قبل العلاج وما بعده إلى أن MCT فعال في الحد من أعراض الشكاوى الأولية المستهدفة والقلق والاكتئاب وما وراء المعرفة المختلة. وأسفرت المقارنة مع شروط التحكم في المجموعة الضابطة أيضاً عن تأثير كبير (Hedges 'g = 2.06). وأظهرت المقارنة بين(MCT) والتدخلات المعرفية والسلوكية في مرحلة ما بعد العلاج والمتابعة أحجام التأثير المجمعة (Hedges 'g) من 0.69 و 0.37 في مرحلة ما بعد العلاج (ك = 8) والمتابعة (ك = 7) على التوالي.

وتشير النتائج إلى أن (MCT) هو علاج فعال لمجموعة من الشكاوى النفسية. حتى الآن، يوجد أقوى دليل على القلق والاكتئاب. وتشير النتائج الحالية إلى أن(MCT) قد يكون متفوقاً على العلاجات النفسية الأخرى ، بما في ذلك التدخلات السلوكية المعرفية. ومع ذلك ، هناك حاجة إلى مزيد من التجارب مع عدد أكبر من المشاركين من أجل استخلاص استنتاجات مؤكدة.

كما تم تطبيق العلاج الفردي في(18) دراسة ، في حين تم تطبيق شكل مجموعة في سبع دراسات. واتبعت الغالبية العظمى من الدراسات (ن = 18) كتيب علاجي خاص بالاضطرابات

المحددة للاضطراب الأولي، في حين اتبعت أربع دراسات النموذج العام للتدخل كما قدمه ويلز (2009). وحققت ثلاث دراسات في اضطراب نفسي لم يتم تطوير دليل رسمي له بعد. في هذه الحالات ، قام الباحثون بتكييف دليل علاجي لاضطراب آخر مع الاضطراب المعني. وتراوحت عدد جلسات العلاج المتوسط من 6 إلى 14 ، بمتوسط إجمالي 9.5 (الانحراف المعياري 2.3) في جميع الدراسات الـ 25. تميل جلسات المجموعة إلى الاستمرار ما بين 90 و 120 دقيقة ، في حين كانت الجلسات الفردية عادة ما بين 45 و 60 دقيقة. عادة ، تم إجراء MCT أسبوعيا. ومع ذلك، اختارت بعض التجارب تكثيف العلاج في بداية العلاج، واختارت أخرى إطالة العلاج للسماح بدمج التقنيات في الحياة اليومية. على سبيل المثال ، قدمت الدراسة المتعلقة بالفصام 12 جلسة على مدى 9 أشهر تقريبًا . فيما يتعلق بإخلاص العلاج ، ذكرت غالبية الدراسات (ن = 19) أنه تم توفير إشراف مستمر من الخبراء من أجل ضمان الالتزام ببروتوكولات العلاج. ومع ذلك، فقد قامت ست دراسات فقط بتقييم دقة العلاج بطريقة رسمية، أي بقوائم المراجعة والتسجيلات الصوتية أو المرئية ، واستنتجت أن المعالجين قد التزموا بالبروتوكولات بشكل مناسب.

في هذا التحليل التلوي ، تم التحقيق فيما إذا كان MCT يحسن أعراض الشكاوى النفسية على متغيرات النتائج الأولية والثانوية مقارنة بظروف التحكم. وتم تقييم فعالية 25 تجربة على MCT لمجموعة متنوعة من الشكاوى النفسية ، وفحص تماما 780 مريضا بالغاً. نظرًا للعدد المنخفض نسبياً من الدراسات ، وتم حساب أحجام التأثير داخل المجموعة وفيما بينها. وتشير النتائج إلى أن MCT فعال في تخفيف الأعراض النفسية وكذلك ما وراء المعرفة. وتشير النتائج كذلك إلى أن MCT متفوقة على المجموعة الضابطة وشروط التحكم في العلاج النشط.

وتم تطبيق MCT على مجموعة كبيرة، ومتنوعة من الشكاوى النفسية. ومع ذلك ، فإن الغالبية العظمى من التجارب استهدفت القلق، أو الاكتئاب ، بما في ذلك اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، باعتباره النتيجة الأولية. وفقًا لذلك ، تشير النتائج في المقام الأول إلى أن MCT فعال في تخفيف القلق والاكتئاب. تم فحص تأثير MCT على الشكاوى النفسية الأخرى، بما في ذلك الحزن وانفصام الشخصية، واضطراب التشوه الجسمي واضطراب الرغبة الجنسية ، واضطراب الوسواس القهري ، في تجربة واحدة لكل منها. فيما يتعلق بالمقارنة مع العلاج المعرفي السلوكي ، استهدفت الدراسات التي تم فحصها حصريًا أعراض القلق، والاكتئاب ، وبالتالي فهي تعميم فقط على هذه المجموعة من المرضى.

لقد وجد أن MCT لا ينتج آثارًا كبيرة على الأعراض المرتبطة بالمشكلة المستهدفة فحسب ، بل يخفف أيضًا من أعراض القلق والاكتئاب الثانوية العامة. ويشير هذا إلى أن MCT يستهدف أيضاً بشكل فعال مشاكل القلق والاكتئاب، وهو ما يتماشى مع النظرية القائلة بأن MCT يستهدف عمليات التشخيص المتعلقة بالأمراض النفسية. وتتعلق هذه الفكرة مباشرة بالنتائج التي توصلت إليها أن MCT أنتجت تغييرات كبيرة في المعتقدات وراء المعرفية والعمليات في مرحلة ما بعد العلاج والمتابعة. في MCT ، ويتم تصور ما وراء المعرفات على أنها معتقدات وعمليات تشخيص ما وراء التشخيص التي تتعلق بتطوير وصيانة الشكاوى النفسية. ويشير الفحص للآثار المترتبة على المعتقدات وراء المعرفي السلبي إلى أنها أكبر من المعتقدات الإيجابية(Sadeghi, et al, 2015).

وعلى الرغم من أن أحجام تأثير ما قبل العلاج على مقياس النتيجة الأولية كانت ضمن النطاق الكبير لجميع التجارب، إلا أن التأثير الناتج عن الدراسات الفردية كان متبايناً ، كما يتضح من درجة عدم التجانس العالية. وتمكن من استكشاف بعض الأسباب المحتملة لذلك. ويوجد تفسير واحد لعدم التجانس في نوع التحليل الإحصائي المستخدم في الدراسات. كما هو متوقع ، أنتجت الدراسات التي استخدمت تحاليل معقدة أحجام تأثير أعلى بكثير من تلك التي استخدمت تحليلات نية إلى علاج. كان هناك إشارة إلى أن الدراسات التي أجراها المنشئ أنتجت أحجام تأثير أعلى. ومع ذلك ، تجدر الإشارة إلى أن التجارب التي أجرتها مجموعات أخرى أنتجت أيضًا حجم تأثير كبير جدًا (g = 1.49). الأهم من ذلك ، عند دراسة (Akrami, et al, 2010) لم يكن هناك فرق كبير بين المجموعتين. ولم يوجد فرق في التأثير استنادًا إلى تنسيق العلاج ، مما يشير إلى أن MCT فعال بنفس القدر في التنسيقات الفردية والجماعية. بسبب قلة عدد التجارب نسبياً ، لم يكن من الممكن استكشاف أسباب محتملة أخرى لعدم التجانس.

ويحتوي هذا التحليل التلوي على نقاط القوة والقيود. وتتمثل إحدى نقاط القوة مقارنةً بالتحليل التلوي السابق على MCT ، والذي تضمن ثلاث تجارب على اضطرابات الاكتئاب ، والتي تتضمن ثماني تجارب على اضطرابات الاكتئاب. وبهذا يمكن استخلاص استنتاجات أقوى بأن MCT علاج فعال لهذه المجموعة من المرضى. ويمكن أيضًا دراسة تأثير MCT لمجموعة أكبر من الاضطرابات مقارنة بالقلق والاكتئاب ، وهو أمر ذو أهمية ، بالنظر إلى أن نتائج التحليل التلوي تشير إلى أن المعتقدات والعمليات المعرفية وراء المعرفية موجودة في الاضطرابات النفسية (Sun et al.2017).

استناداً إلى نتائج هذه المراجعة المنهجية والتحليل التلوي ، يشجع القيام بالدراسات المستقبلية على MCT تطبق تصميمات التحكم العشوائية مع ظروف المقارنة القائمة على الأدلة ، لا سيما عند التحقيق في القلق أو الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من أجل تعزيز الاستنتاجات حول فعالية MCT. استنادًا إلى التقييم لخطر التحيز في الدراسات المتاحة حاليًا ، نوصي بأن تقوم الدراسات المستقبلية على تحسين جودة التقارير من خلال توضيح كيف تم إخفاء العلاج المخصص من المشارك والمحقق حتى بدء العلاج ، وأن ينشروا برامج الدراسة قبل إجراء الدراسة التطبيقية من أجل تقليل خطر التحيز.

في الختام ، تشير نتائج هذا التحليل التلوي إلى أن MCT فعال للغاية في الحد من أعراض مجموعة من الشكاوى النفسية المستهدفة الأولية جنبًا إلى جنب مع أعراض القلق والاكتئاب وما وراء المعرفة. هناك دلائل أولية على أن MCT قد يكون أكثر فعالية من التدخلات العلاجية الأخرى، بما في ذلك اضطرابات القلق، والاكتئاب، والقلق العام، واضطراب الوساوس المتسلطة والمخاوف المرضية التي أثبتت الدراسات العديدة العربية، والأجنبية التي قدمت الباحثة بعضاً منها في فصل الدراسات السابقة.

خلاصة وتعقيب:

يبدو مما سبق عرضه من الإطار النظري لمتغيرات الدراسة المتمثلة في الكشف عن فعالية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في بعضد المدارس الثانوية في مدينة دمشق والذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نتيجة للمواقف المؤلمة التي عاشوها في ظل الأزمة السورية؛ والتي انعكست على البناء النفسي لديهم على المستوى المعرفي، والاجتماعي، والأكاديمي، والاجتماعي، حيث عرضت الباحثة أولاً تصوراً لطبيعة العينة والمرحلة العمرية التي يمرون بها، ثم الحديث عن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المراهقون في الأزمات المختلفة، وخصوصاً الأزمة السورية، وانعكاسها على حياتهم النفسية، وبعد ذلك تم الحديث عن الأساليب الإرشادية، والعلاجية المختلفة التي كان لها فاعلية في التصدي لأعراض الضغوط النفسية ما بعد الصدمة، مع التركيز على نحو دقيق على العلاج ما وراء المعرفة الذي يعد من العلاجات الحديثة، والذي ينتمي إلى نماذج الموجة الثالثة للعلاج السلوكي المعرفي، والذي كان له الأثر الإيجابي في التصدي للعديد من الاضطرابات النفسية، وخصوصاً اضطراب الضغوط ما بعد

الصدمة كما أشارت إلى ذلك العديد من الدراسات السابقة، والذي تم عرض بعضها في فصل الدراسات السابقة، وفقرة دراسات الفاعلية لهذا النموذج العلاجي، كما قدمت الباحثة تقنيات هذه النموذج، وأهدافه، وسير العملية العلاجية فيه، علها في هذا التقديم، توضح رؤية هذا النموذج في البيئة المحلية، والعربية والذي تم إغفاله في هذه الدراسات لما له أهمية إلى جانب النماذج الأخرى في التصدي لاضطرابات ما بعد الصدمة.

وتأمل الباحثة أن يكون هذه الدراسة باكورة لدراسات عربية متعددة في هذا المجال لما له من أهمية كبيرة في التصدي للعديد من المشكلات النفسية التي يعاني منها العديد من فئات المجتمع سواء أكانوا في مرحلة المراهقة أم مرحلة الرشد .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات العربية.

ثانياً: الدراسات الأجنبية.

ثالثاً: التعقيب وموقع الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة التي اطلعت عليها الباحثة في حدود علمها، والتي تناولت متغيرات الدراسة، والنموذج العلاجي للعلاج ما وراء المعرفية في التخفيف من أعراض اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة عامة، ولدى الشباب والمراهقين على وجه الخصوص، حيث قامت الباحثة بتقسيم تلك الدراسات إلى دراسات عربية، ودراسات أجنبية، إذا بدأت بعرض الدراسات من الأقدم إلى الأحدث، وبعد الانتهاء من عرض تلك الدراسة تم التعقيب على تلك الدراسات، وموقع الدراسة الحالية وما تتميز به عن الدراسات السابقة.

أولاً: دراسات عربية:

على الرغم أن الدراسات العربية في مجال العلاج ما وراء المعرفة في البيئة المحلية، والعربية قليلة، إلا أن الباحثة حاولت أن تقدم بعض الدراسات العربية التي تناولت العلاج ما وراء المعرفة في معالجة بعض الاضطرابات النفسية. وأهمها ما يلي:

1. **دراسة سيد (2013)، بعنوان:" فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات.**

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي"(S-REF Model)" لـ/ويلز و ماتثيوس(Wells & Matthews,1994).

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (425) طالباً، و طالبة (70) ذكور،(355) إناث.

اشتملت أدوات الدراسة على مقياس الفوبيا الاجتماعية لـ / ليبوتز (LSPS) (تعريب الباحث)، ومقياس ما وراء المعرفة(MCQ-30) (تعريب، و إعداد/عبد الله محمد عبد الظاهر) ، وقائمة الأفكار المقلقة (AnTI) لـ/ ويلز (تعريب الباحث)، بالإضافة إلى البرنامج العلاجي الذي اشتمل على (11) أحدى عشر جلسة علاجية.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات كل من الذكور و الإناث في عينة الدراسة الأساسية على مقياس الفوبيا الاجتماعية (LSPS) لصالح الإناث، كما توصلت نتائج الدراسة العلاجية إلى فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد

المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي لمقاييس الدراسة مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الفوبيا الاجتماعية وأثره في دحض و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بالاضطراب ؛ كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي لمقاييس الدراسة السيكومترية مما يؤكد على استمرارية الأثر العلاجي للبرنامج.

2. **دراسة حنور (2016)، بعنوان: " فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.**

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج السلوكي والعلاج ما راء المعرفي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز، وكذلك التعرف على مدى استمرار فعالية العلاج بعد فتر المتابعة التي وصلت إلى شهر.

تكونت عينة الدراسة من (24) طالباً من طلاب جامعة الملك عبد العزيز وتراوحت أعمارهم بين (20-27) سنة، تم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلى ثلاث مجموعات تجريبية قوام كل مجموعة (6) طلاب، بالإضافة للمجموعة الضابطة قوامها أيضاً (6) طلاب ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

اشتملت أدوات الدراسة على مقياس اضطراب السواس القهري (OCDS)، والمقابلة التشخيصية إعداد الباحث، والبرنامج السلوكي وبرنامج ما وراء المعرفي إعداد الباحث.

توصلت الدراسة إلى فعالية العلاج السلوكي وكذلك العلاج ما وراء المعرفي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري، واستمرار فعالية كل منهما بعد فترة المتابعة التي وصلت إلى شهر. وأن الجمع بين العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي كان أكثر كفاءة وفعالية من استخدام كل منهما على حدة بعد فترة المتابعة.

ثانياً: دراسات أجنبية:

1- **دراسة ويلز وسيمبي.(Wells, Sembi. 2004) بعنوان: "العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة: البحث الأولي لعلاج مختصر جديد".**

هدفت الدراسة إلى استخدام العلاج القائم على ما وراء المعرفة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.

تكونت العينة من (6) مرضى يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة دراسة باستخدام A-B مع تكرار مباشر للمتابعة، وقد أجروا تقييم للمتابعة بعد(3 إلى 6) أشهر من العلاج وبأقصى مدى بلغ(18-41) شهراً. فقد تعرض المرضى لجرائم جنسية، وجرائم عنف؛ وكانوا يعانون من ضغوط ما بعد الصدمة لمدة تتراوح من(3 إلى 10) أشهرٍ. وفي كل الحالات كان العلاج

يرتبط بانخفاض كبير في الضغوط التالية للصدمة، والقلق، وأعراض الاكتئاب، كان متوسط تحسن الأعراض الذي تم قياسه بمقياس أثر الحدث Impact of Event Scale قد بلغ (83%، 69%) طبقاً لنتائج استبيان جامعة بنسلفانيا، كما تم إضافة حالتين متتابعتين أخيرتين إلى السلسلة فتراوح حجم تأثير ما بعد العلاج من(3 إلى 5)، ولم يستوف أحد من المرضى معايير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة خلال فترات التقييم أثناء المتابعة التي تراوحت بين(3 – 6) أشهر، وكذلك على المدى الأطول.

2- **دراسة فاكيلي و فاتا.(Vakili ,Fata. 2006) بعنوان:"فعالية النموذج ما وراء المعرفي في علاج حالة اضطراب ما بعد الصدمة".**

هدفت الدراسة تقييم فعالية النموذج ما وراء المعرفي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة. اعتمدت هذه الدراسة على محاولة تجريبية من نوع خط الأساس المتعدد، وقد أجريت عملية العلاج على شاب يبلغ من العمر 18 عاماً. استوفى المريض معايير DSM–IV لاضطراب ما بعد الصدمة وتم تحضيره لفترة ما قبل وبعد العلاج.

شملت المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة: مقياس أثر الحدث المعدل (IES–R)، مقياس بيك للاكتئاب (BDI–II)، مقياس بيك للقلق (BAI)، والوحدات الذاتية لمقياس الكرب (SUDs). وبالإضافة إلى ذلك، تم الانتهاء من جميع المقاييس مرة أخرى في شهر – 3 أشهر، و 6 أشهر للمتابعة.

أدى العلاج إلى انخفاض في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب والكرب. وتمت المحافظة على هذه النتائج عند المتابعة. وأثبتت الدراسة أن نهج العلاج الذي يقوم على نموذج ما وراء المعرفي، يبدو أنه فعال في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

3- **دراسة زافاريزاده و بهرامي و فارساني و هيدري و كور.(Zafarizadeh.A, 2014 Bahrami.F, Farsani.Z, Heydari.H, Kor.A) بعنوان: " تأثير العلاج ما وراء المعرفي على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين من الحوادث في شهر–كورد".**

هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير العلاج ما وراء المعرفي على الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين الناجين من حادث مدينة شهر–كورد.

استخدم البحث المنهج شبه التجريبي. حيث تم اختيار المستشفى من خلال أخذ العينات العنقودية لاختيار عينة، (36) من الذكور الذين نجوا من الحوادث، تم اختيارهم باستخدام مقابلة على أساس DSM–IV–TR للذين تعرضوا لحالات من اضطراب ما بعد الصدمة. وتم اختيار العينة عشوائياً في المجموعة التجريبية(18)، والمجموعة الضابطة (18) . كان هناك تناقص في العينة إلى أن شملت كل من المجموعات التجريبية، والضابطة 15 شخصاً.

تلقت المجموعة التجريبية ثماني جلسات (90) دقيقة أسبوعياً من العلاج ما وراء المعرفي. واستخدم البحث الأدوات التالية: 1- مقابلة السريرية على أساس DSM-IV-IR ، 2- مقياس مسيسيبي لاضطراب ما بعد الصدمة (المستخدمة في الاختبار القبلي والاختبار البعدي وجلسات المتابعة).

وأظهرت النتائج أن العلاج ما وراء المعرفي أدى إلى انخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي وجلسات المتابعة لمدة شهرين .

4- **دراسة كامران وشريفي،(Kamran,Sharifi. 2014) ، بعنوان:" فعالية العلاج ما وراء المعرفي على الحد من الاكتئاب والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي".**

هدفت الدراسة التحقق من فعالية العلاج ما وراء المعرفي لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي.

شمل مجتمع الدراسة جميع المرضى المتواجدين في مستشفى الجيش رقم (520) المصابين باضطراب الاكتئاب الأساسي، وتم اختيار (30) شخصاً باستخدام العينات العشوائية في المجموعتين التجريبية، والضابطة (15 تجريبي و 15 ضابطة).

كانت طريقة البحث تصميم شبه تجريبي تم فيه استخدام اختبار قبلي، وبعدي على المجموعة الضابطة.

أدوات الدراسة تضمنت العلاج ما وراء المعرفي، مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، واستبيان ما وراء المعرفة (MCQ-30). وقد تم تحليل البيانات باستخدام أساليب الإحصاءات الاستدلالية بما في ذلك اختبار t-test للمجموعات المستقلة وأنوفا (ANCOVA).

أظهرت النتائج في هذه الدراسة أن العلاج ما وراء المعرفي يقلل من الأعراض العاطفية (الحزن، والإحباط، والذنب، والكره الذاتي، والبكاء، والأرق، والانسحاب الاجتماعي، والتهيج) والأعراض المعرفية (والتشاؤم، وتوقع الفشل، والشعور بالعقاب، واتهام الذات، والأفكار الانتحارية، والتردد، وصعوبة التركيز) والأعراض الجسدية (الإعاقة، والتغير في أنماط النوم، والتعب، وتغيير الشهية، والاهتمام الجنسي) والمعتقدات ما وراء المعرفية.

5- **دراسة صديقي وآخرين (Sadeghi et al,2015)، بعنوان:" مراجعة منهجية والتحليل ما بعد التجارب العلاجية التي يتحكم بها العلاج ما وراء المعرفي لاضطرابات القلق".**

شملت الدراسات استخدام منهج المجموعات الضابطة، وعلاج الأشخاص فوق (18) عاماً الذين يعانون من اضطرابات القلق، واستُبعِدت كل من دراسات الحالة (التي تشمل أقل من 4 حالات) والدراسات المصممة لحالة واحدة. وقد حُدّد بحث شامل في الأدبيات (15) تجربة للمراجعة المنهجية. وأظهرت جميع الدراسات المشمولة أن نتائج العلاج كانت أفضل في أدوات

العلاج ما وراء المعرفي مقارنة مع مجموعات ضابطة. كما قمنا بتجميع النتائج إحصائياً عبر الدراسات (عند الإمكان). وأظهرت التحاليل التلوية أيضاً أن العلاج ما وراء المعرفي كان له نتائج ذات دلالة إحصائية أفضل مقارنة مع مجموعات ضابطة في اضطراب القلق المعمَّم (على حد سواء بعد العلاج مباشرة، وبعد 12 شهراً من نتائج العلاج)، الوسواس القهري، و اضطراب ما بعد الصدمة. واستناداً إلى نتائج المراجعة المنهجية، تبدو فاعلية العلاج ما وراء المعرفي لاضطرابات القلق وإمكانيته السيطرة بفاعلية على مشاكلهم النفسية.

6- في تجربة مفتوحة لاحقة لمرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المزمن، قام **ويلز وآخرون (Wells,et al, 2008)** بعلاج (12) مريضاً من خلال عدد من الجلسات الأسبوعية بلغ متوسطها (8,5) جلسة، تراوحت فترة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لهذه الحالات ما بين (6 – 39) شهراً.

وقد وجدوا تحسناً كبيراً وذا دلالة واضحة فيما يتعلق بأعراض الكرب التالي للصدمة، والقلق، والاكتئاب. وقد استمرت هذه المكاسب ما يزيد عن (3 – 6) أشهر من المتابعة بعد العلاج، وقد أظهر تطبيق المعايير القياسية للشفاء أن 89% من المرضى قد تحسنوا، أو شفوا خلال فترة المتابعة التي استمرت 6 أشهر طبقاً لما تم قياسه بوساطة أساليب قياس معدل الكسب.

7- **أجرى كولبير وويلز (Colber & Wells, 2008)** تجربتهما بطريقة الاختيار العشوائي للعينة مع تقسيمها إلى ضابطة، وتجريبية لتطبيق العلاج ما وراء المعرفة على حالات اضطراب ما بعد الصدمات، حيث تم تقسيم المرضى بشكل عشوائي إلى ضابطة وتجريبية في علاج باستخدام المدخل ما وراء المعرفة.

وقد أظهر المرضى في المجموعة الضابطة القليل من التحسن، أو عدم تحسن على الإطلاق أثناء فترة الانتظار، بينما أظهرت المجموعة التجريبية التي تخضع للعلاج تحسناً ذا دلالة إحصائية في كل الأعراض المقاسة، كما أظهر فحص التغير الإكلينيكي دلالةً أن (80%) من المرضى المعالجين قد شُفوا، وأن (10%) منهم قد تحسنوا بشكل واضح في عينة العلاج ما وراء المعرفة مقارنة بحوالي (10%) فقط من المرضى تحسنوا في قائمة الانتظار، أما البقية فلم يظهروا أي تحسن على الإطلاق طبقاً لأساليب قياس معدل الكسب المستخدمة.

8- **دراسة لفشير وويلز (Fisher & Wells, 2008)** هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج ما وراء المعرفة في علاج اضطراب الوساوس القهرية المتسلطة على عينة من الكبار، والأطفال. حيث استخدما سلسلة التكرار المباشر Direct Replication Series لفحص تأثير العلاج على أربعة مرضى يعانون اضطراب الوساوس القهرية المتسلطة طبقاً لتوصيف الدليل التشخيصي للأمراض النفسية، والعقلية عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وتم تحديد فترة مبدئية للمرضى لا يتناولون خلالها أي علاج (الخط القاعدي) استمرت من (3 – 4) أسابيع

حتى يصبح الاستقرار في الفترة الأولى للعلاج واضحاً، وبعد هذه الفترة تم اشتراكهم في العلاج لما وراء المعرفة بمعدل (12 – 14) جلسة أسبوعياً، ثم تلاها فترة متابعة استمرت (3 – 6) أشهر بعد العلاج.

في كل الحالات حققت فترات ما بعد العلاج، والمتابعة درجات تظهر مستويات ملموسة من التحسن طبقاً لقياسات اضطراب الوساوس القهرية المتسلطة، وقياسات ما وراء المعرفة، وقد استوفى كل المرضى الأربعة المعايير القياسية للشفاء في فترة ما بعد العلاج طبقاً لمقياس يال– براون للوسواس القهري Yale – Browen Obsessive Compulsive Scale، حيث بلغت نقطة القطع أو الفصل 14 درجة، وبلغ معد ثبات التغير 10 درجات، ولم يتبقَّ سوى مريض واحد لم يستوفي معايير الشفاء بعد ستة أشهر، إلا أنه لا يزال يتحسن على نحو ثابت، ولم تتوافر بيانات حول مريض آخر خلال هذه الشهور الستة، قد احتفظا بما تحقق لديهما في مستوى التحسن، والشفاء.

