

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس

دراسة عوامل الخطر في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة :
المخططات المبكرة غير المكيفة و مركز التحكم نموذجا

العيادي

لنيل شهادة

/ .

ماكور طيب

السنة الجامعية: 2016 / 2017

كلمة شكر

أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الدكتور أحمد دوقة الذي ساعدني في إنجاز هذا

العمل المتواضع، وأمدني بتوجيهاته القيّمة. كما أشكر زوجتي التي حفرتني

على إتمام هذا العمل، فكانت لي الدافع والسند. ثم لا أنسى الدكتور شاكالي على

التسهيلات التي وضعها أمامي في مصلحة الاستعجالات السيكاترية ، كما أعبر عن

امتناني للأستاذ الدكتور فاضلي أحمد على مساعدته لي

I	
II	إهداء
III	فهرس المواضيع
VI	فهرس
VII	فهرس
VIII	

فهرس المواضيع

:

1	تمهيد
1	1- الاشكالية
5	2- تساؤلات البحث
6	3- الفرضيات
8	4- تحديد المفاهيم
11	5- الدراسات السابقة
14	خلاصة الفصل

الفصل الثاني: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD)

17	تمهيد
18	1- لمحة عن تطور مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
24	2- تعريف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

25	3- الدراسة العيادية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة
25	1.3- المعايير التشخيصية
31	2.3- التشخيص الفارقي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة
36	3.3- مرحلة الكمون
38	4- النظريات النفسية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة
38	1.4- التوجه الحياتي (البيولوجي)
39	2.4- التوجه النفسي-الدينامي
39	3.4- التوجه السلوكي
40	4.4- التوجه المعرفي
42	1.4.4- نموذج العاملين لمورر (MOWRER)(1960)
	2.4.4- نموذج المعالجة الوجدانية للمعلومة (KOZAK)(1986) و
44	(FOA)(1989) و آخرون
	3.4.4- النموذج البيونفسي اجتماعي لجونس (JONES) و
45	بارلو (BARLOW) (1990؛ 1992)
	4.4.4- نموذج الحركة المعرفية لشمطوب (CHEMTOB)
47	و آخرون (1988)
	5.4.4- نموذج التصورات الاساسية المهدمة

48 لجانوف - بولمان (JANOFF-BULMAN) (1985)

51 5 - مآل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

52 6 - علاج اضطراب ما بعد الصدمة:

54 1.6 - مفهوم التكفل

54 1.1.6 - تدخل الأزمة

55 2.1.6 - التطهير النفسي

60 3.1.6 - العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة

64 خلاصة الفصل

الفصل الثالث: مركز التحكم (LOC : Locus Of Control)

66 تمهيد

66 1 - تاريخ مصطلح « مركز التحكم » (LOC)

68 2 - تعريف مركز التحكم

72 3 - " الداخليين " و " الخارجيين "

74 4 - التأثيرات الثقافية على مفهوم الضبط الداخلي - الخارجي

78 5 - 5 - نجاح " الداخليين "

79 خلاصة الفصل

الفصل الرابع: المخططات المبكرة غير المكيفة

82	تمهيد
82	1 - تاريخ مصطلح المخطط المبكر غير المكيف
84	2 - تعريف المخطط المبكر غير المكيف و مميزاته
90	3 - خصائص المخططات المبكرة غير المتكيفة
95	4 - مصدر المخططات المبكرة غير المتكيفة
102	5 - مجالات المخططات والمخططات المبكرة غير المتكيفة
113	خلاصة الفصل

الفصل الخامس :الإجراءات المنهجية للبحث

116	تمهيد
116	1- منهج البحث
118	2- عينة البحث
118	3- مجال إجراء البحث
119	4- وسائل جمع البيانات
127	5- أدوات المعالجة الإحصائية

الفصل السادس :عرض ومناقشة النتائج

129	تمهيد
129	1- عرض و مناقشة النتائج في ضوء فرضيات البحث
149	خاتمة
152	اقتراحات البحث
153	المراجع
172	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة		
123	قيمة الفا كرونباخ في مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة	01
124	قيمة سبيرمان براون في مقياس المخططات المعرفية	02
125	حساب معامل الاتفاق بين المحكمين العشرة على كل بند	03
126	قيمة الفا كرونباخ في مقياس مركز التحكم	04
129	توزيع الافراد حسب مصادر التحكم	05
130	الفروق بين متوسطات الخاصة بمجالات المخططات المبكرة غير المكيفة ومتوسطاتها النظرية	06
131	الفروق في مجال الانفصال و الرفض حسب نوع مركز التحكم	07
132	الفروق في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد حسب نوع مركز التحكم	08
133	الفروق في مجال نقص الحدود حسب نوع مركز التحكم.	09
134	الفروق في مجال التوجه نحو الآخر حسب نوع مركز التحكم	10
135	الفروق في مجال اليقظة والكف حسب نوع مركز التحكم.	11
136	الفرق بين طبيعة الصدمة بسبب كارثة طبيعية وطبيعة الصدمة من طرف شخص باستعمال كاف مربع	12
137	الفروق في مجال الانفصال والرفض حسب طبيعة الصدمة	13
138	الفروق مجال نقص الاستقلالية والأداء حسب طبيعة الصدمة.	14
139	الفروق في مجال النقص الحدود حسب طبيعة الصدمة.	15
140	الفروق في مجال التوجه نحو الآخر حسب طبيعة الصدمة.	16
141	الفروق في مجال اليقظة والكف حسب طبيعة الصدمة.	17

فهرس الملاحق

مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة (جيفرى يونغ)	01
مقياس روتر للضبط الداخلي - الخارجي	02
تحكيم مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة	03
صدق المحكمين لمقياس وجهة الضبط (مركز التحكيم)	04
صدق المحكمين لمقياس المخططات المبكرة غير المكيفة	05
الاثبات عن طريق الفا كرونباخ (مقياس مصدر التحكم)	06
الاثبات عن طريق الفا كرونباخ (مقياس المخططات المبكرة غير المبكرة)	07
ملاحق الفرضيات	08
قائمة الاساتذة المحكمين	09

الملخص

هدفت هذه الدراسة للتعرف على بعض عوامل الخطر في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مركزين على التساؤلات التالية :

1. هل يختلف مصدر التحكم لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة ما بين

مصدر داخلي ومصدر خارجي ؟

2. هل يستعمل المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة جميع المخططات

المعرفية التي عدّها يونغ في مقياسه؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى

المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناءً على طبيعة مصدر التحكم

(داخلي خارجي)؟

4. هل يوجد اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب

الضغط ما بعد الصدمة بناءً على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف

شخص) ؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى

المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناءً على طبيعة الصدمة (كارثة

طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

تألفت عينة البحث من سبعين (70) شخصا مصابا باضطراب الضغط ما بعد

الصدمة، يعالجون بالمركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية في مصلحة الاستعجالات

السيكاترية، و لقد اختيرت بطريقة عرضية، حيث كان الباحث يلتحق بالمصلحة مرة

واحدة في الاسبوع (الاثنين) و يتعامل مع الحالات المتوفرة في ذلك اليوم، و للتأكد

من تجانس العينة، حرص الباحث على أن لا يشكو أفراد العينة من اضطرابات نفسية أخرى ما عدا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

قام الباحث بتطبيق مقياس المخططات المبكرة غير المكيفة ليونغ (Young) و كلوسكو (klosko) و مقياس مركز التحكم لجوليان روتر (Julian Rotter) كما قام باستخراج دلالات الصدق و الثبات لهذين المقياسين.

أما فيما يخص الثبات، فاستعمل الباحث الثبات عن طريق ألفا كرونباخ و عن طريق التجزئة النصفية. أما فيما يتعلق بالصدق، فقد لجأ الباحث إلى استعمال الصدق المحتوى عن طريق مجموعة محكمين.

أظهرت نتائج البحث أن مصدر التحكم لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة يختلف بين مصدر داخلي ومصدر خارجي، وأنهم يستعملون جميعا المخططات المعرفية التي عددها يونغ في مقياسه، حيث أن الفروق في مجال الانفصال والرفض بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي) غير دالة، والفروق في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي) دالة عند مستوى الدلالة 0.05، والفروق في مجال نقص الحدود بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي) غير دالة، والفروق في مجال التوجه نحو الآخر بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي) غير دالة، والفروق في مجال اليقظة والكف بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي) غير دالة.

يوجد كذلك اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) دال عند مستوى الدلالة 0.01.

و كذلك الفروق في مجال الانفصال والرفض لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

غير دالة، والفروق في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) دالة عند مستوى الدلالة 0.05، والفروق في مجال نقص الحدود بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) غير دالة، و الفروق في مجال التوجه نحو الآخر بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) غير دالة، و الفروق في مجال اليقظة والكف بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) غير دالة.

Résumé :

La présente étude vise à découvrir quelques facteurs de risque du trouble de stress post-traumatique, en se focalisant sur les questionnements suivants :

- 1- y'a-t-il une différence dans le « locus of control » chez les personnes atteintes de stress post-traumatique ?
- 2- les personnes atteintes de stress post-traumatique utilisent-elles tout « les schémas précoces inadaptés » que nous retrouvons dans son echelle ?
- 3- y'a-t-il des différences statistiquement significatives dans « les schémas précoces inadaptés » chez les personnes atteintes de stress post-traumatique suivant leurs type du « locus of control » ?
- 4- y'a-t-il une différence dans le « locus of control » chez les personnes atteintes de stress post-traumatique suivant la nature de

l'événement traumatique (catastrophe naturelle, agression interpersonnelle) ?

5- y'a-t-il une différence statistiquement significative dans les « schémas précoces inadaptés » chez les personnes atteintes de stress post-traumatique suivant la nature de l'événement traumatique (catastrophe naturelle, agression interpersonnelle) ?

L'échantillon de la recherche est composé de (70) personnes atteintes d'état de stress post-traumatique, prise en charge au CHU Blida, dans le service des urgences psychiatriques, choisi d'une manière non-aléatoire, sachant que le chercheur se présentait à ce service chaque lundi de la semaine, ne prenant ainsi que les cas qui venaient ce jour là.

Afin de s'assurer de l'homogénéité des cas de l'échantillon de l'étude, le chercheur a veillé à ce que les cas ne souffrent d'aucun autre trouble psychologique mis à part uniquement du stress post-traumatique.

Le chercheur a appliqué l'échelle des « schémas précoces inadaptés » de Young et Klosko, et aussi l'échelle du « locus of control » de Julian Rotter, ceci bien sûr après s'être assuré de leurs validités et de leurs cohérences.

En ce qui concerne la cohérence, le chercheur a utilisé la technique de alpha Cronbach et en utilisant la méthode « Split Half », et en ce qui concerne la cohérence, il a utilisé la validité du contenu Laquelle est basée sur les jugements du contenu par un groupe d experts.

Les résultats de l'étude ont montré que le « LOC » chez les patients souffrants de PTSD varie entre LOC interne et LOC externe, et qu'ils utilisent tous les schémas précoces inadaptés désignés par Jeffrey Young dans son échelle, à savoir les différences dans la séparation et le refus en se basant sur la nature du LOC (interne /externe) ne sont pas significatives, et les différences dans le manque de l'autonomie et performance se basant sur la nature du LOC sont significatives au niveau de significativité 0.05, et les différences dans le manque de limites se basant sur le LOC ne sont pas significatives, et les différences dans la dépendance aux autres ne sont pas significatives, et les différences dans l'hypervigilance et l'inhibition en se basant sur le LOC ne sont pas significatives.

Aussi, il y'a une différence dans le LOC chez les patients atteints de PTSD en se basant sur la nature de l'événement traumatique (catastrophe naturelle/ agression personnelle) qui est significative au niveau de significativité 0.01.

Aussi, Les différences dans le schéma de la séparation et du rejet chez les patients PTSD se basant sur la nature de l'événement

traumatique (catastrophe naturelle/ agression personnelle) se sont avérées non significatives, et les différences dans le manque d'autonomie et de performance en se basant sur la nature de l'événement traumatique (catastrophe naturelle/ agression personnelle) se sont avérées significatives au niveau de significativité 0.05.

Aussi, les différences dans le manque de limites en se basant sur la nature de l'événement traumatique (catastrophe naturelle/ agression personnelle) se sont avérées non significatives, et les différences dans la dépendance aux autres se basant sur la nature de l'événement traumatique (catastrophe naturelle/ agression personnelle) se sont avérées non significatives, et les différences dans l'hypervigilance et l'inhibition en se basant sur la nature de l'événement traumatique (catastrophe naturelle/ agression personnelle) se sont avérées non significatives.

مقدمة:

معظم الدراسات الابداعية حول الصدمة النفسية ، انجلوسكسونية، حيث أنهم ينسبونهم إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) كما هو مقدم في الطبقات الثلاثة للدليل الاحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية (DSM) (APA، 1986، 1989، 1996) .

من الجانب التاريخي ، ركزت هذه الدراسات على نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى ضحايا التجارب الصدمية الخاصة. غير أن هذه الدراسات ، سمحت و مازالت تسمح بتحديد نسبة الصدمة ، الاضطرابات المصاحبة ، المتغيرات الشخصية أو الموقفية التي تثقل أو تخفف الآثار ، و ذلك لتوجيه التدخلات العلاجية .

الجديد و النادر هو الاهتمام بانتشار هذا الاضطراب في المجتمع العام و ليس المجتمع السيكاتري.

من بين الأحداث التي تمس المجتمع، نذكر: كارثة طبيعية، حادث مهدد للحياة ، التهديد المسلح ، الاعتداء الجسدي و المشاهدة لجرح خطير أو لموت، صراع عسكري ، اعتداء جنسي ، الإهمال الوالدي و الاعتداء الجسدي أو الجنسي في الطفولة .

اجرى الباحث دراسة على ما يضع الاشخاص في هشاشة نفسية تؤهلهم للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة عندما يُعرضون لظروف صعبة و صادمة، بعبارة أخرى للبحث عن عوامل الخطر في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. لاجراء ذلك، قسم الباحث بحثه الى 06 فصول.

احتوى الفصل الأول على الدارسة الأساسية، وشملت الإشكالية، وطرح التساؤلات، و صياغة الفرضيات. ثم بعدها تمّ تحديد المفاهيم تحديدا إجرائيا، وعرض الدارسات السابقة والتي استعنا بها في مناقشة النتائج وتحليلها، هذا بالنسبة للفصل الأول .

بينما الفصل الثاني تناول اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، تاريخ المصطلح، تعريفه، الدراسة العيادية له (المعايير التشخيصية، الأشكال المختلفة، النظريات النفسية) التطور و العلاجات.

تتناول الفصل الثالث المخططات المبكرة غير المكيفة من حيث تاريخ المصطلح، تعريفه، أصوله، تطوره، تكوينه وأنماطه.

أما الفصل الرابع فتناول مركز التحكم من حيث تاريخ المصطلح و تعريفه و الفرق بين الداخليين و الخارجيين، و كذلك تناول النجاحات المعروفة لدى الداخليين و كيفية تأويل النجاح لديهم.

انتقلنا بعدها إلى الجانب الميداني والذي بدوره ينقسم عاى فصلين، الفصل الخامس وضم منهج البحث وأدواته، حيث تعرضنا إلى المنهج المستعمل ، ثم حددنا العينة وخصائصها. وعرضنا مجال التطبيق والخطوات التي سلكناها منذ بداية التطبيق وحصولنا على البيانات الخام التي تساعدنا على فحص الفرضيات . بالإضافة إلى وصف مفصل للأدوات المستعملة في جمع البيانات، والتي تتناسب وموضوع هذا البحث.

ثم اتبع بالفصل السادس و الأخير حيث تطرقنا فيه لعرض نتائج التطبيق ومناقشتها في ضوء الفرضيات. وجاءت الخاتمة حصيلّة لكافة الفصول.

أدرجنا في آخر العمل المراجع التي تمّ ترتيبها أبجديا. وفي الأخير وضعنا كل الوثائق والجداول المعمول بها في هذا البحث في الملحق.

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

1- الإشكالية

لماذا بعض الأشخاص يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، عكس الآخرين ، رغم أنهم تعرضوا لنفس الأحداث الصدمية ؟

اهتم الباحثون بهذا الاختلاف و حاولوا فهم سببه من حيث عدد الأعراض ما بعد الصدمة، و شدتها و تكرارها. وفي أول محاولة للتفسير ، اعتبروا درجة العنف الموجودة في الحادث الصدمي هو المسؤول الوحيد في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

(Kilpatrick et al ; Pitman, Altman et Macklin, 1989 ; Ruch et Chandler,1983)

نحن نعلم أن الحدث الصدمي يحتوي في ذاته القدرة على تدمير التوازن النفسي لكل شخص ، لكن نعلم أيضا أن الاستجابات ما بعد الصدمة تنتج عن تفاعل لثلاث عوامل يكون خاص بكل ضحية لهذا الحدث الصدمي، فيظهر ذلك واضحا في عدد الأعراض ، شدتها ، و مدتها. أما فيما يخص العامل الأول فهو يتمثل في الحادث في حد ذاته، أي العوامل المفجرة، أو كل ما كان موجودا أثناء الصدمة، و نعني بذلك المميزات الخاصة للحادث و استجابات الضحية له.

أما فيما يخص العامل الثاني ، فهو يتمثل فيما كان موجودا لدى الضحية ما قبل الصدمة ، فهي صفات مهينة تساعد في جعل العوامل المفجرة أكثر تدميرا.

أما فيما يخص العامل الثالث، فهو يتمثل فيما يكون من عوامل مدعمة بعد الصدمة يمكن لها أن تبقى أو تصرف الأعراض.

بهذا يبدو أن الحدث الصدمي لا يتفاعل مع شخصية بدون مؤهلات و مهيئات للاستجابة بأعراض الضغط ما بعد الصدمة ، حيث أن التجارب السابقة للضحية و التصورات حول العالم التي تقنع صاحبها على أن العالم الخارجي عالم عادل و طيب تعرض أكثر صاحبها لصدمة فورية (Perloff,1983) .

و كذلك الأشخاص الذين يثقون بسهولة و يعتبرون أن الجنس البشري خير و طيب، يبدون أعراض قوية للضغط ما بعد الصدمة أكثر من الآخرين.
(Janoff.Bulmann, R.1992)

إن الحادث الصدمي يضرب بقوة المعتقدات الأساسية للضحية نحو الحياة و العالم، خاصة المعتقدات الايجابية جدا منها ، كالاعتقاد أن العالم آمن و عادل . وبالتالي كلما كان الفرق شاسعا بين المعتقد الأساسي ما قبل الحادث و المعنى الذي يعطيه لنا الحادث ، كلما كانت الأعراض للصدمة قوية و شديدة و دائمة .

و من جهة أخرى ، فإن المعتقدات المتعلقة بعالم خبيث و سيء و طبيعة بشرية شريرة ، تؤثر هي كذلك في ظهور أعراض صدمية و اكتئابية .

(Perloff, 1983: Janoff.Bulmann, R.et Fritze 1983; Weinstein, N.D., 1980)

مجموع هذه المتغيرات المعرفية (المعتقدات و التصورات...) مهمة جدا لان بعض الدراسات تقول أن العوامل الذاتية (الإدراك العام ، توبيخ الذات ، إدراك تحديد الحياة الشخصية) تؤثر بشكل مضاعف على شدة الاضطراب المرتبط بالعنف البيئشخصي ، مقارنة بالعوامل الموضوعية

(Weaver,T.L.et Clum, G.A.1995)

من جهة أخرى ، فإن هذه المتغيرات المعرفية مهمة كذلك لأنها قابلة للتغيير عكس الحدث الصدمي ، فإذا أجرينا تغييرا فيها فنحن نجري تغييرا في الاضطراب في حد ذاته . هذه العوامل الذاتية تأتي نتيجة معتقدات أساسية أو مخططات معرفية أساسية، تكون على شكل هياكل عميقة ، لاشعورية و مستقرة نسبيا. (Beck et al., 1979)

فالحدث الصدمي يأتي لكي يعرقل و يعيق في العمق المخططات الأساسية للضحية، هذا ما يحطم شعورها بالانسجام و الأمن الداخلي.

إن النماذج التي أكدت دور المخططات في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والمقدمة من قبل (Janoff-Bulmann, 1992; Epstein.1990 ; Horowitz,1986) ترى أن هذا الاضطراب ينتج من تدمير المعتقدات الأساسية للضحية التي كانت تسمح لها بفهم و تفسير حوادث الحياة و العالم الخارجي. و هذا التدمير و صعوبة الضحية في إدماج التجربة ضمن تصوراتها للعالم هو الذي ولد اضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

و بصفة عامة ، تعتقد هذه النماذج أن انضمام الضحية أكثر لنظام معتقدات راسخ و جامد قبل الصدمة ، يجعل الحدث الصدمي أكثر تدميرا لها، و بالتالي يؤدي إلى أعراض الضغط ما بعد الصدمة . الفجوة بين تصاميم المصدوم الماضية و ما تحمل الصدمة من معنى ، تصبح كبيرة جدا: الضحية غير قادرة على استيعاب معرفيا و عاطفيا ما يحدث لها.

و يُظهر هؤلاء الضحايا الكثير من الضيق أمام إبطال و الغاء معتقداتهم الأساسية : العالم ليس مكانا آمنا ، و الآخرون ليسوا جديرين بالثقة .

يشعر هؤلاء الضحايا ، لأول مرة ، بشعور كبير من الضعف ، و يشعرون أكثر من أي وقت مضى بهشاشتهم العميقة. تصوراتهم عن أنفسهم ، و العالم و الحياة و الآخرين ، التي

هيكلت كل وجودهم ، أعيد النظر فيها بعمق ، مما وُلد ، أو سمح باستمرار ، أعراض ما بعد الصدمة .

إلى حد الآن عرضنا البحوث المتعلقة بالمخططات المعرفية كعوامل تؤهل أو تُثبّت اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، لكن هناك بحوث أخرى درست "النمط الأنسابي" أو ما يسمى بمركز التحكم (LOCUS OF CONTROL : L.O.C) كعامل مؤثر على استجابة الضحايا للحدث الصدمي (Abramson et al.,1978). ويقصد بهذا الطريقة المعتادة التي ننسب فيها أية مسؤولية أو تفسير نقدمه لما يحدث لنا، وهذا بهدف إعطائه معنى.

عرف THOMES و NOLLET (Nollet,D.et Thomas, J.2001) الانساب على انه " عملية استدلال لإعطاء معنى سببي للأحداث و لسلوكيات الشخصية و كذلك لسلوكيات الآخرين " . و في علم النفس الاجتماعي ، عرف HEIDER الانساب على أنه السياق الذي يتناول الإنسان به الواقع و يتنبأ له و يتحكم فيه .

تجدر الإشارة إلى أن الانساب يهدف إلى إدخال الانسجام و الاستقرار و المعنى في إدراكنا للمحيط . و يتمثل الانساب تحديدا في البحث عن الأسباب انطلاقا من ملاحظة التأثيرات ، و الهدف منه هو التمييز بين الأسباب المتعلقة بالسياق أو الوسط و الأسباب المتعلقة بالأشخاص ، و من ثم البحث عن الطابع العمدي أو غير العمدي.