9- **دراسة سيمون وآخرون (Simon et al, 2006)** تأثير العلاج ما وراء المعرفة على اضطراب الوساوس القهرية المتسلطة لدى عينة من الأطفال، والمراهقين.

حيث بلغت العينة النهائية عشرة من الأطفال، والمراهقين تم اختيارهم بشكل عشوائي إما للاشتراك في العلاج ما وراء المعرفة، أو العلاج بفنية التعريض ومنع الاستجابة. وقد دمج النوع الأول من العلاج ما بين العلاج ما وراء المعرفي، وفنيات من العلاج السلوكي المعرفي، ولذلك يصعب الفصل بين الاسهام النسبي لهذه الأنماط، إلا أن البيانات التي توفرت تفترض أن هذا العلاج قد يكون بديلاً مفيداً لفنية التعرض ومنع الاستجابة.

10- **أجرى ريس وآخرون (Rees et al, 2008)** تجربة مفتوحة لدراسة فعالية العلاج ما وراء المعرفة لمرضى يعانون من اضطراب الوساوس القهرية المتسلطة.

تم تقييم النتائج باستخدام مقياس يال – براون للوسواس القهري، كما تم تقييم عوامل ما وراء المعرفة باستخدام الصورة المعدلة من مقياس ما وراء المعرفة MCQ–30.

وقد وجدوا تحسناً دالاً إحصائياً في قياسات أعراض اضطراب الوساوس القهرية المتسلطة في فترة ما بعد العلاج، واستمرت المكاسب التي تحققت خلال فترة الشهور الثلاثة التالية من المتابعة، كما وُجِد انخفاض واضح في بعض الأبعاد الفرعية لمقياس ما وراء المعرفة خاصة المعتقدات التي تتعلق بالحاجة إلى التحكم في الأفكار، واستمرت على انخفاضها أثناء فترة المتابعة، وبلغ حجم التأثير في فترة ما بعد العلاج، والمتابعة لدرجات مقياس يال – براون للوساوس القهرية (2,28 – 3,28) كما بلغ معدل الانخفاض (62%)، وباستخدام نقطة الفصل لمقياس يال – براون للوسواس القهري وجد أن (40%) من المرضى قد شُفُوا في فترة ما بعد العلاج، وزادت النسبة إلى (95%) لمن استوفوا معايير الشفاء في فترة المتابعة التي استمرت

(3) أشهر، وتفتقر هذه الدراسة إلى الضبط التجريبي بسبب الافتقار إلى وجود مجموعة ضابطة للمقارنة معها، إلا أن التحسن الذي طرأ خلال فترة المتابعة يعد محيراً وقد يرجع في جزء منه على الشفاء التلقائي، غير أن النتائج كانت متسقة مع التأثير الكبير للعلاج ما وراء المعرفة.

11- دراسة **ويلز وفيشر وآخرون (Wells, et al, 2008)** أظهرت فعالية العلاج ما وراء المعرفة في اضطراب الاكتئاب الأساسي Major Depressive Disorder، ففي دراسة متعددة الخطوط القاعدية A–B Multiple baseline تم علاج المرضى فيها بمعدل (6 – 8) جلسات أسبوعياً باستخدام العلاج ما وراء المعرفة، فقد لوحظ وجود تحسن كبير في الاكتئاب والقلق وعوامل ما وراء المعرفة. فمثلاً كان متوسط درجات مقياس بيك للاكتئاب قبل العلاج (35، 24) درجةً، بينما وصل متوسط درجاته بعد العلاج إلى (5، 6) درجةٍ. وقد استوفى كل المرضى معايير الشفاء القياسية في فترة ما بعد العلاج وفترة المتابعة التي استمرت (3) أشهر طبقاً لمقياس بيك للاكتئاب، وخلال فترة المتابعة التي استمرت (6) أشهر تجاوز مريض واحد نقطة القطع التي توضّح حدَّ الشفاء لكنه استمر في إظهار تحسن ثابت، وعلى الرغم من أن هذه البيانات أولية وتعتمد على عينة محدودة إلا أنها تؤيد المزيد من التقييم.

12- تجربة مفتوحة على عينة من المرضى يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي باستخدام العلاج ما وراء المعرفة وتعد امتداداً للتجربة السابقة التي قام **ويلز وآخرون (2008)**، وقد ارتبط العلاج بتحسن واضح في الاكتئاب وأعراض القلق حسب ما تم تقييمه من معدلات التقارير الذاتية والمقابلات الشخصية، وأسهم العلاج في تحقيق انخفاض كبير في الاجترار ومعتقدات ما وراء المعرفة اللاتوافقية، كما أظهر استخدام المعايير الرسمية للدلالة الإكلينيكية للتغيير والشفاء أن (75%) من المرضى قد شُفوا في فترة ما بعد العلاج، وأن (66%) منهم تماثلوا للشفاء في فترة المتابعة التي استغرقت ستة أشهر معتمدين على مقياس هاملتون للاكتئاب Hamilton Depression Scale الذي طُبّق على عينة في قائمة انتظار العلاج.

ثالثاً: تعقيب على الدراسات السابقة:

تباينت أهداف الدراسات السابقة فيما بينها، فمن خلال استعراض الباحثة للدراسات التي تناولت العلاج ما وراء المعرفي في بناء برامجها الإرشادية، وبيان مدى فاعليتها، وجدت أن بعض الدراسات أكدت على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض حدة اضطرابات نفسية مختلفة، من هذه الدراسات ما تناول اضطراب ما بعد الصدمة كدراسة كل من ويلز وسيمبي .(Wells, Sembi 2004)، فاكيلي وفاتا.(Vakili ,Fata. 2006) ، زافاريزاده وآخرون (Zafarizadeh et al,2014)، ويلز وآخرون (Wells,et al, 2008)، كولبير وويلز (Colber & Wells, 2008)،

ومنها ما تناول اضطراب الوسواس القهري كدراسة فشير وويلز (Fisher & Wells, 2008)، سيمون وآخرون (Simon et al, 2006) ، ريس وآخرون (Rees et al, 2008)، (حنور،2016)، أما دراسة صديقي وآخرون (Sadeghi et al,2015) تناولت القلق المعمَّم متضمنة بذلك (الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة)، ومنها الدراسات ما تناول اضطراب الاكتئاب كدراسة كامران وشريفي (Kamran,Sharifi. 2014)، ويلز وفيشر وآخرون Wells, et al, 2008) ، أما دراسة (سيد، 2013) فتناولت العلاج ما وراء المعرفي مع الفوبيا الاجتماعية.

كما نرى أن هناك بعض الدراسات التي تناولت دور العلاج ما وراء المعرفي في تحسن المعتقدات ما وراء المعرفية إلى جانب الاضطراب المدروس، واستخدمت لقياسها مقياس ما وراء المعرفة (30-MCQ)، كدراسة كامران وشريفي(Kamran,Sharifi. 2014) التي تطرقت إلى فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في الحد من الاكتئاب، والمعتقدات ما وراء المعرفية، ودراسة ريس وآخرون Rees et al, 2008) لعلاج اضطراب الوساوس القهرية، وتم فيها تقييم عوامل ما وراء المعرفة، ودراسة (سيد،2013) الذي تناول العلاج ما وراء المعرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية؛ وكذلك استخدم مقياس ما وراء المعرفة لدراسة تأثير العلاج على المعتقدات ما وراء المعرفية.

ونرى أن الدراسات السابقة بالإضافة إلى اختلاف الاضطرابات المدروسة خلالها قد تنوعت أيضاً من حيث حجم عينة الدراسة، والأدوات المستخدمة، وعدد الجلسات، والفنيات، إلا أن جميعها أثبت فاعلية البرنامج القائم على العلاج ما وراء المعرفي في الحد من الاضطرابات النفسية المدروسة.

الفائدة التي تم الحصول عليها من الدراسات السابقة:

- قدمت الدراسات السابقة معلومات ساعدت على تحقيق المزيد من الفهم للعلاج ما وراء المعرفي .
- التعرف على الأدوات التي اعتمدتها هذه البرامج، ومدى فاعليتها ، والصعوبات التي واجهتها.
- التعرف على الإجراءات، والفنيات التي اعتمدتها هذه البرامج الإرشادية سواء تناولت اضطراب ما بعد الصدمة أو غيره من الاضطرابات.
- المنهجية العلمية التي اتبعتها الدراسات السابقة في صوغ المشكلة، والفرضيات، واختيار العينة، ومعالجة النتائج.

أهم ما تميزت به الدراسة الحالية:

- من خلال مراجعة الباحثة للدراسات العربية، والمحلية، فإنها لم تجد أي دراسة قامت بتطبيق، واختبار فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين (في حدود علم الباحثة)، مما يعطي هذه الدراسة مكانتها بين الدراسات السابقة.

- كما قامت هذه الدراسة على استخدام مقياس ما وراء المعرفة MCQ-30 لدراسة أثر البرنامج على المعتقدات ما وراء المعرفية إلى جانب مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.
- إمكانية توظيف نتائج هذه الدراسة، والبرنامج ما وراء المعرفي على المستوى الأكاديمي، والنفسي، والاجتماعي للحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأي اضطرابات أخرى تواجه المراهقين.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

مقدمة

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: عينة الدراسة

ثالثاً: أدوات الدراسة

رابعاً: الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل الرابع

منـهج الدراسة وإجراءاتها

تتناول الباحثة في هذا الفصل الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة والتي تتضمن، منهج الدراسة حيث اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي، والعينة المختارة من المراهقين في المدارس الثانوية في محافظة دمشق، ثم إعطاء وصف شامل، وتفصيلي لأدوات الدراسة: مقياس الضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس ما وراء المعرفة، والمقاييس المحكية من حيث وصفها، وتصحيحها، وحساب درجاتها، كما يتضمن الفصل عرضاً للدراسة الاستطلاعية ونتائجها بالإضافة إلى الإجراءات المتبعة للتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة، إضافة إلى متغيرات الدراسة، وعرض القوانين الإحصائية المستخدمة في الدراسة سواء في الإجراءات أو تحليل النتائج وتفسيرها، ومن ثم عرض أهم الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء تطبيق هذه الدراسة على العينة المستهدفة.

أولاً- منـهج الدراسة :

استدعت طبيعة الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي حيث أنه يمثل أحد المناهج العلمية التي تستخدم في دراسة الظاهرة النفسية، والظواهر الطبيعة، ويقوم الباحث بإحداث الظاهرة النفسية ذاتها، والتدخل في مسارها الطبيعي (حمصي، 2002، 149).

اعتمدت الباحثة في تطبيق هذا البحث على المنهج شبه التجريبي، إذ إنّ المنهج شبه التجريبي من أكثر المناهج ملاءمة لأهداف هذا البحث. واستخدمت الباحثة منهج تصميم المجموعتين، وذلك باختيار مجموعة تجريبية يتلقى أفرادها البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي، ومجموعة ضابطة لم يلق أفرادها أي تدخل علاجي، ويتم ذلك عن طريق تجانس المجموعتين من حيث العدد، ودرجاتهم المرتفعة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس ما وراء المعرفة.

وقد قامت الباحثة باتباع الخطوات الآتية:

1. **القياس القبلي:** لمعرفة تجانس، وشدة الاضطراب الذي يعاني منه أفراد العينة المستهدفة (التجريبية، و الضابطة)، بناءً على المقاييس المعتمدة في الدراسة الحالية.
2. **التدخل العلاجي:** أي تطبيق البرنامج العلاجي القائم على نظرية العلاج ما وراء المعرفة MCT على أفراد المجموعة التجريبية.
3. **القياس البعدي:** لمعرفة الأثر الذي أحدثه البرنامج في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

4. **القياس المؤجل:** لمعرفة ثبات واستمرار التحسن الذي أحدثه البرنامج في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

وذلك من خلال المتغيرات الآتية:

- المتغيرات المستقلة: البرنامج الإرشادي القائم على نموذج العلاج ما وراء المعرفة.
- المتغيرات التابعة: التغيرات الحاصلة لدى أفراد العينة والمتعلقة بخفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المقاسة بمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس ما وراء المعرفة.

ثانياً- عينة الدراسة :

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة مقصودة بعد تطبيق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس ما وراء المعرفة على (155) من الطلبة المراهقين الذكور في مدارس محافظة دمشق(مدرسة الشهيد فايز منصور الثانوية) الذين تتراوح أعمارهم بين (15-17) سنة، بمتوسط عمري قدره(16) سنة، وانحراف معياري(1,2)، ثم تم استخراج الحاصلين على درجات مرتفعة على هذه المقاييس بعد أن تم استبعاد المقاييس التي لم تستوفِ الإجابة على جميع العبارات.

وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين:

أ- **عينة الدراسة الاستطلاعية:** تشمل هذه العينة (70) طالباً، والذين تم اختيارهم من خارج عينة الدراسة الأساسية والمتجانسة معها في المشكلة والعمر، وذلك بهدف التحقق من صدق وثبات الأدوات، كما تم اختيار (10) طلاب منهم لتطبيق البرنامج بصورة مبدئية للتحقق من مناسبته للعينة المستهدفة، ولتلافي المشكلات التي يمكن أن تواجهها الباحثة عند تطبيق البرنامج على أفراد العينة الأساسية، إضافة إلى تمكن الباحث من سير خطوات البرنامج، والتمكن من فنيات البرنامج وإجراءاته.

ب- **عينة الدراسة الأساسية:** تكونت عينة الدراسة التجريبية من (40) مراهقاً، ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياسي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وما وراء المعرفة، وتم اختيار العينة من ثانوية الشهيد فايز منصور وذلك :

- لارتفاع درجات الطلاب الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياسي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وما وراء المعرفة.، إضافة إلى تقاريرهم الاتية التي بينت أنهم يعانون من مشكلات ناتجة عن آثار الأزمة السورية، كما أشار المرشد النفسي أن هؤلاء الطلبة أكثر تعرضاً لآثار الأزمة.
- تعاون إدارة المدرسة.
- تعاون الطلاب، وموافقتهم على تطبيق البرنامج عليهم.

وقد تم اختيار هذه العينة من الصف الحادي عشر، وذلك لمراعاة تجانس العمر بين أفراد العينة وتم تقسيم العينة بطريقة الاختيار العشوائي إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية: تم تطبيق البرنامج القائم على النموذج ما وراء المعرفي عليها وعددها (20) مراهقاً، ومجموعة ضابطة: لم تتلق أي تدخل علاجي وعددها(20) مراهقاً، حيث تم مراعاة أن تكون أفراد المجموعة التجريبية .

درجة التكافؤ (التجانس) بين المجموعات:

للوقوف على درجة التكافؤ بين المجموعتين التجريبية، والضابطة، تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة لفحص الفروق بين متوسط الأداء القبلي لأفراد المجموعة الضابطة، ومتوسط الأداء القبلي لأفراد المجموعة التجريبية على المقاييس المستخدمة في الدراسة، وهي كالآتي:

1-مقياس ما وراء المعرفة:

جدول (1)

تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في ما وراء المعرفة

ما وراء المعرفة	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثقة المعرفية	الضابطة	11.35	3.48	19	0,397	0.694
	التجريبية	10.90	3.68			
المعتقدات الإيجابية حول القلق	الضابطة	11.75	3.12	19	0,275	0.785
	التجريبية	11.45	3.74			
المعتقدات السلبية حول الخطر	الضابطة	18.80	3.41	19	-0,046	0.964
	التجريبية	18.85	3.52			
الوعي الذاتي الإدراكي	الضابطة	12.90	3.16	19	-0,226	0.823
	التجريبية	13.15	3.81			
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	الضابطة	15.80	2.41	19	-1,454	0.154
	التجريبية	17.20	3.56			
الدرجة الكلية	الضابطة	70.60	8.22	19	-0,359	0.721
	التجريبية	71.55	8.49			

يتضح من الجدول (1) عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة في كل من مقياس ما وراء المعرفة ككل وأبعاده، إذ بلغت قيمة ت (-0.359) وهي قيمة غير دالة عند مستوى (0.05) وتشير هذه النتيجة إلى أن المجموعتين الضابطة والتجريبية متجانستين في درجاتهم على هذا المقياس.

2-مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

جدول (2)

تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الضابطة	121.75	16.99	19	-0.462	0.647
	التجريبية	124.30	17.90			

يتضح من الجدول (2) عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة في درجة مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إذ بلغت قيمة ت (-0.462) وهي قيمة غير دالة عند مستوى (0.05) وهذا يعني أن المجموعتين الضابطة والتجريبية متجانستين في الدرجات على هذا المقياس.

ثالثاً- أدوات الدراسة :

1-مقياس ما وراء المعرفة (MCQ):

هو مقياس مكون من(30) بنداً تم تصميمه من قبل ويلز، وكارتورايت هاتون Wells and Cartwright-Hatton(2004) وصُمّم لقياس المعتقدات الإيجابية، والسلبية للفرد تجاه القلق. كل إجابة على هذه البنود تتم في طريقة الاختيار من متعدد (لا أوافق إلى أوافق بشدة). يحتوي استبيان ما وراء المعرفة على خمسة مكونات بما في ذلك: 1-المعتقدات الإيجابية حول القلق 2- الثقة المعرفية 3- الوعي المعرفي 4- المعتقدات السلبية حول عدم السيطرة على الأفكار 5-الاعتقادات حول الحاجة إلى السيطرة على الأفكار. وأظهرت نتائج ويلز، وكارتورايت هاتون أن الاستبيان لديه اتساق داخلي عالي (معامل ألفا كرونباخ 0/72 إلى 0/93) وقد أظهر ثبات الاختبار وإعادة الاختبار 0 / 87 لأكثر من 4 أشهر. شيرين زاده وآخرون Shirin Zadeh et al في إيران قد أفادت أن معامل ألفا كرونباخ كان 71/0 إلى 87/0 والثبات بإعادة الاختبار في غضون 4 أسابيع 59/0 إلى 0 / 83. مدى الإجابة لكل سؤال محدد من (لا أوافق) إلى (موافق تماماً) أن يكون على التوالي من 1 إلى 4.

وقد قام العاسمي بترجمته (2016) إلى اللغة العربية والذي يتكون من الأبعاد الآتية:

1- **الثقة المعرفية:** (على سبيل المثال "ذاكرتي يمكن أن تخدعني في بعض الأحيان").

2- **المعتقدات الإيجابية حول القلق:** (على سبيل المثال "القلق يساعدني على حل المشكلات").

3- **المعتقدات السلبية حول الأفكار المتعلقة بعدم السيطرة والخطر:** (على سبيل المثال "عندما أبدأ القلق، لا أستطيع التوقف").

4- **الوعي الذاتي الإدراكي:** (على سبيل المثال "أنا أولي اهتماماً وثيقا للطريقة التي يعمل بها ذهني").

5- **الاعتقادات حول الحاجة للسيطرة على الأفكار:** (على سبيل المثال "عدم القدرة على السيطرة على أفكاري هو علامة ضعف) "، والتي يوضح هذه الأبعاد وبنوده في الجدول الآتي:

جدول (3)

أبعاد مقياس ما وراء المعرفة وبنوده

الأبعاد	أرقام البنود
الثقة المعرفية	8، 14، 17، 24، 26 ، 29
المعتقدات الإيجابية حول القلق	1، 7، 10، 19، 23 ، 28
المعتقدات السلبية حول عدم السيطرة والخطر	3، 5، 12، 16، 18 ، 30
الوعي الذاتي الإدراكي	2، 4، 9، 11، 15 ، 21
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	6، 13، 20، 22، 25 ، 27

1- صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس بالطرائق الآتية:

أ- **التحليل العاملي:** تم استخدام بيانات الطلبة في العينة الاستطلاعية للتحقق من صدق المقياس باستخدام التحليل العاملي التأكيدي، وقد تبين أن المقياس قابل للتحليل العاملي KMO and Bartlett's Test ، وذلك من خلال الدرجة التي حصلت والتي تقدر بـ(.584)، ودلالة (0،001)، وقد أظهر النتائج قبل التدوير كما هو مبين في الجدول(4) وقبل التدوير، وبعده كما هو مبين في الجدول (5). كما يبين مفردات الأبعاد حسب التحليل العاملي:

عبارة	العامل الأول	عبارة	العامل الثاني	عبارة	العامل الثالث	عبارة	العامل الرابع	عبارة	العامل الخامس
23	.895	18	.928	8	.857	27	.868	15	.835
17	.892	25	.907	21	.847	26	.850	28	.835
14	.890	9	.859	24	.833	20	.804	13	.766
5	.837	6	.805	3	.821	16	.774	1	.741
12	.795	4	.803	30	.787	10	.737	26	.741
7	.794	11	.786	12	.747	22	.711	19	.719

جدول (4) التحليلي العاملي قبل التدوير

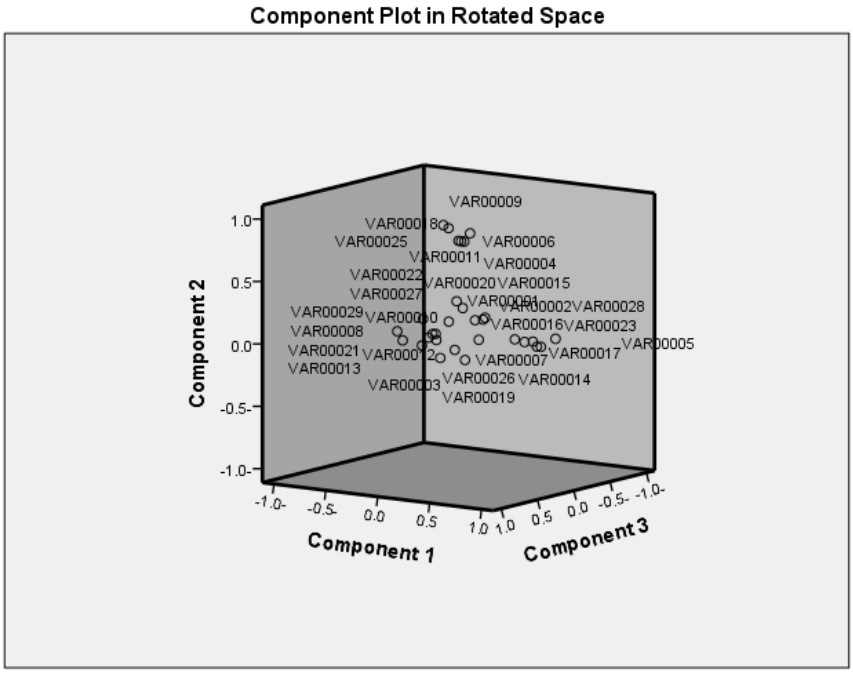
م	الأبعاد	العوامل قبل التدوير	الاشتراكيات
		1	
1	الثقة المعرفية	0.86	0.78
2	المعتقدات الإيجابية حول القلق	0.71	0.50
3	المعتقدات السلبية حول عدم السيطرة والخطر	0.90	0.81
4	الوعي الذاتي الإدراكي	0.76	0.58
5	الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	0.83	0.68
	الجذر الكامن	3.36	
	نسبة التباين	67.14	

كما أجرى التحليل العاملي للأبعاد الفرعية لمقياس ما وراء المعرفة ، وذلك كما هو موضح بالجدول (4) الذي يعرض مصفوفة التحليل العاملي قبل، وبعد التدوير للأبعاد الفرعية لمقياس الذكاء الوجداني، وقد رأت الباحثة لجعل العوامل أكثر نقاءً ووضوحاً رفع الحد الأدنى للتشبعات إلى 0.5 ، وبذلك تتشبع أبعاد المقياس الفرعية على خمسة عوامل هي : **الثقة المعرفية، المعتقدات الإيجابية حول القلق، المعتقدات السلبية حول عدم السيطرة والخطر، الوعي الذاتي الإدراكي، الحاجة إلى السيطرة على الأفكار، وذلك كما يظهر الجدول الآتي:**

جدول (5) التحليل العاملي بعد التدوير

م	أبعاد المقياس	العوامل قبل التدوير	العوامل بعد التدوير	الاشتراكيات
		1	2	
1	الثقة المعرفية	0.86	0.72	0.66
2	المعتقدات الإيجابية حول القلق	0.71	0.82	0.71
3	المعتقدات السلبية حول عدم السيطرة والخطر	0.90	0.55	0.67
4	الوعي الذاتي الإدراكي	0.76	0.32	0.63
5	الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	0.83	0.63	0.50.
	الجذر الكامن	3.36	3.21	-
	نسبة التباين	67.14	21.43	-

يتضح من نتائج الجدول السابق أن تشبعات أبعاد مقياس ما وراء المعرفة كانت مرتفعة، والتي تتفق كثيراً مع النتائج التي توصل إليه ويلز وغيره من الباحثين للتحقق من الصدق العاملي لبنود المقياس. كما يبين الشكل البياني نتائج التحليل العاملي لبنود المقياس.



شكل (1)

ب-الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق المقياس باستخدام صدق الاتساق الداخلي، وذلك بحساب العلاقة الارتباطية بين كل مفردة، والدرجة الكلية للبعد، والجدول (6) يوضح ذلك:

جدول (6)

معامل الارتباط بين كل مفردة لمقياس ما وراء المعرفة والدرجة الكلية للبعد

الثقة المعرفية			المعتقدات الإيجابية حول القلق			المعتقدات السلبية حول الخطر		
رقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
8	0.617**	0.00	1	0.692**	0.00	3	0.816**	0.00
14	0.773**	0.00	7	0.798**	0.00	5	0.457**	0.003
17	0.675**	0.00	10	0.697**	0.00	12	0.832**	0.00
24	0.772**	0.00	19	0.536**	0.00	16	0.579**	0.00
26	0.458**	0.003	23	0.751**	0.00	18	0.501**	0.001
29	0.495**	0.001	28	0.685**	0.00	30	0.844**	0.00
الوعي الذاتي الإدراكي			الحاجة إلى السيطرة على الأفكار					
رقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة			
2	0.601**	0.00	6	0.723**	0.00			
4	0.807**	0.00	13	0.329*	0.038			
9	0.776**	0.00	20	0.792**	0.00			
11	0.677**	0.00	22	0.675**	0.00			
15	0.595**	0.00	25	0.677**	0.00			
21	0.552**	0.00	27	0.735**	0.00			

** دالة عند مستوى (0.01) * دالة عند مستوى (0.05)

يبين الجدول(6) أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.329-0.844) وجميعها دالة إحصائياً عند مستويي الدلالة (0.01) و(0.05)، وهذا يعني أن الفقرات التي أعدت لقياس هذا الأبعاد صادقة في تمثيلها لمحتوى المجال.

ج- العلاقة الارتباطية بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس:

كما تم حساب الصدق عن طريق العلاقة الارتباطية بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس ما وراء المعرفة والدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما تظهر نتائجه الجدول الآتي:

جدول (7)

معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس ما وراء المعرفة

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الثقة المعرفية	0.877**	0.00
المعتقدات الإيجابية حول القلق	0.808**	0.00
المعتقدات السلبية حول الخطر	0.916**	0.00
الوعي الذاتي الإدراكي	0.909**	0.00
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	0.750**	0.00

** دالة عند مستوى (0.01)

يبين الجدول(7) أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.75-0.91)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ، وهذا يعني أن أبعاد المقياس تتمتع بصدق مرتفع.

د-الصدق التمييزي:

تعتمد هذه الطريقة على المقارنة بين الفئات الطرفية في المقياس ذاته، حيث يؤخذ الربع الأعلى من الدرجات المتحصلة في هذا المقياس، والذي يمثل الفئة العليا، ويقارن بالربع الأدنى للدرجات فيه والذي يمثل الفئة الدنيا.

وقد تم تطبيق المقياس على عينة مؤلفة من (70) من أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية، ثم حسبت درجاتهم ورتبت تصاعدياً، وأخذت أعلى (25%) منها، وأدنى (25%) منها، وتم اختبار الفروق عن طريق اختبار (مان - وتني) اللابارامتري لدلالة الفروق بين الربيعيين الأعلى والأدنى والجدول (8) يوضح هذه النتائج:

جدول (8)

الصدق التمييزي لمقياس ما وراء المعرفة وأبعاده

الصدق التمييزي		المجموع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة
البعد الأول: الثقة المعرفية	1.00	17	5.50	55.00	0.00	-3.844	0.00
	4.00	17	15.50	155.00			
	المجموع	34					
المعتقدات الإيجابية حول القلق	1.00	17	5.50	55.00	0.00	-3.822	0.00
	4.00	17	15.50	155.00			
	المجموع	34					
المعتقدات السلبية حول الخطر	1.00	17	5.50	55.00	0.00	-3.817	0.00
	4.00	17	15.50	155.00			

	المجموع	34					
الوعي الذاتي الإدراكي	1.00	17	5.50	55.00	0.00	-3.850	0.00
	4.00	17	15.50	155.00			
	المجموع	34					
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	1.00	17	5.50	55.00	0.00	-3.829	0.00
	4.00	17	15.50	155.00			
	المجموع	34					
الدرجة الكلية	1.00	17	5.50	55.00	0.00	-3.790	0.00
	4.00	17	15.50	155.00			
	المجموع	34					

يبين الجدول (8) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين منخفضي، ومرتفعي الدرجات لأبعاد والدرجة الكلية على مقياس ما وراء المعرفة، أي أن المقياس يتمتع بقدرة تمييزية عالية.

هـ-الصدق المحكي:

يطلق عليه عدة تسميات منها الصدق العملي، أو الواقعي؛ الصدق التجريبي، ويقصد به مجموعة الإجراءات التي نتمكن من خلالها من حساب الارتباط بين الاختبار الحالي، ومحك خارجي مستقل والمحكّات أنواع وهي(الفروق في العمر، التحصيل الدراسي، الأداء في المهنة، الأداء في التدريب، الارتباط باختبار آخر، التقديرات). والهدف من استخدامه هو تقدير إمكانية إحلال الاختبار الجديد بإجراءاته البسيطة وغير المكلفة محل المحك؛ الذي قد يصعب الحصول عليه أو يتطلب وقتا كما يستخدم في حال توفر محك خارجي مستقل ثابت وصادق، وعليه فإن قيم معاملات الصدق المرتبطة بمحك تتأثر بعدد من العوامل يجب أخذها بعين الاعتبار عند تفسير الدرجات (الغامدي، 2003، 30-31).

وقد تم للتحقق من صدق مقياس ما وراء المعرفة الأساسي في هذه الدراسة مع استبيان ما وراء المعرفة للأطفال، والمراهقينMetacognition for Children and Adolescents Questionnaire الذي أعده إيراك (Irak, 2011) كان الهدف منه الهدف الأول هو تقييم الخصائص السيكومترية لاستبيان ما وراء المعرفة للأطفال، والمراهقين (MCQ-C) بين الأطفال، والمراهقين الأتراك. كان الهدف الثاني هو تحليل العلاقات بين العمليات ما وراء المعرفية والقلق والأعراض القهرية بين الأطفال والمراهقين الأتراك. من خلال مشاركة (470) من طلاب المدارس الابتدائية، والثانوية (205 من الإناث ، 265 من الذكور) من 71 مدرسة عامة مختلفة في اسطنبول، والذي يتألف من (24) عبارة موزعة على أربعة عوامل، هي الآتي: ما وراء القلق الإيجابي، ما وراء القلق السلبي، الخرافات

والعقاب والمسؤولية، وأخيراً الرصد المعرفي، والإجابة على هذا المقياس تتكون من خمسة أوزان تبد ب(1 إلى 5). وقد كانت معاملات الصدق: الاتساق الداخلي والثبات مرتفعة بالنسبة إلى العينة التركية، ظهر(MCQ–C) مقبولية جيدة وموثوقية اختبار إعادة الاختبار واتساق داخلي جيد وصلاحية متقاربة. تم تقييم صحة البناء من خلال استخدام التحليل العامل التأكيدي. ويبين الجدول العلاقة الارتباطية بين مقياس ما وراء المعرفة والمقياس المحكي:

جدول(9)

العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس ما وراء المعرفة والمقياس المحكي

م	المقياس المحكي	مستوى الدلالة
مقياس ما وراء المعرفة	0,730	0.00

يتضح من نتائج الجدول (9) وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى دلالة (0,001) بين مقياس ما وراء المعرفة والمقياس المحكي لاستبيان ما وراء المعرفة للأطفال، والمراهقين، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقياس ما وراء المعرفة يكون صالحاً لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة الأساسية.

2- ثبات المقياس:

تم حساب الثبات المقياس بالطرق الآتية:

- **التجزئة النصفية:**

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المفحوصون من أفراد العينة الاستطلاعية على النصف الأول لكل من أبعاد المقياس، والمقياس ككل، والدرجات التي حصلوا عليها على النصف الثاني منهم، والجدول (10) يوضح ذلك:

جدول (10)

معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس ما وراء المعرفة وأبعاده الفرعية

البعد	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية
الثقة المعرفية	0.691
المعتقدات الإيجابية حول القلق	0.720
المعتقدات السلبية حول الخطر	0.752
الوعي الذاتي الإدراكي	0.844
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	0.849
الدرجة الكلية	0.941

يبين الجدول (10) أن معاملات الثبات لكل من أبعاد المقياس، ومقياس ما وراء المعرفة ككل مرتفعة وتدل على ثبات عالٍ للمقياس بحيث يمكن استخدامه.

- **معامل ألفا كرونباخ:**

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل من أبعاد مقياس ما وراء المعرفة ككل، والجدول (11) يوضح ذلك:

جدول (11)

معاملات ألفا كرونباخ لمقياس ما وراء المعرفة وأبعاده الفرعية

البعد	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ
الثقة المعرفية	0.711
المعتقدات الإيجابية حول القلق	0.655
المعتقدات السلبية حول الخطر	0.762
الوعي الذاتي الإدراكي	0.745
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	0.734
الدرجة الكلية	0.922

يبين الجدول (11) أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ لكل من أبعاد المقياس ومقياس ما وراء المعرفة ككل مرتفعة وتدل على ثبات عالٍ للمقياس بحيث يمكن استخدامه.

2- مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD-S):

أعد هذا المقياس أدريان ويلز (wells, 2006)، وقامت الباحثة بترجمته إلى العربية.

ويتكون مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (27) بنداً، يطلب من المفحوصين أن يجيبوا عن البنود من خلال تقدير الأعراض التي لديهم، وذلك بوضع دائرة حول الرقم الذي يعبر عنه تبعاً لسلم درجات من (0 – 8)، ويوجد (12) بند منهم عبارة عن معتقدات يطلب من المفحوصين تحديد مدى اعتقادهم بها من خلال سلم درجات (0 – 10). تتراوح درجات المقياس بين 0 درجة في حدها الأدنى، و 240 في حدها الأعلى، وتعتبر الدرجة المرتفعة دليلاً على وجود اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

أ- صدق المقياس:

تم حساب الصدق المقياس بالطرق الآتية:

- **الاتساق الداخلي:**

تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بحساب العلاقة الارتباطية بين كل فقرة، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول (12)

معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	0.699**	10	0.608**	19	0.642**
2	0.626**	11	0.556**	20	0.610**
3	0.633**	12	0.670**	21	0.650**
4	0.697**	13	0.817**	22	0.692**
5	0.664**	14	0.769**	23	0.661**
6	0.654**	15	0.595**	24	0.589**
7	0.538**	16	0.605**	25	0.694**
8	0.766**	17	0.544**	26	0.738**
9	0.575**	18	0.602**	27	0.713**

** دالة عند مستوى (0.01)

يبين الجدول(12) أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.53-0.81)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ، وهذا يعني أن فقرات المقياس تتمتع بصدق مرتفع.

- **الصدق التمييزي:**

تعتمد هذه الطريقة على المقارنة بين الفئات الطرفية في المقياس ذاته، حيث يؤخذ الربع الأعلى من الدرجات المتحصلة في هذا المقياس، والذي يمثل الفئة العليا ويقارن بالربع الأدنى للدرجات فيه والذي يمثل الفئة الدنيا.

حيث طبق المقياس على عينة مؤلفة من (40) من الطلاب، ثم حسبت درجاتهم ورتبت تصاعدياً، وأخذت أعلى (25%) منها، وأدنى (25%) منها، وتم اختبار الفروق عن طريق اختبار (مان – وتني) اللابرامتري لدلالة الفروق بين الربيعيين الأعلى، والأدنى، والجدول (13) يوضح ذلك:

جدول (13)

الصدق التمييزي لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

الصدق التمييزي		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني U	Z	مستوى الدلالة	القرار
مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	1.00	10	5.50	55.00	0.00	-3.785	0.00	دالة عند (0.05)
	4.00	10	15.50	155.00				
	المجموع	20						

يبين الجدول(13) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين منخفضي ومرتفعي الدرجات على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أي أن المقياس يتمتع بقدرة تمييزية عالية.

ب- ثبات المقياس:

تم حساب الصدق المقياس بالطرق الآتية:

- **التجزئة النصفية:**

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المفحوصون على النصف الأول من المقياس والدرجات التي حصلوا عليها على النصف الثاني منه، وبلغ معامل ارتباط سبيرمان- براون (0.85)، وبلغ معامل الثبات بالتنصيف وفق معادلة غوتمان (0.84).
وهذه النتائج تدل على أن المقياس يتمتع بثبات عالٍ، وتدل على صلاح الأداة للاستخدام.

- **معامل ألفا كرونباخ:**

بلغ معامل الثبات لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (0.94)، وهي قيمة مرتفعة، وتدل على صلاح الأداة للاستخدام.

3- مقياس القلق العام:

صمم مقياس القلق العام سبيتزر وآخرون عام (2006) Spitzer RL, Kroenke K, : Williams JBW, Lowe B وهو يتألف من (7) عبارات تتناول أعراض القلق العام ، حيث تم تصميمه وفق طريق ليكرت المكونة من (4) خيارات، تطبق كثيراً إلى لا تنطبق كثيراً. وتتراوح الدرجة الكلية المقياس (21) درجة.

وقد قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية للتحقق من التطابق مع مقياس الضغوط التالية للصدمة المقياس الأساسي في الدراسة الحالية. حيث كانت نتائج الصدق المحكي لهذا المقياس مع المقياس المستخدم في الدراسة الحالية (76,3)، وهي قيمة ترابطية مرتفعة؛ والتي تشير إلى قدرة المقياس الأساسي في قياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة الاستطلاعية.

4- البرنامج العلاجي:

قام البرنامج الحالي على نموذج ما وراء المعرفي لتفسير الاضطرابات النفسية ل (Wells & Mathews, 1994) والذي يستند على مبدأ مهم هو " أن ما وراء المعرفي غاية في الأهمية في فهم كيفية عمل الجانب المعرفي وكيفية توالد الخبرات الواعية لدينا عن أنفسنا، والعالم من حولنا. وما وراء المعرفي من العوامل التي تؤثر في الوعي. فإنها تشكل أيضاً تقييم التأثيرات، وأنواع الاستراتيجيات التي تستخدمها لتنظيم الأفكار والمشاعر".

ويُعرف ويلز (Wells,2009) العلاج ما وراء المعرفة بأنه معرفة حول المعرفة، والتفكير حول التفكير، والذي يعد مهماً لفهم كيف تعمل المعرفة، وتتشكل لدفع الفرد إلى الانتباه، أو ضبط

التقييمات، والتأثيرات وراء أشكال استراتيجيات الشخص الذي يستخدم تنظيم أفكاره وسلوكياته. كما يرى ويلز (Wells,2007) أن النظرية والعلاج ما وراء المعرفة ينظران دائماً إلى استمرار المعتقدات والأفكار السلبية نتيجة لما وراء المعرفة للسيطرة على المعرفة الناتجة عن اضطراب القلق العام والقلق الاجتماعي، وأن الإسهام في وصول المعالج إلى المعرفة ما وراء المعرفة لدى المريض يؤدي إلى الاستقرار المعرفي والتغيير الإيجابي.

وتُعرِّف الباحثة البرنامج العلاجي في دراستها الحالية، بأنه" البرنامج العلاجي القائم على نظرية العلاج ما وراء المعرفة الذي طوره ويلز ورفاقه، والذي يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات والتقنيات القائمة على هذه النظرية في الحد من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين من طلبة المرحلة الثانوية الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وخفض الأعراض المصاحبة لها، كالقلق العام، وتحسين المرونة النفسية لديهم لمواجهة الأحداث المؤلمة التي تحدث لهم في المستقبل، ويتم ذلك من خلال تطبيق البرنامج على أفراد العينة التجريبية الذي يتضمن محتواه عدداً من الجلسات العلاجية (12) جلسة، إضافة إلى جلسة تقييم مبدئي، وجلسة متابعة.

مبررات البرنامج والحاجة إليه:

إن انتشار الصدمة لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض نفسي يُشكل مشكلة صحية كبيرة. بالإضافة إلى ذلك، فغالباً ما يؤدي التعرض للصدمة إلى تطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD). فالأشخاص الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المرضية يحصلون على نتائج علاجية أقل بكثير من خلال استخدام أساليب العلاج التقليدية. وعلى الرغم من ارتفاع حدوث هذين الاضطرابين (اضطراب الصدمة، واضطراب الضغوط ما بعد الصدمة)، وغالباً ما يتم استبعاد الأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية أخرى مختلفة عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. ولمعالجة هذه الفجوة، طور ويلز برنامجاً علاجياً لإعادة البناء المعرفي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة مع التركيز على تعديل المعتقدات والسلوكيات غير الفعالة. وتشير النتائج إلى أن معالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الأشخاص أمر ضروري، وأن البرنامج القائم على العلاج ما وراء المعرفة يمكن أن يعزز الشفاء والتحسن في أعراض الصدمة والقلق والاكتئاب واضطراب الوساوس القهرية كما أشار إلى ذلك ويلز. كما يقترح ريتشارد موليكا Richard (Mollica,1999) في نظرية الصدمة أن الناجين من الصدمات لديهم قدرة فطرية على شفاء أنفسهم مع التدخل النفسي أو الطبي. فهناك "الشفاء بالقوة المخبأة في كل واحد منا، حتى لو استنزفها العنف، وهذا هو السعي الدائم من أجل البقاء.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فاعلية العلاج ما وراء المعرفة في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأفراد الناجين من الصدمات النفسية، فقد أشارت نتائج

دراسة(Zafarizadeh, et al, 2014) إلى أن العلاج ما وراء المعرفة أدى إلى انخفاض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية في جلسات ما بعد الاختبار وشهرين من المتابعة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. كما أشارت نتائج دراسة ويلز وسيمبي (Wells & Sembi, 2004) و دراسة فاكيلي و فاتا(Vakili &Fata,2006) إلى أن العلاج ما وراء المعرفة يؤدي إلى انخفاض في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وتمت المحافظة على هذه النتائج عند المتابعة. وأثبتت الدراسة أن نهج العلاج الذي يقوم على نموذج ما وراء المعرفي، يبدو أنه فعال في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

لذلك، يمكن القول إن هذا البرنامج الذي سوف تستخدمه الباحثة سوف يكون أداة فعالة للحد من أعراض بعد الصدمة لدى المراهقين كما أشارت إلى فاعلية العديد من الدراسات العالمية، لذا، تسعى الباحثة التحقق من النهج العلاجي هذا في تطبيقه على عينة من المراهقين في البيئة السورية.

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج العلاجي الحالي عموماً إلى الحد من أعراض اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية الذين يعانون من الصدمة النفسية جراء الأزمة السورية، وذلك باستخدام نموذج العلاج ما وراء المعرفي لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي أعده ويلز ورفاقه.

أما الأهداف الفرعية لهذا البرنامج فتتمثل في الآتي:

1- خفض أعراض اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة التجريبية.

2- خفض أعراض القلق النفسي المصاحب لاضطراب الضغوط ما بعد الصدمة. وتمثل كل من الهدفين الأوليين إجرائياً في الآتي:

- التنشيط الداخلي للخبرات، والأفكار، والمعتقدات السلبية.
- صياغة نموذج ما وراء المعرفي لاضطراب الضغوط ما بعد الصدمة.
- تعزيز الوعي ما وراء المعرفة.
- تقديم ما وراء المراقبة الذاتية.
- استكشاف الرابط بين ما وراء المعرفة، والعواطف، والسلوك.
- تغيير ما وراء المعرفة غير المفيدة إلى ما وراء المعرفة المفيدة.
- إدخال التأمل / تأجيل القلق.
- ممارسة اليقظة العقلية المنفصلة.
- ممارسة التدريب على اليقظة والانتباه.

- تنمية المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية، ومنها:

– تعزيز المرونة ما وراء المعرفة من خلال استهداف استراتيجيات المواجهة (على سبيل المثال، التفكير السلبي التكراري) التي تحافظ على التركيز المتعمد حصراً على أعراض الصدمة، والذي يسمح بدوره لأفراد العينة بالتعامل مع خبراتهم الصادمة بمرونة.
– التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي في خفض تلك الأعراض الناجمة عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين المرونة ما وراء المعرفة.
– زيادة الشعور بالرفاهية، والحد من الانزعاج وتوظيف مجموعة من التقنيات القائمة على بناء العلاقات. توظيف مجموعة من التقنيات القائمة على بناء العلاقات، والحوار، والتواصل، وتغيير السلوك المصممة لتحسين توافق المتعالج، أو المجموعة التجريبية.

الأساس المنطقي للبرنامج:

قام ويلز وماثيوس (1994) بتطوير نموذج ما وراء المعرفة للاضطراب النفسي على أساس افتراض أن الانتباه ينطوي على عمليات من الأعلى إلى الأسفل، وليست تلقائية. وتم تأطيره ضمن نموذج وظيفي للتنظيم الانفعالي عام (S-REF) ، حيث يرتبط الاهتمام بالمعلومات بمعرفة الذات مع أهداف ومعتقدات الشخص التي توجه المنبهات التي يحضرها. وتشارك ثلاثة مستويات من المعالجة: معالجة تلقائية منخفضة لمستوى للمنبهات؛ والتحكم في العمل، والفكر، ومخزن ثابت من المعتقدات الذاتية (ماثيوس و ويلز ، 2000). هذا النموذج يشير إلى أن الضيق النفسي ينتج عن المثابرة من الاعتقاد الواعي، مما يخلق انحيازاً متعمداً بسبب المراقبة المستمرة. على الرغم من أن المثابرة مهمة بالنسبة للمواقف ذاتية التنظيم، فإن المثابرة المرتفعة يمكن أن تحد من قدرة الفرد على معالجة المعلومات (Wells & Matthews,1994) .

فقد يعاني الأشخاص الذين لديهم مستوى مرتفع من المثابرة صعوبة في تطوير استراتيجيات التكيف ويكونون أكثر عرضة لتطوير متلازمة الانتباه المعرفي Cognitive-Attentional Syndrome (CAS)؛ هو نمط تفكير مختل يسعى إلى تكثيف وإطالة أعباء الانفعالية. ولدى(CAS) ثلاثة مكونات: التفكير التكراري السلبي، ومراقبة التهديد، والتكيف للسلوكيات (على سبيل المثال، قمع الفكر، وتعاطي المخدرات، وتجنب). واستمرار التركيز على التهديدات، والعوامل الاجتماعية (على سبيل المثال، المالية ، رعاية الطفل ، الصحة ، والتوظيف) المساهمة في التفكير التكراري والتقييم السلبي للتكيف، وهو ما يزيد من الضعف، والتوتر. بينما التفكير السلبي المتكرر يحافظ على الانتباه.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

تتضمن الأسس بمخطط أساسيات العلاج ما وراء المعرفي. العلاج ما وراء المعرفي (MCT) هو نهج قائم على الأدلة السلوكية المعرفية مع خلفية نظرية صلبة جداً في فهم وتفسير الآليات التي لا

يزال بها أي اضطراب نفسي. ويوفر MCT وجهة نظر جديدة لعلاج الاضطرابات النفسية من خلال التأكيد على أهمية كيف يفكر الشخص، بدلاً من مجرد التركيز على محتوى إدراكه. وتعد تركيبة الحالة والتقنيات الخاصة للـ MCT السمات الرئيسية المميزة لهذا النهج العلاجي، مما يضعه في وضع فريد بين مناهج CBT الأخرى.

المبادئ الأساسية للبرنامج:

مثل العديد من مناهج العلاج النفسي الأخرى، لديها مبادئها الفريدة التي تم اكتشافها عن طريق البحوث التجريبية، أو في وقت لاحق وضعت من خلال الملاحظة السريرية، والتي يمكن تلخيصها على النحو التالي (ويلز 2009) :

1) أي رد فعل عاطفي سلبي على سبيل المثال القلق أو الاكتئاب، يعتبر إشارة تشير إلى التناقض بين التنظيم الذاتي والتهديدات للرفاه.
2) هذه المشاعر السلبية عادة ما تكون ذات حدود ذاتية، لأن الشخص يشتمل على بعض استراتيجيات المواجهة للتغلب على الصعوبات.
3) إذا أصبحت هذه التجارب العاطفية مستمرة لسبب ما، عندها يمكن للمرء أن يتحدث عن اضطراب تشوهي.
4) السبب الرئيسي لاستمرار هذه التجارب السلبية يعتمد على أساليب التفكير، وردود الفعل السلوكية، أي الحالة المعزولة للشخص.
5) تؤدي هذه الأنماط والتفاعلات غير التكيفية إلى تنشيط CAS، وهذا واضح في جميع الاضطرابات النفسية.
6) تتكون CAS من مكونات قريبة ذات الصلة بالقلق، والتجارب، ومراقبة التهديد، واستراتيجيات التحكم في الفكر غير الفعالة ، وسلوك الإبطال ، وما إلى ذلك.
7) إن CAS هي نتيجة لمعتقدات ما وراء المعرفة الخاطئة.
8) إن CAS هي المسؤولة عن التجارب العاطفية السلبية الطويلة والمكثفة.
9) MCT تستهدف في المقام الأول، CAS وما وراء المعرفة ذات الصلة.

الفنيات التي يتضمنها البرنامج:

عموماً، يتَّبع المعالج مسار متسلسل لتطبيق تقنيات العلاج ما وراء المعرفة، على الرغم من أنه قد تكون هناك بعض الاختلافات بين اضطرابات محددة، وأيضاً اعتماداً على عميل معين، فإن الفترة الزمنية العامة لترتيب تطبيق تقنيات ما وراء المعرفية سيكون على النحو التالي:

(1) إشراك العميل في العلاج، وتشكيل التحالف العلاجي.
(2) تعلم النفس عن الاضطراب، والعلاج، على وجه التحديد العلاج ما وراء المعرفة.

(3) التجريبية (السيطرة التنفيذية) استراتيجيات للتغلب على آثار كأساس منشط .
(4) تغيير استراتيجيات التكيف غير التكيف مع تلك الأكثر فعالية.
(5) التعامل مع، وتحدي معتقدات لا يمكن السيطرة عليها من الإدراك أو المشاعر.
(6) التعامل مع، وتحدي أهمية أو خطورة معتقدات الإدراك أو الانفعالات.
(7) التعامل مع معتقدات ما وراء الأسباب الإيجابية.
(8) استراتيجيات الوقاية من الانتكاس، وإنهاء العلاج.

1- اليقظة العقلية المنفصلة Detached Mindfulness: هي واحدة من الاستراتيجيات العلاجية الرئيسية في منهج العلاج ما وراء المعرفي، الذي وضعه "أدريان ويلز". على النقيض من العلاج المعرفي التقليدي، إن "الأفكار ليست مهمة ولكن المهم هي استجابتك لها."

وتعتمد النظرية في تفسيرها لاضطراب القلق، والاكتئاب، والوسواس من خلال عملية التفكير المختل؛ والتي تسمى" متلازمة الانتباه المعرفي (CAS).

يُعرَّف اليقظة العقلية المنفصلة: على أنه حالة من الوعي بالأحداث الداخلية، دون الاستجابة لها مع تقييم مستمر ومحاولات للسيطرة عليها أو قمعها، أو الاستجابة لها سلوكياً. ويتمثل ذلك من خلال قرار ألا تقلق رداً على الفكرة الاقتحامية، بدلاً من السماح للفكرة لتشغل مساحة داخلية خاصة بها دون اتخاذ مزيد من الإجراءات أو التفسيرات.