انطلاقا من حدسه ، يحاول الإنسان أن يُنسب لأسباب انطلاقا من التأثيرات الملاحظة، و ذلك بعد محاولته للإجابة عن ثلاث أسئلة و هي :

- هل التأثير مميز و خاص بوضعية معينة معطاة ؟

- هل التأثير مستمر في الزمن ؟

- هل التأثير خاص بالفرد أو الشخص الملاحظ ؟

يهتم KELLY بدوافع سياقات الانساب ، الداخلية منها و الخارجية . ففي بعض الحالات عندما نكون محدودين في كمية المعلومات أو في الزمن، فإن عملية الانساب لا تتبع صرامة التحليل الاحصائي و لكن تعتمد على التجربة الماضية للشخص و أحكامه المسبقة حول سبب الحادثة ، حتى و إن ظهرت معطيات مخالفة لتفسيره ، و ذلك راجع لكون الإنسان يستخدم حدسه ، وبالتالي غالبا ما يكون مفكر بالتسرع و بالتقريب و بالأفكار المسبقة .

انطلاقا من مما ذكرناه سالفا ، يمكننا أن نطرح أسئلة حول الطبيعة الحقيقية للعلاقات ، من جهة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المخططات المبكرة غير المكيفة ، و من جهة أخرى بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و مركز التحكم .

من ثم ، فنحن نحدد مشكلة بحثنا هذا في التساؤلات التالية .

2 - تساؤلات البحث:

1. ما طبيعة مصدر التحكم لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة
2. هل يستعمل المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة جميع المخططات المعرفية التي عدّها يونغ في مقياسه.
3. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي)
4. هل يوجد اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

5. هل توجد فروق ذات دلالة في المخططات المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

3- الفرضيات :

1. يتميز غالبية المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بمركز تحكّم خارجي
2. تتميز جميع المخططات المبكرة غير المتكيفة المستعملة من طرف المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بدرجات تفوق المتوسط
3. توجد فروق ذات دلالة احصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي/ خارجي) و هي تنقسم الى خمسة (05) فرضيات جزئية، و هي :
 - 1) توجد فروق ذات دلالة في مجال الانفصال والرفض لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي/ خارجي)
 - 2) توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي/ خارجي)
 - 3) توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي/ خارجي)
 - 4) توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي/ خارجي)
 - 5) توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي/ خارجي)

4. يوجد اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

5. توجد فروق ذات دلالة في المخططات المعرفية لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

و هي تنقسم الى خمسة (05) فرضيات جزئية، و هي :

1) توجد فروق ذات دلالة في مجال الانفصال والرفض لدى المصابين باضطراب التحكم ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

2) توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

3) توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

4) توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

5) توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف لدى المصابين باضطراب التحكم ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

4- تحديد المفاهيم

4-1. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة :

تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع الخبرة الصادمة على أنها التعرض لحادث صدمي مفرط الشدة متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحادث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر أو أن يعلم عن موت غير متوقع أو نتيجة لإستخدام العنف أو عن ضرر شديد أو تهديد بالموت أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين.

(American Psychiatric Association, 1994, p24)

و من جهته، يعرف سيلامي (Sillamy) الصدمة على أنها حادث عنيف قابل لشن اضطرابات جسدية و نفسية تؤثر على بنية الشخصية و إن تكن هذه الآثار يمكن إعتبارها أزمة عارمة و الصدمة دائما تكون متنوعة بمجموعة من الاضطرابات النفسية و الجسدية و التي تكون غالبا مستمرة أي ما يعرف بتناذر مابعد الصدمة.

(Sillamy.N, 1980, p95)

4-1.1. التعريف الإجرائي: هو التشخيص المتوصل اليه من خلال الملف الطبي

السيكاتري الموضوع من قبل الطبيب العقلي المعالج بالاعتماد على المقابلة السيكاترية ومعايير الدليل الاحصائي و التشخيصي الرابع. نجد هذا الملف في مصلحة الاستعجالات السيكاترية في المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية.

4-2. المخططات المبكرة غير المكيفة :

المخطط هو نموذج هام يتشكل من ذكريات و عواطف و معارف و إحساسات جسدية تخص الذات و العلاقات مع الآخرين و هي تتشكل خلال الطفولة أو المراهقة و هي اختلالية و مهدمة بصفة واضحة.

(J.Young.2005. p345)

و من جهته يعرف ريبير Riber سنة 1985 المخططات المبكرة غير المكيفة على أنها خطة أو برنامج معرفي يوجه السلوك في تفسير المعلومات و حل المشكلات.

(محمد شلبي ، 2001 ، ص 263)

4-2.1. التعريف الاجرائي : نتحصل على هذه المخططات المبكرة غير المكيفة عبر مجموع الدرجات المتوصل إليها من خلال مقياس المخططات المبكرة غير المكيفة الذي أعده جيفري يونغ (Jeffrey Young) و يشمل 05 مجالات المتمثلة في (الانفصال و الرفض، الكفاءة، التوجه المفرط نحو الآخرين، اليقظة المفرطة، نقص الحدود).

4-3. مركز التحكم :

يرى روتر (Rotter) انه " إدراك التعزيز الذي يتحصل عليه و يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة نسبيا فانه يكون ذا تحكم داخلي أما إذا أدرك الفرد أن التعزيز لا يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة و لكنه يعتمد على بعض العوامل الخارجية كالحظ و الفرص أو القدر فإنه يكون ذا تحكم خارجي.

(رجاء عبد الرحمان الخطيب 1990، ص89).

تعريف ليفكورت (Lefcourt) 1976 فيقول أن مركز الضبط " يعتبر بعدا من أبعاد الشخصية حيث تؤثر في العديد من أنواع السلوك، و أن اعتقاد الفرد بأنه يستطيع التحكم في أموره الخاصة و العامة، يسمح ذلك له بالاستمرار على قيد الحياة دون قهر و يتمتع بحياته و من ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها.

(طلعت حسن عبد الرحيم 1985 ،ص 129)

أما سناء محمد سليمان (1998) ترى بأنه " إدراك الفرد للعلاقة بين سلوكه و ما يرتبط به من نتائج .

(سناء محمد سليمان 1988، ص 63)

4-1.3. التعريف الاجرائي :

مركز التحكم هو درجة اعتقاد الفرد وتوقعاته حول مصدر المسؤولية في أحداث حياته ونتائجها من نجاح وفشل وتسيير وأهداف وطموح وغيرها، حسب ما تشير إليه الدرجات المرصودة لإجابات المبحوث على مقياس وجهة الضبط العام لروتر، والذي يسمح بتصنيف المستجيب على بنوده إلى واحدة من فئتي الضبط العام السائدة، وهما فئة الضبط الداخلي وفئة الضبط الخارجي.

4.4. عوامل الخطر:

هناك محاولات حديثة كثيرة لتفسير السلوك المرضي و قد تبنت النموذج الإبيدميولوجي ، هذا النموذج يركز على فكرة أن هناك عددا من العوامل التي تضع الشخص في خطر للوقوع في مشكلة ما، سواء كانت هذه المشكلة جسمية، نفسية أو اجتماعية، و يسمى هذا النموذج المركز على الخطر . (Approche Centrée sur le Risque). و ينصب اهتمام هذا النوع من البحوث و التي تسمى بالبحوث الوقائية على تحديد أهم عوامل الخطر و الوقاية من الوقوع في بعض المشكلات الصحية.

في الحقيقة عوامل الخطر و عوامل الوقاية نهايتان متقابلتان لخط مستقيم واحد، فالشخص الذي لا يتعرض إلى عوامل خطر عالية فإنه يملك عوامل وقائية معتبرة. إن عوامل الوقاية تعتبر متغيرات وسيطية حيث تقوم بتعديل تأثيرات التعرض لعوامل الخطر (Garmezy, 1991, Rutter, 1985, Werner1989)

يعتبر الباحثون الحاليون في مجال الصحة أن تحديد عوامل الخطر من أهم المشاريع لإدراكهم أن فعالية تدخلهم الوقائي و العلاجي يتوقف على تحديد هذه العوامل (Jessor,R.1991)

5-الدراسات السابقة:

تمهيد

أصبح اضطراب الضغط ما بعد الصدمة موضوعا متداولاً في الاوساط الصحية، حيث يكون الفرد في اتصال دائم مع حوادث ضاغطة و صادمة كالإعلان عن مرض خطير او حوادث المرور او كوارث الحياة او الاعتداءات الشخصية. لذا اهتم الباحث بالدراسات السابقة حيث يمكنها ان تخدم البحث و تساعد في تفسير و مناقشة نتائجه. ولقد جاء ترتيبها زمنياً حيث عرض الباحث الدراسات من الأقدم إلى الأحدث دون تصنيفها إلى دراسات عربية وأجنبية.

يتكلم Janoff-Bulman عن تصور قاعدي حول عالم عقلائي، قابل للفهم، قابل للتحكم وعادل، الذي لم يواجه صدمات يعتقد اعتقاداً راسخاً أن هناك نوع من الاقتران بين ما يحدث للأشخاص وسلوكهم وقيمتهم، يمنح هذا الاعتقاد شعوراً بالتحكم والفهم للواقع لأنه يفترض أن كل شخص يتعرض لما يستحقه وبالتالي يكفي التصرف بصفة جيدة كي يحتمي من

المآسي، و يدرك الأحداث السلبية على أنها عقاب ويدرك الأحداث الإيجابية على أنها مكافآت على سلوك جيد أو على خلق حميد. (Janoff-Bulman,1979, 1985) حسب (Kobasa,79) الأفراد ذوو التوافق و الجلد يتميزون بمركز تحكم داخلي وحس قوي وإصرار على الأهداف الشخصية، وقدرة جوهرية على مواجهة الصعوبات والتحديات، أما النشاطات المعرفية المميزة للجلد فهي الإدراك المتواصل وتقييم واعطاء معنى للحدث، وبالتالي يطور مخططا فعالا للقيام بالسلوك والاستجابة، والتي يمكن أن تكون استراتيجية سلوكية أو إعادة تقييم معرفي فعال.

بالنسبة ل Horowitz(1986) يمكن تفسير النزعة أو القهر على التكرار عند الأفراد الذين تعرضوا لصدمات إلى عجزهم عن إدماج المعلومات الجديدة إلى معتقداتهم ومخططاتهم المعرفية حول ذاتهم وحول الآخرين وحول العالم، وعندما لا يتم إضافة تلك المعلومات الجديدة تبقى ذكرى الحدث نشطة في ذاكرة العمل وبالتالي تظهر أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

حسب (Folkman & Lazarus) عملية التقييم متأثرة بالميزات أو المصادر الشخصية والمتغيرات المحيطية، وهذا يمكن أن يفسر لماذا نفس الحدث قد يفسر على أنه تهديد من طرف شخص، وكتحدي من طرف شخص آخر. (Folkman & Lazarus, 1986,1988 cité par P.Graziani et al, 1998 pp 101-102). الميزات الشخصية : هي كل ما يتعلق بالقيم والمعتقدات الدينية، مركز التحكم (Rotter) ، الإنساب، الصلابة والجلد والتي تتناسب مع قدرة التحكم في الأحداث والمقاومة (kobasa) و (Steptoe) ، القابلية للحصر بمعنى الميل العام لإدراك الوضعيات المعادية كتهديدات.

(Rotter,1966; Steptoe 1991; kobasa & al 1982 cité par I.Paulhan 1992, p 550)

تحدث (Eptein) عن أربع مخططات معرفية يمكن أن تتحطم بسبب الأحداث الصدمية وهي: الإيمان بطيبة وسلامة العالم، إمكانية العدالة (عدل الحياة) ، الثقة في الناس، خلود الذات (القدرة القصوى للذات). هي معتقدات ضمنية في حياة معظم الناس وتعتبر أساسية في السير الوظيفي العادي، وتأتي الأحداث الصدمية لتجعل الفرد يواجه محدودية هذه الأفكار الوجودية، ويواجه ضعفه وهشاشته، ومن خلال التحليل المعرفي للحدث يطور نظرية جديدة حول العالم وحول نفسه، تدمج الصدمة وما أحدثته من تغيير.

(C. M. Aldwin, 1994, p 172)

وجد الباحث ديفيدسون (Davidson) (1991) أن السوابق العائلية للأمراض العقلية خصوصا الإدمان على الكحول هي أيضا عوامل خطر تجعل خصوصا من الطفل أكثر هشاشة بمفهوم المحددات البيولوجية بالطبع، و لكن أيضا من و جهة نظر تطويرية لأن الطفل ينمو في هذا السياق العاطفي و المعرفي الخاص. كما أن السلوكات الوالدية السلبية أو الانفصال المبكر مع أحد الوالدين يزيد في نفس الوقت من خطر التعرض للصدمة و خطر ظهور و تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

اهتمت بعض الدراسات بطبيعة الأفكار ما بعد الصدمة، حيث توصل كل من فوفا (Foa) (1999) و دون مور، كلارك و أُلر (Dunmore,Clark,Ahlers, 2001) إلى أن الأفراد الذين يفسرون بطريقة سلبية اضطراباتهم الانفعالية و أعراضهم ما بعد صدمية، لديهم مشاعر تغير دائم في أنفسهم و حياتهم، أي تغيرات دائمة في الشخصية حسب CIM10 ، كما أنهم يقدرّون بشكل كبير إمكانية وقوع أحداث سلبية مع نتائج خطيرة، لهذا فهم يظهرون احتمالا كبيرا في الإصابة بتعقيدات ما بعد صدمية على المدى البعيد.

فمن خلال الدراسات الحالية الموجودة في هذا الإطار، يبدو أن هناك فرديات مختلفة في إدراك ما هو صدمي أم لا، لأن مقارنة نسب تكرار التعرض لوضعيّات الصدمية و

الاضطراب نفسه أدى بالباحثين إلى الاهتمام بهذا البعد الذاتي للصدمة أي التقييم الذي يقوم به الفرد في لحظة وقوع الوضعية الصادمة. (Yehuda. R, 2004, p29)

و في نفس السياق وجد كل من فلاننتين و أندروبروين (Valentine, Andrews, Brewin, 2000) في دراسة تحليلية أن السوابق النفسية و العقلية الشخصية تشكل عوامل خطر خصوصا عند الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الكبير، نوبات الهلع و اضطراب الوسواس القهري.

إن الانسان يعاني بشدة إذا ما حدث له ما لا يستطيع التحكم فيه، خاصة إذا كان ما يحدث مؤلما.

(Abramson, Seligman &Teasdal,1978 ; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989. Mineka & Kilhstrom,1978)

بناء على ذلك فإنه تم التعرف على إدراك انعدام القابلية للتحكم في الأحداث كمحدد من محددات التجربة الصدمية (foa, zinbarg, & rothbaum ,1992) وما يصدّم الأفراد هو إدراكهم لفقدانهم التحكم أثناء الحدث وكثيرا ما نجد جملة " ماذا لو ؟ " عند المصدومين ، ماذا لو فعلت كذا وكذا ...يظهر المصدومين الذين لديهم الاعتقاد أنهم سيتحكمون في الأحداث المشابهة للحدث الذي عاشوه أعراضا أقل

(Dalenberg & Jacobs, 1994)

خلاصة الفصل

نستنتج من خلال عرض الدراسات السابقة أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة له جذور قبل الحدث الصدمي في حد ذاته، بحيث تبين أن هناك عوامل خطر تتلخص في " تصور قاعدي حول عالم عقلائي، قابل للفهم، قابل للتحكم" من خلال مجموعة من التصورات حول

عالم يخضع لعدة أحكام و قواعد منطقية يمكن لأي فرد أن يفهمها و يتتبا بها، و لأي فرد أن يتحكم في حدوثها...

كما نجد "عدم التميز بالجلد " و هو عدم القدرة على النجاح والتطور ايجابيا بطريقة مقبولة اجتماعيا بعد التعرض لحالة من الضغط أو الصدمة النفسية التي تحمل في طياتها خطورة شديدة و مآل سلبي.

بالإضافة إلى تميز هذه الفئة من الافراد "بمركز تحكم خارجي"، أي أنهم لا يتحكمون تماماً في نتائجهم ويعتقدون بأن هناك قوى خارجية تحدد هذه النتائج ومن الصعب التحكم في هذه القوى الخارجية نتيجة للحظ أو الصدفة ، شاعرين بأن النفوذ الخارجى هو المسيطر عليهم وليس لقدراتهم أي تدخل .

كما أن "عجزهم عن إدماج المعلومات الجديدة إلى معتقداتهم ومخططاتهم المعرفية حول ذاتهم وحول الآخرين وحول العالم" يضعهم في موضع خطر للوقوع في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أي أن عدم تمكنهم من استيعاب حوادث جديدة غير متوقعة و غير موافقة لما كانوا يعتقدونه حول ذاتهم و الآخرين و العالم، وضعهم في حالة المفاجأة و الفرع و خيبة الظن و الشك في كل ما كان يقينا من قبل.

الفصل الثاني: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD)

تمهيد

يواجه الإنسان في حياته اليومية ضغوطاً نفسية متعددة. والضغط هو أحداث خارجة عن الفرد ، أو متطلبات استثنائية عليه، أو مشاكل أو صعوبات تجعله في وضع غير اعتيادي فتسبب له توتراً أو تشكل له تهديداً يفشل في السيطرة عليه، وينجم عنه اضطرابات نفسية متعددة. ولقد جرى تشخيص هذه الاضطرابات ودراستها بصورة منهجية تبعاً لوضوح أعراضها وشيوعها، والتقدم العلمي في مجالي علم النفس والطب النفسي .

ويمكن تحديد " الهستيريا " بوصفها أول اضطراب من مجموعة الاضطرابات التي تعقب الأحداث الضاغطة يتم دراسته وتوصيف أعراضه بصورة منهجية ، فيما يعد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية آخر اضطراب في هذه المجموعة يتم الاعتراف به في التصنيف الطبية النفسية. على الرغم من وجود أفكار سابقة ذات علاقة به مثل صدمة القنابل

(Shell Shock) والصدمة العصبية (Nervous Shock). ففي عام (1980) تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية . وذلك في الصورة الثالثة من المرشد التشخيصي الإحصائي (DSM-III). ثم بدأ تدريجياً في الظهور عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية، حيث تمت ملاحظة مجموعة من الأعراض النفسية المشتركة التي تظهر على بعض الجنود المقاتلين أثناء مشاركتهم في الحرب. ثم اكتملت الملاحظة بظهور الأعراض بصفة عامة على الذين يشاهدون أو يتعرضون للتهديدات والقتل والتعذيب والاغتصاب، أو للهجرة والنزوح، والمجازر، أو لانتهاك القيم، وغياب الدعم، وفقدان المقومات الأساسية، وللقصور الجسدي والوظيفي، وللحرمان من الحاجات الضرورية للاستمرار في نسيج شبكاتهم الاجتماعية. وتم تعميم المصطلح بعدها على كل الذين تظهر عليهم الأعراض جراء تعرضهم للكوارث الطبيعية الصادمة مثل الزلازل والفيضانات والبراكين

والأعاصير والحرائق التي تهدد حياة الإنسان وتنفوق قدراته على التحمل والمقاومة والتوافق، وتجعله في حالة من العجز والرعب والهلع والانهيار والضياع واختلال البناء النفسي والبدني.

1- لمحة عن تطور مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة :

يحكي (Hérodote) في روايته أنه كان هناك محارب يدعى (Epizelos) الذي أصبح مكفوف مباشرة بعد رؤية مقتل صديقه الذي تم قتله بأبشع الطرق عن طريق الذبح و كان ذلك في حرب المراتون ... يعكس هذا المشهد إستجابة عصابية عن طريق آلية التحويل الهستيري بعد صدمة عاطفية شديدة و هذا العرض الهستيري الرمزي يرمز إلى تمثيلية الموت الخاصة به و فقدان البصر يترجم عدم قدرته لرؤية تلك التمثيلية أمام عينيه. (Poulain,Chantal ,2010,p1)

و في القرن 18 كانت معظم جيوش الأنظمة الأوروبية تعاني ما يسمى (La Nostalgie) أثرت هذه الأخيرة بشكل كبير ، حيث كانت سببا في أصل إنتشار الوباء النفسي و لم يكن يسمح لهم بالتكلم عنه لأنه لا شغل و لا شاغل إلا الحرب و بقي هذا التشخيص على حاله حتى نهاية القرن (19) و لكن ما يلاحظ أن مفهوم الصدمة بدأ يأخذ أهمية علمية و في نفس الفترة الزمنية قام (Philippe.Pinel) في مبحث الطب النفسي بين (1798-1808) بوصف إكلينيكي لعدة حالات بعد تعرضها لصدمة عاطفية مرتبطة أكثر بالحرب مع وضع إطار لكل حالة حسب الأعراض المقدمة وعلى إثرها إقترح أربعة أقسام عيادية و هي كالتالي : العصاب التنفسي، العصاب الدورة، الغباء، المنخوليا و أول حالة قام بعرضها كانت لفتاة تعاني من العصاب التنفسي و ذلك بعد ظهور عدة أعراض كالإغماء، التشنج، الصداع، ضيق تنفسي كإستجابة لحدث إنفجار منزل والديها و كان هذا الحدث مسبقا بعدة أحداث حربية أخرى و لكن الملاحظات الأكثر وضوحا و المتصلة بعصاب الصدمة هي تلك التي قام بها مع رجل عسكري قارب على التقاعد و الذي أظهر إصابات

عصبية مثل تشنج الأطراف و اضطرابات في النوم، أفكار مرعبة و هيجان لأصغر المثيرات.

(Poulain.Chantal,2010,p1)

لكن أولى الدراسات العلمية حول الصدمة النفسية و ما يعقبها من اضطرابات تعود إلى نهاية القرن 19 حيث لعب الطب العقلي دورا كبيرا كما قلنا، و يعتبر (Oppenheim.H 1889) أول من استخدم مفهوم **العصاب الصدمي** لوصف الأعراض العيادية الظاهرة عند ضحايا حوادث القطارات، والذي يتكون أساسا من ذكريات طفيلية للحدث، اضطرابات النوم مع هيجان، كوابيس متكررة، و قد استند الباحث في ذلك إلى الاتجاه العضوي فهو يرى أن أعراض الصدمة هي نتاج لتغيرات جزيئية على مستوى الجهاز العصبي المركزي. و لقد لاحظ كذلك تكرار المشاكل القلبية الوعائية عند الجنود المصدومين، حيث أدخل الطبيب Oppenheim تقليدا دام لمدة طويلة في هذا المجال يتمثل في ارتباط أعراض ما بعد الصدمة بعصاب القلب

.(Ponseti-Gaillochon, 2009, p 09)

ليقدم فيما بعد (P.Janet) رسالة دكتوراه معنونة (L'automatisme Psychologique) عرض فيها 21 حالة استعمل معهم التنويم المغناطيسي بهدف إحياء الحدث الصدمي و محاولة إيجاد مخرج من الاضطراب إلى تفكك الوعي و الأفكار الثابتة حيث أن الفكرة الثابتة و المتعلقة بالجسم تكون كالجسم الغريب الداخل على نظام نسقي فيفكك روابطه ليعطي أفعال أتوماتيكية بينما وضع (Emile. Kraepelin) مفهوم عصاب الرعب و كان ذلك في سنة (1899) الذي ميزه عن الهستيريا الصدمية التي تحدث عنها (G.M.Charco) بعد ملاحظة لعدة أعراض هامة على ضحايا الحرب كاجترار الأحداث، اضطرابات في النوم ، صعوبات في التعامل مع الغير، تقلص حقل الاهتمامات وهن، أعراض إكتئابية و فوبيا.