وينقسم مصطلح " اليقظة العقلية المنفصلة" في هذا السياق إلى شقين هما: "اليقظة العقلية" يشير إلى وجود وعي بالهدف من الأفكار أو المعتقدات، في حين أن " المنفصل" يشير إلى عاملين: (1) فك الارتباط لأي نشاط مفاهيمي أو التعامل النشط المبني على الاستجابة للفكرة، و(2) فصل خبرات الوعي بالذات عن الفكرة. يتكون هذا العامل الأخير من أن يصبح الفرد على علم بكونه الملاحظ للفكرة، ويفصلها عن الفكر نفسه. وبالتالي، يمكن الاعتقاد السلبي أو الفكر خارج حدود الذات، وفصله عن النموذج الذاتي، وعند هذه النقطة يصبح غير ذي صلة للتنظيم الذاتي.

واليقظة العقلية في الأساس عكس متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) تماماً، فهو حالة من قبول الأفكار التلقائية وطواعية "لا تفعل شيئاً"، أي عدم القيام بأي من الردود المختلفة لا تتجنب ولا تتعامل مع الأفكار السلبية والمشاعر، وإنما الاعتراف بهم والسماح لهم ببساطة حتى تتلاشى على نحو طبيعي وتحل محلها أفكار أخرى في الوقت نفسه، وإنها فقط تأتي وتذهب على نحو طبيعي.

2- تدريب الانتباه Attention Technique (ATT) ويمثل أحد فنيات العلاج ما وراء المعرفي (MCT) وهي ليست "استراتيجية المواجهة" التي تُستَخدم في الاستجابة للأفكار، أو المشاعر غير السارّة، بل هو إجراء تدريبي مصمم لتحسين السيطرة على الانتباه، مما يجعلها أكثر مرونةً، وأقل إقحاماً. ومهمتك هي ببساطة إتباع التعليمات من خلال (ATT)، وتركيز الاهتمام الخاص بك كما هو

موجَّه لك، ومع ذلك فإنه من المهم التأكيد على أنه إذا لاحظت الأفكار الدخيلة أو المشاعر، أو "الانحرافات الخارجية"، فهذا ليس دليلاً على الفشل أو الانتكاسة، على العكس من ذلك، إنها غالباً ما تكون مفيدةً، حيث أنه يوفر فرصةً إيجابيةً بالنسبة لك لتتدرب على الاعتراف بهذه الأشياء بطريقة اللامبالاة، وتدعى "الذهن المنفصل"، مع الاستمرار في اتباع التعليمات (ATT)، وهو عدم القيام بأي شيء استجابةً لأفكارك، ومشاعرك. لا تحاول منع الأفكار الدخيلة، والمشاعر، أو الانحرافات الخارجية من عقلك، مجرد الاعتراف بأنها " ضجيج في الخلفية". على النقيض من ذلك، الناس في بعض الأحيان تستخدم تقنيات تشتيت لمواجهة الأفكار المزعجة أو المشاعر من خلال تحويل الانتباه بعيداً عنها لأشياء أخرى. (ATT) ليست تقنية تشتيت، وإنما وسيلة لتقوية السيطرة على انتباهك من خلال التدريب على تحويل التركيز على نحو منهجي بين الأصوات المختلفة. والهدف من ذلك هو عدم جعل عقلك فارغاً أو أن تصبح غير مدرك تماماً للأشياء الأخرى، ولكن لتطوير المزيد من القدرة على ملاحظة كيف تستخدم انتباهك وتختار أين تركّز وكيف تضيّق أو توسّع انتباهك.

3- إعادة بناء ما وراء المعرفي: تعتمد هذه الفنية على أن المعتقدات، والأفكار، وأساليب الاستحالة لهذه الأفكار السلبية واللاعقلانية لتفسير الأحداث الخارجية هي المسؤولة عن مشاعر الأفراد واضطراباتهم، وأن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة طرق، وأساليب معالجة المعتقدات، والأفكار اللاعقلانية والسلبية وليست الأفكار فقط كما في العلاج المعرفي السلوكي، وتهدف هذه الفنية إلى التركيز على العمليات المعرفية لا على محتوى الأفكار اللاعقلانية كما في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والأفكار السلبية كما في العلاج المعرفي، فيعيد العلاج ما وراء المعرفي صياغة نموذج أليس إلى نموذج تشير فيه (A) إلى التنشيط الداخلي للخبرات الداخلية للأفكار والمعتقدات السلبية، ويدل (M) على المعتقدات ما وراء المعرفية، وتشير (C) إلى النتائج أو العواقب التي يمكن أن تكون انفعالية أو سلوكية.

تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية نحو الكرب: يَقسِمُ العلاج ما وراء المعرفي المعتقدات إلى نوعين: المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية، و المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية. هذان النوعان من المعتقدات ما وراء المعرفية يتم التعامل بهما من قبل الفرد مع متلازمة الانتباه المعرفي كمحاولة من الفرد على السيطرة على مصادر التهديد ومشاعر القلق والاجترار في التفكير في الأحداث الضاغطة والمهددة، إلا أنهما يزيدان من مشكلاته واضطرابه النفسي ويؤدي بالفرد إلى المعاناة من الاضطرابات.

إن هذه المعتقدات الإيجابية والسلبية حول الاستجابات المتاحة تؤثر على اختيار وتنفيذ السلوكيات، وتؤثر على قوة الاستجابات الانفعالية على المدى القصير. من هنا فإن تعديل هذه المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية والبعد عنها يسهم في التخلص من الاضطراب.

الملامح الرئيسية للبرنامج:

يشتمل البرنامج على (12) جلسة لخفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين، ويتراوح زمن الجلسة الواحدة من (ساعة إلى ساعة ونصف) ، وتم تطبيق البرنامج على جلسات جماعية. وتم تطبيق البرنامج على أربع مراحل هي:

1. **بداية البرنامج:** سيتم فيه تحقيق قدر من الألفة، والتماسك بين المعالج، وأعضاء الجماعة العلاجية، وبين الأعضاء بعضهم بعضا، وكذلك زيادة وعي الطالب باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أسبابه، أضراره، كيفية التخلص منه، والتعرف على بعض الفنيات العلاجية في العلاج ما وراء المعرفي التي تساعدهم على التخلص من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) الذي يعانوا منه.
2. **مرحلة التطبيق** : سيتم من خلالها تدريب المجموعة التجريبية على بعض فنيات العلاج ما وراء المعرفي التي تساعدهم على التخلص من الاضطراب.
3. **مرحلة التقييم:** سيتم فيها معرفة الآثار التي حققها البرنامج ومدى فاعليته في تخفيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى المجموعة التجريبية من المراهقين، وذلك بعد تطبيق القياس البعدي على المجموعة التجريبية ومقارنة درجاتهم بدرجات المجموعة الضابطة والتي لم يُطبَّق عليها البرنامج.
4. **مرحلة المتابعة:** يتم فيها التأكد من مدى استمرارية فاعلية البرنامج في خفض مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المراهقين، وذلك من خلال القياس المؤجَّل (التتبعي) ومقارنته بالقياس البعدي. بعد فترة زمنية مدتها شهرين.

تحكيم البرنامج:

بعد الانتهاء من بناء البرنامج القائم على نظرية ما وراء المعرفة تم عرضه على المشرف، وعلى اختصاصين في الإرشاد النفسي من جامعة الزقازيق، الذي اشتمل على إجراءات تطبيق البرنامج، والطرق، والأساليب، والفنيات، والجلسات الإرشادية، لاستطلاع آرائهم، ومقترحاتهم حول البرنامج.

قدم المحكمون ملاحظاتهم ومقترحاتهم، وتم أخذ هذه الملاحظات والمقترحات بعين الاعتبار، وأجريت التعديلات المطلوبة، وتم وضع البرنامج بصورته النهائية في الملحق (4).

التجربة الاستطلاعية للبرنامج :

تم إجراء تجربة استطلاعية للبرنامج للوقوف على جوانب الضعف بالبرنامج، والصعوبات، والتحديات التي يمكن أن تحصل، ولاختبار قدرة البرنامج، وفنياته على خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث تم تطبيق البرنامج بصورته الأولية على(10) طلاب ممن يعانون من اضطراب

ضغوط ما بعد الصدمة، وقد كان هذا التطبيق بمثابة تدريب للباحثة على كيفية تطبيق بعض فنيات، وطرق العلاج ما وراء المعرفي.

الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج:

تتلخص الصعوبات التي واجهتها الباحثة في الآتي:

- ندرة الدراسات السابقة العربية التي تناولت العلاج ما وراء المعرفي.
- صعوبات تتعلق بتنفيذ بعض الفنيات التي احتاجت الباحثة إلى وقت لإتقانها.
- صعوبة في تحديد موعد الجلسات.
- عدم توفر المكان المناسب مما اضطرت الباحثة إلى إجراء الجلسات في الصف الدراسي.

رابعاً- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثة البرنامج الإحصائي (SPSS) لتحليل البيانات، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- معامل الارتباط لحساب الاتساق الداخلي.
- اختبار "ت ستودنت" واختبار "مان – وتني Mann - Whitney"، لحساب دلالة تمييز الفقرات بين المجموعتين العليا والدنيا أي الدلالة بطرفين (الصدق التمييزي).
- اختبار ألفا كرونباخ.
- اختبار " ت "ستودنت للعينات المرتبطة لدراسة الفروق في المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (القياس القبلي) وبعد تطبيقه (القياس البعدي)، و بعد شهرين من تطبيق البرنامج (القياس المؤجل).
- اختبار "ت ستودنت" للعينات المستقلة لدراسة الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية.
- قانون حجم الأثر.

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

أولاً: نتائج فرضيات الدراسة

ثانياً: تفسير النتائج والتعقيب

ثالثاً: مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

في هذا الفصل وبعد التطبيق للقياس القبلي، وتطبيق البرنامج الإرشادي، والقياس البعدي، وتطبيق القياس المؤجل بعد شهرين من انتهاء البرنامج، سوف يتم عرض نتائج الفرضيات بهدف التحقق منها، بهدف قياس فاعلية البرنامج في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتحسين الوعي ما وراء المعرفة، وذلك من خلال استخراج الفرق في درجات القياسات القبلية، والبعدية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم إخضاع نتائج هذه القياسات القبلية، والبعدية والمؤجلة للمعالجات الإحصائية المناسبة للمجموعتين التجريبية والضابطة، وذلك للتحقق من فرضيات الدراسة، والتأكد من تحقيق أهدافها.

أولاً: عرض نتائج الاختبارات:

1. نتائج الفرضية الأولى: ونصها: "توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة".

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي، والبعدي لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك باستخدام اختبار ت ستودنت (t-test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

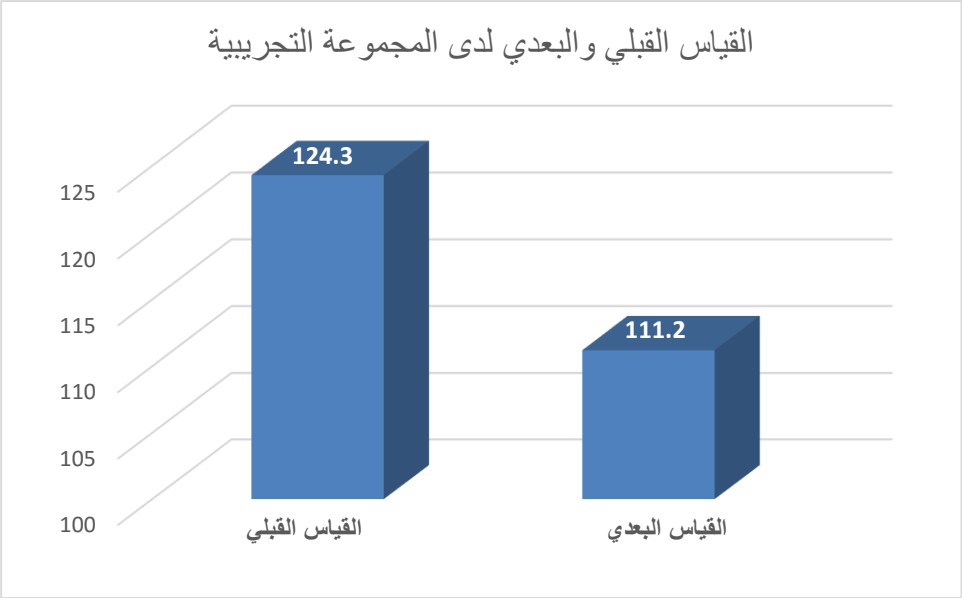
جدول (14)

الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	القياس القبلي	124.30	17.90	19	10.128	0.00
	القياس البعدي	111.20	18.74			

يتضح من الجدول(14) أن قيمة ت (10.128)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي، والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، وبالتالي تُقبل الفرضية البديلة وتُرفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وهذه النتيجة تشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي القائم

على ما وراء المعرفة في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة نتيجة للأزمة السورية، ويوضح هذه النتائج المخطط البياني الآتي:



الشكل(2)

الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية

2. نتائج الفرضية الثانية: ونصها: توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس ما وراء المعرفة.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبارين القبلي والبعدي لمقياس ما وراء المعرفة، وذلك باستخدام اختبار ت تست (T-Test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول (15) يوضح ذلك:

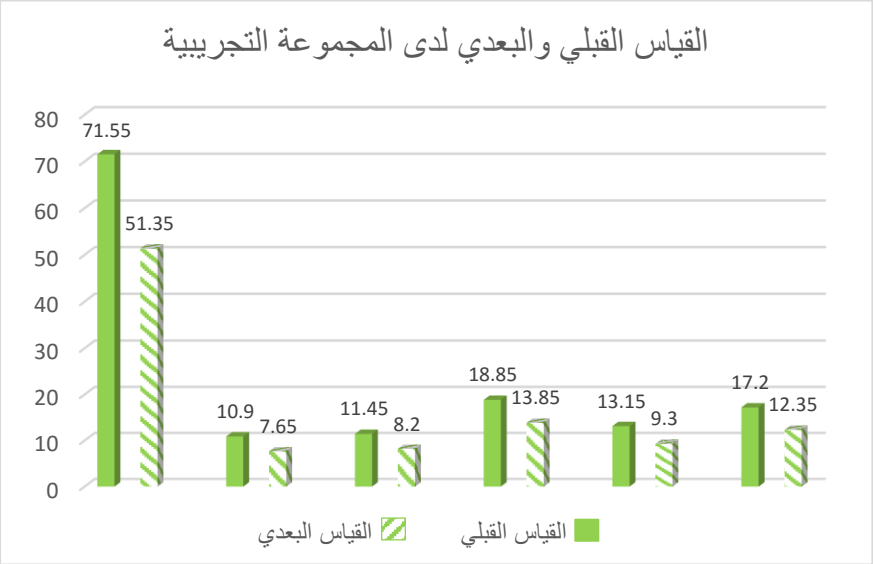
جدول (15)

الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية

ما وراء المعرفة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثقة المعرفية	القياس القبلي	10.90	3.68	19	8.98	0.00
	القياس البعدي	7.65	2.83			
المعتقدات الإيجابية حول القلق	القياس القبلي	11.45	3.74	19	9.57	0.00
	القياس البعدي	8.20	2.93			

المعتقدات السلبية حول الخطر	القياس القبلي	18.85	3.52	19	13.02	0.00
	القياس البعدي	13.85	2.87			
الوعي الذاتي الإدراكي	القياس القبلي	13.15	3.81	19	13.15	0.00
	القياس البعدي	9.30	3.14			
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	القياس القبلي	17.20	3.56	19	9.72	0.00
	القياس البعدي	12.35	2.25			
الدرجة الكلية	القياس القبلي	71.55	8.49	19	15.15	0.00
	القياس البعدي	51.35	5.43			

يتضح من الجدول (15) أن قيمة ت (15.15) في الدرجة الكلية للمقياس وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، كما بين الجدول أن أبعاد مقياس ما وراء المعرفة جميعها كانت دالة لصالح القياس البعدي، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة، وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس ما وراء المعرفة. وتشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي وفنياته المستخدمة في تقليل المعتقدات ما وراء المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية، ويوضح هذه النتائج المخطط البياني الآتي:



الشكل (3)

الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية

3. نتائج الفرضية الثالثة: ونصها: توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس البعدي.

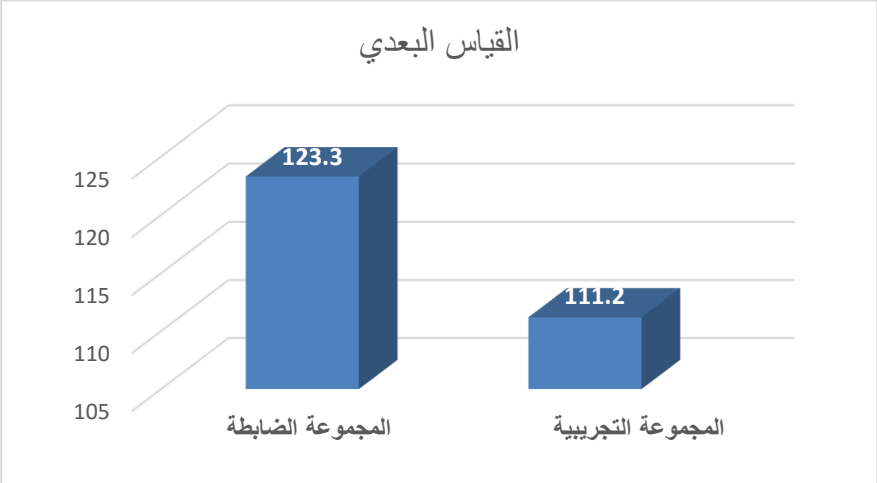
وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك باستخدام اختبار ت ستودنت(t-test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (16)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الضابطة	123.30	17.13	19	2.13	0.40
	التجريبية	111.20	18.74			

يتضح من الجدول (16) أن قيمة ت (2.13) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ولصالح أفراد المجموعة التجريبية ، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس البعدي، ويوضح هذه النتائج المخطط البياني الآتي:



الشكل (4) الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس البعدي

4. نتائج الفرضية الرابعة: ونصها: توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس ما وراء المعرفة في القياس البعدي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس ما وراء المعرفة وذلك باستخدام اختبار ت ستودنت (T-Test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

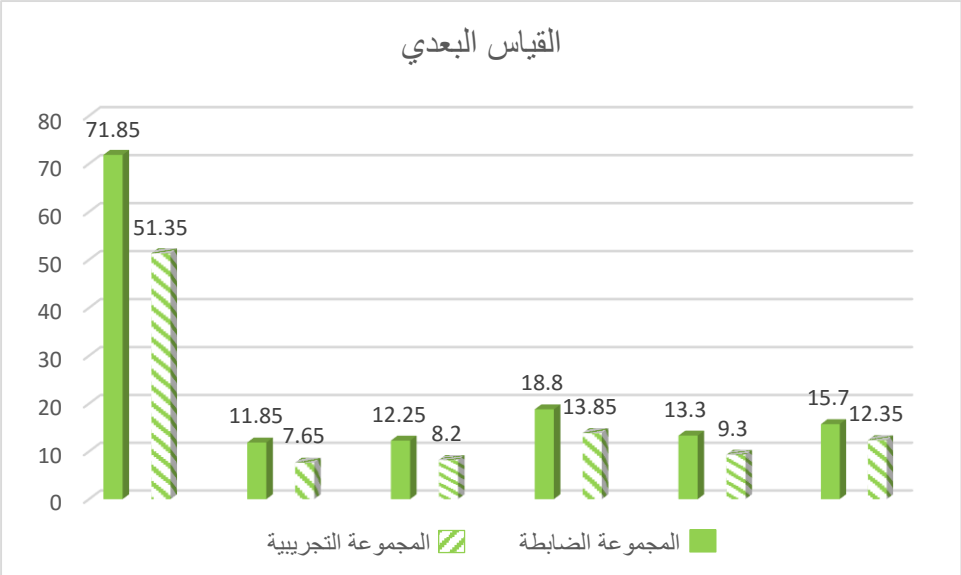
جدول (17)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي

ما وراء المعرفة	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثقة المعرفية	الضابطة	11.85	3.16	19	4.42	0.00
	التجريبية	7.65	2.83			
المعتقدات الإيجابية حول القلق	الضابطة	12.25	2.89	19	4.39	0.00
	التجريبية	8.20	2.93			
المعتقدات السلبية حول الخطر	الضابطة	18.80	3.20	19	5.14	0.00
	التجريبية	13.85	2.87			
الوعي الذاتي الإدراكي	الضابطة	13.30	2.95	19	4.14	0.00
	التجريبية	9.30	3.14			
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	الضابطة	15.70	2.31	19	4.63	0.00
	التجريبية	12.35	2.25			
الدرجة الكلية	الضابطة	71.85	8.36	19	9.18	0.00
	التجريبية	51.35	5.43			

يتضح من الجدول (17) أن قيمة ت (9.18) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ولصالح أفراد المجموعة التجريبية، كما بين الجدول أن أبعاد مقياس ما وراء المعرفة جميعها كانت دالة لصالح المجموعة التجريبية، وبالتالي تقبل الفرضية

البديلة وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس ما وراء المعرفة في القياس البعدي، ويوضح هذه النتائج المخطط البياني الآتي:



الشكل (5)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس البعدي

5. نتائج الفرضية الخامسة: ونصها: توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجَّل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

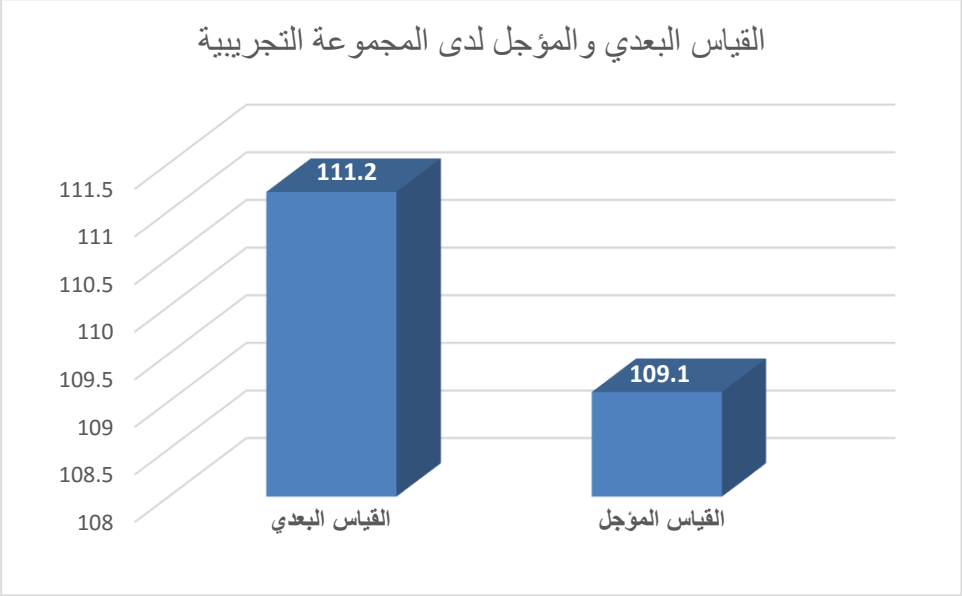
وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبارين البعدي والمؤجل لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك باستخدام اختبار ت ستودنت (t-test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (18)

الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	القياس البعدي	111.20	18.74	19	3.39	0.003
	القياس المؤجل	109.10	19.08			

يتضح من الجدول (18) أن قيمة ت (3.39) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي، والقياس المؤجل لصالح القياس المؤجل، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة، وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وتتضح تلك النتائج في المخطط البياني الآتي:



الشكل (6)

الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية

6. نتائج الفرضية السادسة: ونصها: توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجَّل على مقياس ما وراء المعرفة.

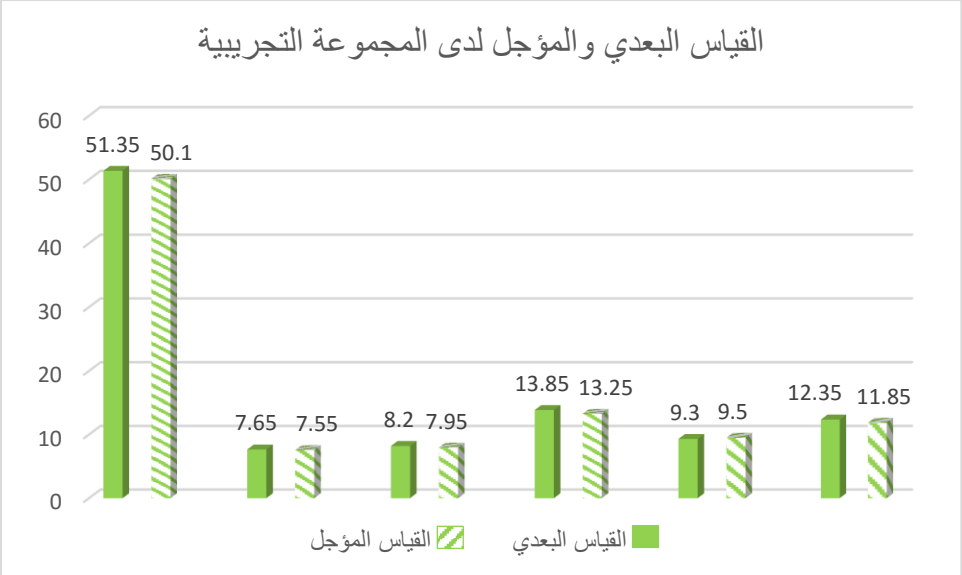
للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبارين البعدي والمؤجل لمقياس ما وراء المعرفة، وذلك باستخدام اختبار ت ستيودنت (t-test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (19)

الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية

ما وراء المعرفة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثقة المعرفية	القياس البعدي	7.65	2.83	19	1	0.33
	القياس المؤجل	7.55	2.56			
المعتقدات الإيجابية حول القلق	القياس البعدي	8.20	2.93	19	2.03	0.056
	القياس المؤجل	7.95	2.72			
المعتقدات السلبية حول الخطر	القياس البعدي	13.85	2.87	19	3.26	0.004
	القياس المؤجل	13.25	2.31			
الوعي الذاتي الإدراكي	القياس البعدي	9.30	3.14	19	-1.71	0.104
	القياس المؤجل	9.50	3.12			
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	القياس البعدي	12.35	2.25	19	3.24	0.004
	القياس المؤجل	11.85	2.13			
الدرجة الكلية	القياس البعدي	51.35	5.43	19	4.32	0.00
	القياس المؤجل	50.10	4.81			

يتضح من الجدول (19) أن قيمة ت (4.32) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس المؤجل لصالح القياس المؤجل، كما بين الجدول أن أبعاد مقياس ما وراء المعرفة كانت دالة لصالح القياس المؤجل عدا الأبعاد (الثقة المعرفية، المعتقدات الإيجابية حول القلق، الوعي الذاتي الإدراكي) التي لم تظهر فروق بين القياسين البعدي والمؤجل، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجل على مقياس ما وراء المعرفة. ويوضح هذه النتائج المخطط البياني الآتي:



الشكل (7)

الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية

7. نتائج الفرضية السابعة: ونصها: توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجَّل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين الضابطة، والتجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك باستخدام اختبار ت ستودنت(t-test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

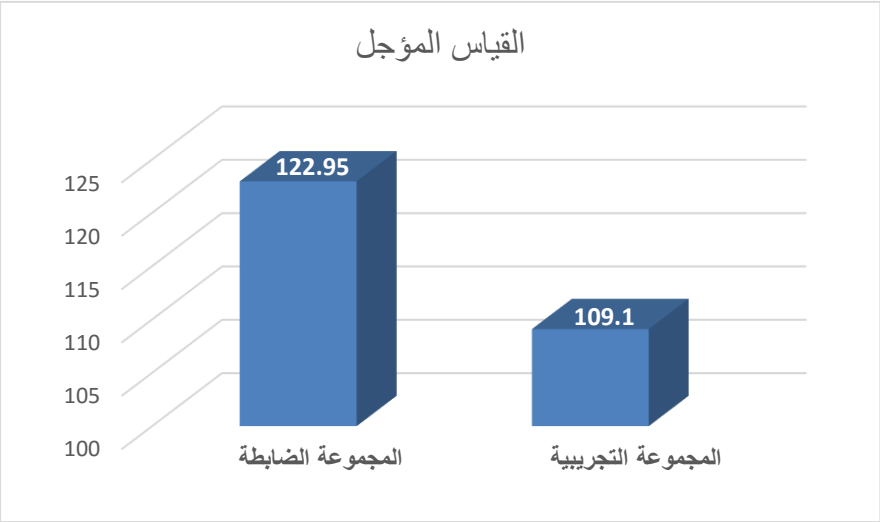
جدول (20)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجل

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الضابطة	122.95	17.77	19	2.37	0.023
	التجريبية	109.10	19.08			

يتضح من الجدول (20) أن قيمة ت (2.37)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس المؤجل، ولصالح أفراد المجموعة التجريبية ، وبالتالي تقبل

الفرضية البديلة، وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس المؤجل. ويوضح هذه النتائج المخطط البياني الآتي:



الشكل (8) الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس المؤجل

8. نتائج الفرضية الثامنة: ونصها: توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجَّل على مقياس ما وراء المعرفة.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس ما وراء المعرفة، وذلك باستخدام اختبار ت ستودنت (t-test) لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

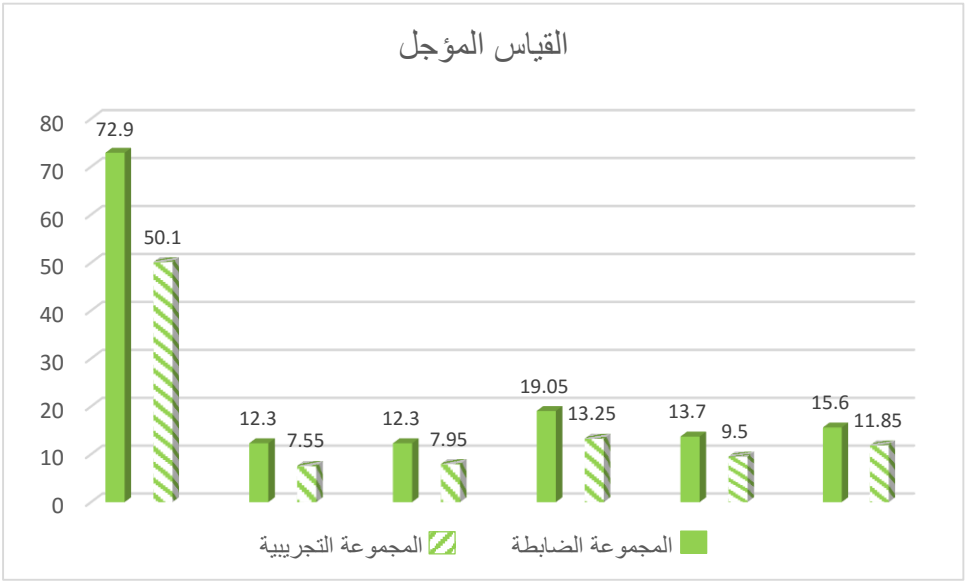
جدول (21)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجل

ما وراء المعرفة	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثقة المعرفية	الضابطة	12.30	2.83	19	5.56	0.00
	التجريبية	7.55	2.56			
المعتقدات الإيجابية حول القلق	الضابطة	12.30	2.69	19	5.07	0.00
	التجريبية	7.95	2.72			

المعتقدات السلبية حول الخطر	الضابطة	19.05	3.18	19	6.58	0.00
	التجريبية	13.25	2.31			
الوعي الذاتي الإدراكي	الضابطة	13.70	2.84	19	4.44	0.00
	التجريبية	9.50	3.12			
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	الضابطة	15.60	2.30	19	5.34	0.00
	التجريبية	11.85	2.13			
الدرجة الكلية	الضابطة	72.90	8.05	19	10.87	0.00
	التجريبية	50.10	4.81			

يتضح من الجدول (21) أن قيمة ت (10.87) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس المؤجل، ولصالح أفراد المجموعة التجريبية، كما بين الجدول أن أبعاد مقياس ما وراء المعرفة جميعها كانت دالة لصالح المجموعة التجريبية، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس في القياس المؤجل. ويوضح ذلك من خلال المخطط الآتي:



الشكل (9)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و الضابطة في القياس المؤجل

9. نتائج الفرضية التاسعة: ونصها: يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي القائم على نظرية ما وراء المعرفة في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد التطبيق البعدي.

وللتحقق من الفرضية تم حساب حجم التأثير لفاعلية البرنامج الإرشادي حسب طريقة كوهين d للعينات المترابطة، N هي عدد العينة.

$$d = \frac{T}{\sqrt{N}}$$

جدول (22)

جدول تحديد حجم الأثر بالنسبة لقيم d

الأداة المستخدمة	حجم التأثير			
	صغير	متوسط	كبير	كبير جداً
d	0.2	0.5	0.8	1.10

جدول (23)

بيان حجم الأثر للبرنامج الإرشادي للعينة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	العينة	قيمة t	قيمة d	حجم الأثر
الدرجة الكلية	20	10.128	2.26	كبير جداً

جدول (24)

بيان حجم الأثر للبرنامج الإرشادي للعينة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة

الأبعاد	العينة	قيمة t	قيمة d	حجم الأثر
الثقة المعرفية	20	8.98	2	كبير جداً
المعتقدات الإيجابية حول القلق	20	9.57	2.14	كبير جداً
المعتقدات السلبية حول الخطر	20	13.02	2.91	كبير جداً
الوعي الذاتي الإدراكي	20	13.15	2.94	كبير جداً
الحاجة إلى السيطرة على الأفكار	20	9.72	2.17	كبير جداً
الدرجة الكلية	20	15.15	3.38	كبير جداً

يلاحظ من الجدولين (23) و (24) وجود أثر كبير لحجم تأثير البرنامج الإرشادي الجماعي في التحسن على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، و مقياس ما وراء المعرفة بأبعاده (الثقة المعرفية، المعتقدات الإيجابية حول القلق، المعتقدات السلبية حول الخطر، الوعي الذاتي الإدراكي، الحاجة إلى السيطرة على الأفكار) إضافة إلى الدرجة الكلية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وهذا يشير إلى أن للبرنامج الإرشادي أثراً فعالاً في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وكذلك انخفاض في المعتقدات ما وراء المعرفية، عما كانت عليه في القياس القبلي.

- حساب حجم الأثر في التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية كل على حدة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس ما وراء المعرفة:

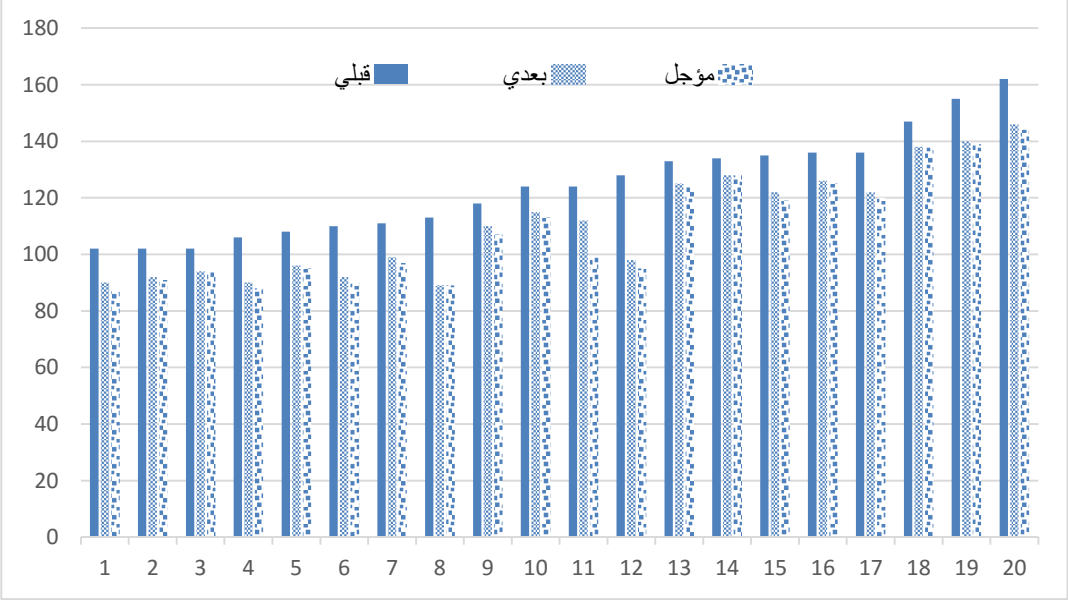
جدول (25)

فروق التحسن لدى كل فرد من أفراد العينة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

العينة	القياس القبلي	القياس البعدي	النسبة	القياس المؤجل	النسبة
1	102	90	%13	87	%3
2	102	92	%10	91	%1
3	102	94	%8	94	%0
4	106	90	%17	88	%2
5	108	96	%12	95	%1
6	110	92	%19	90	%2
7	111	99	%12	97	%2
8	113	89	%26	89	%0
9	118	110	%7	107	%2
10	124	115	%7	113	%1
11	124	112	%10	99	%13
12	128	98	%30	95	%3

0.8	124	%6	125	133	**13**
%0	128	%5	128	134	**14**
%2	119	%10	122	135	**15**
0.8	125	%7	126	136	**16**
%1	120	%11	122	136	**17**
%0	138	%6	138	147	**18**
0.7	139	%10	140	155	**19**
%1	144	%11	146	162	**20**

يتضح من الجدول (25) أن التحسن في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كان واضحاً لدى (9) فرداً، والذين حصلوا على تحسن في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي أكثر من (10%) على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بينما تحسن (11) فرداً بصورة معتدلة حيث كانت نسبة التحسن في القياس البعدي (10%) أو أقل، كما أن أغلب الحالات قد أظهرت تحسن في القياس المؤجل مقارنة بالقياس البعدي، باستثناء (4) حالات لم تظهر أن تحسن في القياس المؤجل.



شكل (10)

مستوى التحسن في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية

وقد يرجع هذا الاختلاف في التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى الفروق الفردية في شخصيات الأفراد، ومدة تعرضهم للحدث الصادم الذين قد يؤدي إلى أثر عميق في شخصية المراهق قد يحتاج إلى وقت أكبر للحصول على نتائج أفضل، والمخطط البياني الآتي يوضح مستوى خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة القبلي والبعدي.

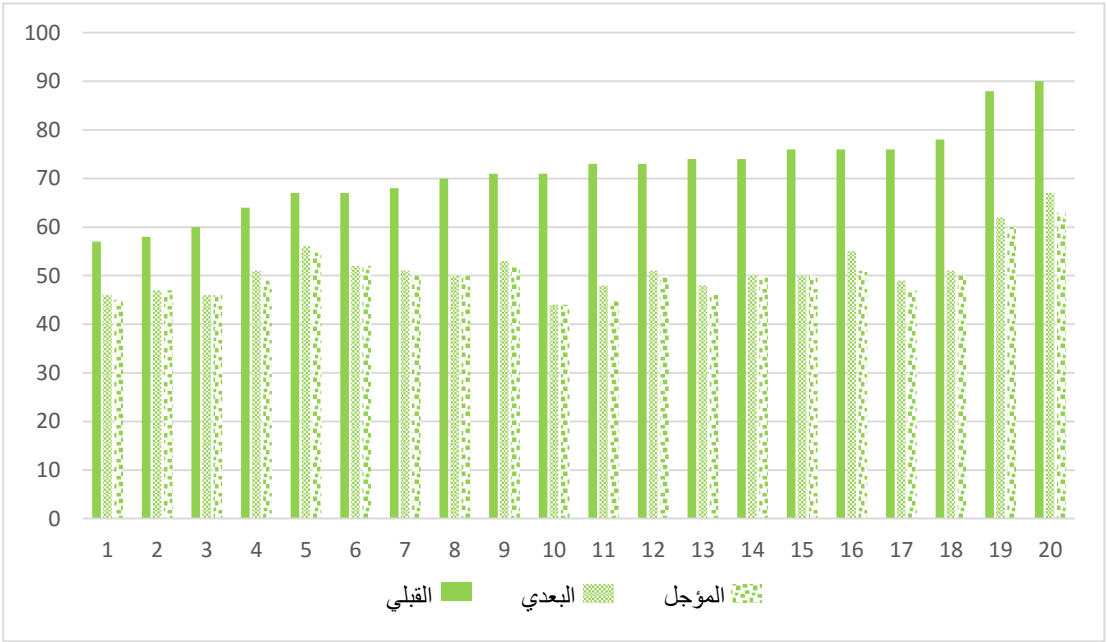
جدول (26)

فروق التحسن لدى كل فرد من أفراد العينة التجريبية على مقياس ما وراء المعرفة

العينة	القياس القبلي	القياس البعدي	النسبة	القياس المؤجل	النسبة
1	57	46	%23	45	%2
2	58	47	%23	47	%0
3	60	46	%30	46	%0
4	64	51	%25	49	%4
5	67	56	%19	55	%1
6	67	52	%28	52	%0
7	68	51	%33	50	%2
8	70	50	%40	50	%0
9	71	53	%33	52	%1
10	71	44	%61	44	%0
11	73	48	%52	45	%6
12	73	51	%43	50	%2
13	74	48	%54	46	%4
14	74	50	%48	50	%0
15	76	50	%52	50	%0

%7	51	%38	55	76	**16**
%4	47	%55	49	76	**17**
%2	50	%52	51	78	**18**
%3	60	%41	62	88	**19**
%6	63	%34	67	90	**20**

يتضح من الجدول (22) أن معظم أفراد المجموعة التجريبية قد أظهروا تحسن في المعتقدات ما وراء المعرفية في القياس البعدي بالمقارنة مع القياس القبلي، واستمرار هذا التحسن لفترة القياس لمؤجل. وهذا يشير إلى قوة البرنامج وفاعلية الفنيات المستخدمة في إحداث مثل هذا التحسن. ويوضح هذا التحسن المخطط البياني الآتي:



الشكل (11)

مستوى التحسن في ما وراء المعرفة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة

ثانياً: تفسير النتائج:

أ- تفسير النتائج المتعلقة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة :

يتضح من الجدول (14) وجود فروق دالة إحصائياً بين نتائج القياس القبلي، والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وجاءت هذه النتائج دالة لصالح القياس البعدي، وعند مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي كما يظهرها الجدول (16) تبين وجود فروق دالة بينها لصالح المجموعة التجريبية. إضافة إلى ذلك، بمقارنة المجموعة التجريبية مع نتائجها في القياس المؤجل، كما في الجدول (18) أظهرت النتائج وجود فروق دالة بينها لصالح القياس المؤجل، وبمقارنة نتائج القياس المؤجل لكل من المجموعة التجريبية والضابطة كما يظهرها الجدول (20) تبين وجود فروق دالة إحصائياً بينهما لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وتشير هذه النتيجة إلى أن البرنامج القائم على العلاج ما وراء المعرفي المستخدم في الدراسة الحالية قد ساعد أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج بفنياته المتعددة في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد الانتهاء من البرنامج، وثبات هذا التحسن في خفض الأعراض لفترة شهرين من انتهاء البرنامج (القياس المؤجل)، وذلك بمقارنة هذه النتائج مع أفراد المجموعة الضابطة. بمعنى آخر، أن هذا البرنامج كان فعالاً في إحداث التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين لدى مقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة، وهذ النتيجة تعود إلى قوة الفنيات المستخدمة في البرنامج مثل اليقظة العقلية المنفصلة، والتدريب على الانتباه وإعادة البناء المعرفي، وجاء هذا الخفض في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نتيجة لتفاعل أفراد المجموعة التجريبية مع الباحثة، ومشاركتهم في الأنشطة، والتدريبات التي ساهمت في إكساب الأفراد القدرة على السيطرة على الانتباه والتخلص من أنماط التفكير غير المفيدة من خلال إعادة توجيه الانتباه، ومقاطعة متلازمة الانتباه المعرفي والسيطرة على الإدراك والتفكير. كل ذلك كان له الدور في انخفاض مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية. كما أسهم هذا التفاعل بين أفراد المجموعة التجريبية والباحثة في مساعدتهم التعرف على طبيعة المشكلة لديهم، وكيفية التخلص من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من خلال هذه الفنيات التي لم تعتمد على تعديل الأفكار السلبية وإنما تعديل استراتيجية التعامل مع هذه الأفكار باعتبار أنها هي المسبب الرئيسي للاضطرابات النفسية وليس الأفكار بحد ذاتها، لذا فإن تعديل هذه الأساليب أو الاستراتيجيات من خلال التدريب على فنيات ما وراء المعرفة

أسهمت في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج.

بالإضافة إلى أن الفنيات، والأساليب المستخدمة في هذا البرنامج لم تكن مؤقتة، وانتهت بانتهاء البرنامج بل استفاد منها أفراد المجموعة، وأصبحت لديهم كأسلوب تفكير في كل جوانب الحياة وبالتالي فإن اتباع هذه الأساليب التي مكنتهم من تعديل طريقة معالجة الأفكار اللاعقلانية، وغير المنطقية، وأساليب مواجهة الأفكار التلقائية السلبية، والأفكار الاقتحامية، كان لها تأثير ممتد إلى ما بعد نهاية البرنامج القائم على نظرية ما وراء المعرفة.

وتتفق النتيجة التي تم التوصل إليها مع العديد من الدراسات السابقة، فقد اتفقت مع دراسة (Wells & Sembi, 2004)، التي عالجوا فيها ستة مرضى متتابعين مصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة باستخدام العلاج ما وراء المعرفي، وفي كل الحالات كان العلاج يرتبط بانخفاض كبير في الضغوط التالية للصدمة، ولم يستوف أحد من المرضى معايير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة خلال فترات التقييم أثناء المتابعة التي تراوحت بين 3 أشهر و6 أشهر، وكذلك على المدى الأطول. وأشارت دراسة (Vakili & Fata,2006) لتقييم فاعلية العلاج ما وراء المعرفي، أن العلاج أدى إلى انخفاض في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب، والكرب. وتمت المحافظة على هذه النتائج عند المتابعة. وأثبتت الدراسة أن نهج العلاج الذي يقوم على نموذج ما وراء المعرفي، يبدو أنه فعال في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ وبينما تناولت دراسة (Zafarizadeh et al, 2014) تقييم تأثير العلاج ما وراء المعرفي على الحد من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأظهرت النتائج أن العلاج ما وراء المعرفي أدى إلى انخفاض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، وجلسات المتابعة لمدة شهرين .

وكذلك دراسة (Sadeghi et al,2015) التي وجدت أن العلاج ما وراء المعرفي كان له نتائج ذات دلالة إحصائية في اضطراب القلق المعمَّم بعد العلاج مباشرة وبعد 12 شهراً من نتائج العلاج، (الوسواس القهري، و اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة).

وفي التجربة التي أجراها (Colber & Wells, 2008) لتطبيق العلاج ما وراء المعرفي على حالات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أظهر المرضى في المجموعة الضابطة القليل من التحسن

أو عدم تحسن على الإطلاق، بينما أظهرت المجموعة التجريبية التي تخضع للعلاج تحسناً ذا دلالة إحصائية في كل الأعراض المقاسة.

وترى الباحثة أن الدراسة الحالية اتفقت مع الدراسات المذكورة على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث إن السبب الرئيسي للاضطرابات النفسية بحسب النظرية ما وراء المعرفية يرتبط بأسلوب التفكير المستمر يسمى متلازمة الانتباه المعرفي cognitive–attentional syndrome(CAS) ، وتتكون هذه المتلازمة من القلق، والاجترار، ورصد التهديدات، وسلوكيات التأقلم غير المفيدة. وتزيد هذه الممارسات التفكير والسلوك الخاطئ وتقلل مرونة الانتباه الذي يسبب للشخص تجربة السيطرة المنخفضة على الأفكار والعواطف السلبية، لذلك يعمل العلاج ما وراء المعرفي من خلال فنياته على إعادة توجيه الانتباه ومقاطعة متلازمة الانتباه المعرفي والسيطرة على الإدراك والتفكير.

وبذلك نجد أن البرنامج القائم على العلاج ما وراء المعرفي بفنياته المستخدم في الدراسة الحالية كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة التجريبية بعد انتهاء البرنامج، ولمدة شهرين (القياس المؤجل)، بالإضافة إلى وجود تأثير كبير للبرنامج من خلال دراسة حجم الأثر بعد التطبيق البعدي.

ب- تفسير النتائج المتعلقة بمقياس ما وراء المعرفة :

يتضح من الجدول (15) وجود فروق دالة إحصائياً بين نتائج القياس القبلي، والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس ما وراء المعرفة وأبعاده الفرعية (الثقة المعرفية، المعتقدات الإيجابية حول القلق، المعتقدات السلبية حول الخطر، الوعي الذاتي الإدراكي، الحاجة إلى السيطرة على الأفكار)، وجاءت هذه النتائج دالة لصالح القياس البعدي، وعند مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي كما يظهرها الجدول (173) تبين وجود فروق دالة بينها لصالح المجموعة التجريبية. إضافة إلى ذلك، بمقارنة المجموعة التجريبية مع نتائجها في القياس المؤجل، كما في الجدول (19) أظهرت النتائج وجود فروق دالة بينها لصالح القياس المؤجل، وبالنظر إلى أبعاد المقياس نرى أنه لم تظهر فروق في الأبعاد (الثقة المعرفية، المعتقدات الإيجابية حول القلق، الوعي الذاتي الإدراكي)، أي لم يكن هناك تحسن في تلك الأبعاد وفي الوقت نفسه لم يكن هناك تراجع فيها أي أن هذه الأبعاد حافظت على درجة التحسن، وبمقارنة نتائج القياس المؤجل

لكل من المجموعة التجريبية، والضابطة كما يظهرها الجدول (21) تبين وجود فروق دالة إحصائياً بينهما لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وتشير هذه النتيجة إلى أن البرنامج القائم على العلاج ما وراء المعرفي المستخدم في الدراسة الحالية قد ساعد أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج بفنياته المتعددة في تفنيد، أو تقليل المعتقدات ما وراء المعرفية بعد الانتهاء من البرنامج، وثبات هذا التحسن لفترة شهرين من انتهاء البرنامج (القياس المؤجل). بمعنى آخر، أن هذا البرنامج كان فعالاً في إحداث التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين، وهذه النتيجة تعود إلى الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج، وكان لها تأثير فعال في تعديل البناء المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية، فتمَّ تعديل أساليب معالجة محتوى التفكير من المعتقدات السلبية، والإيجابية، والأفكار اللاعقلانية، وغير المنطقية المرتبطة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المراهقين من خلال التدريب على فنية اليقظة العقلية المنفصلة، وتدريب الانتباه وإعادة بناء ما وراء المعرفة.

كما تشير النتيجة إلى أن البرنامج الإرشادي أدى إلى تقليل المعتقدات ما وراء المعرفية المرتبطة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بصورة دالة لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة التي لم تلق البرنامج الإرشادي وبالتالي بقيت على حالها ولم يطرأ عليها أي تحسن ملحوظ.

ومما لا شك فيه أن العلاج ما وراء المعرفي (MCT) ساعد في تعديل الجانب المعرفي (أساليب معالجة المحتوى)، والتدريب على الفنيات التي تساعد على التقليل من المعتقدات ما وراء المعرفية التي قد تسهم في نشوء الاضطراب؛ وبالتالي علاج الاضطراب، ولذلك نرى أن المجموعة التي طُبق عليها البرنامج وحصلوا على فرصة للتفاعل مع الأنشطة والتدريبات ظهرت لديهم انخفاض في المعتقدات ما وراء المعرفية لم تلاحظ في المجموعة الضابطة التي لم تحظ بهذه الفرصة.