(A. jolly, 2002, p94)

و في هذا المجال يتكلم (1871) Da Costa (1870) Myers عن القلب السريع الانفعال (Cœur irritable) الذي يشبه تماما ما نسميه حاليا بنوبات الهلع التي تسيطر عليها الأعراض القلبية الوعائية.و بسبب هذه الاسنادات العضوية فإن السلطات لم تهتم بالبحث عن سبب انكسار الجنود فجأة وإظهارهم للضعف و الجبن. و الأطباء بدورهم لم يشخصوا تصدعات في الشخصية عند الجنود الذين احتفظوا بمظهر مشرف.و لكن سريعا ما لاحظ أطباء آخرون و على رأسهم (Myers Charles Samuel) (1995) أن صدمة الخنادق أو المتفجرات تظهر أيضا عند جنود لم يتعرضوا أبدا و بصفة مباشرة إلى الطلقات، لهذا أكد هذا الطبيب أن الاضطرابات الانفعالية وحدها كافية لتفسير ظهور الأعراض و بالتالي رفض النظرية العضوية البحتة. و كغيره من الأطباء الذين اتبعوه اقترب ماير (Myers) من مفهوم عصاب الحرب الهيستيري

(Kédia. M et al ,2009 p 04)

في نفس السياق و في فترة مارس فيه الطب العقلي الفرنسي تأثيرا عالميا، نجد Briquet (1859) قد ربط بين الهستيريا و صدمة الطفولة،حيث وصف 500 حالة هستيريا وجد فيها 76 % من الحالات كانت الصدمة مصدرها.

(Crocq. L & De Verbizier, 1989 p 56).

أما المحلل النفسي شاركو (1887) Charcot Jean-Martin من جهته تكلم عن الصدمة العصبية التي تغرق المفحوص في حالة ثانوية تشبه حالة التتويم المغناطيسي، لهذا فهو يعتبر أول من تكلم عن ظواهر التفكك و اقترح على بيار جاني Pierre Janet متابعة الأبحاث في هذا الموضوع. و هكذا طور جاني (Janet) (1889) نظرية قريبة من نظرية العالم العصبي بوتمان جيمس (James Putnam)(1881)،فحسب (Janet) فإن النفس عندما تواجه وضعية مرعبة يمكن أن تصبح مؤقتا غير قادرة على تفسير مخططاتها المعرفية الموجودة من قبل و الانفعالات المرتبطة بهذه الوضعية، و لا يمكن لذكريات هذه التجربة أن تدمج في الوعي لهذا فهي تستبعد وتفكك و تتخلص من السيطرة الإرادية،أي أن

الفرد يتفكك لأن قدراته العقلية أضعفت بالانفعالات القوية و أصابت قدرته على إدماج المحتويات العقلية في الوعي. و حاليا تملك نظرية(Janet) صدى عالميا معتبرا، حيث اتبعه العديد من الباحثين أمثال: (Carl Young) الذين اعتبروا التفكك سياق أساسي يولد أعراض صدمية. و مع ذلك ذهب هذا التيار طبي النسيان لعشرات السنوات لفائدة نظرية(Freud) و لكن مع مطلع 80 و تحت تأثير الأبحاث الأنثولوجوسكونية تم إعادة الاعتبار لأعمال جاني و دور التفكك من جديد على المستوى العالمي.

و في نفس فترة (Janet) نجد فرويد (Freud) الذي تأثر كثيرا بأفكار (Charcot)، فما بين سنة 1882 و سنة 1896 إتبع هذا المحلل النفسي مبدأ ينص على أن الوعي الباطن يحتوي على أحداث ذات تعبئة عاطفية جد شديدة بعدها يتم ترميزها في حالة وعي معدلة.و هو أيضا يفسر نوبات الهستيريا كتذكر مبهم غير واعي لحالة نفسية سابقة كانت صدمية،و طور في دراسات حول الهستيريا 1895 فكرة أن الأنا يقمع الذكريات الصدمية المؤلمة و التفكك بالتالي يعتبر نتاج ميكانيزم دفاعي يحمي الشعور.

و اختلافا عن جاني(Janet) لم يفسر (Freud) الهستيريا كفشل في إدماج المعطيات الجديدة في المخططات الموجودة و لكن كقمع للنزوات الجنسية و العدوانية المتمركزة حول عقدة أوديب.

(Kédia M. et al, 2009 p 05)

و اعتبر عمل التداعي الحر كعلاج يسمح بتحرير هذه العواطف و الوصول بالمفحوص إلى حالة الراحة النفسية. و لكن عاد (Freud)(1920) و ربط الصدمة النفسية بكمية الطاقة النفسية التي تستثيرها الاعتداءات الآتية من الخارج و كيفية تعامل الجهاز النفسي معها و الذي شبهه بحويصلة حية محمية من طرف غشاء صاد الاثرات.

(Barrois, C.,1988 p78)

و في مؤتمر التحليل النفسي الذي أقيم سنة 1932 أعلن (Ferenczi) عن نظريته المشهورة « **اختلاط اللغة بين الراشدين و الطفل** » موضحا فيها اليأس الذي يعيشه الطفل

عند مواجهة الراشدين الذين يستغلون هشاشته و حاجاته إلى العطف للاعتداء عليه جنسيا، لهذا أدخل هذا المحلل النفسي مصطلحا هاما لتحليل النفسي و هو **التقمص بالمعتدي** الذي يعتبر من بين أهم ميكانزمات الدفاع عند الأطفال ضحايا المعاملة السيئة.و لكن كان رد جمعية التحليل النفسي بالرفض على هذا التدخل،حيث لم ينشر هذا المقال بالانجليزية إلا في سنة 1949 بالتقريب 17سنة بعد موته.

(Kédia M. 2009 ,p 05)

و إلى غاية بداية القرن 20 كان لا يزال موضوع الهستيريا قيد الدراسة، ففي فرنسا عندما تسلم ببنسكي جوزاف (Babinski Joseph) (1905) رئاسة مستشفى (Salpêtrière) رفض سبب الصدمة المقدم من طرف (Charcot) و اقترح مفهوم الإيحائية و التصنع أو التظاهر بالمرض التي تعتبر من أهم خصائص الهستيريا، لهذا و خلال الحرب العالمية الأولى تمسك الكثير من أطباء العقل الفرنسيين و الألمان بالكشف عن الجنود المتصنعين بدل التخفيف من آلامهم.و هكذا طرح مفهوم هستيريا الحرب إلى الأفق التساؤل عن إرادة المفحوص، ففي ألمانيا خصوصا كان الجنود المصدومين يعتبرون ضعفاء تنقصهم الإرادة و تكلم الأطباء حتى عن مرض الإرادة، لهذا كان علاجهم قائم على تمارين فزيولوجية جد شاقة فضل الجنود بسببها العودة إلى ميادين القتال بدل العلاج.

(Van der Kolk, 1996 p 147)

و لم تتضح معالم العصاب الصدمي كوحدة مرضية إلا مع بداية الحرب العالمية الأولى وهذا بالتحديد في التصنيف النرويجي لـ (Kreaplin). الذي وصف مرضاه المصابين بالعصاب الصدمي على أنهم غير مستقرين، ذوي صعوبات علائقية، تراجع في مجال الاهتمامات بالعالم الخارجي، تعب، عدم القدرة على العمل، نوم مضطرب، أحلام مفرعة، قلق، ويرى (Kreaplin) أن تطور هذه الأعراض يمكن أن يتجه نحو التراجع و التساؤل أو نحو أشكال متأخرة لا يمكن إقصائها إلا بعد شهور أو سنوات.

(Barrois. C, 1988 p95)

لقد لعبت الحروب الروسية اليابانية (1904-1905) دورا رئيسيا في تاريخ الصدمة النفسية حيث أدخل الطبيب العقلي الألماني (Honigman) مصطلح عصاب الحرب و مع إندلاع الحرب العالمية الأولى (Georges) مصطلح تنويم الحروب الذي ارجعه إلى سببين هما الصدمة الإنفعالية و الإنهاك الجسمي حيث يظهر المحاربون إستجابات ظهور هلاوس و بلادة و رغم إختلاف المصطلحات و المفاهيم فإن أصحاب الطب العقلي يرجعون تلك الأعراض إلى السببية ما بعد الإنفعالية أما في الحرب العالمية الثانية فقد أعطى الأنجلوساكسون مفاهيم جديدة مثل إستجابات الحرب المتأخرة أو الإضطرابات العقلية المتأخرة حيث تأخذ هذه الأخيرة أعراض الحصر و أعراض نفسوجسدية مصاحبة لمواقف التبعية الإنسحاب و عدم القدرة على الإندماج في المجتمع و الحاجة إلى تقدير الذات و السبب في ذلك يرجع إلى مدة التعرض لأحداث الحرب و من جهة أخرى الصراع بين القيام بالواجب و حماية الذات و لقد وصف (Targowla) التناذر الراسبي الذي يحوي مجموعة من الإشارات العيادية مثل العياء الحركي و العقلي و الإعاشي، القلق، تشاؤم ، فقدان الإهتمام بالنسبة للعالم الخارجي، الشعور بالعجز و بالدونية ليعوضها فيما بعد بإسم تناذر فرط التذكر الإنفعالي المرضي الذي يشتمل على ذكريات متعلقة بالحرب، إجتزار فكري و الشعور بالرعب على إثر تذكر الأحداث المؤلمة ليقول بها تحت ما يسمى بتناذر التكرار الذي أشار إليه (Eitinger) في سنة (1961) ليظهر مصطلح ال (P.T.S.D) في سنة (1980) على إثر الحرب الأمريكية الفيتنامية و الذي لقي رواجا غير مألوف في الدول اللاتينية و الأوروبية حتى في الوقت الحالي بالرغم من تعرضه لعدة تنقيحات و لم يعد هذا المصطلح يطلق على ضحايا الحرب بل كذلك على ضحايا الكوارث الطبيعية و التكنولوجية، الإعتداءات و الإرهاب و التي كانت كذلك محل دراسته و أعمال الفرנקفون مثل (Croq 1989, Bouthion 1990, Jahel 1997, Duchet 2000) فإضافة إلى الصدمة تم تسجيل إضطرابات سيكوسوماتية، فوبيا، تغيير نمط الحياه و الشعور بعدم التفهم من طرف المحيط. (Halluin Estelle ,2004, p62-63)

2- تعريف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

• تعريف A.P.A:

تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع الخبرة الصادمة على أنها التعرض لحادث صدمي مفرط الشدة متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحادث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر أو أن يعلم عن موت غير متوقع أو نتيجة لإستخدام العنف أو عن ضرر شديد أو تهديد بالموت أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين.

(American Psychiatric Association, 1994, p24)

• تعريف فاروق السيد عثمان:

يعرفها بأنها مجموعة ردود الأفعال الحسية نتيجة لمواقف الفرد اليومية المنقلة إلى الدماغ على شكل مواقف و تعابير غير قابلة للترجمة الآنية الأمر الذي قد يؤدي فيما بعد إلى إنحباسها داخل النفس البشرية، و يرى بأنها تعبير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة و مستمرة.

(فاروق السيد عثمان, 2001, ص99)

• تعريف Lutz Besser (2002)

« إن الفرد عندما يتعرض لتجارب مهددة لحياته، فإنه يستجيب بخوف مؤلم يؤدي به سواء إلى عدم القدرة على الهرب و بالتالي الإحساس باليأس، أو عدم القدرة على المواجهة و بالتالي الإحساس بالعجز، و في كلتا الحالتين يكون الفرد مهياً و معرض إلى تفسير أو تصدع في استجاباته، أفكاره، أحاسيسه، انفعالاته و صوره »

(Institut Français D'EMDR ,2010 p30)

• يشير يرزانو (Ursano) (1994) إلى أن الأحداث الصدمية أحداث خطيرة و مركبة و مفاجئة ، و تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة ، و تسبب الخوف و القلق و الانسحاب و التجنب ، و الأحداث الصدمية كذلك ذات شدة مرتفعة و غير متوقعة و غير متكررة و تختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة.و يمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة أو جريمة من جرائم العنف ، و قد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلزال أو الإعصار.

(أحمد محمد عبد الخالق ، 1998 ، ص45)

• و حسب (Sillamy.N) فإن الصدمة حادث عنيف قابل لشن اضطرابات جسدية و نفسية تؤثر على بنية الشخصية ، و إن لم تكن هذه الآثار يمكن اعتبار أزمة عارضة و تكون دائما متنوعة بمجموعة من الاضطرابات النفسية و الجسدية و التي تكون غالبا مستمرة و تعرف بأعراض ما بعد الصدمة و أهمها : عدم الاستقرار ، الضعف ، العياء النفسي ، فقدان الذاكرة ، النهوض إلى مرحلة طفولية

(Sillamy.N, 1996 , p 266) .

3- الدراسة العيادية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة

1.3- المعايير التشخيصية

قد يحدث اضطراب ما بعد الصدمة إذا :

(1) تعرض شخص لموقف صادم حدث فيه التالي: مر بخبرة، أو شاهد، أو واجه حدثا أو أحداثا تضمنت موتا فعليا أو تهديدا بالموت أو أذى بليغا، أو تهديدا للتكامل والسلامة الجسمية للشخص أو للآخرين. وكذلك تضمنت خبرة الشخص استجابة الخوف الشديد، والشعور بالعجز والاستسلام أو الرعب. وقد يعبر الأطفال بدلا عن الخوف والرعب والعجز والاستسلام بإظهار السلوك المضطرب وغير المنتظم.

(2) يعايش أو يخبر أو يستعيد أو يسترجع أو يتذكر الشخص بصورة مستمرة الحدث الصادم بأحد الطرق التالية: الاستعادة المتكررة والمؤلمة بصورة اقتحامية وضاغطة للحدث الصادم في صورة تتضمن الصور الذهنية والأفكار والمدرجات. وقد يعبر الأطفال الصغار بالألعاب التي تتضمن تمثيل لمشاهد وجوانب من الحدث الصادم. هذا إضافة للأحلام والكوابيس المزعجة المتكررة عن الحدث الصادم. بالنسبة للأطفال فقد يعانون من أحلام مخيفة تتضمن محتوى الحدث أو لا تتضمنه. وكذلك التصرف أو الشعور وكأنما الحدث الصادم سيعاود الحدوث مرة أخرى (ويتضمن ذلك إعادة معايشة الخبرة، والهلاوس، واسترجاع الحدث flashback، حيث يسترجع الشخص الحدث ويشعر بأنه لا يزال يعيش فيه أو يرجع لذاكرته كالفلم الذي يعرض مرارا. والبعض يختلف عندهم الوضع فيصابون بضعف أو فقدان الذاكرة النفسي فلا يتذكرون ما حدث لهم بالتفصيل أو يتقادون تذكره). بالنسبة للأطفال ربما تمثل لهم تفاصيل الحدث ثنائية. وكذلك الشعور بالضيق والألم النفسي الشديد عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه بعض جوانب الحدث الصادم. وذكر البعض (شيرالدي 1999م) أن هناك بعض المهيجات التي تذكر بالحادثة الصدمية أو جزءا منها مثل : المهيجات البصرية كروية الدم، والمهيجات السمعية كسماع صوت عادم السيارة، والمهيجات الشمية كرائحة المني التي تذكر بالاعتداء الجنسي، ومهيجات التذوق كأكل ساندويتش من الهامبرغر والذي ربما يذكر الشخص بحدث مروري وقع بعدما تحرك بسيارته من مطعم، والمهيجات الجسدية كشد العضلات والاستلقاء على الظهر مع إغماض العينين والذي ربما يذكر بحادثة اعتداء جنسي. وازدياد نشاط الاستجابات الفسيولوجية عند التعرض لما يرمز أو يشبه جوانب الحدث الصادم (مثل سرعة التنفس ودقات القلب والغثيان والدوخة وتصلب العضلات وتصبب العرق). أي ظهور الأعراض عند سماع طلق ناري أو سماع كلمة حرب أو رؤية صورة أو مركبة أو حريق أو نار.

ويحدث التجنب والخدر من خلال ثلاثة أو أكثر من الآتي: (1) بذل الجهد لتجنب الأنشطة والأمكنة أو الناس الذين يستثيرون ذكرى الصدمة. و(2) بذل الجهد لتجنب الأفكار والمشاعر أو الحوارات التي ترتبط بالصدمة. و (3) عدم القدرة على استرجاع جوانب مهمة من الصدمة. و (4) فقدان الاهتمام أو عدم المشاركة في الأنشطة الأساسية. و (5) الشعور بالغربة عن الآخرين وبالباعد عنهم. (6) محدودية المشاعر (عدم القدرة على التمتع بمشاعر الحب). وقد يحدث الشعور لدى الشخص بالذنب من أنه عايش في حين مات الآخرون، أو يلوم الشخص نفسه بأنه لم يفعل شيئاً لإنقاذ الآخرين. و (7) النظرة التشاؤمية للمستقبل (عدم التوقع بأن يحصل على وظيفة، أو أن يتزوج، أو أن يكون له أطفال ...).

يكون الاضطراب حاداً إذا كانت مدة ظهور الأعراض أقل من ثلاثة أشهر، ويكون مزمناً إذا كانت مدة الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر. وبعد ستة أشهر من التعرض للحادث الصادم تظهر أعراض متأخرة أخرى. ولا تشخص الحالة بهذا الاضطراب إلا إذا توافر دليل على حدوثها خلال ستة أشهر من وقوع حدث ذو شدة استثنائية. ويكون التشخيص محتملاً إذا كانت الفترة بين الحدث وبداية الحالة أطول من ستة أشهر بشرط أن تكون المظاهر السريرية واضحة وليس هناك تشخيص بديل للاضطراب. وبالإضافة إلى وجود دليل على الحدث الصادم ينبغي أن يكون هناك تذكر متكرر للحدث أو إعادة تمثيل له من خلال الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام. وكثيراً ما يوجد تجنب وخدر في الأحاسيس واضطراب في المزاج والسلوك وكلها عوامل مساعدة في التشخيص ولكنها ليست ذات أهمية أساسية

(ICD-10) International Classification of Diseases, Tenth Revision

يضع الدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات العقلية (ICD-10-1992) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ضمن الفئة (F40-F48) الخاصة بالأعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغط الجسمية المظهر، ويضعه ضمن الفئة الفرعية الخاصة

برود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف. بينما يضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV-1994) ضمن المحور الخاص باضطرابات القلق. ولكن قد يكون اضطراب ما بعد الصدمة مصاحباً للزيادة التي تحدث في اضطراب الاكتئاب الرئيسي، والاضطرابات الناتجة من تناول بعض المواد، واضطراب الهلع، والخوف المرضي، والوسواس القهري، واضطراب القلق العام، والخوف الاجتماعي، والاضطراب ثنائي القطب. وقد تسبق هذه الاضطرابات أو تظهر في نفس الوقت الذي يبدأ فيه اضطراب ما بعد الصدمة.

معايير DSM-IV لتشخيص اضطراب الضغط بعد الصدمة PTSD:

وهي المعايير المذكورة من طرف الجمعية الأمريكية للطب العقلي: أي شخص تعرض لحادث بهذه الشدة يمكن أن يطور أعراض مميزة تشمل:

1- إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة.

2- تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبدل في الاستجابات العامة.

3- استئثار مفردة أو فائقة.

رغم أن بعض المتغيرات الشخصية مثل التجارب في الطفولة، سمات الشخصية، الاضطرابات الموجودة قبلاً، يمكن أن تزيد احتمال تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، يبدو أن العامل الأكثر تدخلاً أو تحديداً هو خطورة الحادث المعاش، وهكذا يمكن أن يطور عند أشخاص لا يظهرون أي ميزات استعدادية. خاصة عندما يكون الضغط كبيراً. حسب بعض الدراسات 8% إلى 10% من الناس يعانون في مرحلة ما من حياتهم من حالة ضغط بعد صدمي.

المعيار A: تعرض الشخص لحادث صدمي مثل ما عرف سابقا.

المعيار B: الشخص يعيد معايشة الحادث الصدمي باستمرار بطريقة من الطرق التالية:

- ذكريات متكررة واجتياحية للحادث الصدمي متسببة في الشعور بالانهيار، ومتضمنة لصور، أفكار أو إدراكات قد تظهر عند الأطفال على شكل لعب تكراري يعبر عن بعض جوانب الصدمة.

- أحلام متكررة حول الحادث الصدمي متسببة في الشعور بالانهيار، قد تظهر عند الأطفال الصغار على شكل أحلام غير معروفة المحتوى.

- انطباعات أو سلوكيات مفاجئة "وكأن" الحادث الصدمي سيحدث من جديد ويتضمن الشعور بمعايشة الحادث، أو هام، هلاوس، وفترات تفككية - Flash (Dissociatifs back) بما فيها تلك التي تظهر أثناء اليقظة.

- شعور بالغ بالمعاناة النفسية (الانهيار) أثناء التعرض إلى مؤشرات داخلية أو خارجية تذكر أو تشبه جانبا من الحادث الصدمي مثلا: تاريخ الحادث، بعض الأماكن، مشاهد من التلفزيون...

- تحفز فيزيولوجي أثناء التعرض إلى مؤشرات داخلية وخارجية تذكر أو تشبه جانبا من الحادث الصدمي.

غالبا ما يكون تذكر الحادث في أدق تفاصيله، حيث يقول الناس أنهم يرون مشاهد الحادث وكأنهم فيها من جديد، الصور، ذكرى الصراخ، الروائح... تبدو فعلية أكثر من كونها ذكرى.

المعيار C: تجنب دائم للمنبهات المرتبطة بالصدمة وتبدل في الاستجابات العامة لم تكن موجودة قبل الحادث الصدمي كما تبينه حضور على الأقل ثلاثة من التظاهرات المولية:

- بذل جهد لتفادي الأفكار، المشاعر أو المناقشات المرتبطة بالصدمة.

- بذل جهد لتفادي أو تجنب النشاطات، الأماكن أو الناس الذين يحيون الذكريات المتعلقة بالصدمة.

- عدم القدرة على تذكر جزء من أجزاء الصدمة.

- محدودية العواطف، مثلاً عدم القدرة على إبداء مشاعر الحنان والحب.

- الشعور بعدم وجود مستقبل مثلاً: التفكير في عدم التمكن من بناء مشوار مهني، الزواج وإنجاب أطفال، عدم الثقة في إمكانية العيش بصفة عادية.