كما أن هذا البرنامج بما تضمنه من فنيات تقوم على تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية، التي تمثل مفتاح التأثير على طريقة استجابة الأفراد للأفكار السلبية والمعتقدات، الأعراض، والعواطف. وتعتبر هي القوة الدافعة وراء نمط التفكير الخاطئ الذي يؤدي إلى فترة طويلة من المعاناة النفسية، كان فعالاً واستمر أثره إلى ما بعد البرنامج بشهرين.

وتتفق النتيجة التي تم التوصل إليها مع العديد من الدراسات السابقة التي تناولت البرنامج ما وراء المعرفي لاضطراب نفسية مختلفة، فقد اتفقت مع دراسة (Kamran & Sharifi,2014) التي تناولت

فعالية العلاج ما وراء المعرفي على الحد من الاكتئاب والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى المرضى اضطراب الاكتئاب الأساسي، وأظهرت النتائج في هذه الدراسة أن العلاج ما وراء المعرفي يقلل من الأعراض العاطفية، والأعراض المعرفية، والأعراض الجسدية، والمعتقدات ما وراء المعرفية.

ودراسة (Rees et al, 2008) التي أجروا فيها تجربة مفتوحة لدراسة فعالية العلاج ما وراء المعرفي لمرضى يعانون من اضطراب الوساوس القهرية المتسلطة، تمَّ فيها تقييم عوامل ما وراء المعرفة باستخدام الصورة المعدلة من مقياس ما وراء المعرفة MCQ-30، وقد وجدوا انخفاضاً واضحاً في بعض الأبعاد الفرعية لمقياس ما وراء المعرفة خاصة المعتقدات التي تتعلق بالحاجة إلى التحكم في الأفكار، واستمرت على انخفاضها أثناء فترة المتابعة. ودراسة (سيد، 2013) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية، التي استخدم فيها عدة مقاييس منها مقياس ما وراء المعرفة MCQ-30، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي، و البعدي لمقاييس الدراسة مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الفوبيا الاجتماعية، وأثره في دحض، و تفنيد المعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بالاضطراب، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي، والتتبعي لمقاييس الدراسة السيكومترية مما يؤكد على استمرارية الأثر العلاجي للبرنامج. وكذلك دراسة (Wells, et al, 2008) التي هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج ما وراء المعرفي في اضطراب الاكتئاب الأساسي، توصلت نتائجها إلى وجود تحسن كبير في الاكتئاب والقلق وعوامل ما وراء المعرفة، كما وأسهم العلاج في تحقيق انخفاض كبير في الاجترار، ومعتقدات ما وراء المعرفة اللاتوافقية، بعد التطبيق العلاجي وبعد فترة المتابعة.

وترى الباحثة أن الدراسة الحالية اتفقت مع عدة دراسات على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في تقليل المعتقدات التي يقيسها مقياس ما وراء المعرفة، حيث يؤكد هذا النوع من العلاج على فكرة أن الأفراد يصبحون مضطربين نفسياً لأن ما وراء المعرفي الخاصة بهم يسبب نمطاً معيناً من الاستجابة للحالة الداخلية التي تبقي الانفعال، وتقويه وتقوي الأفكار السلبية، وهذا يدعى متلازمة الانتباه المعرفي التي تتميز بالانتباه المركز على الذات، والمعالجة المباشرة لمعتقدات الذات السلبية، والانشغال بالهم والاجترار ومراقبة التهديد واستخدام استراتيجية التنظيم الذاتي غير المفيدة، وتطبيق أسلوب خاص من المواجهة مثل قمع الأفكار أو التجنب الذي يعيق تطوير الوعي الذاتي الأكثر

تكيفاً(wells,2009,7). فمن خلال تعديل تلك المعتقدات ما وراء المعرفية لدى الأفراد تؤدي إلى تخفيف الاضطراب الناشئ عن مثل هذه المعتقدات.

وبذلك نجد أن البرنامج القائم على العلاج ما وراء المعرفي المستخدم في الدراسة الحالية كان فعالاً في تقليل المعتقدات ما وراء المعرفية لدى أفراد العينة التجريبية بعد انتهاء البرنامج ولمدة شهرين (القياس المؤجل)، بالإضافة إلى وجود تأثير كبير للبرنامج من خلال دراسة حجم الأثر بعد التطبيق البعدي.

ونستنتج من كل ما سبق عرضه، أن الدراسة الحالية توصلت إلى مجموعة من النتائج تتعلق بفاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في محافظة دمشق، وهي:

- إن البرنامج العلاجي قد ساعد على خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وفي القياس المؤجل,
- حدوث تغير في المعتقدات ما وراء المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، حيث استفادت المجموعة التجريبية من البرنامج في تقليل المعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
- حدوث تحسن واضح لدى أغلب أفراد المجموعة التجريبية بمقارنة القياس البعدي بالقياس القبلي، واستمرار التحسن لديهم في فترة المتابعة أي بعد شهرين من انتهاء البرنامج (القياس المؤجل).
- إن النتائج التي توصلت لها الباحثة لا يمكن تعميمها على جميع المراهقين المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ومن هنا يمكن القول: إن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو ردود الفعل لعوامل مجهدة إذ يحدث هذا الاضطراب عندما يواجه الأفراد حالاتٍ من التوتر العاطفي الشديد، وبعض الأحداث التي تتسبب في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: مواجهة أو مشاهدة الحرب، سوء المعاملة، مشاهدة جريمة قتل أو حادث، ....الخ. تذكُّر عوامل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة سواء في العقل أو البيئة يسبب توتراً عقلياً وجسدياً شديداً. هذا الاضطراب العقلي يمكن أن يكون خطيراً بحيث أن الأفراد

الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يحاولون منع العديد من الأعراض التي تذكرهم بتلك الأحداث. وإن فهم كيفية تشكل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يتجلى في أنه بعد تعرض الفرد لحدث صادم فإنه يتم تشغيل عملية التكيف الانعكاسي RAP من خلال أعراض تدخلية ، والتي عادة ما تكون أفكاراً في شكل صور أو ذكريات تصور جوانب من الصدمة. في بعض الحالات ، يكون المحفز هو إحساس جسدي يذكر الشخص بالإصابة أو العاطفة التي تحدث في وقت الصدمة مثل الشعور بالألم أو الإثارة المفاجئة. ينشط المحفز المعتقدات وراء المعرفية التي توجه الطريقة التي يستجيب لها الفرد. في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، ما وراء المعرفة غير قادرة على التكيف لأنها تقود الفرد إلى الاجترار / القلق أو ملء الثغرات ، والانتباه إلى التهديد، وتجنب أو قمع أفكار الصدمة. إن استراتيجيات متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) تحافظ على استمرار الأعراض عن طريق منع المعالجة العاطفية (RAP) والحفاظ على القلق من خلال إدامة معالجة المحفزات ذات الصلة بالتهديد بالإضافة إلى تنشيط ما وراء المعرفة الإيجابية التي توجّه استجابات المواجهة، عادةً ما يكون لدى الشخص معتقدات سلبية وراء المعرفي حول معنى الأعراض التي تؤدي إلى تفسيرات تهديدية للأعراض وتزيد من القلق ، كما يمكن أن تساهم الضغوط النفسية والاجتماعية أيضاً في عملية القلق / الاجترار ومراقبة التهديد. تشمل هذه الضغوطات التهديدات التي يصعب السيطرة عليها والتهديدات المستمرة أو التخويف ونقص الدعم الاجتماعي واللوم.

لذا جاء البرنامج العلاجي ما وراء المعرفي لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من خلال إكساب الأشخاص القدرة على السيطرة على الانتباه والتخلص من أنماط التفكير غير المفيدة، حيث أن السيطرة على الانتباه في حالة الاضطراب النفسي تصبح غير مرنة لأن الانتباه يكون مرهوناً بمعالجة مستمرة تتمركز حول الذات وتقوم على القلق ومراقبة مصدر التهديد، لذلك يعمل العلاج ما وراء المعرفي من خلال فنياته على إعادة توجيه الانتباه ومقاطعة متلازمة الانتباه المعرفي والسيطرة على الإدراك والتفكير.

ثالثاً: مقترحات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة تقترح الباحثة ما يلي:

1- إجراء دراسات تجريبية أخرى باستخدام العلاج ما وراء المعرفي لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى فئات عمرية مختلفة.

2- إجراء دراسات تجريبية باستخدام العلاج ما وراء المعرفي على اضطرابات نفسية مختلفة.

3- إجراء دراسات حول العلاج ما وراء المعرفي مع فترات متابعة أطول للتعرف على مدى فاعلية العلاج.

4- التركيز على الجانب ما وراء المعرفي للأفراد بشكل عام، والمراهقين بشكل خاص لما له من دور كبير في نشوء الاضطرابات النفسية.

5- إن المراهقة مرحلة هامة في حياة الفرد، والتغيرات الحاصلة فيها لها أثر كبير عليهم، فلابد من الاهتمام بالمراهقين، ومساعدتهم على مواجهة المواقف الصعبة التي يتعرضون لها في حياتهم ولذلك للحد من تعرضهم للضغوط النفسية، والقلق، والاضطرابات المختلفة .

6- عمل دورات تدريبية للمرشدين النفسيين للتعرف على نظرية، وفنيات العلاج ما وراء المعرفي.

ملخص الدراسة باللغة العربية

فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في محافظة دمشق

هدفت الدراسة إلى :

1. إعداد برنامج إرشادي قائم على نموذج العلاج ما وراء المعرفة لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة له لدى عينة من المراهقين في مدينة دمشق، والتحقق من فاعليته لدى هذه العينة.
2. قياس الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على كل من مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومقياس ما وراء المعرفة.
3. قياس مدى فاعلية البرنامج القائم على نموذج العلاج ما وراء المعرفة في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له لدى المراهقين.
4. التحقق من ثبات التَّحسُّن الذي أحدثه البرنامج لدى العينة التجريبية على المستوى الكمي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وبعد شهرين من انتهائه (القياس المؤجَّل).

منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة في تطبيق هذا البحث على المنهج شبه التجريبي، إذ إنّ المنهج شبه التجريبي من أكثر المناهج ملاءمة لأهداف هذا البحث، و استخدمت منهج تصميم المجموعتين، مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، مع القياس القبلي، والقياس البعدي، والمؤجل.

عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة الكلية من (40) مراهقاً، حيث بلغ عدد أفراد عينة الدراسة التجريبية (20) مراهقاً، يتم تطبيق البرنامج القائم على النموذج ما وراء المعرفي عليهم، و(20) مراهقاً في المجموعة الضابطة، ويتم تطبيق المقاييس البعدية على العينتين التجريبية، والضابطة بعد الانتهاء من البرنامج.

أدوات الدراسة:

1- مقياس ما وراء المعرفة (MCQ):

هو مقياس مكون من(30) بنداً تم تصميمه من قبل ويلز وكارتورايت هاتون Wells and Cartwright-Hatton (2004) وترجمه إلى العربية العاسمي (2016)، وصُمّم لقياس المعتقدات الإيجابية والسلبية للفرد تجاه القلق. كل إجابة على هذه البنود تتم في طريقة الاختيار من متعدد (لا أوافق إلى أوافق بشدة). يحتوي استبيان ما وراء المعرفة على خمسة مكونات بما في ذلك: 1- المعتقدات الإيجابية حول القلق 2- الثقة المعرفية 3- الوعي المعرفي 4- المعتقدات السلبية حول عدم السيطرة على الأفكار 5-الاعتقادات حول الحاجة إلى السيطرة على الأفكار.

2- مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD-S):

أعد هذا المقياس أدريان ويلز (wells, 2006)، وقامت الباحثة بترجمته إلى العربية.

يشمل مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (27) بند، يطلب من المفحوصين أن يجيبوا على البنود من خلال تقدير الأعراض التي لديهم وذلك بوضع دائرة حول الرقم الذي يعبر عنه تبعاً لسلم درجات من (0 – 8)، ويوجد (12) بند منهم عبارة عن معتقدات يطلب من المفحوصين تحديد مدى اعتقادهم بها من خلال سلم درجات (0 – 10). تتراوح درجات المقياس بين 0 درجة في حدها الأدنى و 240 في حدها الأعلى، وتعتبر الدرجة المرتفعة دليلاً على وجود اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

3- برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج ما وراء المعرفي من إعداد الباحثة: تضمن البرنامج (12) جلسة لخفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين، وتتراوح زمن الجلسة الواحدة من (ساعة إلى ساعة ونصف)، وتم تطبيق البرنامج على جلسات جماعية.

حدود الدراسة:

أ- **الحدود البشرية:** اقتصرت الدراسة على عدد من المراهقين من الذكور في محافظة دمشق.

ب- **الحدود الموضوعية:** تتمثل في استخدام المنهج شبه التجريبي، وبرنامج إرشادي وفق نموذج العلاج ما وراء المعرفي، ومقاييس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وما وراء المعرفة وذلك للتعرف على أثر البرنامج في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين في محافظة

دمشق بالمقارنة مع مراهقي المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي)، وبعد المتابعة (القياس المؤجَّل)، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

ج- **الحدود المكانية:** ثانوية فايز منصور في محافظة دمشق.

د- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة في الفترة الواقعة بين في العام 2018/10/7- 2018/11/14.

متغيرات الدراسة:

- **المتغيرات المستقل:** البرنامج الإرشادي القائم على نموذج العلاج ما وراء المعرفي.
- **المتغير التابع:** التغيرات الحاصلة لدى أفراد العينة والمتعلقة بخفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المقاسة بمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

القوانين الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة البرنامج الإحصائي (SPSS) لتحليل البيانات، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- معامل الارتباط لحساب الاتساق الداخلي.
- اختبار "مان – وتني Mann - Whitney"، لحساب دلالة تمييز الفقرات بين المجموعتين العليا والدنيا أي الدلالة بطرفين (الصدق التمييزي).
- اختبار ألفا كرونباخ.
- اختبار " ت "ستيودنت للعينات المرتبطة لدراسة الفروق في المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (القياس القبلي) وبعد تطبيقه (القياس البعدي)، و بعد شهرين من تطبيق البرنامج (القياس المؤجل).
- اختبار "ت ستيودنت" للعينات المستقلة لدراسة الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية.
- قانون حجم الأثر.

نتائج الدراسة:

1- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لصالح القياس البعدي.

2- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس ما وراء المعرفة لصالح القياس البعدي.

3- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

4- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس ما وراء المعرفة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

5- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجَّل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لصالح القياس المؤجل.

6- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس المؤجَّل على مقياس ما وراء المعرفة لصالح القياس المؤجل.

7- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجَّل على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لصالح المجموعة التجريبية.

8- توجَد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجَّل على مقياس ما وراء المعرفة لصالح المجموعة التجريبية.

9- يوجد حجم تأثير للبرنامج القائم على نظرية العلاج ما وراء المعرفي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والمعتقدات ما وراء المعرفية بعد التطبيق البعدي.

مقترحات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة تقترح الباحثة ما يلي:

1- إجراء دراسات تجريبية أخرى باستخدام العلاج ما وراء المعرفي لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى فئات عمرية مختلفة.

2- إجراء دراسات تجريبية باستخدام العلاج ما وراء المعرفي على اضطرابات نفسية مختلفة.

3- إجراء دراسات حول العلاج ما وراء المعرفي مع فترات متابعة أطول للتعرف على مدى فاعلية العلاج.

4- التركيز على الجانب ما وراء المعرفي للأفراد لما له من دور كبير في نشوء الاضطرابات النفسية.

5- عمل دورات تدريبية للمرشدين النفسيين للتعرف على نظرية العلاج ما وراء المعرفي والتدريب على فنياته.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبو شريفة، ميساء (2011). اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الدعاء لدى عينة من زوجات الشهداء في قطاع غزة. **رسالة ماجستير غير منشورة.** كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو هندي، وائل (2016). **تقنية تدريب الانتباه.**
http://www.maganin.com/Content.asp?ContentID=21056
- بدر، إيمان (2016). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، جامعة تشرين.
- جار الله، سليمان و بركو، مزوز (2006). المقاربة المعرفية البيولوجية لاضطرابات الشدة التالية للصدمة. **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية،** 12، 19-35.
- حمصي، أنطون (2002). **أصول البحث في علم النفس.** دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- حنور، قطب (2016). فاعلية العلاج السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.**المجلة التربوية**.46، 220-299.
- الحواجري، أحمد (2003). مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة. **رسالة ماجستير غير منشورة.** كلية التربية، الجامعة الإسلامية_غزة.
- حواشين، مفيد نجيب حواشين وحواشين، زيدان نجيب حواشين (1996). **النمو الانفعالي عند الأطفال.** ط2، عمان (الأردن): دار الفكر.
- خزام، جمانة (2015). أسلوبا التعلم السطحي والعميق وعلاقتهما بأبعاد التفكير ما وراء المعرفي. رسالة **ماجستير غير منشورة.** كلية التربية، جامعة دمشق.
- الزعبي، علي محمد (2008). رصد بعض مهارات التفكير ما وراء المعرفية المستخدمة من قبل معلمي الرياضيات وطلبتهم في المرحلة الأساسية العليا في الأردن في أثناء حل المسائل الهندسية. **مجلة جامعة دمشق،** 24(2)، 333-357.

- الزيداني، أحمد محمد (2012). عوامل ما وراء المعرفة وعلاقتها بالاضطرابات الانفعالية وبالعصابية: دراسة في التركيب العاملي والصدق التكويني لمقياس ما وراء المعرفة-30. **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية**، 4(2)، 313- 364.
- السعدي، ريما (2017). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المراهقين النازحين "دراسة ميدانية في منطقة مصياف". **مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية** _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، 39 (6)، 31-43.
- سيد، وليد محمد (2013). فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات. **رسالة ماجستير غير منشورة**. كلية التربية، جامعة أسيوط.
- شعبان، مرسيلينا (2013). الدعم النفسي ضرورة مجتمعية. **شبكة العلوم النفسية العربية**، العدد31.
- الشيخ، منال (2010). فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا لحوادث الطرق. **رسالة دكتوراه غير منشورة**. كلية التربية، جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض (2018). **برامج الإرشاد النفسي -2-**. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض (2018). **التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية لاضطرابات ما بعد الصدمة**، الجزء الأول. عمان: دار إثراء، قيد النشر.
- العاسمي، رياض (2018). **التدخلات الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي(الموجة الثالثة)**، عمان: دار الوراق، قيد النشر.
- عباس، عبير (2016). أساليب مواجهة الصدمة النفسية وعلاقتها بالمساندة الأسرية لدى عينة من المراهقين المقيمين في مراكز الإيواء في مدينة دمشق. **رسالة ماجستير غير منشورة**. كلية التربية، جامعة دمشق.
- عبد الرحمن، محمد السيد (2014). **العلاج المعرفي والميتا معرفي**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد حسين، بلقيس (2013). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين. **مجلة الفتح**، 55، 39-82.
- العزمية، علال، والمحتسب، عيسى (2014). مؤشرات الاضطراب النفسي لدى الأطفال والراشدين في مناطق التماس جنوب قطاع غزة. **مجلة جامعة الأقصى**، 18(2)، 250-286.

- العمار، يعقوب (2010). اضطرابات الضغوط التالية للصدمة النفسية الناتجة عن الحرب على العراق. **رسالة ماجستير غير منشورة**. كلية التربية، جامعة دمشق.
- عواجة، علا (2016). اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين المهدَّمة بيوتهم في العدوان الإسرائيلي على غزة. **رسالة ماجستير غير منشورة**. كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الغامدي، سعيد حسن آل عبد الفتاح (2003). "مدى اختلاف الخصائص السايكومترية لأداة القياس في ضوء تغاير بدائل الاستجابة والمرحلة الدراسية". **رسالة ماجستير (منشورة)**. كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية .....www.gulfkids.com/ar/index.php?action .
- فهمي، مصطفى (1974). **سيكولوجية الطفولة والمراهقة**، مصر: دار مصر للطباعة.
- مجيد، سوسن (2011). اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمية التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية. **مجلة الفتح**، 47، 303-339.
- مراد، وحيدة (2015). اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالدعم النفسي. **رسالة ماجستير غير منشورة**. كلية التربية، جامعة دمشق.
- معالي، إبراهيم (2014). فاعلية برنامج علاجي في خفض القلق النفسي وتنمية مفهوم الذات لدى الطلبة المتميزين. **البلقاء للبحوث والدراسات**، 17(1)، 139-164.
- مؤمن، داليا و الشيمي، داليا .(2006). المساندة النفسية لمتضرري الحروب والكوارث. **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية**، 12، 99-106.
- يعقوب، غسان .(1999). **سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي** (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة). ط1. بيروت: دار الفارابي.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Akrami N, Kalantari M, Oreyzi HR, Abedi MR, Maroofi M. (2010). Comparison of the effectiveness of behavioural-cognitive & behavioural-metacognitive approaches in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). **J Clin Psychol**. 2:59–71
- Alisic E., Zalta A. K., van Wesel F., Larsen S. E., Hafstad G. S., Hassanpour K., et al. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. **Br. J. Psychiatry** 204, 335- 340.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blakemore & Robbins, (2012). "The social brain in adolescence. Nature Reviews Neuroscience". **Journal of Neuroscience**, 29, 1084-1091.
- Capobianco, Lora et al. (2016). **The 3rd International Conference of Metacognitive Therapy**. Pre-Congress Workshops. Milan.
- Caselli, G. Metacognitive Therapy (MCT): An Interview with Prof. Adrian Wells (A brief interview with Prof. Adrian Wells on the distinctive features of Metacognitive Therapy (MCT)) http://www.stateofmind.it/2012/05/adrian-wells-metacognitive-therapy/.
- Corsini, R. J. (2002). **The dictionary of psychology**. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., and Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. **J Trauma Stress**, 15(2), 99–112.
- Dahl, R.E. (2004).Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. **Annals of the New York Academy of Sciences**,1021(1),1–22, New York, USA.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-V). (2013). (5th ed.) American Psychiatric association, Washington, DC.
- Fisher, P and Wells, A. (2009). Metacognitive Therapy. The CBT Distinctive Features Series. **Europe's Journal of Psychology**, 4, 146-149.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. **American Psychologist**, 34, 906 - 911.

- Georghiades, Petros. (2012). "From the general to the situated: three decades of metacognition". **International Journal of Science Education**. 26 (3): 365–383.
- Goodman, L. (2014). Assessment and Training of Metacognition in Autism Spectrum Disorder, **PhD Thesis**. Dalhousie University.
- Gouws, E., Kruger, N. & Burger, S. (2000). **The adolescent (2nd edition)**. Sandown: Heinemann.
- Hacker, D. J. (1998). **Definitions and empirical foundations.** In D. J. Hacker, J. Dunloky, & A. C. Graesser (Eds.), Metacognition in educational theory and practice (pp. 1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hiller R. M., Meiser-Stedman R., Fearon P., Lobo S., McKinnon A., Fraser A., et al. (2016). Research review: changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma- a meta-analytic study. **J. Child Psychol. Psychiatry** 57, 884–898.
  http://www.stateofmind.it/2012/05/adrian-wells-metacognitive-therapy/.
- Iftikhar s. (2014).The importance of Metacognitive Strategies to Enhance Reading Comprehension Skills of Learners: A Self-directed Learning Approach, **Journal of English Language and Literature**, 2(3), 91-97.
- Irak, M. (2011). Standardization of Turkish Form of Metacognition Questionnaire for Children and Adolescents: The Relationships with Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms, **Turkish Journal of Psychiatry**, 23(1), 46-52.
- Normann, N & Emmerik, A & Morina, N. (2014). The Efficacy of Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. **Wiley Periodicals, Inc**. 31:402–411.
- Peichl, J. (2007). **Die innerin Trauma-Landschaften. Borderline, Ego-State, Täter-Introjekt**. Stuttgart: Schattauer.
- Perry, B. D. and Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 7(1), 33-51.
- Sadeghi, R & Mokhber, N & Mahmoudi, L & Asgharipour, N & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. **Journal of Research in Medical Sciences**. 20(9), 901–909.
- Schraw, Gregory (1998). "Promoting general metacognitive awareness". **Instructional Science**. 26, 113–125.

- Sharifi, M & Yazdanbakhsh, K. (2014). Effectiveness of Metacognitive Therapy on Reducing Depression and Metacognitive Beliefs in Patients with Major Depressive Disorder. **Journal of Applied Environmental and Biological Sciences.** 4(8), 121-127.
- Siegler, R. S., DeLoache, J. S., & Eisenberg, N. (2011).**" How children develop",** 3rd edition. New York: Worth.
- Simons, M. (2010). Metacognitive Therapy and Other Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. **Karger GmbH**, Freiburg, 20:86–92.
- Simons, M & Kursawe, A. (2019). Metacognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Youth: A Feasibility Study, **Original Research Article Frontiers in Psychology**. 19 February https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00264
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. **Arch Intern Med**.166 (10):1092-1097.
- Steyn, S. (2006). Resilience in adolescents: A Psycho-educational perspective, Submitted in partial fulfilment of the requirements for the **degree of Master**, Education, University Of South Africa.
- Sun X., Zhu C., So S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. **Eur Psychiatry** 45, 139-153. 10.1016/j.eurpsy.2017.05.029
- Vakili, Y, Fata, L. (2006). The Effectiveness of the Metacognitive Model in Treating a Case of Post-Traumatic Stress Disorder. **Iran J Psychiatry**, 1(4), 169-171.
- Walters, J. (2014). **The Relationship between Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms and Career Outcomes of Army Enlisted Service members**. RAND Corporation.
- Wells A, Colbear J.S. (2012).Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. J Clin Psychol. 68(4), 373-81.
- Wells, A, Sembi S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment**. J Behav Ther Exp Psychiatry**. 2004 Dec; 35(4), 307-18.
- Wells A., Walton D., Lovell K., Proctor D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress

disorder: a parallel randomized controlled trial. **Cogn.Ther.Res**. 39 (1), 70–80.

- Wells, A. & Matthews, G. (1994). **Attention and emotion: A clinical perspective. Hillsdale**, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wells, A. (2000). **Emotional disorders and Metacognition. Innovative cognitive therapy**. Chichester, UK Wiley: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2007). Cognition about Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. Cognitive and Behavioral Practice, 14, 18-25.
- Wells, A. (2009). **Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression**. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. (2010). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. **International Association for Cognitive Psychotherapy**. Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews, 6(1).
- Wells, A. (2011). **Metacognitive therapy for anxiety and depression**. New York: Guilford Press. ISBN 9781593859947.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). "Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model". **Behaviour Research and Therapy**. 34 (11–12), 881–888.
- Zafarizadeh, Aliakbar & Bahrami, Fatemeh& Kaveh-Farsani, Zabiholah& Heydari, Hamid & Kor, Abdol Naser. (2014). The Effect of Metacognitive Therapy on Traumatic Stress Disorder Symptoms in Survivors of Accidents in Shahr-e-Kord. **Zahedan Journal of Research in Medical Sciences**, 16(1), 35-39.

قائمة الملاحق

ملحق (1)

أسماء السادة المحكمين

الاسم	الرتبة العلمية
أ.د. محمد السيد عبد الرحمن	أستاذ الإرشاد النفسي بجامعة الزقازيق
أ.د. فوقية رضوان	أستاذ الإرشاد النفسي بجامعة الزقازيق

ملحق (2)

مقياس ما وراء المعرفة

الرقم	الفقرات	لا أوافق	أوافق قليلاً	أوافق باعتدال	أوافق بشدة
1	يساعدني القلق على تجنب المشكلات في المستقبل.				
2	يبدو أن قلقي خطير بالنسبة لي.				
3	أعتقد الكثير عن أفكاري.				
4	يمكن أن أجعل نفسي مريضاً بالقلق.				
5	أنا على بينة من الطريقة التي يعمل بها عقلي عندما أفكر في مشكلة.				
6	إذا لم أقم بالسيطرة على فكري المقلق، ستكون نتائجه مصدر مشكلات لي في المستقبل.				
7	أنا بحاجة للقلق من أجل أن أبقى منظماً.				
8	لدي ثقة قليلة في ذاكرتي عن الكلمات والأسماء.				
9	تستمر أفكاري المثيرة للقلق، بغض النظر عن كيفية محاولاتي لمنعها.				
10	يساعدني القلق على فرز الأشياء في عقلي.				
11	لا أستطيع تجاهل ما لدي من قلق.				
12	أراقب أفكاري.				
13	يجب أن يكون لدي المقدرة في السيطرة على أفكاري في كل وقت.				
14	ذاكرتي يمكن أن تضللني في كثير من الأحيان.				
15	قلقي يمكن أن يجعلني مجنون.				
16	أنني على علم باستمرار حول تفكيري.				
17	لدي ضعف في الذاكرة.				
18	أولي اهتماماً وثيقاً كيف يعمل عقلي.				
19	يساعدني القلق على التعامل.				

20	عدم القدرة على السيطرة على أفكاري هو علامة ضعف.				
21	عندما يثار القلق، لا يمكنني التوقف عنه.				
22	سأعاقب نفسي على عدم السيطرة على بعض الأفكار.				
23	يساعدني القلق على حل المشاكل.				
24	لدي القليل من الثقة بذاكرتي للأماكن.				
25	من السيء التفكير ببعض الأفكار.				
26	أنا لا أثق بذاكرتي.				
27	إذا لم أتمكن من التحكم في أفكاري، فلن أتمكن من العمل.				
28	أنا بحاجة للقلق، من أجل العمل بشكل جيد.				
29	لدي القليل من الثقة بذاكرتي عن الأحداث.				
30	افحص أفكاري باستمرار.				

ملحق (3)

مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD-S)

1. ما مدى الحزن والألم الذي أصابك في الأسبوع الماضي؟ (ضع دائرة حول الرقم أدناه).

0	1	2	3	4	5	6	7	8

على الإطلاق باعتدال الأسوء على الاطلاق

2. كم من الوقت خلال الأسبوع الماضي استجبت لأفكارك حول الصدمة من خلال تحليل ما حدث ولماذا؟ (ضع دائرة حول الرقم أدناه).

0	1	2	3	4	5	6	7	8

لاشيء من الوقت نصف الوقت كل الوقت

3. كم من الوقت خلال الأسبوع الماضي كنت قلقاً بشأن ما يمكن أن يحدث في المستقبل؟ (ضع دائرة حول الرقم أدناه).

0	1	2	3	4	5	6	7	8

لاشيء من الوقت نصف الوقت كل الوقت

4. كم عدد المرات التي قمت فيها بكل مما يلي للتعامل مع الأعراض في الأسبوع الماضي؟ (ضع رقماً من المقياس أدناه بجانب كل عنصر.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8

لاشيء من الوقت نصف الوقت كل الوقت

تجنب تذكر الصدمة ( )
سيطرة الأفكار ( )
سيطرة المشاعر ( )
تجنب الأماكن ( )
التصرف بحذر ( )
التخطيط لكيفية التعامل ( )
محاولة صرف انتباهي ( )
استخدام الكحول/المخدرات ( )
محاولة اكتشاف الأشياء ( )
التأكد من أن الأمور آمنة ( )
تجنب بعض الأنشطة ( )

5. كم مرة وجدت نفسك تركز انتباهك على الخطر المحتمل خلال الأسبوع الماضي؟ (ضع دائرة حول الرقم أدناه).

0	1	2	3	4	5	6	7	8

أبداً غالباً دائماً

6. فيما يلي عدد من المعتقدات لدى الناس. أشر إلى مدى أعتقادك لكل واحد من خلال وضع رقم من المقياس أدناه بجانب كل عنصر.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

لا أعتقد هذا على الإطلاق أنا مقتنع تماماً أن هذا صحيح

يجب أن أذهب إلى الأحداث لفهمهم ( )

من المهم عدم وجود فجوات في ذاكرتي ( )

التفكير في التهديدات في المستقبل سوف يساعدني على التأقلم ( )

القلق سيبقيني آمن ( )

الانتباه للخطر سيبقيني آمناً ( )

يجب أن أتوقف عن التفكير فيما حدث ( )

ليس من الطبيعي الاستمرار في التفكير بالصدمة ( )

يجب أن أكون ضعيفاً للاستجابة على هذا النحو ( )

يمكن أن أفقد عقلي إذا استمريت في التفكير بهذه الطريقة ( )

لن أكون طبيعياً مرة أخرى ( )

لقد تضرر ذهني من خلال ما حدث ( )

لقد فقدت السيطرة على أفكاري ( )

ملحق (4)

مقياس اضطراب القلق العام

على مدار الأسبوعين الماضيين ، كم عدد المرات التي كنت فيها منزعج من المشاكل التالية؟

الرقم	العبارة	تنطبق كثيراً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق احياناً	لا تنطبق
1	الشعور بالتوتر، القلق، أو العصبية				
2	عدم القدرة على التوقف أو السيطرة على القلق				
3	القلق كثيراً حول أشياء مختلفة				
4	مشكلة الاسترخاء (تكدر الاسترخاء)				
5	البقاء في حالة قلق لدرجة أنه من الصعب الجلوس ساكناً				
6	تصبح منزعج بسهولة أو سريع الغضب				
7	الشعور بالخوف كما لو أن شيئاً فظيعاً قد يحدث				

ملحق (5)

استبيان ما وراء المعرفة للأطفال والمراهقين

العبارة
العامل 1: القلق ما وراء الإيجابية
1. إذا كنت قلقاً بشأن الأشياء الآن ، فسوف أواجه مشكلات أقل في المستقبل
7. القلق بشأن الأشياء يساعدني على أن أكون منظماً وأن أحافظ على ترتيب أمتعتي
9. عندما أكون في حيرة من أمري ، فإن القلق يساعدني في حل الأمور
16. القلق يساعدني على الشعور بالتحسن
20. القلق يساعدني في حل المشاكل
23. أحتاج للقلق من أجل إنجاز عملي
العامل 2: القلق ما وراء السلبية
2. ليست فكرة جيدة أن تقلق لأن القلق أمر سيء بالنسبة لي
4. أنا قلق للغاية ، يمكن أن أصاب بالمرض
8. أفكاري المقلقة تستمر ، بغض النظر عن مدى صعوبة محاولة إخمادها
10 . لا أستطيع التوقف عن التفكير في الأشياء التي تقلقني
18 . بمجرد أن أبدأ في القلق بشأن شيء ما ، لا أستطيع التوقف
العامل 3: الخرافات والعقاب والمسؤولية
6. إذا لم أشعر بالقلق من رأسي وبعد ذلك حدث شيء سيء
12 . يجب أن أكون قادراً على إخبار نفسي بالتوقف وبدء التفكير في الأشياء كلها
17 . إذا لم أستطع إيقاف أفكاري ، فأنا لست جيداً
19 . إذا لم أستطع إيقاف أفكاري ، فستحدث أشياء سيئة
21 . إنه لأمر سيء أن نفكر في أشياء معينة
22 . إذا لم أتمكن من السيطرة على ما أعتقد ، فسوف ينهار
العامل 4: الرصد المعرفي
3. كثيراً ما ألاحظ الأفكار التي لدي في رأسي

5. عندما أفكر في مشكلة في رأسي ، أكون على علم بكيفية عمل عقلي
11 . أحاول جاهداً تتبع الأفكار التي لدي في ذهني
14 . أفكر دائماً في الأفكار الموجودة في رأسي
15 . أنا أولي الكثير من الاهتمام للطريقة التي أفكر بها
4 . أفكر في أفكاري مراراً وتكراراً

ملحق (6)

جلسات البرنامج الإرشادي

الجلسة الأولى

الهدف:

التعارف بين الباحثة وأفراد المجموعة، وتكوين علاقة إرشادية معهم.

شرح وتوضيح مبررات تكوين هذه المجموعة.

تعريف أفراد المجموعة بالبرنامج الإرشادي والاتفاق على خطة وسير العمل في الجلسات التالية.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، والمناقشة.

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، وتعريف الباحثة بنفسها أمام المجموعة وقيام كل فرد بالتعريف بنفسه أمام بقية الأفراد، كسب ثقتهم، إخبارهم أن الجلسات سرية لأغراض البحث العلمي لمساعدتهم، توضيح معنى البرنامج الإرشادي، وأهدافه، وأهميته، الإجابة على استفسارات وتساؤلات أفراد المجموعة، الاتفاق على خطة وسير العمل خلال جلسات البرنامج والتأكيد على مواعيد الجلسات وضرورة الالتزام بها، تحديد موعد الجلسة القادمة، توزيع نشرة تتضمن مفهموم البرنامج، وأهميته، وتتضمن أيضاً جدول بمواعيد الجلسات.

الجلسة الثانية

الهدف:

رسم خريطة لصياغة الحالة PTSD

تعريف المجموعة باضطراب ما بعد الصدمة

تعريف المجموعة بمعنى العلاج ما وراء المعرفي، وأسسه، ومفاهيمه، وما سيعود عليهم من فائدة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

الفنيات المستخدمة: الحوار، والمناقشة، عرض فيديو، صياغة الحالة

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة وشكرهم على الالتزام بموعد الجلسة، والبدء بعرض فيديو عن اضطراب ما بعد الصدمة، ومناقشة أفراد المجموعة بما شاهدوه في الفيديو، حيث يتم مناقشة ردود الفعل الشائعة للصدمة لمساعدة أفراد المجموعة على فهم طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة ووضعه كاضطراب يمكن علاجه. وتتمثل الأعراض الرئيسية الثلاثة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة التي تمت مناقشتها

في: (أ) إعادة تجربة الصدمة؛ (ب) التجنب الفعال ؛ (ج) الإفراط في الإثارة، وتناقش ردود فعل مشتركة أخرى حول الصدمة، بما في ذلك: (أ) أربعة أنواع من المشاعر السلبية: الخوف والقلق، والحزن والاكتئاب، والشعور بالذنب والعار أو الخجل، والغضب. (ب) صعوبات العلاقة. (ج) تعاطي المخدرات والكحول ، ثم البدء برسم خريطة لصياغة الحالة وذلك من خلال توجيه بعض الأسئلة لأفراد المجموعة:

السؤال عن الأعراض، السؤال عن الاستراتيجيات المستخدمة لتجنب الأعراض، السؤال عن المراقبة المتعمدة للتهديد والقلق والاجترار، السؤال لاستنباط المعتقدات حول الأعراض القلق/ الاجترار ورصد التهديد.

مثال:

1. ما هي الأعراض التي مررتم بها في الشهر الماضي؟
2. عندما يكون لديك (أعراض محددة) كيف يمكنك التعامل معها أو إدارتها؟

- هل تفعل أي شيء لتجنب هذه الأعراض؟
- ما هي مخاوفك بشأن الأعراض؟
- هل هناك مزايا للوقوف على ما حدث؟

بعد الاستماع لإجابات الأفراد وتسجيل النقاط المهمة تكون قد تشكلت خريطة لمفهوم حالة أفراد هذه المجموعة، يتم الشرح قليلاً عن العلاج وراء المعرفة وما قد يتوقعه من العلاج، ويتم عرض بعض الطرق الجديدة التي تمكنهم من خلالها الاستجابة لأعراضهم. وفي نهاية الجلسة، يتم تحديد أهداف العلاج ، استناداً إلى مناقشة أفراد المجموعة مع الباحثة حول تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على حياتهم ، والتغييرات التي يرغبون في رؤيتها نتيجة للمشاركة في البرنامج.

الواجب المنزلي: توزيع أوراق عمل يسجل عليها الأفراد الأعراض والأساليب التي يستخدمونها لمواجهة أو تجنب الأعراض .

الجلسة الثالثة

الهدف:

شرح العلاقة بين الأفكار والمشاعر.

تقديم استراتيجية لتحديد وتصحيح التحيزات الشائعة في التفكير.

الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة، استعارة الشفاء.

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، مناقشة الواجب المنزلي من خلال قيام الباحثة بتحديد خبرة حديثة للأعراض، تتضمن تحولات انفعالية، أو أفكار تدخلية. غالباً ما يكون التحول المؤثر هو الخوف/ القلق، ولكن يمكن أن يكون أيضاً حزناً أو غضباً، وتتم المناقشة من خلال بعض الأسئلة مثل: هل يمكنك التفكير في آخر مرة لاحظت فيها تغيراً في انفعالاتك يتعلق بأفكار حول الصدمة؟ متى كان ذلك؟ ما كان الحدث الداخلي الذي أثار العاطفة الأولية الخاصة بك؟ هل كان فكراً أم ذكرى أم شعوراً؟

إن الاستماع للإجابات ومناقشة أفراد المجموعة فيها تشكل نقطة انطلاق لتصور الحالة، ثم تبدأ الباحثة بشرح آلية العمل من خلال التفسير التالي:

"التغلب على الإصابة النفسية الناجمة عن الصدمة يشبه إلى حد كبير التغلب على إصابة جسدية مثل جرح في الجلد. إذا كنت تفكر في الإصابة الجسدية ، فإن الجسد لديه طريقة خاصة به لعلاج نفسه بمرور الوقت. ولكن ماذا سيحدث إذا حاولت أن تعالج الإصابة ، من خلال تنظيف الجرح بشكل متكرر؟ ما مدى سرعة شفاءها؟

"إن أعراض الصدمة كذلك. مع مرور الوقت يمكن للعقل أن يشفي نفسه وهذا يحدث في كثير من الأحيان. ومع ذلك، تماماً مثل الجرح ، إذا كنت تتداخل مع عملية الشفاء يمكن أن يستغرق وقتاً أطول ويمكن أن تستمر الأعراض. أنت تتدخل في عملية الشفاء من خلال الانخراط في القلق / الاجترار ، عن طريق تجنب الأفكار، وبتركيز الانتباه على التهديد.

حيث تشرح الباحثة كيف أن الهدف من العلاج هو إزالة الاستجابات غير المفيدة مثل متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) وممارسة استراتيجيات جديدة لتعزيز الشفاء والخروج من دورة اضطراب ما بعد الصدمة PTSD، تؤكد الباحثة أن أعراض اضطراب PTSD هي جزء طبيعي من التكيف لتجارب مؤلمة. كما تؤكد أنه في الظروف العادية تهدأ الأعراض بمرور الوقت، وهذا الطبيعة النفسية تحدث عملية الشفاء. ومع ذلك، قد يتم تعطيل العملية عندما يشارك الفرد في أنواع معينة من التفكير والسلوك، يتعلم الأفراد أن أنماط التفكير هي غالباً ما تكون لدى الناس كرد فعل على الأحداث اليومية ، ولكنها غير دقيقة وغير مفيدة ، وتساهم في إحداث مشاعر مزعجة. ومن الأمثلة على ذلك: التفكير الكارثي، والتفكير بكل شيء أو لا شيء، والتفكير العاطفي، والعبارات "يجب" "ينبغي" أو "أبدًا" ، وعدم المسؤولية أو الإفراط في اللوم. من أجل تطبيع هذا النوع من التفكير، تؤكد الباحثة على المسترشد أن كل شخص يشارك في أنماط التفكير هذه في بعض الأحيان، ولكن بعض الناس قد يكونون أكثر عرضة لهم من الآخرين بسبب تجاربهم الحياتية الشخصية، بما في ذلك تجاربهم الصادمة. يمكن أن يساعدهم فهم العلاج ما وراء المعرفي الذي يتعامل معه المسترشد في تحديد وتصحيح الأفكار والمعتقدات التي تؤدي إلى مشاعرهم المزعجة.

الواجب المنزلي: تسجيل مدى التكرار ومدة الوقت الذي يقضيه في التفكير في الصدمة أو القلق بشأن المصائب المستقبلية خلال الأسبوع الماضي.

الجلسة الرابعة

الهدف:

توضيح دور القلق / الاجترار

زيادة وعي المريض بعيوب القلق.

إدخال اليقظة العقلية المنفصلة

الفنيات المستخدمة: المناقشة، اليقظة العقلية المنفصلة

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، مناقشة الواجب المنزلي، وذلك بالتعرف على مدى تكرار ومدة الوقت التي قضوها الأفراد في التفكير بالصدمة خلال الأسبوع الماضي، حيث تلفت الباحثة الانتباه إلى دور القلق / الاجترار من خلال مناقشة الواجبات المنزلية، يمكننا أن نرى أنك تقضي الوقت بالتفكير فيما حدث لك في الماضي وما يمكن أن يحدث فى المستقبل، نحن نسمي هذا الاجترار والقلق. تقوم الباحثة بسؤال الأفراد كم من الوقت كل يوم تفعل هذا؟ هل يفيدك التفكير بهذه الطريقة لتصبح أقل قلقاً أو أنك تحافظ على شعورك بالتهديد والقلق ؟" بعد ذلك، تتساءل الباحثة عن عواقب استراتيجيات التفكير لمساعدة الأفراد على رؤية كيف يساهم في استمرار القلق من قبل للحفاظ على الشعور بالخطر والتهديد، وتعمل الباحثة على مساعدة الأفراد على رؤية أن الانشغال بالقلق / الاجترار يخدم غرضاً بسيطاً ويسهم في جعله محصور في مجرد إعادة الجوانب السلبية للصدمة أو التفكير في التهديد المستقبلي. من أجل القيام بذلك وإضعاف المعتقدات الإيجابية حول ضرورة المشاركة في هذا النوع من التفكير المستمر، توجه الباحثة أفراد المجموعة من خلال تحليل مزايا وعيوب القلق / الاجترار.
الخطوة التالية هي تقديم مفهوم الاستجابة للأفكار السلبية الأولية أو الاختراقات المتعلقة بالصدمة مع اليقظة العقلية المنفصلة بدلاً من الاجترار والقلق، تشير اليقظة العقلية المنفصلة إلى إنشاء منظور جديد فيما يتعلق بالأفكار التدخلية التي تتم ملاحظتها بطريقة منفصلة، دون تفسير أو تحليل أو التحكم فيها. يتم توجيه المرضى للرد على الأفكار السلبية ، والأفكار المتطفلة، وذكريات الماضي ، والكوابيس على النحو التالي:

"عندما يكون لديك فكرة تدخلية [ذكريات الماضي، وما إلى ذلك]، من المهم أن تفعل ما يلي. أولاً، أقر لنفسك بوجود الفكرة، ثم ذكّر نفسك بأن هذا جزء من عملية الشفاء وأنه ليس من المفيد التفاعل

معه. حاول أن تقول لنفسك: "هذا مجرد تفكير. لست بحاجة إلى فعل أي شيء معها. سأتركها بمفردها لتحتل مكانها. "

يعد ذلك تدريب أولي على اليقظة العقلية المنفصلة حتى يفهم المتعالجون فكرة هذه الفنية ومحاولة التعرف على طريقة جديدة للاستجابة للأفكار المتعلقة بالصدمة، ويُطلب من أفراد المجموعة تطبيق هذه الفنية والتدرب عليها في الوقت الذي يشعرون بالفكرة المتعلقة بالصدمة تحتل تفكيرهم.

الواجب المنزلي: تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة.

الجلسة الخامسة

الهدف:

تنفيذ تأجيل الاجترار والقلق

ممارسة اليقظة العقلية المنفصلة

تعميم التدريب

الفنيات المستخدمة: فنيات اليقظة العقلية المنفصلة

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة وشكرهم على الالتزام بالموعد، تطلب الباحثة من المسترشد تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة وتأجيل الاجترار/ القلق استجابةً لكل الأفكار الدخيلة حول الصدمة. من المهم أن تراقب الباحثة عن كثب ممارسة هذه الاستراتيجيات. ويتم تمكين هذا من خلال مناقشة متأنية لكيفية تنفيذ هذه التقنية للواجبات المنزلية، وسؤالهم إذا كان هناك صعوبات في ممارستها.

ثم تبدأ الباحثة بتوجيه الأفراد أنه كلما واجه عرضاً أو فكراً تداخلياً (على سبيل المثال ، زيادة مفاجئة في الإثارة) ، يجب عليه معرفة أن الأعراض قد حدثت ، ثم إخبار النفس بعدم الاجترار، أو القلق ، أو تحليل الصدمة أو الأعراض الآن ، لتسمح للأعراض بأن تتلاشى في وقتها ، والتفكير بنشاط حول هذا الموضوع في وقت لاحق، حيث تقوم الباحثة بتدريب الأفراد على اليقظة العقلية المنفصلة من خلال عدد من الفنيات (مطلب النمر، استعارة السحب...) التي ستساعدهم على التحكم والتدرب على استجابتهم للأفكار.

ثم تذهب الباحثة إلى تعميم التدريب من خلال إدخال فكرة أنه يجب تطبيق تأجيل القلق / الاجترار على جميع أنواع القلق والتفكير السلبي المستمر، بغض النظر عما إذا كان القلق / الاجترار مرتبط بالصدمة. في هذه المرحلة ، من المفيد إنشاء قائمة بالمخاوف الحالية لزيادة الوعي بتفشي التفكير السلبي.

ثم تفحص الباحثة تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة إلى ما بعد تأثير الخبرة الصادمة. غالباً ما يتبع

الأحلام / الكوابيس المرتبطة بالصدمات النفسية الانشغال بالأفكار والمشاعر التي يثيرها. تقدم الباحثة فكرة أن المشاعر والأفكار السلبية طبيعية في أعقاب الأحلام / الكوابيس ، ولكن من المهم الاعتراف بهذه الأفكار والمشاعر دون تحليلها بفعالية أو محاولة قمعها. يتم توجيه أفراد المجموعة لتطبيق اليقظة العقلية المنفصلة على أي آثار لاحقة عند حدوثها.

الواجب المنزلي: تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة، وتأجيل القلق مع التعميم .

الجلسة السادسة

الهدف:

تقييم اليقظة العقلية المنفصلة

تحدي المعتقدات الإيجابية حول القلق / الاجترار والمعتقدات السلبية عن الأعراض.

اكتشاف والبدء في القضاء على استراتيجيات سيئة التكيف الأخرى

الفنيات المستخدمة: اليقظة، الحوار السقراطي، المناقشة.

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، تبدأ الباحثة الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي وذلك بمناقشة الأفراد حول مدى تمكنهم من تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة، وإن كانوا ما زالوا يواجهون صعوبة فيها، وكذلك مدى تمكنهم من تعميمها، وتقوم الباحثة بتقييم تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة عند أفراد المجموعة من خلال التالي:

- تطلب الباحثة من أفراد المجموعة تقدير النسبة المئوية من الوقت الذي تمكنوا من تطبيق التقنية على الأفكار التداخلية، حيث تؤكد أن الهدف من هذه التقنية لا يتمثل أساساً في الحد من الضيق والقلق، ولكن السماح للمعالجة الطبيعية أن تحدث دون التفكير المفرط.
- يتم سؤال أفراد المجموعة عما إذا كان هناك أي انخفاض في استخدام التقنية مع مرور الوقت، وإذا كان الأمر كذلك فما هو سبب الانخفاض، حيث تؤكد الباحثة أنه يجب تطبيق التقنية على معظم التدخلات بغض النظر عن مستويات الضائقة.
- تسأل الباحثة ما إذا كان أفراد المجموعة قد حاولوا إيقاف التدخلات أو ما إذا كانت قد انخفضت من تلقاء نفسها، حيث تؤكد أن انخفاض استخدام اليقظة العقلية المنفصلة بسبب انخفاض في تواتر عمليات الاقحام أمر مقبول، ولكن الهدف من هذه التقنية هو عدم وقف التدخلات.
- وتسأل عن نطاق تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة، من المهم أن يتم تطبيقه على جميع أنواع التدخلات المتعلقة بالصدمة وعواقبها.

وبعد مناقشة هذه الأسئلة مع المتعالجين، وتوضيح الهدف الأساسي من التقنية وكيفية تطبيقها بشكل أمثل للحصول على أفضل النتائج، تقوم الباحثة بمناقشة المعتقدات الإيجابية عن القلق التي تكون لدى الأفراد حيث قد ترتبط الحاجة للقلق والاجترار لديهم بمعتقدات ما وراء المعرفة الإيجابية القوية حول الحاجة إلى تحليل الصدمة بشكل فعال أو القلق بشأن التهديد المستقبلي من أجل مواجهة أو تجنب الخطر. وكذلك المعتقدات السلبية.

ثم تبحث الباحثة مع الأفراد عن وجود استراتيجيات سيئة التكيف أخرى التي تأتي بنتائج عكسية للتكيف، وتراجع بعناية استخدام استراتيجيات أخرى للتحكم في الأعراض والتقليل من التهديدات و التحكم في الأفكار والحد من القلق.