المعيار D: حضور دائم لأعراض تعكس تنشيط إيعاشي عصبي (Neurovégétatives) هام لم يكن موجوداً قبل الصدمة، التظاهرات هي: صعوبات في النوم، أو نوم مضطرب، استئثار أو هيجان، غضب مفرط، صعوبات في التركيز، حذر أو حرص فائق، استجابة القفز بسهولة

اعراض ضغط ما بعد الصدمة وحسب رأي العديد من الباحثين هي نتيجة آليات التكيف لدى العضوية، مثلاً أعراض الحذر الفائق وأعراض أخرى للنشاط الفيزيولوجي المفرط تحدث كما لو أنه لا بد من البقاء في حالة إنذار للتأكد من إمكانية القيام بما يجب القيام به وتوقع أي خطر آخر. تبدل الانفعالات وفقدان الذاكرة تزيد في زيادة الضغط المطلوب تسييره.

المشكل المطروح عندما لا يشفى الشخص ويحتفظ بهذه الآليات رغم أنه لم تعد لها ضرورة، بل وتصبح معيقة. ويحدث أن تكون أعراض ضغط ما بعد الصدمة مصحوبة بأعراض جسمية أو نفسية كالحصر الهلع، مثل: تسارع خفقان القلب، تعرق، ارتعاش أو هزات عضلية، الإحساس بانقطاع التنفس، أو الشعور بالاختناق أو الشنق، آلام صدرية، غثيان أو انزعاج من آلام بطنية، الإحساس بالدوار، عدم القدرة على الاستقرار، الإحساس بفراغ الرأس أو الإغماء، الإحساس بعدم واقعية الواقع، أو الانفصال عن الذات، الخوف من فقدان التحكم

في الذات أو الخوف من الجنون، الخوف من الموت، خدر أو وخز موجات من البرودة أو السخرية من الموت. هذه الأعراض تحدث بسبب صعوبات أو تعطل التنفس عندما نكون قلقين ومتوترين، و هي أعراض مزعجة وغالبا مثيرة للقلق لكنها ليست خطيرة.
(DSMIV, 1996 ; H.Lebel & R.Paquette, 2000, pp 1-7)

المعيار E: أن تدوم الأعراض أكثر من شهر.

المعيار F: نتحدث عن ضغط بعد صدمي عندما يؤدي الاضطراب إلى معاناه دالة عياديا أو اختلال وعجز في التوظيف الاجتماعي، المهني، أو في ميادين هامة أخرى.
كما بيناه إذا كانت مدة الأعراض أقل من ثلاث أشهر فالاضطراب يسمى ضغط بعد صدمي حاد أما إذا تجاوزت الأعراض هذه المدة فنتحدث عن إزمان.

(DSMIV, 1996 ; H.Lebel & R.Paquette, 2000, pp 1-7)

هنا نقترح (C.DAMIANI) تسمية مجموع هذه الأعراض بـ التناذر بعد الصدمي أو التناذر النفسي الصدمي. وترى أنه يجعله مقبولا أكثر ويتخلص من مصطلح الضغط الأقرب إلى الاستجابة البيولوجية.

(C.DAMIANI, 1997, p 112)

الأعراض تبدأ عادة في الأشهر الثلاث الأولى بعد الصدمة رغم أنه يمكن ظهورها بعد عدة أشهر وحتى عدة سنوات، مدة الأعراض متغيرة، مع شفاء كامل خلال ثلاث أشهر عند 50% من الحالات بينما تظهر العديد من الحالات المتبقية أعراضا تدوم أكثر من 11 شهرا بعد الصدمة.

عند معظم أولئك الذين تستمر الأعراض لديهم عدة أشهر بعد الصدمة، الشفاء لا يكون عفويا دون تدخل علاجي. هؤلاء قد يطورون اكتئاب (30 إلى 25% من المكتئبين يعانون من ضغط بعد صدمي)، قد يتسبب أيضا في استهلاك مفرط للمخدرات، الكحول، أدوية (50%)، هلع، تخوفات ، ومشاكل صحية. عادة ما تتداخل في العلاقات مع الأشخاص وتؤدي إلى صعوبات عائلية جدية وتؤدي أحيانا إلى فقدان منصب العمل.

(H.Lebel, R.Paquette, 2000, pp 1-7, B.S. Gershuny & J.F. Thayer, 1999, p 636)

لكن حسب (N.Breslau) بالنظر إلى معدل انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة خلال حياة الأفراد تبين أن العديد من الحالات تميل إلى الشفاء و يقدرهم بـ 1 على 3 من الذين طوروا هذا الاضطراب خلال حياتهم.

(Breslau, N, 1998)

2.3- التشخيص الفارقي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

أول خطوة يقوم بها الأخصائي في التشخيص الفارقي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو التقييم الجيد **لنوع الحدث** الذي يعتبر أصل الاضطراب. فهناك من الأحداث التي رغم كونها مزعجة و مضطربة فإنها لا ترتبط بصفة كبيرة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة مثلا: فقدان العمل، صعوبات مالية، ضغوطات زوجية، صعوبات علائقية في العمل... الخ فهذا النوع من الأحداث نادرا ما يعتبر أحداثا صدمية إلا إذ كانت وضعيات حالية تستثير و تفجر الحدث الصدمي الأصلي الذي حدث في الماضي، و إلا على الأخصائي أن يشخص اضطراب التكيف (Un trouble d'adaptation) في هذه الحالات بالذات ،و بنفس الطريقة يمكن أن يكون تشخيص اضطراب التكيف مناسب عندما تكون أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة غير شديدة و غير كافية بعد الحدث الصدمي.

أما الخطوة الثانية في التشخيص الفارقي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة فقائمة على تمييزه عن حالة الضغط الحاد (ESA) (L'état de stress Aigu) التي تشير إلى الاستجابات المباشرة للفرد عقب حدث صدمي، وهي حالة تحمل في الواقع العديد من أوجه التشابه مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لأنه في الواقع يجب معاشية حدث صدمي معرف بنفس الطريقة مع هذا الأخير، كما يجب أن تعاني الضحية على الأقل واحدا من أعراض إعادة المعاشية، التجنب و التنشيط العصبي الاعاشي بنفس طريقة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.و مع ذلك فإن حالة الضغط الحاد تملك خصوصيات مقارنة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة أهمها هو تمييزها بعدة أعراض تفككيه (يجب أن يتوفر منها ثلاثة على الأقل) في حين أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لا يتطلبها إلا بصفة شكلية، في حين أنه يتطلب بكثرة أعراض التجنب و التنشيط العصبي الاعاشي المفرط مقارنة بحالة الضغط الحاد.

كما أنه لا يمكن أن نشخص في نفس الوقت حالة الضغط الحاد و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لأن هذا الأخير لا يحدث مباشرة بعد الحدث الصدمي، لان الأعراض في هذا الأخير يجب أن تدوم على الأقل شهر، لهذا من الأفضل استخدام تشخيص حالة الضغط الحاد أو اضطراب التكيف خلال الشهر الأول الذي يعقب الحدث الصدمي، بعدها نشخص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة شهر آخر من بعد ذلك إذا استمرت الأعراض و تطابقت مع التشخيص.

يمكن لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أن تحمل تشابها هاما مع اضطراب الاكتئاب الكبير (DM) (La dépression Majeure) لهذا يعتبر هذا الاضطراب ثالث خطوة في التشخيص الفارقي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. لأن ضحايا هذا الاضطراب يظهرون غالبا مزاجا حزينا، فقدان خطير للرغبة (C4,C5,C6,C7)و استجابات عصبية اعاشية ، فقدان خطير للرغبة (C1, C2)مشابهة لتلك التي تظهر عند الأشخاص

الذين يعانون من الاكتئاب الكبير، كما أن بعض ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يحدون و يضيقون بصفة معتبرة خروجهم إلى المحيط مثل الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الكبير. كما أن هناك عنصرا جديدا هام يزد من تعقيد التشخيص الفارقي في هذه الحالة هو أنه يمكن للاكتئاب الكبير أن يكون من بين الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لهذا على الأخصائي أن يشخص أولا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لوحده، ثانيا يشخص الاكتئاب الكبير لوحده مع أو من دون اضطراب قلق، أو إذن ثالثا يشخص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مع الاكتئاب. كما يجب أن نشير إلى أن بعض الأعراض الاكتئابية لا يمكن أن تشكل أعراض الجمود الخاصة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالضحية التي تظهر حزنا خطيرا مع بكاء متكرر، فقدان وزن هام مع أفكار انتحارية، تشكل في الواقع مؤشرات واضحة في الاكتئاب الكبير و لا يمكن خلطها مع أعراض الجمود البعد صدمية، إضافة إلى هذا فإن أعراض إعادة المعيشة ستسمح لنا بالتمييز بسهولة بين الاضطرابين.

كما يمكن لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أن تتشابه مع أعراض اضطراب قلق آخر، و هذا ما يجعل التمييز صعبا. فمثلا بعض الضحايا يعانون من نوبات الهلع عقب تعرضهم لحدث صدمي، لان القلق العام يكون جد مرتفع إلى درجة أن أقل المنبهات كافية لاستثارة ارتفاع شديد لنوبة قلق جديدة، فهذه اللحظات الشديدة من القلق التي تظهر من خلال المعيار الثاني من تشخيص الاضطراب (B4, B5) نجدها تتشارك في نقاط متشابهة مع **نوبات الهلع**. إضافة إلى هذا فإن ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يتجنبون عددا كبيرا من الوضعيات بسبب خوفهم الكبير و هذا ما يمكن أن يتشابه مع سلوكات الأفراد الذين يعانون من فوبيا الأماكن الواسعة (L'agoraphobie).

و مع ذلك يبقى اضطراب فوبيا الأماكن الواسعة المصحوب بنوبات الهلع غير مرتبط بتجربة أو ذكرى خاصة بحدث صدمي سابق. و ما يسمح لنا إذن بالتمييز بين هذا

الاضطراب و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو أن نوبات الهلع في اضطراب الفوبيا الأماكن الواسعة مرتبط بالخوف من كوارث مستقبلية (الخوف من الموت، من فقدان السيطرة، من القيام بالنوبة القلبية أو من أن يصبح مجنوناً) في حين أن الضحايا الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لا يعيشون مخاوف متعلقة بكوارث مستقبلية فهم يخشون من إعادة معايشة حدث صدمي سابق. كما أن تجنب بعض الأماكن و النشاطات في الفوبيا الأماكن الواسعة مرتبط بالخوف من القيام بنوبة هلع أخرى أي (/الخوف من /الخوف) مقارنة بالتجنب الذي يقوم به ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لبعض الوضعيات (C2) المرتبطة بالصدمة لأنهم يخشون حدوثها مرة أخرى و ليس خوفاً من حدوث نوبة هلع أخرى. و عقب معايشة أي حدث صدمي فإن ضحاياه سيستجوبون بشدة من الناحية الفزيولوجية (تسارع دقات القلب، عرق بارد، ضغط عضلي ..) أو النفسية (يأس، حيرة...) لأي عنصر مرتبط بهذا الحدث، و بعدها يتجنبون أي اتصال مع هذه العناصر، فكل هذه الأعراض يمكن أن تتشابه مع مظاهر اضطراب القلق. فهذا الاضطراب متعلق بخوف شديد و مفرط من شيء او وضعية خاصة مثل الفوبيا الخاصة : الركوب في الطائرة، التواجد في المرتفعات، رؤية عنكبوت أو رؤية الدم...فالاتصال مع هذه العناصر يمكن أن يستثير نوبة قلق حادة، و بالتالي هناك ثلاث نقاط اختلاف يمكن أن تميز بين هذا الاضطراب و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة: أولاً لدينا التجنب و الخوف النمطي في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة غالباً ما يكون معمم على عدة وضعيات و ليس فقط على واحدة كما هو الحال في الفوبيا الخاصة، أما النقطة الثانية فهي تتعلق بأعراض إعادة المعايشة والنشاط العصبي المفرط التي لا تتوفر في اضطراب الفوبيا الخاصة.و أخيراً و ثالثاً لا يمكن أن نشخص اضطراب الفوبيا الخاصة إذ كانت أعراض الفوبيا ناتجة من حدث صدمي.

أما بالنسبة لأعراض التنشيط العصبي الإعاشي في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

(سرعة الانفعال، صعوبة في التركيز، في النوم، ضغط عضلي)يمكن أن تتشابه أيضا مع اضطراب القلق المعمم (Trouble d'anxiété généralisée) الذي يتميز بحيرة دائمة و كثيفة مرفقة بمظاهر جسدية للقلق المعمم (المزاج العصبي، سرعة الانفعال، صعوبة في التركيز....الخ) غير أن هذه الحيرة المستمرة في اضطراب القلق المعمم تكون مرتبطة أكثر بمشاغل الحياة اليومية (مرض قريب، ضائقة مالية، فقدان العمل، صراع عائلي) التي يجب أن تدوم مدة طويلة مقدرة على الأقل بستة أشهر، في حين أن الحيرة في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة فتستهدف خصوصا الخوف من إمكانية حدوث صدمة أخرى، كما أنه لا تتوفر أعراض إعادة المعيشة و التجنب في اضطراب القلق المعمم.

و أخيرا يمكن لبعض التشابه أن يوجد بين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة واضطراب الوسواس القهري (Trouble obsessionnel – compulsif) خصوصا في ما يتعلق بأعراض إعادة المعيشة B1, B3 مع ذلك تبقى الأفكار الطفيلية في اضطراب الوسواس القهري إعادة غير مرتبطة بحدث صدمي ماض.

و من جهة أخرى فإن الأفكار الوسواسية في اضطراب الوسواس القهري غالبا ما تدرك من طرف المريض على أنها غير متكيفة و غير عقلانية في حين أن أعراض إعادة المعيشة الخاصة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة فلا تحمل هذه الصبغة غير المتكيفة أو غير العقلانية .

(Brillon.P,2004 p153-156)

3.3- مرحلة الكمون

من النادر أن يظهر اضطراب ما بعد الصدمة مباشرة بعد الصدمة، في العديد من الحالات كثيرا ما يخلط بين استجابة الضغط المباشر والقصير المدى، والأعراض الأولى لاضطراب

ما بعد الصدمة، ظهور الاضطراب ما بعد الصدمة يكون غالباً بعد زمن كمون، أو زمن تأمل، تذكر، ارضان والذي يشير إلى زمن تنتظم فيه العضوية من جديد، بحيث يوضع نظام دفاعي جديد أو مدعم للنظام الدفاعي القديم. و يختلف زمن الكمون من شخصية إلى أخرى، فقد يكون أيام أو عدة شهور أو سنوات، وهو زمن صامت، قد يظهر فيه مزاج متناقض وعزلة اجتماعية.

ويتطور العصاب الصدمي نحو الديمومة والإزمان حيث أن الشخصية تنتظم بالتدرج حول النواة الصدمية.

(L. CROCQ & J. JONAS, 1996, p 27)

ويشير (L. CROCQ) و (J. JONAS) إلى أن العناصر المرضية في اضطراب ما بعد الصدمة تتمثل في ذلك الانهيار الثلاثي الجوانب :

• انهيار أسطورة عدم الموت أو الخلود الأبدي والقوة القصوى التي تضمن الشعور بالأمن اليومي.

• انهيار مفاجئ للثقة في التطور الاجتماعي والمادي (فقدان الحماية رغم التطور الإنساني الملحوظ)

Σ انهيار فجائي للثقة في الآخر وفي سلامة وأمن العالم وطيبته.

هذه الانهيارات النرجسية تجعل الفرد المصدوم يتساءل عن الاعتقاد بالأمن ويخلق لديه شعور بالذنب إما بسبب البقاء على قيد الحياة وعدم تمكنه من نجدة الآخر أو بسبب انتمائه إلى هذا العالم المليء بالشروع.

(L. CROCQ & J. JONAS, 1996, p 27)

4- النظريات النفسية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة

1.4- التوجه الحياتي (البيولوجي)

يقوم هذا التوجه على افتراض أن هنالك عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Genetic Factors) . ولقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم. فلقد وجد (Skreet al 1993, p85) اتفاقاً أكبر في اضطراب (PTSD) بين التوائم المتطابقة بالموازنة مع التوائم الأخوية . واستنتج (Skreet) و زملاؤه بان النتائج تدعم فرضية مساهمة الوراثة في تسبب اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

و توصل (True et. al.,1993) إلى الاستنتاج نفسه من دراسة أجروها على عينة أكبر من التوائم استهدفت تعرف التأثيرات التي يحدثها التعرض إلى المعارك، فوجدوا أن نسبة الاتفاق كانت أكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الأخوية . وكانت معاملات الارتباط لأعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية تتراوح بين (0.28 + إلى 0.41 +) في التوائم المتطابقة، فيما تراوحت هذه المعاملات بين التوائم الأخوية بين (0.11+ إلى 0.24+) وكان (Foyet. Al.,1987) أفاد بدليل ربما كانت له علاقة بالفرضية الوراثية . فمن خلال مراجعات الأفراد الذين تعرضوا إلى المعارك بهدف العلاج، توصل (Foy) وجماعته إلى أن ما يقرب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بسبب تعرضهم إلى المعارك، ينتمون إلى عوائل فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية. ويستنتجون بأن الفرد الذي يعيش في أسرة فيها أفراد يشكون من أمراض نفسية، تكون قابلية أو شدة تأثره النفسي بالأحداث الصدمية عالية، فتؤدي به إلى الإصابة باضطراب. (PTSD)

(Eysenck , 2000 , P.693)

2.4- التوجه النفسي-الدينامي

ما يثير الحيرة في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية أن بدايته يمكن أن تحدث بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي. ولأن فرويد كان قد عدّ صدمة الولادة وما صاحبها 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 المنظرين النفسيين الديناميين اعتمدوا هذه الفكرة في تفسيرهم لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

فلقد حاول (Horowitz, 1986) تفسير هذا الاضطراب بنظرية نفسية دينامية خلاصتها أن الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماماً، ويسبب له الفرع والإنهاك . ولأن ردود الفعل هذه تكون مؤلمة فإن 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 (صالح قاسم حسين، 1998)

ويبدو أن الجانب القوي في التوجه النفسي-الدينامي لهوروتز (Horowitz) أنه استطاع أن يزودنا بطريقة لفهم بعض الأعراض الرئيسية في هذا الاضطراب. ومع ذلك فإن النظرية لم تقدم لنا تفسيراً بخصوص وجود اختلافات فردية حقيقية في قابلية تعرض الأفراد للإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في مواجهتهم لأحداث صدمية.

3.4- التوجه السلوكي

معروف عن العلماء السلوكيون أنهم يهتمون العوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية، ويؤكدون على العوامل البيئية وأهمية التعلم بنوعيه (الاشراط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه، السوي وغير السوي، اللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم (صالح، 2000)

وعلى أساس هذا الافتراض أجريت دراسات متعددة، من بينها دراسة كين وجماعته

(Keane et. al.,1985)

فعلى وفق المنهج الأشرطي في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية فإن الاشتراط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبيه طبيعي (غير مشروط). فالمرأة -على سبيل المثال - التي كانت تعرضت إلى اغتصاب في متنته عام قد تظهر خوفاً كبيراً إذا ذهبت إلى هذا المتنته مستقبلاً، وربما يجري تعميم هذا الخوف على متنتهات أخرى. وعليه فإن هذا الخوف الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد إلى ما أصطلح عليه السلوكيون "بالتعلم التجنبي" الذي يفضي - من ثم - إلى خفض القلق.

(Weiten ,2004)

ويرى الباحثون أن التوجه الاشرطي مصيب من حيث أنه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي يقود فعلا الى سلوك تجنبي لمثل هذا التنبيه لدى المرضى باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إلا أنه لا يزودنا بتفصيلات عما يحدث، فضلا عن أنه لا يقول لنا لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه (Eysenck , 2000 , P.694).

4.4- التوجه المعرفي

يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة والعالم بشكل عام (صالح، 1999). وعلى أساس هذا الافتراض، وضع فوا وزملاؤه (Foa et. al.,1989) نظرية معرفية في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهومنا للامان وما هو آمن. فالمرأة التي تعرضت إلى

اغتناب - في سبيل المثال - قد تشعر بعدم الأمان في حضور أي رجل كان تقابله فيما بعد، فينجم عن ذلك " أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة (P. 67) فيقود هذا إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى. وان الأفراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة في التنبؤ وضعف السيطرة على حياتهم، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق.

وعلى نحو مماثل - يرى (Miller, 1995) أن الفرد يدرك الحدث الصادم على انه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي. فلا يعرف كيف يتعامل معها، فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك. وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات ترجع في الواقع الى كيلي (kelly, 1955) الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينه بخصوص القلق والخوف والتهديد. فهو عرف القلق النفسي بأنه " إدراك الفرد للأحداث التي يواجهها على أنها تقع خارج مدى ملاءمتها لنظام البنى لديه" (صالح، 1997، ص19). بمعنى أن الإنسان يصبح قلقاً حين لا تكون لديه بنى (structure) ، أو حين يفقد سيطرته على الأحداث، فيما يشعر بالخوف حين تظهر بنية جديدة على وشك أن تدخل نظامه البنائي. أما التهديد فانه يشعر به عندما يدرك بان هنالك تغييراً شاملاً على وشك الوقوع في نظام البنى لديه.

(صالح، 1997)

ومع أن التوجه المعرفي يقدم وصفاً معقولاً لبعض التغييرات المعرفية المصاحبة لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، إلا انه يترك أموراً خارج حساباته. فليس واضحاً في نظرية فوا (Foa) ، لماذا يكون بعض الأفراد أكثر تأثراً من غيرهم في الإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، ولم تقل لنا شيئاً بخصوص العوامل الوراثية. فهي أولت اهتمامها بالتركيز على الحادث الصادم، واغفلت الحديث عن العوامل الأخرى.

1.4.4- نموذج العاملين لمورر (MOWRER) (1960)

يستند هذا النموذج على أعمال بافلوف وسكينر حول آليات التعلم، عدّله كل من

(1985) Keane et al. و (1985) Kilpatrick et al.

فيما يخص إشكالية اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بعد حرب أو حادثة جنسية، ففي هذا النموذج يفسر الإشرط الكلاسيكي و الإشرط الاجرائي كيفية تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة واستمراره.

تفسر أعراض الاضطراب أولاً بالإشرط الكلاسيكي المكروه (aversif) حيث تكتسب المثيرات الحيادية مثل الضجيج، الأشياء، الروائح، المعارف، الأحاسيس الجسمية نفس الخصائص المزعجة للمثير الصادم بمجرد حضورها في نفس لحظة الحدث الصادم (المثير غير الشرطي)، ويؤدي مجرد حضور تلك المثيرات التي كانت من قبل حيادية إلى استجابة شرطية، أي استجابة حصر أو خوف شبيهة بالاستجابة التي سببها الحدث الصادم الأولي، هكذا تتغير المثيرات الحيادية وتصبح مثيرات شرطية. هذه المثيرات التي أصبحت شرطية أيضاً لديها القدرة على إشرط مثيرات حيادية جديدة إذا تزامن حدوثها معا أو شابهت تلك المثيرات، وهذا وفق آليات الإشرط من الدرجة الثانية أو مبدأ تعميم المثيرات.