ومن هذه الاستراتيجيات استخدام الكحول أو المخدرات، وقمع الفكر، وتجنب التذكير بالصدمة ، وتجنب الأشخاص أو الأماكن، وتجنب الأنشطة، والتحقق.

بعد التعرف على هذه السلوكيات ، تساعد الباحثة الأفراد على رؤية كيف أنها مشكلة. على سبيل المثال، يمكن النظر إلى بعض هذه الاستراتيجيات على أنها شكل من أشكال تجنب الأفكار والذكريات. هذا يؤدي إلى مناقشة المشاكل الناجمة عن التجنب المعرفي. بمجرد تحديد النتائج غير المفيدة لكل من استراتيجيات المريض ، تعمل الباحثة مع المريض على حظر استخدامها.

مثلاً في حال استخدام استراتيجية تجنب الأماكن أو الأنشطة، تقوم الباحثة بمناقشة المريض فيما إذا كانت هذه الاستراتيجية تساعده على التخلص من أعراض الصدمة أو التفكير فيها، فكيف ستساعده هذه الاستراتيجية طالما هو في حالة تفكير دائم بكيفية تجنب الأماكن التي تذكره بها، فبهذه الطريقة سيبقى الفرد في حالة تفكير بالصدمة وتعتبر هذه الاستراتيجية غير مجدية وتعطي نتائج عكسية للتكيف.

في النهاية تطلب الباحثة من أفراد المجموعة تخصيص وقت تفكير مدته 15 دقيقة كل مساء. يجب أن يحدث هذا قبل ساعتين على الأقل من الذهاب للنوم. خلال هذا الوقت، يمكن للفرد تحليل الصدمة والأعراض وفهمها بقدر ما يشعر أنه ضروري. ومع ذلك. يُطلب من المرضى التوقف عن القلق في نهاية فترة القلق التي تبلغ 15 دقيقة، والتعامل مع أي قلق إضافي عن طريق تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة وحمل الأفكار إلى فترة القلق في اليوم التالي إذا لزم الأمر.

الواجب المنزلي: تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة، تعميم تأجيل القلق/ الاجترار على الاستراتيجيات غير التكيفية الأخرى.

الجلسة السابعة

الهدف:

بناء تصور لمراقبة التهديد

وضع خطة جديدة للتحكم في الانتباه

الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، مناقشة الواجب المنزلي، في الوقت الذي ينجح المرضى في تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة وتأجيل القلق / الاجترار لمدة أسبوع واحد على الأقل، كما تم تفعيله بواسطة اليقظة العقلية المنفصلة لتطبيق ما لا يقل عن 75٪ من عمليات التدخل ، وفترات القلق / الاجترار التي لا تزيد مدتها عن دقيقة أو دقيقتين، يتم إدخال عنصر تعديل الانتباه في العلاج.

في هذه المرحلة من العلاج ، يتحول التركيز إلى استراتيجيات اليقظة المفرطة ومراقبة التهديد التي تحافظ على إدراك الخطر والقلق المرتبط به. هناك نوعان من استراتيجية رصد الاهتمام ذات الصلة: (1) الانتباه إلى مصادر التهديد الداخلية (على سبيل المثال ، الأحاسيس، الأحداث الجسدية، العواطف، الأفكار) و (2) الانتباه إلى التهديدات الخارجية في شكل مسح البيئة لمصادر الخطر. إن عكس عملية مراقبة التهديدات أمر مهم لأنه ينقل المرضى من طرق المعالجة التهديدية التي تولّد بشكل متكرر المعلومات المتعلقة بالخطر في البيئات التي تمت معالجتها مسبقاً بطريقة غير مهددة.

وهنا يتم تشجيع المريض على وضع خطة جديدة للتحكم في الانتباه الذي يسمح بتضاؤل المعالجة المتعلقة بالتهديد، أولاً تقوم الباحثة بوصف كيف يحافظ الانتباه على اضطراب ما بعد الصدمة. حيث يتم ربط هذه الرؤية بالمعلومات التي اكتشفها المريض حول الدور غير المجدي للقلق من أجل تشكيل جسر في بداية العلاج. يتم استخدام المقدمة التالية كأساس للتفسير المنطقي:

" لقد رأيت كيف أن القلق / الاجترار ومحاولات السيطرة على الأعراض يمكن أن تحافظ على مشكلتك. لقد نجحت في تقليل هذه الاستجابات غير المفيدة. لقد حان الوقت الآن للنظر في نوع آخر من الاستجابة غير المفيدة التي يمكن أن تحافظ على الشعور بالخطر والتهديد. هل تغير إحساسك بالخطر منذ الحدث؟،

توضح الباحثة أنه: "من الطبيعي جداً بعد الصدمة أن تصبح أكثر وعياً بالمخاطر المحتملة. هذا هو نوع من التركيز على الاهتمام الذي يحافظ على الشعور بالخطر ويوقفك عن العودة إلى نظرة أكثر توازناً للعالم".

ثم تقوم الباحثة بطرح أسئلة حول عواقب استراتيجيات مراقبة التهديد مثل:

"هل هناك أي مشاكل مع استمرار مسح البيئة بحثاً عن علامات التهديد؟"

"هل من المرجّح أن يؤدي المسح بحثاً عن تهديد إلى زيادة قلقك أو تقليله؟"
"هل يعطي الانتباه إلى التهديد انطباعاً متوازناً عن مدى أمان الوضع؟"
"ما هو تأثير الاهتمام على التهديد على قلقك؟"
"هل يعني الانتباه إلى التهديد أنك ستتعامل دائماً بشكل أفضل؟"
وبهذه الطريقة ، تهدف الباحثة إلى بناء تصور لفرط اليقظة أو مراقبة التهديد كشكل آخر من أشكال الانشغال أو سلوك المواجهة الذي يشبه القلق / الاجترار في كونه غير مفيد.
الواجب المنزلي: كتابة إيجابيات أو مزايا مراقبة التهديد.

الجلسة الثامنة

الهدف:

تحدي المعتقدات الإيجابية حول مراقبة التهديد
التخلي عن مراقبة التهديد
إعادة تركيز الانتباه واقتراح البدائل
الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة، تدريب الانتباه
محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، ومناقشة الواجب المنزلي حيث يتم مناقشة الأفراد بمزايا مراقبة التهديد والمعتقدات الإيجابية عنها، وكيف يمكن لمراقبة التهديد أن تساعدهم في تجنب الصدمة، حيث يكون لديهم معتقدات مثل: "إذا أهتميت بالتهديدات المحتملة، فسوف أتمكن من حماية نفسي."، أو "إن الانتباه إلى الخطر يعني أنني أستطيع تجنب المشاكل قبل فوات الأوان". ومن أجل تحدي هذه المعتقدات ، تسأل الباحثة ما إذا كان الإبقاء على الانتباه على التهديد من شأنه أن يَمنع فعلاً الحدث الصادم. على وجه الخصوص، وكيف يعرف المريض على وجه التحديد الخطر الذي يجب الانتباه إليه قبل وقوع الحدث؟، وتقوم الباحثة بتعزيز العيوب والعواقب السلبية المترتبة على المشاركة في مراقبة التهديدات حيث تعتبر وسيلة لإضعاف المعتقدات الإيجابية، تساعد الباحثة المريض على رؤية كيف أن الاهتمام بالتهديد يخلق شعوراً أكبر بالخطر.

تقوم الباحثة بذلك من خلال توجيه بعض الأسئلة حول "كيف تغير الانتباه إلى التهديدات منذ الحدث الصادم؟، وهل طريقة الانتباه هذه تجعله أكثر راحة؟، وهل بإمكانه مراقبة جميع التهديدات حوله، أم أن هناك أمور لا يستطيع مراقبتها؟، كما يتم سؤال المريض حول إذا ما كان قد راقب أو انتبه إلى التهديدات في محيطه قبل الحادث، هل كان سيساعده ذلك في تجنب الحدث الصادم؟، كما توضح أن الاستمرار في مراقبة التهديدات ستجعله في حالة قلق وخوف دائم.

وبمجرد أن يتفهم المريض مشكلته في مراقبة التهديد ، يُطلب منه أن يعترف بوعي بتركيز الانتباه في المرة التالية التي يعاني فيها القلق في حالة ما. بعد ذلك ، يتم مساعدة المريض على إيقاف مراقبة التهديد عن طريق تحويل الانتباه إلى المحفزات المحايدة. من أجل تطبيق هذه الإستراتيجية، يتم تشجيع المريض على العودة إلى روتين ما قبل الصدمة الطبيعي، هنا تقوم الباحثة بمساعدة المريض على إعادة تركيز الانتباه ويُقدم هذا بالطريقة التالية:

"من أجل السماح للتفكير في العودة إلى البيئة الطبيعية ، من المفيد أن نمارس تركيز الانتباه بطريقة حميدة. هذا يعني البحث عن علامات السلامة بدلاً من علامات التهديد ضعيفة الاحتمال".

يتم تنفيذ هذا الهدف من خلال ممارسة استراتيجيات إعادة التركيز في جلسة العلاج. أولاً ، يُطلب من المريض الجلوس في غرفة الانتظار ثم التركيز على جوانب البيئة التي تجعله مكاناً آمناً. بعد ذلك ، قد يُطلب من المريض السير على طول الشارع مع المعالج وممارسة التركيز على إشارات السلامة.

وتقوم الباحثة باقتراح البدائل عن مراقبة التهديدات المبالغ فيها التي يقوم بها المرضى، من خلال استراتيجية الانتباه البديلة التي تكون أكثراً أماناً وغير مبالغ بها.

الواجب المنزلي: كتابة استراتيجيات انتباه بديلة لمراقبة التهديدات، ممارسة تدريب الانتباه.

الجلسة التاسعة

الهدف:

التدريب على إعادة تركيز الانتباه

تحدي المعتقدات الإيجابية والسلبية المتبقية

الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة، تدريب الانتباه

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، مناقشة الواجب المنزلي، من خلال هذه المناقشة تتعرف الباحثة على كيفية أداء الأفراد لتقنية تدريب الانتباه ومدى قدرتهم على استخدام استراتيجيات بديلة وكذلك التعرف على ما تبقى لديهم من معتقدات إيجابية وسلبية عن مراقبة التهديد، حيث تقوم الباحثة بمناقشة هذه المعتقدات معهم وكيفية التخلص منها من خلال ما تعلموه في الجلسات، وبعد ذلك يتم تدريب الأفراد على تدريب الانتباه بشكل أفضل وبانتظام أكثر، حيث تتألف تقنية تدريب الانتباه من ثلاثة عناصر: (1) الانتباه الانتقائي ، (2) التحول السريع للانتباه ، (3) الانتباه الموزع أو المقسوم ، ويمارس كل مكون في ممارسة واحدة متصلة . ويستمر الإجراء حوالي 12 دقيقة، حيث يتم تقسيمه تقريباً على النحو التالي: 5 دقائق للانتباه الانتقائي، 5 دقائق لتبديل الانتباه، و2 دقيقة لتقسيم الانتباه. وتتألف تعليمات الانتباه الانتقائي من توجيه انتباه المريض إلى الأصوات الفردية بين مجموعة من الأصوات المتنافسة في

مواقع مكانية مختلفة في البيئة، مع تعليمات لإعطاء انتباه شديد لتحديد الأصوات الفردية في حين مقاومة التشتت من قبل الآخرين. ويتكون التحول السريع للانتباه من تعليمات لتحويل الانتباه بين الأصوات الفردية (والمواقع المكانية) مع زيادة السرعة مع تقدم هذه المرحلة. في بداية هذه المرحلة يتم تخصيص حوالي 10 ثوان لمختلف الأصوات الفردية. وفي وقت لاحق، يتم زيادة سرعة التحول إلى صوت واحد كل 5 ثوان . وتنتهي تقنية تدريب الانتباه مع توجيه أكثر إيجازاً (1–2 دقائق) تعليمات الانتباه المقسمة التي يطلب من المريض لتوسيع اتساع وعمق الانتباه ومحاولة لمعالجة العديد من الأصوات والمواقع في وقت واحد.

بعد الانتهاء من التدريب يطلب من المرضى ممارسة تدريب الانتباه مرتين في اليوم وينبغي جدولة الممارسة لمدة 12 دقيقة تقريباً والتسلسل المستخدم في الجلسة ينبغي اتباعها. وتعطى ورقة ملخصات التدريب على الانتباه، والتذكير بكيفية ممارسته كوسيلة لرصد الواجبات المنزلية. وتشكل الورقة الموجزة للتدريب على الانتباه نقطة تركيز للمناقشة يمكن فيها تحديد ثلاثة مصادر محتملة للصوت أو الحصول عليها وإحاطتها علما بذلك وزيادة الامتثال.

الواجب المنزلي: التدريب على تركيز الانتباه

الجلسة العاشرة

الهدف:

تجنب المتبقي

خطة جديدة للمعالجة

الفنيات المستخدمة: اليقظة العقلية المنفصلة، تدريب الانتباه

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، مناقشة الواجب ومدى سهولة تطبيق التقنية، وما هي الصعوبات التي واجهوها أثناء تطبيق التقنية، تعيد الباحثة التأكيد على أن الهدف من هذه التقنية هو عدم إزالة الوعي للأحداث الداخلية ولكن لممارسة السيطرة على الانتباه بطريقة معينة. هذه الاستراتيجية هي أن تشير الباحثة إلى أنه من المفيد لتجربة الأفكار والانفعالات المتطفلة التدخلية في أثناء الممارسة لأنه عادة ما يربط الانتباه بها، والهدف من ذلك هو أن يكون لديه القدرة على الضبط حتى في وجود هذه "الضوضاء الداخلية.

تحدد الباحثة في هذه المرحلة من العلاج أي تجنب متبقي للحالات وتهدف إلى عكس هذه الاستراتيجية. يستمر بعض المرضى في تجنب مسرح الصدمة. في ظل هذه الظروف ، يُطلب منهم زيارة الموقع (إن أمكن) أثناء تطبيق المراقبة الخارجية للبيئة الآمنة الحالية. قد يكون هناك ميل

لمعالجة صورة أو ذاكرة الصدمة التي تنشط في الموقع ولكن يتم تشجيع المريض على تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة على الأفكار الدخيلة و "النظر من خلالها" في البيئة الآمنة الخارجية الحالية.

وبمجرد إزالة الاستراتيجيات السيئة للتكيف وتعديل المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية الداعمة لها ، يقوم المعالج بتعزيز الخطط البديلة وراء المعرفية التي يمكن استخدامها للتحكم في الاستجابات للتدخلات ذات الصلة بالصدمة في المستقبل، بحيث تعكس الخطة الجديدة للمعالجة الاستجابات التي لا تتوافق مع استجابات القلق / الاجترار ورصد التهديد والتجنب.

تقوم الباحثة بشرح كيفية وضع الخطة الجديد، حيث تتناول الخطة الجديد عملية التفكير المجردة القديمة والسلبية وتعليمات تلخص الردود البديلة التي تم تعلمها في العلاج، والسلوكيات مثل التجنب والأساليب سيئة التكيف وكيفية معالجتها من خلال تطبيق اليقظة العقلية المنفصلة ، والتركيز على الانتباه مثل الميل القديم لرصد علامات التهديد التي ينبغي استبدالها بخطة جديدة للتركيز. وتطلب الباحثة من أفراد المجموعة وضع خطة جديد باستراتيجيات جديدة لممارستها بديلاً من الخطة القديمة غير المؤهلة، من خلال ما تم تعلمه من تقنيات وأساليب في الجلسات السابقة، ويتم تقديم نموذج للخطة الجديدة لأفراد المجموعة:

الخطة القديمة	الخطة الجديدة
الاستجابات القديمة التي تساهم في الأعراض: **1-أسلوب التفكير** **2-السلوكيات** **3-تركيز الانتباه**	الاستجابات الجديدة التي تتغلب على الأعراض: **1-أسلوب التفكير** **2-السلوكيات** **3-تركيز الانتباه** **4-إعادة صياغة**

تعليمات: من المهم أن تكون مدركاً للمحفزات في طريقتك القديمة في التعامل، "خطتك القديمة". عندما تلاحظ محفز من الخطة القديمة يجب عليك الانتقال لاستخدام الخطة الجديدة، كما هو موضح في الجدول أعلاه، تحت عنوان "إعادة صياغة"، اكتب جملة تلخص ما تعلمته عن أفكارك.

الواجب المنزلي: وضع مخطط لخطة جديدة.

الجلسة الحادية عشرة

الهدف:

تعزيز الخطة الجديدة والتشجيع على ممارستها

الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة، مناقشة الواجب المنزلي من خلال التعرف على المخططات الجديدة التي وضعها الأفراد ومدى استفادتهم من الاستراتيجيات الجديدة التي تعلموها خلال الجلسات، وإذا ما كان هناك بعض المعتقدات التي لم يتم معالجتها ومازالت موجودة لديهم.

تتم هذه المناقشة بإعطاء الدور الأكبر للأفراد ليشرحوا كيفية استبدال أساليبهم واستراتيجياتهم القديمة والأساليب سيئة التكيف بالاستراتيجيات الجديدة، متى نحتاج لتأجيل القلق واستخدام اليقظة العقلية المنفصلة، وكيفية إعادة تركيز الانتباه بطريقة أفضل بدلاً من رصد التهديدات بشكل مبالغ وغيرها مما استفادوه من خلال الجلسات.

كما تقوم الباحثة بمراجعة النتائج المتبقية، مع إيلاء اهتمام خاص لتكرار ومدة القلق / الاجترار ، والمعتقدات الإيجابية حول الاستراتيجيات ، ومراقبة التهديد المتعمد والتجنب. وتعمل على استكشاف وتعديل الدرجات المرتفعة المتبقية في هذه الأبعاد لأنها تساهم في الانتكاس.

في النهاية تقوم الباحثة بتعزيز الخطة الجديدة الخاصة بالأفراد وتشجعهم على ممارستها في حياتهم اليومية واعتمادها بدلاً من الخطة القديمة.

الواجب المنزلي: ممارسة الخطة الجديدة، الاستمرار بممارسة اليقظة العقلية المنفصلة وتدريب الانتباه.

الجلسة الثانية عشر

الهدف:

تعزيز الخطة الجديدة

تطبيق القياس البعدي

الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة وشكرهم على الالتزام طيلة فترة البرنامج ، مناقشة الواجب المنزلي ومدى ممارسة الأفراد للخطة الجديدة وتشجيعهم على الاستمرار بممارستها ، يتم مراجعة كل ما دار في

الجلسات السابقة، ومناقشة الأفراد والاستماع إلى آرائهم حول البرنامج ومدى الفائدة التي حصلوا عليها.

تقوم الباحثة بِحَث الأفراد على ممارسة الخطة الجديدة واستخدام الأساليب والفنيات التي تعملوها وتدربوا عليها خلال الجلسات السابقة في حياتهم اليومية.

في النهاية يتم تطبيق مقياس اضطراب مابعد الصدمة على المجموعة، وشكرهم على التزامهم وتعاونهم، وتذكيرهم بأنه سيكون هناك لقاء أخير بعد مرور شهرين لتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة وهو القياس المؤجل، لمعرفة مستوى المحافظة على ما وصلوا إليه.

جلسة المتابعة

الهدف:

معرفة مدى استمرار المحافظة على ما وصل إليه أفراد المجموعة التجريبية بعد اتباعهم للبرنامج.

تطبيق القياس المؤجل

الفنيات المستخدمة: المناقشة والحوار، التعزيز والتدعيم

محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد المجموعة وشكرهم على الحضور لهذه الجلسة بعد مرور شهرين على انتهاء البرنامج، تقوم الباحثة بتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على الأفراد وهو القياس المؤجل، ثم تتعرف على رأي أفراد المجموعة حول مدى الاستفادة من البرنامج ومدى تطبيق الخطة الجديدة بما تحتويه من فنيات وأساليب جديدة للتعامل مع المواقف اليومية، وما إذا كان هناك أي استفسار لديهم.

وفي النهاية تشكر الباحثة كل الأفراد على تعاونهم وتحثهم على الاستمرار في اتباع الخطة الجديدة والابتعاد عن الخطة القديمة بكل ما تحتويه من سلوكيات وأساليب تفكير، والاستفادة من الأساليب التي تعلموها في كافة مجالات الحياة.

Damascus University

Faculty of Education

Psychological Counseling Department

Effectiveness of meta-cognitive therapy in reducing symptoms of PTSD in a sample of adolescents in Damascus Governorate

Research submitted for a master's degree in mental health

Prepared by:

Hazar Bassam Abo Nabboot

Supervised by:

Dr. Riyad .N .Al Asemy

Professor in the Department of Psychological Counseling

2018 - 2019

Effectiveness of meta-cognitive therapy in reducing the symptoms of PTSD in a sample of adolescents in Damascus Governorate

The study aimed to:

1. Preparation of a counseling program based on the meta-cognitive model to reduce the symptoms of post-traumatic stress disorder and associated symptoms in a sample of adolescents in Damascus, and verify its effectiveness in this sample.

2. Measuring of differences between the control and experimental groups on both the PTSD scale and the meta- cognitive scale

3. Measuring the effectiveness of the program based on the meta- cognitive model in reducing the symptoms of PTSD and associated symptoms in adolescents.

4. Verification of the stability of the improvement made by the program in the experimental sample at the quantitative and qualitative level after the completion of the program and two months after its completion (deferred measurement).

Study Approach:

The researcher applied this research to the semi-experimental approach. The semi-experimental approach is one of the most appropriate approaches to the objectives of this research, and the design of the two groups, experimental group and control group, were used with pre measurement, post measurement and deferred measurement

The study sample:

The sample of the study consisted of (40) adolescents, where the sample of the experimental study is (20) adolescents, who the program based on the meta-cognitive model is implemented on, and (20) adolescents in the control group, and applied post measurements on the experimental and control groups after completion of the program.

Study Tools:

1 - The meta-cognitive measurement:

It is a measure of (30) items designed by Wells and Cartwright-Hatton (2004) and translated into Arabic by AL-Asimi (2016), was designed to measure the positive and negative beliefs of the individual towards anxiety. Each answer to these items is done in a multiple choice method (I do not agree to strongly agree). The meta-cognitive measurement contains five components, including: 1. Positive beliefs about anxiety 2. Cognitive confidence 3. Cognitive awareness 4. Negative beliefs about not controlling ideas 5. Beliefs about the need to control ideas.

2. PTSD Scale:

This measure was prepared by Adrian Wells (Wells, 2006), which the researcher translated into Arabic. Post-traumatic stress disorder scale includes (27) items, ask the sample to answer the items by estimating the symptoms that they have by putting a circle around the number that expressed depending on the score scale of (0-8), and there are (12) items of them are Beliefs which sample required to determine the extent of their beliefs through a score scale (0-10). The scale score ranges between 0 degree in minimum and 240 degree in maximum. A high-score is an evidence of post-traumatic stress disorder.

3. A counseling program based on meta-cognitive therapy prepared by the researcher:

The program included (12) sessions to reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder in a sample of adolescents, the time of a session ranges from (an hour to an hour and a half), The program was applied in the sessions groups.

The limits of the study:

- **Human limits:** The study was limited to a number of male adolescents in Damascus Governorate.
- **Objective limits:** The use of the semi-experimental approach, and counseling program based on meta-cognitive therapy, and measures of PTSD and meta-cognitive to identify the impact of the program to reduce the symptoms of

PTSD in a sample of adolescents in Damascus Governorate compared to With the adolescents control group after the implementation of the program (post-measurement), and after follow-up (deferred measurement), using appropriate statistical methods.

- **Spatial Limits:** Fayez Mansour secondary school in Damascus governorate.
- **Time Limits:** The study was applied in the period between 7/10/2018 – 14/11/2018.

Study variables:

- **Independent variables:** the counseling program based on the model of meta-cognitive therapy.
- **Dependent variable:** changes in the sample related to the reduction of the symptoms of PTSD which were measured by PTSD scale.

Statistical Tests:

The researcher used the statistical program (SPSS) to analyze the data using the following statistical methods:

- Mathematical averages and standard deviations.
- Coefficient to calculate internal consistency.
- Mann-Whitney test, to calculate the significance of the distinction between the upper and lower groups, ie, the significance of two sides (the discriminatory validity).
- Alpha Kronbach test.
- t test of the associated samples to study the differences in the experimental group before the application of the program (pre measurement) and after its application (post measurement), and two months after the application of the program (deferred measurement).
- t test for independent samples to study the differences between the control group and the experimental group.
- Act of magnitude of impact.

Results:

1. There are statistically significant differences between the mean scores of experimental group members in the pre measurement and their mean scores in the post measurement on PTSD scale for the post measurement.
2. There are statistically significant differences between the mean scores of experimental group members in the pre measurement and their mean scores in the post measurement on meta-cognitive measurement for the post measurement.
3. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group and the mean scores of the control group on the PTSD scale in the post measurement for the experimental group.
4. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group and the mean scores of the control group on the meta-cognitive measurement in the post measurement for the experimental group.
5. There are statistically significant differences between the mean scores of experimental group members in the post measurement and their mean scores in the deferred measurement on PTSD scale for the deferred measurement.
6. There are statistically significant differences between the mean scores of experimental group members in the post measurement and their mean scores in the deferred measurement on meta-cognitive measurement for the deferred measurement.
7. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group and the mean scores of the control group on the PTSD scale in the deferred measurement for the experimental group.
8. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group and the mean scores of the control group on the meta-cognitive measurement in the deferred measurement for the experimental group.
9. There is an effect size of the meta-cognitive therapy program to reduce post-traumatic stress syndrome and meta-cognitive beliefs.

Study proposals:

In view of the results of the study, the researcher suggests the following:

1. Conducting further experimental studies using meta-cognitive therapy to treat PTSD in different age groups.
2. Conducting experimental studies using Meta - cognitive therapy on different mental disorders.
3. Conducting studies on meta-cognitive therapy with longer follow-up periods to determine the effectiveness of treatment.
4. Focus on the meta-cognitive of individuals because of its significant role in the emergence of mental disorders.
5. Conduct training courses for psychologists to identify the theory of meta-cognitive therapy and training in its methods.