(Brillon.P & al. 1996, 129-144; Carlson.E.B. & Dalenberg.C.J, 2000, 4-28)

وهكذا سيكتسب عدد كبير من المثيرات الحيادية الخصائص المكروهة للحدث الصادم الأولي أي تصبح لديها القدرة على إثارة استجابات انفعالية وفسولوجية شديدة على شكل حصر ومعاناة وخوف بالتوازي مع هذا التعلم، يتعلم الشخص وفق الإشرط الإجرائي استعمال سلوكيات تجنب من أجل عدم التعرض للمثيرات الشرطية المدركة على أنها المكروهة : وهو مبدأ التعزيز السلبي، وهكذا تعزز العديد من سلوكيات التجنب والإفلات التي تؤدي إلى تخفيض الاستجابات المزعجة.

يمنع التعلم الإجرائي للتجنب ما هو مسبب للإزعاج، للإطفاء الطبيعي للخوف الشرطي، لأن أي استجابة شرطية كلاسيكية قد تنطفئ إذا لم يصاحب المثير الشرطي أي مثير سلبي، فالفرد إذا تعرض للمثير الشرطي ولم تكن هناك عواقب سلبية سيتعلم روابط جديدة ويفقد المثير الشرطي خاصية الإنذار بالخطر. أما إذا تجنب الشخص المثيرات الشرطية فلن يتمكن من إنشاء روابط جديدة عنها. وهكذا فالشخص المصدوم الذي يتجنب باستمرار المثيرات الشرطية وهي ما يذكره بالصدمة لن تكون لديه فرصة إطفاء استجابة الخوف التي تم تعلمها. وتستمر استجابة التجنب وتتعزيز إجراءات تعزيزا سلبيا لأنها تخفف الحصر والمعاناة الانفعالية.

تمكن نموذج العاملين بإدماجه الإشراف الكلاسيكي في شرح الاستجابات الحصرية التي يبديها الشخص أمام مثيرات لم تكن مهددة ولكن اقترنت مع الحدث الصادم، وأمام مثيرات لم تكن حاضرة أثناء الحدث الصادم.

هذه المبادئ العاملة في الوقت، تشرح استقرار واستمرار الأعراض التالية للصدمة وزيادة خطورتها حيث تتزايد المثيرات الشرطية التي تثير الاضطراب.

ولقد سمح إدماج مفهوم التعزيز السلبي بشرح كيفية تطوير استجابات التجنب، الانسحاب الاجتماعي، الابتعاد العاطفي، العدوانية، الاستهلاك المفرط للمخدرات والكحول والتي ستتكرر في توظيف الفرد لأنها تجنبه الحصر.

هذا النموذج محدود نظرا لعجزه عن تفسيره للتطور الفارقي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، حيث لم يؤخذ بعين الاعتبار أي متغير وسيط بين التعرض للصدمة وظهور الأعراض، كما أن الشرح الذي قدمه حول تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لا يختلف عن آليات تطوير المخاوف.

(Brillon.P et al. 1996, 129-144 ; Carlson.E.B. &Dalenberg.C.J, 2000, 4-28)

2.4.4- نموذج المعالجة الوجدانية للمعلومة - فوا (FOA) و اخرون (1989) و

كوزاك (KOZAK) (1986)

يستند هذا النموذج على الفهم البيولوجي المعلوماتي للانغ (Lang)(1977,1979,1985) وعلى مفهومه " البنية المعرفية المقترحة للخوف".

حسب هذا الباحث يوصف الخوف وفق ثلاث أنظمة استجابة: معرفية انفعالية، سلوكية وفزيولوجية، تنتظم في بنية معرفية في الذاكرة طويلة المدى، هذه الذاكرة تسجل في الجهاز العصبي وتشكل شبكة مستقرة تربط بين ذكرى الحدث والاستجابات الفزيولوجية والسلوك. يدمج نموذج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ل (Foa) و آخرون مفهوم البنية المعرفية المستقرة ويفترض وجود عنصر إضافي فيها وهو: دلالة الخطر بين المثير الصادم والاستجابات، يتصور بنية الخوف هذه كشبكة معقدة بين الوصلات التي هدفها الأول تحضير الفرد لاستجابة دفاعية محتملة أو استجابة هرب أمام خطر ما. أي أن أصل تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو عزو دلالة الخطر لرابط مثير- رد فعل كان سابقا يعتبر آمنا أو حياديا.

تلح فوا (Foa et al.,1992) على الطابع الإمبراضي لخصائص المثير الأول المكروه خاصة عامل الفجائية وعدم القابلية للتحكم، ويرون أن الفرد يطور أعراضا أكثر إذا أدرك الحدث كتجربة فجائية وغير قابلة للتحكم، وبالتالي يتحطم اعتقاده بقدرته على التمييز بين الوضعيات الآمنة والوضعيات الخطيرة، مما يؤدي إلى اكتساب العديد من الروابط "مثير- رد فعل" التي كانت إلى حد الآن آمنة أو حيادية معنى خطير. فتضاف روابط جديدة تحمل معنى الخطر إلى بنية الخوف، هذا التحول المستمر لبنية الخوف تؤدي إلى إثارة عدد أكبر من الاستجابات الحصرية وسلوكيات تجنب عند المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

حسب هؤلاء الباحثين تختلف البنية المعرفية للمصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة عن البيئة المعرفية للمصابين بالخوف في ثلاث جوانب: الاستجابات أكثر شدة ، البنية أعقد

وأوسع وأكثر تنظيماً ويمكن الوصول إليها بسهولة، هذه الخصائص تجعل بنية الخوف سهلة وسريعة التنشيط، بما أن التعرض لمثيرات (داخلية أو خارجية) شبيهة بتلك المسجلة في البنية ينشط كل شبكة ارتباط المعلومات (réseau d'interconnexions d'informations) ذلك التنشيط يولد أعراض مقترحة مثل إعادة المعيشة والكوابيس... والاستجابات الانفعالية والفسولوجية والسلوكية المرتبطة بها.

ناقش كل من (Berwin, Dalglish & Joseph 1996) تفاوت الأبعاد المعرفية المتعلقة بالبحث عن المعنى مقابل الاستجابات الإشرافية المنشطة آلياً، ويقترحون فكرة أن معالجة أو تفسير الانفعالات في الصدمة يصبح مزمناً نظراً للانفعال بالمعالجة المعرفية المتعلقة بالصدمة أي الذكريات أو يتم كفها مبكراً.

(Brewin CR, Dalglish T, Joseph S, 1996, 670-86)

كما طرح (Ehless and Clark 2000) إشكالية معالجة المعلومة المتعلقة بالحدث الصادم عند المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة أثناء عملية التقييم المعرفي الذي يقومون به حول الأحداث، وحول أعراضهم مما يؤدي إلى سوء الفهم وسوء التفسير.

(Ehlers, A., & Clark, d. M. 2000, 319-345)

3.4.4- النموذج البيونفسي اجتماعي لجونس (JONES) و بارلو (BARLOW) (1990؛ 1992)

يدمج هذا النموذج عوامل سببية ذات طبيعة بيولوجية ومعرفية وسلوكية في فهم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، ويتضمن خمسة عوامل رئيسية والتي بتفاعلها تشرح تطوير واستمرار أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

العامل الأول هو الهشاشة البيولوجية والنفسية للفرد قبل تعرضه للصدمة، فوجود أمراض عقلية في تاريخ عائلة الشخص يمكن أن يعتبر استعداداً جينياً لتطوير اضطراب ضغط ما

بعد الصدمة، حيث يكون الشخص مستعداً جينياً كي يستجيب للضغط ببقطة فائقة واستثارة فائقة مزمنة للجهاز العصبي الإحاشي أو نوع من الضعف في إفراز النورأدرينالين. أما بالنسبة للهشاشة النفسية التي تهيئ لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة فتم الرجوع إلى داخلية أو خارجية مركز التحكم، وجود اضطرابات مزاجية أو انفعالية قبل التعرض الصدمي (الاكتئاب، الهلع، الهجاس القهري)، وتاريخ التجارب السيئة قبل التعرض للحدث الصادم.

العامل الثاني يتعلق بطبيعة الحدث، شدته وعواقبه وخاصيته غير القابلة للتوقع وغير القابلة للتحكم، وكذا حجم التهديد الذي شكله على حياة الفرد، كل هذه الخصائص تؤثر بدلالة على تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لأنها تؤدي إلى إحداث حالة إنذار حقيقية (alarme vraie) وتعني حالة خوف شديد تحدث عندما يواجه الفرد حدث خطير موضوعياً.

العامل الثالث هو ما يسمونه "الإنذار المتعلم" وهي استجابة مشروطة بمثيرات مدركة من الداخل (stimuli intéroceptifs) أو خارجية كانت قد ارتبطت بالإنذار الحقيقي، تظهر تلك الإنذارات المتعلمة في غياب خطر حقيقي على شكل نوبات هلع وأعراض مقتحمة. حسب هذا النموذج ينتج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عن إشرط يحدث أثناء الإنذار الحقيقي. غير أن تواجد الإنذار المتعلم غير كاف لتطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة: لا بد من وجود حصر متعلق بتوقع احتمال حدوث تلك الإنذارات المتعلمة، هكذا تصبح الإنذارات الحقيقية والإنذارات المتعلمة الناتجة عنها أحداث شديدة الإزعاج أو الاكراه وغير قابلة للتحكم وغير قابلة للتوقع ومسببة للحصر بالنسبة للفرد

من أجل الوقاية من هذه الأحداث: سيتبنى الفرد سلوكيات تجنب لكل العناصر المرتبطة بالإنذار الحقيقي الأول بتطوير بقطة فائقة واستثارة إحاشية عصبية فائقة اتجاه مختلف المؤشرات الخارجية والداخلية. ستؤدي البقطة الفائقة وتشويهاً للانتباه بدورها إلى إنذارات متعلمة، أفكار وصور دخيلة ومقتحمة بآلية نشاط رجعي أو تغذية راجعة إيجابية.

أخيرا هناك متغيرات معدّلة، بمعنى أنها تؤثر على تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ومن بينها مهارات الفرد في تسيير الضغط ونوعية الدعم الاجتماعي.

4.4.4- نموذج الحركة المعرفية لشمطوب (CHEMTOB) و اخرون (1988)

يقترح هذا النموذج فهما مشتقا من أعمال (Roitblat 1986, 1987) ونماذج Lang(1979), Foa et al.(1986), Horowitz(1986), Beck et Emery(1985) ومستلهم من الأعمال الحديثة حول علم النفس المعرفي، حيث يتصور الباحثون الدماغ كتجمع معقد لحزم بسيطة لمعالجة المعلومة. الأفكار، الصور، الأفعال، الانفعالات والسلوكيات كلها ممثلة ومتراصة فيما بينها في شبكة معلومات عصبية مرتبة ترتيبا سلميا، كل حزمة من حزم المعلومات تتفاعل فيما بينها بقوة الاستثارة والتثبيط. يتم التحكم في تنشيط حزمة معلومات معينة (يمكن أن تكون فكرة أو سلوك أو حركة) بالمشيرات المستقبلية من المحيط وبتنشيط (أو تثبيط) المستقبلية من حزمة من مستوى أعلى. ويرى الباحثون أن إدراك التهديد عند الفرد الذي عاش صدمة يكون منشط باستمرار حتى ولو بأدنى مستوياته، يتم تثبيط هذا التنشيط بواسطة نشاط مثبط مرسل من طرف حزم مضادة. ويكفي إدراك أقل قدر من معلومات الخطر حتى تثبط تلك الحزم المضادة. مما يؤدي إلى إعادة تنشيط التهديد بالخطر، إن إعادة التنشيط هذه ستتشتت بدورها استباق الخطر وحزم المعلومات المرتبطة بها، مما يسبب أفكار وصور مقترحة واستجابات فسيولوجية وسلوكية للإنذار.

إن وعي الفرد بتلك التغيرات الفسيولوجية والسلوكية المنذرة تؤخذ على أنها دليل على وجود خطر، يصبح في حالة إنذار ويركز كل انتباهه للبحث عن الإشارات الداخلية والخارجية المشيرة للخطر، ترفع هذه اليقظة الفائقة احتمال تفسير مثير ما بصفة كارثية، وبالتالي يرتفع إدراك التهديد بالخطر، مما يكرس تلك الحلقة المفرغة. يعتبر الباحثون هذه الآلية الرجعية الإيجابية أساسا لإحداث نوبة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

إن الآليات المتورطة في هذه الحلقة (التعرف على المثير المرتبط بالخطر، تحريف معلوماتي) هي نظريا موجودة عند كل الأفراد وليس فقط عند المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة ومع ذلك يحدد هذا النموذج الخصائص العصبية التي تميز الأفراد المصدومين عن غيرهم بحيث نسجل لديهم تنشيطا متعلقا بالتهديد بالخطر مما يجعلهم أكثر استعدادا للبحث وتفسير الدلائل على هذا الخطر، لديهم استعداد لتنشيط حلقة التغذية الراجعة الإيجابية، يصلون مستويات أشد في تنشيط التهديد بالخطر. إن المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة يصلون إلى مستويات مرتفعة بصفة غير عادية، ستكون المعلومات المناقضة لتفسير الخطر أقل فعالية في تثبيط إدراكه (إدراك الخطر) كما تسمح حلقة التغذية الراجعة الإيجابية بشرح أعراض اليقظة الفائقة والاستثارة الإعاشية العصبية الفائقة. يمكن القول أن هذا النموذج قد أهمل المتغيرات المعدلة وشرح الاختلاف في تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على أساس الخصائص المميزة لبنية الخوف التي تجعل بعض الأفراد أكثر استعدادا للمعاناة من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بعد معايشة أحداث صادمة.

(Brillon.P et al. 1996, 129-144)

5.4.4- نموذج التصورات الأساسية المهدمة لجانوف - بولمان (JANOFF- BULMAN) (1985)

يركز هذا النموذج على الأثر الهدام للحدث الصادم على مفهوم الواقع عند الفرد، حيث يحطم الحدث الصادم ثلاث تصورات أساسية أو مفاهيم قاعدية لدى الفرد:

✓ مفهومه لعلاقته بالعالم

✓ مفهومه للعالم

✓ مفهومه لذاته

فالحدث يدحض هذه المفاهيم ويجد الفرد صعوبة في استيعاب الفجوة بين مفاهيمه

القاعدية والتجربة الصادمة وهذا ما يزيد احتمال الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة واستمراره.

المفهوم الأساسي الأول، مفهوم الفرد وتصوره لعلاقته مع العالم ويتعلق باعتقاده بعدم هشاشته أو اعتقاده بتماسكه (Janoff-Bulman, 1979, 1985).

فالشخص الذي لم يواجه صدمات يبالغ في تقدير احتمال معاشة أحداث إيجابية ويقلل من احتمال معاشة أحداث سلبية، هذا الموقف يترجم غالبا بالانطباع أن "هذا لن يحدث لي".

المفهوم الثاني يتمثل في تصور قاعدي حول عالم عقلاني، قابل للفهم، قابل للتحكم وعادل، الذي لم يواجه صدمات يعتقد اعتقادا راسخا أن هناك نوع من الاقتران بين ما يحدث للأشخاص وسلوكهم وقيمتهم، يمنح هذا الاعتقاد شعورا بالتحكم والفهم للواقع لأنها تفترض أن كل شخص يتعرض لما يستحقه وبالتالي يكفي التصرف بصفة جيدة كي يحتمي من المآسي. تدرك الأحداث السلبية على أنها عقاب وتُدرَك الأحداث الإيجابية على أنها مكافآت على سلوك جيد أو على خلق حميد.

أخيرا، **مفهوم الذات عند الفرد** ، حيث يرى ذاته على أنه شخص كفء وذو قيمة ويحب ، كل فرد لديه مستوى مقبول من تقدير الذات ويعتبر ذاته لا يستحق أن يُصاب بالأذى أو بصدمة.

يعصف التعرض الصدمي بهذه المفاهيم الثلاثة، حيث يؤدي انهيار الشعور بالتماسك إلى شعور بمعاناة شديدة، هشاشة وخوف من إعادة معاشة الحدث، تضع الصدمة تصور العالم على أنه جيد وعقلاني وعادل على المحك وتدحضه، كونها تتميز بطابعها الظالم والشرير والضار. كما تؤدي التجربة الصادمة إلى تغير كبير في صورة الذات حيث معاشة الأعراض البعد صدمية تجعل الفرد يرى ذاته على أنه ضائع، غير كفء وتابع وقد يبني حكمه على ذاته على أساس استجابته أثناء الحدث، حيث يمكن أن يحكم على ذاته بأنه ضعيف وجبان أو مذنب.

تحطم التجربة الصدمية بعمق الشعور بالانسجام الداخلي عند الضحية والتي تجد نفسها مجبرة على إعادة النظر في مفاهيمها التي لم تعد قادرة على شرح العالم لها، بل وتضعها في حالة لا توازن معرفي وانفعالي والتي تؤدي إلى أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

يُعتبر نموذج Janoff-Bulman الوحيد الذي اهتم بتصورات وقيم الفرد قبل الصدمة وأثر الصدمة عليها. حيث يقدم لنا المعاش الظاهري للضحايا بعد تجارب صدمية: انطباع باختلال معرفي، شعور كبير بالهشاشة والمعاناة، دحض القيم الأساسية. كما يشرح هذا النموذج الاختلاف في تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة كونه اهتم بالمفاهيم الذاتية للأفراد حول الواقع.

(Brillon.P et al. 1996, 129-144)

تحدث Eptein(1991) عن أربع مخططات معرفية يمكن أن تتحطم بسبب الأحداث الصدمية وهي:

الإيمان بطيبة وسلامة العالم، إمكانية العدالة (عدل الحياة) الثقة في الناس، خلود الذات. (القدرة القصوى للذات). هي معتقدات ضمنية في حياة معظم الناس وتعتبر أساسية في السير الوظيفي العادي، وتأتي الأحداث الصدمية لتجعل الفرد يواجه محدودية هذه الأفكار الوجودية، ويواجه ضعفه وهشاشته، ومن خلال التحليل المعرفي للحدث يطور نظرية جديدة حول العالم وحول نفسه، تدمج الصدمة وما أحدثته من تغيير.

(Eptein, 1991 cité par C. M. Adwwin, 1994, p 172)

بالنسبة ل (Horowitz,1986) يمكن تفسير النزعة أو القهر على التكرار عند الأفراد الذين تعرضوا لصدمات إلى عجزهم عن إدماج المعلومات الجديدة إلى معتقداتهم ومخططاتهم المعرفية حول ذاتهم وحول الآخرين وحول العالم، وعندما لا يتم إضافة تلك المعلومات

الجديدة تبقى ذكرى الحدث نشطة في ذاكرة العمل وبالتالي تظهر أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

5 - مآل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

إن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة قد يستمر عدة أشهر أو إلى عدة سنوات و يبدو أن هذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة من جهة و شخصية المصاب من جهة أخرى . وقد وجد (Helzer) وآخرون (1987) من خلال دراساتهم على الجنود المقاتلين في الفيتنام و على الأشخاص الذين تعرضوا إلى اعتداء جسدي شديد أن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة قد تستمر إلى أكثر من ثلاث سنوات و تتخذ شكل المرض المزمن. وقد وجد (Davidson) (1990) أن الشكل المزمن لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة يظهر عند ضحايا الحروب و المعارك والذين يشاهدون أعمال العنف والقتل ويسجل لديهم التجنب والشعور بالذنب يستمران لمدة طويلة بالإضافة إلى الشكوى السيكوسوماتية و الرهاب الاجتماعي.

وإذا كانت بعض الحالات من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تستمر طويلا. فالأمر يختلف بالنسبة لحالات أخرى ، حيث يتلاشى فيها الاضطراب مع الزمن وقد وجد أن 28 من الحالات يختفي فيها الإضطراب. و يذهب بعض العلماء إلى الاعتقاد بأن استمرار الاضطراب لمدة طويلة (الشكل المزمن) يرتبط بشخصية سريعة الغضب وذي تاريخ مريض، وقد يترافق في بعض الأحيان بعوارض إضافية ملازمة: الاكتئاب، القلق، الاضطرابات السيكوسوماتية والوسواس القهري وتعاطي الكحول والمخدرات.

و يعتقد (MC Farlane) (1989) بأن وجود عامل مرضي سابق في الشخصية هو من العوامل الأساسية لظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاتجاه نحو الشكل المزمن، لذلك لابد من تحديد و دراسة عوامل الخطورة الكامنة عند الشخص قبل حدوث الصدمة لتحديد على ضوء ذلك مصير الاضطرابات ومساراته المرضية، حيث وجد الباحثون أن هذه

العوامل تتلخص فيما يلي:

- وجود أمراض نفسية سابقة في العائلة.
- تدني المستوى الاقتصادي عند الأهل.
- سوء المعاملة منذ الطفولة و تعرضه للاعتداء الجسدي و الجنسي قبل الخامسة عشر.
- انفصال الأبوين أو الطلاق قبل سن العاشرة و بالأخص عند الفتيات.
- اضطراب السلوك عند الشخص منذ الطفولة.
- فقدان الثقة بالنفس في مرحلة المراهقة.
- وجود أمراض جسدية تبعث على القلق.
- عوامل الخطورة عند النساء في سن الخمسين.
- انخفاض المستوى التعليمي و المعرفي عند الأهل و الشخص المصاب.
- تعاطي الكحول و المخدرات قبل حدوث الصدمة
- بالإضافة إلى هذه العوامل هناك عوامل الصدمة حسب (Helzer).

(غسان يعقوب، 1999 ، ص 55-58)

6- علاج اضطراب ما بعد الصدمة:

يعد الكشف والعلاج المبكر للاضطراب عاملا أساسيا في الحد من تأثيره على شخصية الطفل وعطائه وأدائه الوظيفي، وفي تغيير حياته نحو الأفضل. كذلك ينبغي أن يكون المعالج حاضرا بصورة دائمة ومدربا للتعامل مع الأطفال. ويمكن أن تبدأ مساعدة الأطفال

ب :

- إبعاد الأطفال من مكان الحدث الصدمي إلى أماكن آمنة وتنمية إدراك الأطفال بما يعانونه، وتنمية الدافعية لديهم بالحاجة للعلاج والمشاركة فيه بفعالية وبالاعتناء بأنفسهم والتواصل مع أسرهم وجماعاتهم.
- دمج الأطفال في ممارسة الهوايات والأنشطة الجماعية التي توفر لهم الدعم وتمكنهم من التفتيس والتفريغ وتلهمهم عن الأفكار والمشاعر المزعجة.
- إقامة علاقة فعالة تتيح للأطفال وصف ما حدث بلغتهم ومن خلال وجهة نظرهم ، وأن يعبروا عن مشاعرهم الحالية، وأن يتحدثوا عما قاموا به لحماية أنفسهم وعما سيقومون به لحماية أنفسهم مستقبلاً.
- أن يدرّب الأطفال على الاسترخاء بأنواعه المختلفة لكف توترهم وقلقهم. وهناك مجموعة من الأساليب الإرشادية والعلاجية يمكن الاختيار من بينها في ضوء مناسبتها وفعاليتها.

ينبغي التأكيد على أهمية العلاج في حالات الصدمة النفسية باعتباره السبيل الوحيد لإعادة التوازن للفرد المتعرض للصدمة، لكن من المهم أيضاً الأخذ بعين الاعتبار بعض متطلبات أي تدخل علاجي أو تكفل بالحالات المتعرضة لصدمة نفسية ونذكر منها ما يلي:

- **إستعادة الأمان:** وذلك بنقل الفرد إلى مكان يشعر فيه بالأمان والطمأنينة بعيداً عن مكان الحادث
- **استعادة القدرة على التعامل مع عواقب الحدث الصدمي:** من خلال مساعدته على معرفة ما حدث له ولمحيطه بشكل يحتمله وعيه
- **استعادة شبكة الدعم والمساندة:** وذلك من خلال إحاطته بمن تبقى من أفراد أسرته أو أقاربه في حالة كارثة طبيعية مثلاً أو بجمعيات الدعم والسند في المجتمع
- **إمكانية استيعاب الخبرة الصادمة:** وهذا من خلال البناء المعرفي البسيط من خلال إعطاء تفسيرات عقلية ومنطقية لما حدث.

وقبل التطرق إلى مختلف الإستراتيجيات المستعملة في حالات الصدمة النفسية، نقوم بإلقاء الضوء على مفهوم التكفل وبعض الإستراتيجيات:

1.6 - مفهوم التكفل:

التكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية التربوية والبيداغوجية والاجتماعية، يمكن إذن لهذا المفهوم أن يكون علاجاً نفسياً أو إعادة تأهيل أرطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي باعتبار المؤسسة مكان للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو تجهيزي أو علاجي... إلخ.

وفيما يلي عرض لبعض استراتيجيات التكفل بالأفراد المتعرضين للصدمة:

1.1.6 - تدخل الأزمة:

يرجع الفضل بالتعريف بهذا المفهوم إلى Lindman الذي أعطاه قيمة جوهرية وهذا بمناسبة دراسته لرد فعل الحداد العادي والمرضي وعلاجه. وبعدها نشرت عدة كتب ومقالات للعلاج قصير المدى وللتعريف أكثر بتدخل الأزمة يفرق Sifnos بين نوعين من التدخل، الأول وهو العلاج قصير المدى بكل ما تحمله الكلمة من معنى والذي يمتد من شهرين إلى سنة وتدخل الأزمة الذي يمثل علاجاً محدداً بعدد قليل من الحصص أي من ستة إلى عشر حصص فقط.

والجدير بالذكر أن تدخل الأزمة يشمل في معناه عدة إجابيات ملموسة ومنها إمكانية مساعدة أكبر عدد من المرضى باستعمال عقلائي واقتصادي للموارد العلاجية المتاحة، كذلك الوقاية من التزامن الناتج عن غياب التخطيط أو غياب الأهداف العلاجية.

في العلاج قصير المدى، يقوم المعالج باستخدام مجموعة متنوعة من التدخلات التشخيصية

والعلاجية في آن واحد كالعلاج السلوكي، التنفيس، العلاج الصيدلاني أو تدخل على مستوى المحيط العائلي والإجتماعي للعميل. كل هذه الوسائل تسمح للمعالج بالتعرف على المفحوص والتقييم السريع لحدة مشاكله والتدخل الملائم لحالته. كل هذا يحدد تبعاً لطبيعة الأزمة وشخصية المفحوص وبصورة عامة فإنه من الممكن وصف نوعين رئيسيين من العلاج قصير المدى حسب طبيعة التدخلات:

أولاً: العلاج النفسي التفسيري والذي قد يسبب القلق لأنه يهدف إلى إيصال المفحوص إلى الوعي بالصراع على أمل حدوث تغيير حالي في رد الفعل العصابي لمواجهة المشكلة.

ثانياً: العلاج بالسند والذي يهدف إلى التخفيض من صراعات المفحوص بمساعدة الإيحاء، تطبيب خاص أو أحياناً تدخل على مستوى محيط المفحوص.

2.1.6- التطهير النفسي:

التطهير النفسي أو العلاج بعد الآتي موجه للأفراد الذين عايشوا حوادث خاصة أو صدمات كالكوارث الطبيعية والحوادث أو وضعيات ناتجة عن عنف بشري. هؤلاء الأفراد يمكن أن يكونوا مدنيين، عمال يمارسون المهن ذات مخاطر. كما أن رجال الإنقاذ الذين شهدوا هذه الحوادث صعبة التخييل معنيين بالتطهير النفسي وفي بعض الحالات يعجزون عن إنقاذ روح بشرية.

كل هؤلاء الأفراد واجهوا فجأة الموت، إدراك الموت والذات أو الآخرين، وهم يتواجدون في وضعية إجهاد مع تزعزع توازنهم الداخلي مما يسبب خلل التنظيم لذاتهم.

مهما كانت طبيعة الإصابات والتي في بعض الحالات تكون صعبة التعرف عليها والأعراض العيادية غير محددة، الإستمرارية النفسية للفرد تكون تعرضت للخطر. و بالموازاة مع انقطاع الوظيفة الزمانية ففعلياً الوقت الصدمي يكون جامداً وينتج عنه تمزيق في إدراك الإستمرارية. كما تختلف طرق العلاج حسب الظروف وعلى علاقة بوقت ومكان تواجدهم.

أولاً: العلاج الإستعجالي:

التطهير المبكر والذي يسمى (le Diffusing) يمارس في مكان الحادث الصدمي و يؤمن عموماً من طرف الأطباء العقلين والمختصين النفسيين والممرضين وخلايا الإستعجالات الطبية النفسية التي تكون مهياًة ، و هذا العلاج موجه للضحايا المدنيين لمساعدتهم على استيعاب معاشهم الآن وقلقهم.

ثانياً: العلاج بعد الإستعجالي:

يمارس التطهير النفسي من يومين إلى عدة أيام بعد الحادث (بين 24 ساعة إلى 72 سا)، في مكان محايد ومستقر، قد يكون فردي أو جماعي ومدته تتراوح بين ساعة ونصف إلى ثلاث ساعات حسب عدد المشاركين والذين لا يجب أن يتجاوز عددهم 12 شخص. هذه الطريقة موجهة للأفراد المدنيين والممارسين الذين واجهوا اعتداءات أو أحداث خطيرة أثناء ممارسة وظيفتهم وكذلك رجال الإنقاذ بعد ممارسة مهمتهم ويكون مؤمناً من طرف أخصائيي الصحة العقلية المكونين في الإجهاد ودينامية الجماعات.

ثالثاً: المتابعة النفسية:

ييدي بعض الأشخاص الحاجة إلى متابعة حصص علاج نفسي لمساعدتهم على الخروج من تناذر بعد صدمي. هذا العلاج يؤمن من طرف مختصين نفسيين أو أطباء عقليين مكونين خصيصاً في هذا النوع من العلاج النفسي (العلاج بالسند). يمارس العلاج في معاينات خاصة بعلم النفس الصدمي، كما أن التطهير النفسي هو اجتماع لمجموعات منظمة لمراجعة الأحداث بالتفاصيل والأفكار والأحاسيس وردود الأفعال التي تلت الحادث الصدمي كما يهدف التطهير النفسي إلى التنبؤ بآثار غير مرغوب فيها وتسريع الإسترجاع الطبيعي والمحافظة على الدافعية.

وعموماً الفكرة الأساسية في العلاج النفسي تتلخص في إزالة الإجهاد النفسي الواقع على

الفرد وذلك بإبعاده عن مصدر الخطر والتهديد، ثم مساعدته على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات أثناء وقوع الحادث، وهذا يتم بشكل تدريجي في جو آمن ومدعم حتى يستطيع في النهاية استيعاب آثار الصدمة وتجاوزها. وبلي ذلك تعليم الفرد المتعرض للصدمة مهارات مواجهة الأحداث حتى تزداد مناعته في مواجهة أحداث مماثلة.

تتوعد الاساليب العلاجية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، منها العلاج السيكودينامي الذي يركز على مفاهيم مثل: الانكار والتخدر والتنفيس والتجنب باستخدام منهج التحليل النفسي، كما ابتكر السلوكيون عدة أساليب في العلاج منها: العلاج بالافاضة الذي يهدف الى خفض الاحجام والتجنب للذكريات الصادمة وخفض القلق الناجم عن استدعاء تلك الذكريات. و تقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization) الذي يعد اسلوباً مناسباً وفعالاً في علاج بعض الاعراض التي يعاني منها المصابون بضغط ما بعد الصدمة وخاصة الخوف والقلق والاحلام المزعجة، وتقليل الحساسية بحركة العين (EMDR) فهو من الاساليب الفعالة في علاج الاضطراب التي ابتكرت من قبل فرانسيس شابيرو (Shapiro).

ويستخدم هذا الاسلوب من خلال حركات العين التي تتبع اصبع المعالج بشكل متوازن من الشمال الى اليمين، حيث يطلب من المسترشد تخيل أحداث الموقف الصادم مع النطق وتقدير ردود الافعال الانفعالية السلبية وممارسة حركات العين في أثناء الموقف الصادم. (Rice, 1999)

أما أساليب العلاج المعرفي التي ترى أن الضغوط والسلوكات المرتبطة بها تنتج عن الادراك والتفسير الهازم للذات، حيث يمكن تغيير واستبدال هذه الادراكات أو الافكار السلبية بادراكات وتفسيرات أكثر ايجابية

(Seaward,2002)

حيث تم استخدام إعادة البناء المعرفي كأسلوب يهدف الى تغيير أنماط التفكير لدى المصابين بضغط ما بعد الصدمة من خلال مساعدتهم على تنمية قدراتهم على تقييم الاحداث الباعثة على الضيق بطريقة أكثر واقعية، ويعتقد بأن النظام المعرفي يجب ان تتم اعادة بنائه وتدعيمه بأنماط تفكير ايجابية وداعمة للذات .

(Rice, 1999)

واستخدمت استراتيجيات التحصين ضد الضغط النفسي كتدخل وقائي يسعى الى تقوية امكانات الفرد على الاستجابة للمواقف الضاغطة والتعامل مع آثار وخبرات المواقف الضاغطة مع الاحتفاظ بحالة أقل من الانفعالات المضطربة وبمستوى أعلى من التكيف وذلك من خلال التوعية بطبيعة ردود الفعل الناتجة عن الضغط والتوتر، وتدريب المفحوصين على مختلف مهارات التكيف الجسدية والمعرفية ومساعدتهم على تطبيق المهارات التي تم التدريب عليها أثناء التعرض لحالات التوتر والضغط .

(Cormier, S & al., 2003)

ولخفض أعراض الضغط والتوتر التي يعاني منها المصابون بضغط ما بعد الصدمة استخدمت أساليب الاسترخاء التنفسي والعضلي كوسائل مهمة يمكن تعلمها بسهولة وتعطى كواجبات بيتية تسهل عملية خفض التوتر وتحقق قدر من الراحة.بالإضافة لاستخدام العلاج الجماعي كوسيلة توفر الدعم والتشجيع للأشخاص مروا بتجارب مماثلة، حيث أن وجود الشخص الذي تعرض لخبرة صادمة مع تلك المجموعة التي عانت نفس معاناته يشعره بالارتياح ويخفف من شعوره بالوحدة ويحقق قدراً من التكيف النفسي والاجتماعي.

(Rice,1999)

ان الاساليب العلاجية على اختلاف تنوعها واختلاف أساليبها تسعى الى تحقيق أهداف موحدة الا وهي:

- دمج ذكريات الحدث الصادم مع تجارب الحياة المختلفة وذلك لخفض عمليتي الاقحام والتجنب التي تعد من الاعراض المميزة لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة.
- معالجة الآثار المرتبطة بالصدمة والعنف، على سبيل المثال: الغضب، والشعور بالذنب.

- التقليل من الحزن والالم والخسارة.
- أخذ العبرة من الحدث الصادم من خلال الاساليب التي يستخدمها المعالج كاسلوب إعادة البناء المعرفي الذي يتم من خلاله تغيير التفسير للحدث واعطاءه معنى وتفسير مختلف.

- المساعدة على استعادة الثقة بالنفس وبالاخرين، كما تتم المساعدة على تنمية مهارات توكيد الذات وحل المشكلات.

إن هذه الأهداف والأفكار بدأت بالتحول الى تدخلات وبرامج محددة أدت الى إحراز تقدم على مستوى التعرف على الاعراض وتقديم العلاج المناسب للأفراد المصابين بضغط ما بعد الصدمة.

وبهذا أشارت دراسة هندرسون وهال **Henderson and Hall (1996)** إلى فاعلية استراتيجية إعادة البناء المعرفي والتعريض في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى طفلة تعرضت للإساءة الجسدية واللفظية من قبل والديها.

وكشفت دراسة فرو وآخرون (Frueh, et al, 1996) فاعلية برنامج علاجي في خفض النشاط الانفعالي والفسولوجي للإيحاءات المؤلمة وخفض الاعراض الاقتحامية وسلوك التجنب لدى عينة من المحاربين القدامى في فيتنام.

كما أشارت دراسة كل من مؤمن وحشاد (2006) ودراسة السنبراني (2005) ودراسة اهلرز وآخرون (Ehlers, et al., 2005) ودراسة باتريك (Patrick, et al., 2007)

إلى فاعلية برامجها التي استندت الى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاضطراب. من هنا جاءت هذه الدراسة لمعرفة أثر برنامج علاجي في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات من خلال برنامج يستند الى النظرية المعرفية السلوكية في مبادئها واستراتيجياتها.

3.1.6- العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة :

(Trauma Focused – Cognitive Behavioral Therapy, TF–CBT)

يعتقد حسانوفيتش وزملاؤه (Hasanovic et al, 2011) بأن العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة من الاساليب الفعالة في علاج القلق والاكتئاب الناجمة عن تعرض الأطفال للصددمات النفسية.

ويتكون البرنامج العلاجي المركز على الصدمة من ثمانية أجزاء، ويرمز له بكلمة ممارسة (PRACTICE) :

1. التنقيف النفسي (Psycho Education – P) لرفع الوعي والمهارات الوالدية.
2. تمارين الاسترخاء (Relaxation – R).
3. مهارات التعبير والتفريغ الانفعالي (Affective Modulation Skills –A)
4. مهارات التعامل المعرفية (Cognitive Coping Skills – C).
5. سرد قصة الصدمة النفسية (Trauma Narrative –T) وإعادة إدراك ومعالجة الحدث الصادم.
6. التدريب على التعامل مع الأحداث المثيرة لذكريات الصدمة (In-vivo Mastery of Trauma Reminders– I).
7. الارتباط العائلي مع الطفل-جلسة مع الوالدين (Conjunction Child –Parent Session – C).
8. تحسين الأمن وتسهيل النمو المستقبلي

(Enhancing Safety and Future Developmental Trajectory –E)

(Cohen et al, 2005; King et al, 2000)

وتعد البرامج العلاجية القائمة على الأساليب المعرفية السلوكية في خفض ضغط ما بعد الصدمة من أكثر البرامج المستخدمة، حيث أكدت دراسات على أهمية وفاعلية التدخلات العلاجية القائمة على الأساليب المعرفية والسلوكية في الحد من مستويات أعراض القلق لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمات ومواقف الحروب.

(Oras &all, 2004; Cohen &all, 2010; Cohen &all, 1998).

وأشارت نتائج دراسة فيذر و رونان (Feather, and Ronan,2009) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض مستويات ضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المعرضين لصدمة الإساءة الجنسية والجسدية. ويعد استخدام العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة من الأمثلة على الأساليب العلاجية المتخصصة والموظفة للتعامل مع أعراض ضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لخبرات صادمة كالحروب أو الإساءة (Brown, Pearlman, &all, 2004) من خلال توظيف أساليب الاسترخاء وضبط المثير ومناقشة المعتقدات والأفكار المرتبطة بالصدمة والتعرض التدريجي (Gradual Exposure) وتعليم بعض من المهارات المعرفية مثل حل المشكلات و مهارات التعامل مع الضغوط النفسية (Coping Skills) ومهارات التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Training– SIT).

كما ان الدمج بين الأساليب العلاجية المختلفة في علاج ضغط ما بعد الصدمة يؤدي إلى نتائج أكثر فعالية، وقد أكد بوليتين وزملاؤه (Poliaten et al,2008) على إمكانية

الحصول على نتائج علاجية أكثر قيمة للعلاج المعرفي السلوكي إذا ما تم دمج مع أنماط علاجية أخرى مثل العلاج باللعب أو الرقص أو الموسيقى. وأشار كل من جولد و فوراسيك و ويغرام (Gold ,Voracek ,and Wigram, 2004) خلال مراجعتهم الشاملة للعديد من الأبحاث والدارسات -التي قامت بتوظيف أساليب العلاج بالموسيقى إلى جانب أساليب العلاج النفسي الأخرى - إلى فاعلية توظيف برامج العلاج بالموسيقى المتزامنة مع برامج العلاج النفسي المعرفي والسلوكي لعلاج مشكلات الضغط والاكتئاب للأطفال والمراهقين، حيث تعتمد فعالية تلك البرامج على حدة الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال ومدى تنوعها وحجم المجموعة وعمر المستفيدين. وأكد سترهلو (Strehlow,2009) على أهمية التكامل ما بين أساليب العلاج غير اللفظية كالعلاج بالموسيقى وأساليب العلاج النفسية الأخرى كالعلاج المركز على الصدمة في التقليل من الآثار السلبية للتعرض لتلك الحوادث. وأشارت نتائج دراسة كنج وزملائه (King et al,2000) إلى فعالية برنامج علاجي قائم على استخدام حزمة من الأساليب العلاجية (العلاج بالرسم و المسرح والدراما وألعاب الكمبيوتر واللعب المنظم والعلاج بالموسيقى) في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى 63 طفلاً سوادنيا من اللاجئين في الولايات المتحدة.

وأظهرت نتائج دراسة بولاتن وزملاؤه (Poliaten et al,2008) فعالية برنامج العلاج الجمعي التكاملي (النفسي والموسيقي والأسري) الذي يشتمل على الرسم وعزف الموسيقى والحركة ولعب الدور والتمثيل في خفض أعراض القلق والاكتئاب مقارنة مع العلاج بالموسيقى والحركة لدى 21 طفلاً من الأطفال اللاجئين في كمبوديا.

وأشارت نتائج دراسة رايدر وزملاؤه (Raider et al, 2008) إلى فعالية التدخلات العلاجية المستندة على العلاج بالحركة والتفريغ الانفعالي والموسيقى المترافقة مع التدخلات النفسية المعرفية والسلوكية في التقليل من مستويات القلق لدى عينة من المراهقين.

وحاول كاتاني وزملاؤه (Catani et al,2009) مقارنة أثر برنامج علاجي قائم على استخدام فنيات وأساليب العلاج السلوكي (العلاج بالتعرض) مع برنامج علاجي قائم على

التأمل والاسترخاء واستخدام الموسيقى في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال اللاجئين الذين تعرضوا للصدمة النفسية جراء مشاهدتهم للدمار الذي سببته موجات تسونامي في سيريلاانكا، اشتملت الدراسة على 31 طفلاً تم توزيعهم على مجموعتين (العلاج بالتعرض والعلاج بالاسترخاء والموسيقى) بمعدل جلسة واحدة على مدار 6 أسابيع، دلت النتائج على فعالية كل من البرنامجين العلاجيين في خفض الأعراض المرضية لدى أفراد الدراسة وخلال فترة متابعة بلغت 6 أشهر.

وترى بارتون (Barton et al, 2013) ضرورة اشتمال البرامج العلاجية الخاصة للأطفال أو الأفراد الذين يعانون من الأعراض النفسية المرتبطة بالقلق والاكتئاب على العديد من الخبرات والنشاطات والبرامج مثل اليوغا والحركة والرقص والغناء والموسيقى إلى جانب العلاج النفسي.

خلال عرض الدراسات السابقة نجد قلة عدد الدراسات السابقة التي قامت بمقارنة أثر البرامج العلاجية الموسيقية والأساليب العلاجية المركزة على الصدمة للتعامل مع مشكلات الأطفال اللاجئين

(Raider et al, 2008; Poliaten et al,2008; Catani et al,2009)

في المقابل نجد توظيف العلاج بالموسيقى في الكثير من الدراسات التي استهدفت علاج أعراض ضغط ما بعد الصدمة وغيرها من الأعراض النفسية بشكل مستقل.

(King,&al, 2000; Gold,&al, 2007; Uguak, 2004; Baker &al,2006)

كذلك الحال نجد شيوع استخدام برامج العلاج النفسي المركز على الصدمة في التقليل من ضغط ما بعد الصدمة.

(Hasanovic et al, 2011; Feather, and Ronan, 2009)

خلاصة

في الغالب تتباين ردود الفعل النفسية لدى الأفراد الذين يعايشون الصدمات، فمنهم من يكون تأثير الأحداث الصادمة عليهم ضمن مستوى التحمل، في حين يتأثر البعض الآخر بشكل واضح وتظهر عليهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، نتيجة لما تعرضوا له من مشاهد ومواقف هددت حياتهم بشكل مباشر أو غير مباشر، أو تعرضوا له ضمن ظروف الصراع من التعذيب، أو العنف .

إن الأحداث الصادمة وخصوصاً تلك الناتجة عن الحروب والأوضاع غير المستقرة تُلقي بظلالها على الأفراد والجماعات ويترتب عليها العديد من الاضطرابات النفسية، والمشاكل الاجتماعية التي تؤثر على نوعية الحياة، وعلى التواصل مع الآخرين في المحيط الأسري والاجتماعي، إلى جانب تأثيرها على الأداء الوظيفي. ويعد الاكتئاب والقلق، واضطراب العلاقات بين الأزواج، والاستخدام الخاطئ للعقاقير والإدمان من أهم المشاكل المرافقة لاضطراب ما بعد الصدمة.

ويؤثر اضطراب ما بعد الصدمة وما يرافقه من مشكلات نفسية على الحياة العائلية بطرق متعددة، وعلى مستويات عدة، حيث إن الأفراد المتأثرين بالصدمة يواجهون صعوبة في التعبير عن مشاعرهم مما يشعر شركاءهم بالرفض، وعدم التقبل، الأمر الذي يولد لديهم الشعور بالعزلة، كما يصعب عليهم الانخراط في علاقات حميمة ودافئة مع شركائهم، وتتفاقم لديهم أعراض القلق والاكتئاب والشعور بالذنب، وعدم الكفاءة، مما يزيد من صعوبة التواصل مع الشريك، وتتحول العلاقة بينهما إلى علاقة مليئة بالألم والاستياء.

يلاحظ أن التعرض المستمر لفترات طويلة لأحداث صادمة يولد ضعف الرغبة للمشاركة في النشاطات الاجتماعية أو العائلية، مما يسهم في انخفاض الشعور بالمرح والسعادة والانسجام ويصبح من الصعب ممارسة حياة طبيعية .

الفصل الثالث: مركز التحكم (LOC)

تمهيد

ان الاهتمام الكبير بمفهوم مركز التحكم الداخلي-الخارجي يرجع الى بعض المشكلات الاجتماعية المستديمة في ايامنا هذه، التي بالتالي ترتبط بالازدياد في عدد السكان، و زيادة تعقيد المجتمع وما ينتج من مشاعر العجز التي تبدو انها تشمل كل مستويات المجتمع. و علماء النفس يرون الى مركز التحكم بوصفها متغيرا اساسيا من متغيرات الشخصية، فانهم يشيرون الى كيفية ادراك الفرد للعوامل الاكثر تحكما و النتائج و الاحداث و المواقف المهمة في حياته.

ان التمييز بين الاشخاص الداخليين و الخارجيين شئ صعب، اذ ان مركز التحكم كباقي الابعاد النفسية الاخرى بحيث يتوزع الافراد بموجبها على متصل يجعل الناس يختلفون اختلافا كميا على هذا البعد.

1 - تاريخ مصطلح « مركز التحكم » (LOC)

يحتل مفهوم وجهة الضبط الداخلية والخارجية مكانة خاصة في الوقت الحاضر وذلك لمحاولة فهم وتعديل السلوك والتحكم فيه ومعرفة مصدر الضبط الواقع عليه. وتعتبر وجهة الضبط بوصفها متغيرا اساسيا من متغيرات الشخصية التي تتعلق بعقيدة الفرد عن أى العوامل هي الأقوى والأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته هل هي العوامل الذاتية نحو المهارة والقدرة والكفاءة أم العوامل الخارجية مثل الحظ والصدفة .

(جمال زكى أبو مرق 1999 ص 11)

فقد ظهر هذا المفهوم في منتصف الخمسينات وحتى أوائل السبعينات وان كان مرتبطا بنظرية (روتر Rotter) وهو يعتبر أول من أبرز مفهوم وجهة الضبط الخارجى أو الداخلى في نظريته في التعلم الاجتماعى وذلك من خلال اعتقاد الفرد في قدرته على

السيطرة على الأحداث أو عدم قدرته على السيطرة على تلك الأحداث أيضا وأنه على هذا الأساس حاول أن يحدث تكاملا بين اتجاهيين متباعدين هما المدرسة السلوكية والتي تعتمد على المثير والاستجابة ونظريات التدعيم من جهة أو المدرسة المعرفية و التي تعتمد على النظريات المعرفية أو نظرية المجال من جهة أخرى.

وقد تعددت الترجمات العربية للمصطلح مثل مركز التحكم , وموضع الضبط , و وجهة الضبط الداخلى- الخارجى , ومركز الضبط, هذا على الرغم من أن روتر Rotter لم يستخدم الا مصطلحى التحكم الداخلى للتدعيم والتحكم الخارجى للتدعيم (علاء الدين كفاى 1982 ص 9)

الا أن مستوى الضبط قد يرجع الى أنه يعمل من خلاله عدد كبير من المواقف حيث يرتبط بمدى الاعتقادات والأفكار لدى الفرد وأيضا قدرته للسيطرة على الأحداث أو عدم سيطرته عليها . فالتحكم والضبط هو بذلك يلعب دورا هاما فى حياة الفرد سواء النفسية أو الاجتماعية , فهو يتعلق بعقيدة الفرد الداخلية أى العوامل الأقوى والأكثر تأثيرا وتحكما فى حياة الفرد , والنتائج التى تظهر من خلالها وما هى ؟ قد ترجع الى العوامل الذاتية التى تشتمل على المهارات والكفاءات والقدرات ... أما من خلال العوامل الخارجية فقد يرجع الى الصدفة والحظ والقدر .

كما يرى جوليان روتر (1966) أن الافراد يختلفون فى مدى التحكم فى ضبطهم الداخلى أو الخارجى تبعا لمفهومهم عن ذواتهم وعن مصدر التدعيم سواء كان هذا التدعيم داخليا أم خارجيا .

(الشناوى عبد المنعم الشناوى 1997 ص 127)

2 - تعريف « مركز التحكم » (LOC)

يقوم موقع الضبط على افتراض مفاده أن الطريقة التي يسلك بها الفرد تتأثر إلى حد بعيد بما يدرك من علاقات سببية بين السلوك وتوابعه فتراه يسلك في ضوء إدراكه لهذه العلاقات (مقابلة ويعقوب، 1994، 25)، وأن الأفراد يختلفون من حيث إدراكهم وتفكيرهم لموقع القوى المسيرة للأحداث في حياتهم، اذ يختلف هذا الموقع المدرك لهذه القوى بين ما هو داخلي أو ذاتي (Internal) وما هو خارجي (External)

(حداد، 1998، 235).

ويفترض (روتر) ان الفرد يدخل إلى أي موقف ومعه توقعات تتصل بالنتائج المحتملة (المعززات) لسلوكياته الممكنة، فهي تقوم على اساس من الخبرات السابقة للفرد التي تقسم إلى عامة ونوعية وتشتمل الخبرات النوعية على تلك الخبرات المشابهة للموقف الراهن اما العامة فهي مجموع كل الخبرات الاخرى وتبعا لروتر فان احتمال سلوك معين يختلف تبعا لتوقع الشخص بالنسبة لنتائج هذا السلوك وفقا للمعادلة $(P_B = F(E) + R.V.)$ ، إذ (P_B) احتمال السلوك، $F(E)$ دالة التوقع، أما $(R.V.)$ فهي قيمة التعزيز وتعني إن تكرار سلوك معين سيزداد إذا كانت الخبرات السابقة والراهنة تشير إلى أن عائدا مجزيا سينتج من هذا السلوك وينقص التكرار إذا كان العائد المتوقع غير مجزي.

(جابر عبد الحميد، 1995، 34)

ويرى الباحثان بالاعتماد على هذه المعادلة أن أهمية التوقع ليست قيمة ثانوية وان توقع التعزيز وموقعه جعل نظرية (روتر) تستثنى من نظريات التعلم التي تعتمد على القيمة أو الدافع فقط ولذلك يسلم (روتر) بأولوية التعزيز في توجه السلوك وتشكيله إلا أن تأثير التعزيز يعتمد على إدراك الفرد لوجود علاقة بين التعزيز الذي ناله وبين ما قام به من سلوك.

وطبقا لنظرية التعلم الاجتماعي (الروتر)، فان الفرد يقوم بسلوك ما لغرض انجاز هدف مرتبط بمعززات خاصة ان كان يعتقد بان أفعاله ستعود إلى هذه المعززات في موقف ما.

(علي الهام فاضل عباس ، 2001، ص 6)

ويمكن تمثيل الأفراد على امتداد واحد ذي طرفين (داخلي -خارجي) ولكل فرد درجة على خط يمتد من الطرفين تبعا لتوقع معمم في إدراك الأحداث التعزيزية،وعندما يوصف موقع الضبط بأنه (داخلي أو خارجي) فهذا لا يعني ان هناك نوعان أو نمطان من الشخصية وان كل شخص اما ان يكون داخلي أو خارجي الضبط فالأشخاص يتسمون بدرجات مختلفة من التوجه نحو الضبط الداخلي أو الخارجي،وعليه لا توجد أنماط نقية من هاتين الفئتين لموقع الضبط،فقد يختلف إدراك الفرد لموقع الضبط من موقف لآخر كما يختلف من شخص لآخر في نفس الموقف ويرجع ذلك إلى عوامل مختلفة من أهمها الدافعية ومعززات السلوك ومحددات الدور والموقف.

(يوسف عبد الفتاح محمد ، 1993، ص 240)

مما سبق يستنتج الباحثان أن أفضلية كون الإنسان ذي اتجاه داخلي للضبط أو اتجاه خارجي للضبط بحسب نظرية (روتر) انه من الأحسن أن يكون الإنسان ذو ضبط داخلي وليس ذو ضبط خارجي ولكن من الخطأ أن نفترض أن الأشياء الجيدة تكمن لدى الأشخاص ذوي الضبط الداخلي وان الأشياء السيئة تكمن لدى الأشخاص خارجي الضبط.

فالضبط الداخلي يعبر عن العوامل الكامنة في الإنسان والذي يعتقد معها بأنها مسؤولة عما يحققه من نجاح أو فشل (دروزة ، 1993، 10) والأشخاص الذين يقعون في هذا البعد يطلق عليهم فئة الضبط الداخلي وهم يدركون أن أفعالهم وخصائصهم تؤثر في شكل معيشتهم وطريقتهم.

(سليمان عبد الرحمن سيد ، 1996، ص 98)

وتتمثل أنواع الضبط الداخلي بأدراك الفرد أن نتائج الأحداث سواء كانت سلبية أم ايجابية فإنها ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية تتعلق بشخصيته مثل الذكاء أو المهارة والقدرة أو الجهد أو سمات الشخصية المميزة.

(علي الهام فاضل عباس ، 2001، ص 56)

أما خصائص الأفراد ذوي الضبط الداخلي فتتمثل في كونهم أكثر حذرا وانتباها لنواحي البيئة المختلفة التي تزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي، وهم يتخذون خطوات جادة تتميز بالفعالية والتمكن لتحسين أحوال البيئة فضلا عن أنهم أكثر اهتماما بقدراتهم وبفشلهم ويضعون قيمة كبيرة لتعزيز المهارات.

(الدليمي هناء رجب ، 1988، ص 36)

وعند الحديث عن الضبط الخارجي فإنه يعبر عن العوامل الخارجية الموجودة في البيئة المحيطة ولا دخل للإنسان بها ويعتقد الفرد في نفس الوقت بأنها المسؤولة عن نتائج سلوكه.

(دروزة أفنان ، 1993 ، 10)

وفي هذا الصدد يشير (روتر) إلى انه إذا كان حدوث التعزيز مرتبطا بالعالم الخارجي فمن المنطقي أن يكون ذلك لأسباب مختلفة ونكون حينئذ أمام أربعة أنواع من الضبط الخارجي هي:

1- الصدفة والحظ (Luck or Chance): و يعني بان العالم غير قابل للتنبؤ أو

التأثيرات الاحتمالية وغير خاضع للعقل.

2- القدر (Fate): ويعني اعتقاد الفرد بأنه لا يمكن أن يغير مسار الأحداث

لأنها أحداث مقدرة سلفا.

3- قوى الآخرين (Powerful Others): ويعني ان الفرد يعتقد أن ضبط التعزيز في أيدي أناس آخرين أكثر قوة وتأثيراً من الشخص ذاته.

4- النوع الرابع مرتبط بالنوعين الأول والثاني (الصدفة أو الحظ والقدر): ففيه يرى الفرد أن الحياة معقدة جداً بحيث لا يمكن التنبؤ بأحداثها وذلك لأن الشخص ذاته تختلط عليه الأمور فلا يفهمها ولا يستطيع التنبؤ بها أو ضبطها.
(سليمان عبد الرحمن سيد ، 1996، 99).

فالفرد من ذوي الضبط الخارجي يميل إلى ان تكون لديه سلبية عامة وقلق في المشاركة والإنتاج ويرجع الأحداث الإيجابية والسلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي فضلاً عن ذلك انه يمتلك شعوراً بالعجز في التأثير على مجريات الحياة وهو اقل من ذوي موقع الضبط الداخلي في محاولاته للهروب أو تجنب المواقف المجهدة عصبياً وهو أكثر تدقيقاً في النظر وفحص الأشياء من الداخليين وأكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية ومنها الكآبة.
(الراوي الطاف ياسين خضر ، 1996، ص 33)

ويرى الباحثان أن الأشخاص من هذا النوع يتميزون بانخفاض في درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم بالإضافة إلى افتقارهم إلى السيطرة على الأحداث في البيئة.

وخلاصة القول لما تم عرضه من خلفية نظرية عن موقع الضبط نجد انه قد احتل مكانة متميزة في البحوث التربوية النفسية، فمنذ أن نشر (روتر) مقياسه وحتى هذا اليوم نرى أن العديد من البحوث والدراسات قد اتجهت إلى دراسة علاقة هذا المتغير بالمتغيرات الأخرى في المواقف التربوية والاجتماعية والنفسية والمهنية والصحية المختلفة لدى الأفراد.

3 - " الداخليين " و " الخارجيين "

اهتمت دراسات عديدة بالتعرف على أهم الخصائص التي قد يتمتع بها ذوى الضبط الداخلي والخصائص التي قد يتمتع بها ذوى الضبط الخارجى . وتوصل كثير من الأفراد على أن ذوى الضبط الداخلى يتمتعون بكثير من الخصائص الايجابية أكثر منهم ذوى الضبط الخارجى فهم أكثر نشاطا وأكثر توافقا (غازداوكورسينى 1996 ص 269) كما يُعدون أكثر احتراما للذات وأكثر قناعة ورضا عن الحياة وكذلك الاطمئنان والثقة النفس والهدوء وعدم الشعور بمشاعر القلق أو الاكتئاب وقلة اصابتهم بالأمراض النفسية ومقاومة كثير من بعض المغريات للتأثير عليهم وشعورهم بكثير من المودة والصدقة حيث أنهم أكثر واحتراما من قبل الآخرين وبالتالي هم أكثر تعاونا.

(صلاح أبو ناهية 1987 ص 59)

ويعتبر ذلك أمر طبيعى وذلك لأن أفراد ذوى الضبط الداخلى يعتمدون على قدراتهم واستعداداتهم التي قد تساعدهم على تحقيق النجاح والتوافق عكس الأفراد ذوى الضبط الخارجى فهم يرجعون الأسباب التي أدت الى ذلك قد ترجع الى قوة خارجية وانه اذا أخفق في شيء فإنه سوف يلقى اللوم على هذه القوى الخارجية ليحاول أن يحقق قدرا كبيرا من التوافق مع عالمه الذي يعيش فيه .

(ناصر دسوقي محمد موسى 1995 ص 63)

أشار **اليعقوب (1988)** بأن الأفراد ذوى الضبط الداخلى يتصفون بقدرات أكثر على المستوى العقلي من حيث استخدام المعلومات وتحليلها، كما لديهم واقعية في تنفيذ النشاطات، يضاف إلى ذلك حاجتهم إلى رفع الدافعية من أجل أداء أكاديمي أفضل، كما أن اختلاف الأفراد في إدراك العلاقة بين الأسباب، والنتائج ينعكس على أنماط السلوك؛ وبالتالي

فإن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي يُحمّلون أنفسهم مسؤوليات أعمالهم سواء كان في النجاح، أم الفشل.

ويعتقد الفرد ذو الضبط الداخلي أن بإمكانه تقرير ما سوف يحدث له، وبالتالي فهو قادر على التحكم بمصيره بدرجة كبيرة ، بينما الفرد ذو الضبط الخارجي يعتقد بأنه واقع تحت تأثير الظروف المحيطة به ، وبأنه غير قادر على التحكم بالأحداث التي يعايشها ، أو يمر بها.

(أمل الأحمد ، 1997).

إن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يرون انسجاما وتوافقا بين الأحداث، والسلوكات الخاصة، أي أن نتائج السلوك مرتبط بعوامل خاصة ذات علاقة بالقدرات الخاصة بهم، ذلك بخلاف الأفراد ذوي الضبط الخارجي، حيث تعزى نتائج السلوك لديهم إلى عوامل خارجية كصعوبة المهمة، والواسطة، والحظ.

(يعقوب ابراهيم، 1994 ،ص119-127)

ويتصف الأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي بأنهم أكثر فاعلية في معالجة وتنظيم المعلومات، أي أنهم أقدر على حل المشكلات؛ ويعود ذلك إلى العلاقة بين التعزيز والسلوك؛ حيث العلاقة بين السلوك، والتعزيز منتظمة لاعتقاد الأفراد ذوي الاتجاه الداخلي بأن الأحداث مرتبطة بالسلوكات، أما ذوو الضبط الخارجي فإن العلاقة بين السلوك والتعزيز غير منتظمة مما يقود إلى الاعتقاد بأن العوامل المرتبطة بالسلوك خارجة عن الإدارة، والسيطرة

(سرحان عبيد ، 1996)

وأشار جبر (1987) إلى ميل الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي إلى تفضيل المهام متوسطة الصعوبة بالنسبة إلى احتمالات النجاح والرسوب، وأنهم أفضل في النجاح بينما

يفضل الأفراد ذوو مركز الضبط الخارجي المهام ذات الاحتمالات المتدنية في النجاح، أو الرسوب.

و بإبراز هذه السمات وجد أن الأفراد الذين يتمتعون بالضبط الداخلي أكثر من الأفراد ذوي الضبط الخارجي ويتمتعون بصفات ايجابية أكثر من ذوي الضبط الخارجي .
وأكد على ذلك دراسة صلاح أبو ناهية (1987) وهى أن الضبط الداخلي والخارجي يعتبران أساسا قد يرجع اليه كثير من الأفراد لدراسة الفروق في أساليب التعامل مع المواقف التي قد يوضح فيها الفرد وما هي أسس هذه المواقف والى أي مدى ترجع سواء على المستوى النفسي أو الاجتماعي .

(صلاح أبو ناهية 1987 ص186)

4- التأثيرات الثقافية على مفهوم الضبط الداخلي - الخارجي:

يرى بعض الباحثين (Marks & al, 1998, P. 251) أن عملية نمو وتطبيق مفهوم الضبط قد خضعت على مر السنين للتركيز الثقافي الاجتماعي الغربي والذي يُعتبر فيه الحصول أو الاتصاف بالتحكم الشخصي على المواقف والأحداث هو أفضل السيناريوهات scenario وهذا الموقف بالطبع يؤثر في تعامل الممارسين في المجال النفسي مع عملائهم. وعندما تتخذ وجهة النظر هذه بعين الاعتبار ، فإن الممارسين الذين يعتقدون في مفهوم مركز الضبط، ربما يُضيقون عملهم مع العملاء بطريقة غير مناسبة. فإن تطبيق فكرة أن الاتصاف بمركز الضبط الداخلي دائماً ما يكون مفيداً قد يكون غير مناسب لبعض العملاء وذلك ، لأن مناسبة اعتقادات الفرد في مركز الضبط ربما تعتمد على متغيرات ثقافية أو موقفية .

وترى ماركس (Marks & al, 1998, P. 252) أن الثقافة الغربية و التي ظهر فيها ونما مفهوم الضبط الداخلي - الخارجي دائماً ما تُعطى قيمة مرتفعة للاستقلال الشخصي ، وقد

أثرت هذه القيمة في نمو مفهوم مركز الضبط ، وبالتالي فإن التركيز المستمر داخل مجال علم النفس على الضبط الشخصي يوازى انشغال المجتمع الغربي بالاستقلالية .
إن مفهوم روتر فى الضبط الداخلي - الخارجي يحتوى على أخلاقيات البروتستنت و التى تتنادى "بأن هناك علاقة بين العمل الجاد والإنجاز الاجتماعي..إنها أخلاقيات جهد ذاتي أو فردي ، وليس لديها أي شي لتقوله عن الخارج، أو عن المعوقات البنائية للإنجاز ."
والواقع فقد أظهر الباحثون بأن الداخلية **internality** لها ارتباط بأخلاقيات البروتستنت، وبالقيم التقليدية الأمريكية ، وقد تأكد هذا التحيز فى تأكيدات ليفكورت (Lefcourt) الذي يرى "أن الإنسان يجب أن يكون أكثر تأثيراً وأكثر قدرة على أن يدرك نفسه بوصفه المحدد **determiner** لفرده إذا ما أراد أن يعيش في سلام" علاوة على ذلك فقد أكد كل من وونج وسبرول .

(Wong & Sproule, 1984, P. 354)

منذ أوائل الستينيات، إن النفسيين الذين يؤمنون بالضبط مشغولين بتوضيح أهمية الضبط الداخلي .
إن نتائج الدراسات النفسية منذ ظهور مفهوم الضبط الداخلي - الخارجي ، قد وصلت إلى ما يشبه الإجماع على أن الاعتقاد فى الضبط الداخلي يُعتبر أكثر قبولاً من الاعتقاد فى الضبط الخارجي ؛ وتدعم هذه الدراسات وتتماشى مع الفكر الاجتماعي الغربي. ولأن النظرية النفسية تتأثر بالتحيزات الثقافية وبالقيم السائدة ، فلم يكن من المستغرب أن تكون الجماعة ذات القوة أو الضبط فى المجتمع ، والمرتفعة فى المستوى الاجتماعي - الاقتصادي هي التى تحدد وتُعرف المواصفات المرغوبة والتي يتم تبنيها من جانب الباحثين والممارسين ؛
وبالتالي وتماشياً مع النتائج التى وجدت علاقات إيجابية لدى هؤلاء ذوى الاعتقاد فى الضبط الداخلي مقارنةً بهؤلاء ذوى الاعتقاد فى الضبط الخارجي، فإن الاختلافات فى مقاييس مركز الضبط بين الثقافات وداخل الثقافات قد تم ظهورها .

والواقع أن التركيز على الضبط الداخلى يعكس ديموجرافية المجتمع الأمريكى ، بمعنى يتم ظهور الضبط الداخلى والإعلان عنه بطريقة أكثر لدى جماعات الأغلبية مثل الأمريكيين من أصل أوروبى ، وأعضاء المستوى الاجتماعى - الاقتصادى المرتفع ، عكس ما يحدث لدى جماعات الأقلية مثل الأمريكيين ذوو الأصل الأفريقى أو الأمريكيين ذوى الأصل الأسباني والأمريكيين الأصليين ، حيث وجد أن الجماعات الأخيرة يتصف أفرادها بالضبط الخارجى ، وترجع هذه الاختلافات بين هذه الجماعات والجماعة الأمريكية من أصل أوروبى كما يرى ليفكورت إلى مدى توافر الفرص لكل جماعة من هذه الجماعات.

(Lefcourt, HM., Miller, RS., 1982)

وقد اقترح كل من جينسون وأولسن وهيوغ (Jenson.,Olsen., & Hughes, 1990) أن العوامل الاجتماعية تؤثر فى مركز الضبط ، ثم يعلنون أو يذكرون أن هناك أثر رئيسى دال لبلد الإقامة فى عينة قاموا بدراستها، وشملت تسع بلدان من غرب أوربا. كما توصل بيتس وراكين هل (Bates., Rankin-Hill 1994) إلى أن العوامل الاجتماعية والثقافية لأمريكا اللاتينية كانت مسؤولة عما توصلوا إليه من نتائج تشير إلى أن مواطنى بورتاريكا ، واللاتينيين فى نيوانجلاند قد حصلوا على درجات مرتفعة على الضبط الخارجى مقارنة بغير اللاتينيين فى عينة دراستهم. وذكر (Weisz, Rothbaum, & Blackburn, 1984) فى خمس دراسات تم نشرها قبل عام 1982 ، أعلنت نتائجها أن درجات اليابانيين كانت أعلى على الضبط الخارجى مقارنة بدرجات الأمريكيين. ولم يختلف الطلاب من الدنمارك - وهى ذات ثقافة غربية متقدمة - عن الطلاب الأمريكيين .

وتلخص ماركس نتائج الدراسات التى تناولت مقارنات ثقافية - اجتماعية فيما يتعلق بالاعتقاد فى الضبط الداخلى - الخارجى ، بأنها تظهر وتوضح أن اعتقاد مركز الضبط يتنوع عبر الدول وأن العوامل الثقافية والاجتماعية غالباً ما تكون مسؤولة عن هذا التنوع .

ولقد كان روتر أول من تناول الآثار الثقافية لمتغير الضبط الداخلى - الخارجى فى مقاله 1966. وقد قال أن الاعتقاد فى القدر والصدفة أو الحظ - بوصفها عناصر للضبط الخارجى - قد تم تناوله من جانب العديد من العلماء فى المجال الاجتماعى ؛ وكان أغلب اهتمامهم مع ذلك بالفروق بين الجماعات أو المجتمعات وليس بين الأفراد ؛ فقد شعر فبلين (Veblen, 1899) بأن الاعتقاد فى الحظ أو الصدفة يُعبر عن مدخل بربرى للحياة ، وكان يصف على وجه العموم المجتمع غير الكفاء (inefficient) ؛ وعلى الرغم من أن فبلين لم يكن يهتم بالفروق الفردية إلا أن مناقشته تُعبر على أن الاعتقاد فى الفرصة أو الصدفة أو الحظ فى حل مشاكل الفرد يتصف بالإنتاجية والفعالية الأقل وبالتالي يحمل بعض التشابه أو التوازي parallel للفرض الذى يذهب إلى أن الاعتقاد فى الضبط الخارجى للتدعيمات يرتبط بالسلبية العامة

(Rotter, 1966, P. 3)

ويرى روتر (Rotter, 1975, P. 64) أن من المشكلات المرتبطة بتفسير درجات الضبط الداخلى - الخارجى لها علاقة بالضبط الخارجى على مقياس I-E ، إذ يبدو أن الشخص لو شعر بأن ما يحدث له هو نتيجة لقوى خارج ضبطه وتحكمه ، إذن فهو يتجه لأن يكون سلبياً ولو بطريقة نسبية وغير طموح، غير متنافس . وقد ظهر كل هذا فى الدراسات الأولى عن المفهوم والتي تناولت التوقع . ويرى روتر فى ذلك ، أن بعض النفسيين ينظرون إلى اختيار العبارات التى توضح الضبط الخارجى بطريقة حرفية literally ، ويفترضون أن السلبية هى العائد الوحيد المنطقى للتوجهات الخارجية للضبط . ويعلق روتر بالقول .. أن مثل هذه الاتجاهات السلبية - الخارجية ربما تكون هى المعيار أو القاعدة فى الثقافات الأكثر قدريّة fatalistic مثل الثقافات الهندوسية والإسلامية (Rotter, 1975, P. 64)

ويؤكد روتر ، بأن هذه الملحوظة قد تم تجسيدها في دراسات عديدة تضمنت نسخ مترجمة لمقياس (I-E) (Parsons, & Schneider, 1974) وبمعنى آخر، أنه من الواضح احتمال أن يكون لدينا نوعان من الضبط الخارجى فى عالمنا .

ومن ناحية أخرى ، ترى ليفنسون (Levenson, 1981) أن الاعتقاد فى ضبط الآخرين الأقوياء - بوصفه أحد عناصر الضبط الخارجى- ربما يُعبر فى بعض الأحيان عن تقدير الفرد الواقعى لمواقف اجتماعية - سياسية أكثر من كونه تعبيراً عن نمط شخصية لا توافقى (Holder., & Levi , 1988 , P.753)

وترى ماركس (Marks , 1998, P.254) أن الاعتقاد فى الضبط الخارجى ربما يعكس قيم أو معتقدات ثقافية ، فإن الاتصاف بالضبط الخارجى ربما يكون طريقة مؤثرة أو توافقية للاعتقاد والعيش بسلام فى مواقف وثقافات أخرى .

5 - نجاح " الداخليين "

هدفت سليمان (2004) إلى التعرف على الفروق بين التلاميذ ذوي الضبط الداخلى والتلاميذ ذوي الضبط الخارجى فى الابتكارية . تكونت العينة من تلاميذ وتلميذات المدارس الابتدائية بمركز الزقازيق محافظة الشرقية . استخدمت فى الدراسة أداتان هما اختبار مركز التحكم من إعداد ستيفن ناويكي وتعريب فاروق عبد الفتاح واختبار تورانس للتفكير الابتكاري. من نتائج الدراسة تفوق عينة التلاميذ ذوي التحكم الداخلى فى مكونات الابتكارية عن عينة ذوي التحكم الخارجى .

كما أجرى عبد المجيد (1997) دراسة حول العلاقة الإرتباطية بين الموهبة اللغوية والأساليب المعرفية (الاعتماد، الاستقلال،الاندفاع، التروي، مركز الضبط). تكونت عينة الدراسة من (394) مفحوصاً فى الصف الثانى ثانوي. استخدمت عدة أدوات منها

اختبارات للتعرف على الطلاب الموهوبين لغوياً ، كما استخدمت أدوات لقياس الأساليب المعرفية موضع الدراسة منها مقياس وجهة الضبط من إعداد ليفسنون تعريب أحمد عبد الرحمن . ومن نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين الموهبة والأساليب المعرفية

أجرى موري (2006) دراسة بعنوان : (الفروق في مستوى القلق ومركز التحكم لدى الموهوبين مرتفعي التحصيل والموهوبين متدني التحصيل وغير الموهوبين من طلاب المدارس المتوسطة). استخدمت في هذه الدراسة أداتان هما اختبار مستوى القلق ومقياس ستيفن ناويكي لمركز التحكم الداخلي الخارجي للأطفال. من النتائج الهامة التي توصلت إليها الدراسة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين الموهوبين وغير الموهوبين في مركز التحكم.

وقام نايت(1995) بدراسة تهدف لبحث العلاقة بين مركز التحكم الداخلي وسلوك الموهوبين. من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الموهوبين مرتفعي التحصيل يتميزون بمركز تحكم داخلي، بينما الموهوبين متدني التحصيل يتميزون بمركز تحكم خارجي.

خلاصة :

من خلال هذا الفصل نستنتج ان وجهة الضبط بوصفه متغيرا اساسيا من متغيرات الشخصية التي تتعلق بعقيدة الفرد عن أى العوامل، يعتبر هو الأقوى والأكثر تحكما فى النتائج الهامة فى حياته هى العوامل الذاتية نحو المهارة والقدرة والكفاءة أم العوامل الخارجية مثل الحظ والصدفة .

يعتبر روتر (Rotter) أول من أبرز مفهوم وجهة الضبط الخارجى أو الداخلى فى نظريته فى التعلم الاجتماعى وذلك من خلال اعتقاد الفرد فى قدرته على السيطرة على الأحداث أو عدم

قدرته على السيطرة على تلك الأحداث أيضا وأنه على هذا الأساس حاول أن يحدث تكامل بين اتجاهيين متباعين هما المدرسة السلوكية والتي تعتمد على المثير والاستجابة ونظريات التدعيم من جهة أو المدرسة المعرفية والتي تعتمد على النظريات المعرفية.

أن مستوى الضبط قد يرجع الى أنه يعمل من خلاله عدد كبير من المواقف حيث يرتبط بمدى الاعتقادات والأفكار لدى الفرد وأيضا قدرته للسيطرة على الأحداث أو عدم سيطرته عليها . فالتحكم والضبط هو بذلك يلعب دورا هاما فى حياة الفرد سواء النفسية أو الاجتماعية , فهو يتعلق بعقيدة الفرد الداخلية أى العوامل الأقوى والأكثر تأثيرا وتحكما فى حياة الفرد.

اهتمت دراسات عديدة بالتعرف على أهم الخصائص التى قد يتمتع بها ذوى الضبط الداخلى والخصائص التى قد يتمتع بها ذوى الضبط الخارجى . وتوصل كثير من الأفراد على أن ذوى الضبط الداخلى يتمتعون بكثير من الخصائص الايجابية أكثر منهم ذوى الضبط الخارجى فهم أكثر نشاطا وأكثر توافقا. وهم يعدون أكثر احتراما للذات وأكثر قناعة ورضا عن الحياة وكذلك الاطمئنان والثقة النفس والهدوء وعدم الشعور أَمْشاعر قلق أو اكتئاب وقلة اصابتهم الأمراض النفسية ومقاومة كثير من بعض المغريات للتأثير عليهم وشعورهم بكثير من المودة والصداقة حيث أنهم أكثر حبا واحتراما من قبل الآخرين والتالى هم أكثر تعاون. ويعتمدون على قدراتهم واستعداداتهم التى قد تساعدهم على تحقيق النجاح والتوافق عكس الأفراد ذوى الضبط الخارجى فهم يرجعون الأسباب التى أدت الى ذلك قد ترجع الى قوة خارجية وانه اذا أخفق على شىء فإنه سوف يلقى اللوم على هذه القوى الخارجية ليحاول أن يحقق قدر كبير من التوافق مع عالمه الذى يعيش فيه .

الفصل الرابع: المخططات المبكرة غير المكيفة

تمهيد

إن المخطط هو المصطلح العلمي الذي نشأ من علم النفس المعرفي فعن طريق المخطط نستمتع إلى الاعتقادات العميقة حول أنفسنا و حول العالم التي اكتسبت في الطفولة الأولى ،فالمخططات هي مهمة في الإحساس بالهوية فبتخلينا عن المخطط نتخلي عن الأمان بالمعرفة عن من نحن و مما يتكون العالم و الفرد يتعلق بالمخطط حتى و لو جعله يعاني ،إن هذه المتيقنات (certitudes) قديمة الاكتساب كما أنها تعيق المستقبل من عناصره العابرة (aléatoire) و غير الأكيدة (incertains) ومن جهة أخرى تساعدنا على الإحساس بالأمان.

1 - تاريخ مصطلح المخطط المبكر غير المكيف :

بالنسبة لدو بجرند (Debeaugrand) كما اشار (Françoise,1997) فإن المخطط هو الإطار، ومصطلح إطار أطلقه مينسكي (Minsky) بعد ملتقى جنيف مع بياجي (Piaget)، وبعض الباحثين يعتبرونه كمرادف للمخطط، والإطار هو أبنية معرفية، تساعد في تسهيل معالجة المعلومات من طرف التوظيف العقلي.

واستعمله أيضا (Horountz) في نموذجهِ للعلاج (La thérapie des schémas de personne) حيث أن أي مخطط لأي شخص هو إطار ما يكون غالبا من بقايا ذكريات الطفولة (Young and al, 2005, P 94)

بين جيفري يونغ (2003) أن لفظ مخطط له تاريخ غني خاص في مجال علم النفس وبالأخص في مجال العلوم المعرفية التي اعتبرت المخطط نموذجا مفروضا من الواقع أو عن طريق التجربة التي تساعد الفرد على تفسير الأحداث، التوصل للإدراك وتوجيه إجاباته. إذن فالمخطط هو تصور مجرد للمميزات الخاصة لحدث ما، نوع من البصمة لهذه العناصر

الأكثر بروزاً. في علم النفس، هذا اللفظ هو تابع في أغلب الأحيان، لبياجي (Piaget) الذي كتب بالتفصيل عن المخططات في المراحل المختلفة للنمو المعرفي للطفل

(Jeffrey young, 2005,P35)

في مجال علم النفس فقد إستعمل مصطلح المخطط (Schéma)، كما جاء ذكره عند يونغ (Young and all, 2005, P 34) في العديد من الميادين الدراسية على رأسها علم النفس المعرفي الذي يرى أنه البرنامج المعرفي المجرد الذي يدخل كموجه في تفسير المعلومات وحل المشكلات، وبالتالي يمكن استعمال مخطط لغوي لفهم جملة أو استعمال مخطط ثقافي لتفسير أسطورة، ويعتبر المخطط نموذج مفروض من الواقع، ومن التجربة، ويسمح هذا النموذج للأفراد بشرح الأحداث وتوجيه إجاباتهم. ويعتبر أيضاً تمثيلاً مجرداً للخصائص الخاصة بحادث ما (Young and all, 2005, P 33).

كما لقي هذا المفهوم اهتمام علماء الشخصية أكثر حيث يشير عندهم إلى عدة معاني منها كما وضح ذلك محمد شلبي (2001) أنه إطار وشكل فارغ يمكن ملأه بالخبرات وهي قابلة للتعديل والتغيير والنمو، هيكل أو تخطيط عن موضوع معين، تنظيم نشيط للخبرات السابقة يستخدم في مواجهة البيئة بينما استخدم في العلاج المعرفي من طرف بيك (Beck) (1967) لهذا المصطلح منذ كتاباته الأولى، حيث حسبته أن المعتقدات الرئيسية تمثل المعنى أو المحتوى المعرفي للمخطط (Young and all, 2005).

أما الآن فقد أصبح من الشائع وجود هذا المصطلح في مجالات علم النفس العيادي والاجتماعي والنمائي. إذا انتقلنا الآن من علم النفس المعرفي إلى العلاج المعرفي نجد أن بيك (Beck,1997) استعمل المخططات منذ كتاباته الأولى. وتمثل المخططات المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك، فجميع الأفراد لديهم مخططات معرفية تساعد في استبعاد معلومات معينة غير مرتبطة بالبيئة التي يعيشون فيها والاحتفاظ بمعلومات أخرى (عبد العظيم حسين، 2007، ص 220). و يعرف ، عموماً ، في علم النفس وفي العلاج النفسي

المخطط انه: كل مبدأ كبير منظم هدفه تفسير التجارب المعاشة من طرف الفرد. ويقدم العلاج النفسي مفهوما هاما: تستمر المخططات، التي تتشكل الكثير منها مبكرا أثناء الحياة، في النمو على مر التجارب المستقبلية للحياة أين تتركب حتى وإن كانت لا تصلح لأي شيء. ويتحدث بعض المؤلفين عن الحاجة إلى: "استمرارية معرفية" بهدف الحفاظ على رؤية ثابتة للذات والعالم الخارجي، حتى وإن كانت هذه الرؤية غير دقيقة أو خاطئة، فيمكن للمخطط وفق هذا التعريف الشامل، أن يكون ايجابيا أو سلبيا، متكيفا أو غير متكيف، ويمكن للمخططات أن تتشكل خلال الطفولة أو في الحياة المستقبلية

(Jeffrey Young ,2005 ,p34) .

2 - تعريف المخطط المبكر غير المكيف و مميزاته

تعتبر المخططات المعرفية أحد الأسس النظرية لتمثيل المعرفة، وهذه المخططات المعرفية تشكل ذاكرة المعاني التي تخضع للعديد من الأسس والأنماط التنظيمية التي تقف وراء قدرة الفرد على استقبال وتجهيز ومعالجة المعلومات خاصة.

يشير هذا المفهوم حسب احمد شلبي (2001) الى عدة معاني اذ انها تنظيم نشط للخبرات السابقة، ويستخدمه الفرد في مواجهة البيئة اضافة انه يشكل إطار فارغ يمكن ملأه بالخبرات وهيكل أو تخطيط عن موضوع معين.

يرى أرنتز و كيوبرز (Arntz & Kuipers, 1998) أن المخطط هو بنية معرفية منظمة ينمو خلال الطفولة ويظهر في بعض السلوكيات، العواطف والأفكار

(Arntz, A & al. 2009, P10)

أما كيلي (Kelly) حسب (Chambon,2003) فيعرفها على أنها سيرورة عقلية لشخص ما، تسير طريقته التنبؤية للأحداث .

كما عرفها ثروندايك (thorndike) سنة 1984 نقلا عن الزيات (1995): بأنها تعميم وتوليد للمعلومات أو الأفكار والمنظمات المعرفية التي تشمل إلى جانب الأحداث المتعلقة بحياة الفرد، المعرفة العامة المتعلقة بإجراءات وتعاقب الأحداث والمواقف الاجتماعية، وهي تمثل إحدى النتائج المعرفية لتمثيل المعرفة.

وعرفها ريبير (Riber) سنة (1985) حسب احمد شلبي (2001): على أنها خطة أو برنامج معرفي يوجه السلوك في تفسير المعلومات وحل المشكلات.

في 1967 (Aaron Beck) طبيب عقلي، مؤسس الاتجاه المعرفي استعمل هذا المصطلح للحديث عن المخططات على أنها تصور للتأويلات الشخصية و الآلية للواقع.

في 1990 (Young) عالم النفس المعرفي، مؤسس العلاج الإدماجي المركز على المخططات الذي عمل مع (Aaron Beck) تحدث في مؤلفاته عن المخططات المبكرة غير المكيفة "schémas précoces d'inadaptation" و عرفها على أنها "نماذج معرفية و انفعالية و تشاؤمية ذاتية (auto-défaitistes) التي تظهر مبكرا في التطور و تتكرر على مدى الحياة" (N. Richa, 2009, p79-81)

أما المخططات المعرفية عند بيك (Beck) فهي إحدى أهم المفاهيم الأساسية في نظرية العلاج المعرفي، ويشير هذا المفهوم عنده إلى الأبنية المعرفية الموجودة لدى الفرد، وهي تتضمن الاعتقادات والافتراضات والتوقعات والمعاني والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث وعن الآخرين وعن البيئة.

وقد عرفها أيضا كوترو (Cottraux Jean, 2011)، على أنها نظام صلب من التنبؤات للمحيط إنطلاقا من المعارف المرتبطة والدائمة بالإضافة إلى الإدراكات، التي لها القدرة على أن تسيّر هذا الفرد مستقبلا .

و من جهة أخرى تُعرّف المخططات أنها اعتقادات جوهرية أو افتراضات تشكل جزء من الفلترة (مرشحات) الإدراكية التي يستخدمها الأفراد في إدراك العالم، حيث أن هذه المخططات التي تتيح للفرد الوصول إلى استنتاجات عن الأحداث بطريقة تلقائية، وحيث أن لكل فرد مخزون فريد من المعلومات والذكريات فإن الاستنتاجات التي يكونها الفرد عن

الأحداث تختلف من فرد لآخر وكذلك الانفعالات التي يعيشها.

(حسين، طه عبد العظيم. 2006. ص 116)

وافترض جيفري يونغ (1999) أن بعض المخططات التي تشكلت خلال التجارب الضارة في الطفولة، تشكل نواة اضطرابات الشخصية و النفسية، المشاكل الطبائية وكثيرا من اضطرابات المحورا المزمنة في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV) (Jeffrey Young, 2005, P34)

قدم يونغ في كتابه " Je réinvente ma vie " (2005) التعريف التالي للمخطط:
«المخطط هو التنظيم الذي يأخذ منبعه في الطفولة و يؤثر على كل الحياة و هي تنتج عن ظروف تحملها الفرد من عائلته و أصدقائه، من إهمال، انتقاد، إفراط في الحماية، يكون ضحية الإساءة، الرفض من المحيط أو الحرمان و فقدان كل شيء بإمكانه أن يؤدي إلى صدمة و مع الوقت يندمج المخطط بشدة مع الشخصية فهو أساس التكيف مع ظروف الحياة. و تمارس المخططات تأثيراتها على طريقة تفكيرنا و في تصرفاتنا و في علاقتنا مع الآخرين و توقظ أحاسيس عنيفة مثل الغضب و الحزن و القلق» (J. Young, 2003, p15)

إن يونغ (Young, Klosko & Weishaar 2005) قام بافتراض أن المخططات الأولى التي تسمى المخططات المبكرة تتشكل بصفة مبكرة خلال الطفولة عن طريق التفاعل مع المحيط و في هذا التفاعل يتصور أن العوامل الوراثية تلعب دورا مهما. فهذه المخططات أساسية في تطور الطفل كما اقترح (Freedy et al) سنة 1994 أهمية التفاعل مع الأولياء، فالطفل يتوصل في البداية لمصادر مواجهة الوضعيات التي يجب أن يواجهها حيث صرح (Young) أن أولى المخططات المطورة من طرف الطفل هي التي تساعد على العيش في العالم في ظروف جيدة.

(S.Rusinek, 2006, p41)

هذه المخططات اختلالية (dysfonctionnels) لأنها تشكل بالنسبة للفرد حقائق أساسية (يدرك التغير على انه تهديد) لأنها دائمة و صعبة التغير و لأنها كذلك يمكن أن تحدث تطوير للاضطرابات و العديد من المشاكل العلائقية. إن هذه المخططات تنشط من طرف حوادث الحياة التي ترجع من جهة إلى أخرى إلى نواة المخطط نفسه.

(L.Fofana, 2007, p119)

ويقدم جيفري يونغ تعريفا واسعا منقحا للمخططات المبكرة غير المتكيفة، فهي:

- أ- نموذج أو موضوع هام مهيم
 - ب - تتشكل من ذكريات، معارف ،انفعالات وأحاسيس جسدية
 - ت - خاصة بالذات وعلاقتها بالآخرين
 - ث - تتكون خلال الطفولة أو المراهقة
 - ج -تؤثر على مسار حياة الفرد
 - ح- تحدث اختلالا وظيفيا ،ذو دلالة
- (Jeffrey Young, 2005, P35)

وتقوم هذه المخططات بوظيفة التكيف، وتتهيكل انطلاقاً من حاجات الطفل خلال نموه. وإذا لم تشبع هذه الحاجات، تنشط المخططات وقد تفضي إلى الاضطرابات النفسية

. (Servant, 2005, p46)

والخلاصة أن المخططات المبكرة غير المتكيفة هي نماذج وأبنية معرفية وانفعالية انهازمية وسلبية، تظهر مبكراً في حياة الفرد، و تلازمه مدى الحياة حيث تؤثر على إدراكه وتقييمه للذات والواقع، فالسلوكيات غير المتكيفة تتطور كاستجابة للمخططات. و بالتعبير التحليلي، فهي عبارة عن حالات انفعالية اندمجت في الجهاز النفسي كبقايا لأحداث صادمة قديمة. و تنبعث من جديد في الوضعيات المماثلة (Razavet, 2003, p145)

يعرفه (Hahusseau) بأنه شعور مؤلم يتكرر في الحاضر نتيجة خبرات مضرة في الماضي من حيث هو إدراك راسخ حول العالم والآخرين وحول الذات، التي تترسم مبكراً في الطفولة نتيجة لحرمان أو عجز تربوي سليم، فتصبح طريقة الإدراك هذه صلبة ومؤثرة سلباً في الفترة اللاحقة وهو ما بينه هاسوس (S. Hahusseau, 2003, P.18) إذ تنشأ هذه المخططات في الطفولة نتيجة للإحباطات وعدم الإشباع لرغبات وخبرات مؤلمة، فتنطور خلال الحياة وتصبح لاحقاً مختلفة وظيفياً فتستحوذ على كل معارف وانفعالات الفرد مما تسير سلوكه.

أما يونغ فيعرفها على أنها مكونة من ذكريات وعواطف وإحساسات جسدية تتشكل خلال مرحلتها الطفولة أو المراهقة تتعلق بالذات والعلاقات مع الآخرين، وهي احتلال وظيفي واضح. فالمخططات المبكرة غير المكيفة هي نماذج معرفية وعاطفية (انفعالية) تظهر مبكراً و يتكرر بروزها خلال الحياة بواسطة الخبرات التي يعيشها الفرد.

فسلوك الفرد حسب يونغ (2005) لا ينتمي الى المخطط نفسه بل تتطور السلوكات غير المكيفة استجابة لمخطط ما ، أي أن السلوك ليس هو المخطط من خلال السلوك من خلال تعريفه نلاحظ أن سلوكات الفرد لا تنتمي إلى المخطط نفسه بل تتطور السلوكات غير المكيفة استجابة لمخطط ما، وبالتالي فهي تملأ من قبل المخططات ولكنها لا تنتهي إليها حيث أن السلوك ليس هو المخطط بحد ذاته وإنما يتجسد من خلال السلوك. ولذلك ترى أن المخططات المبكرة غير المكيفة هي مجموعة هائلة من الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية والمعارف التي تدور حول موضوع طفولي مثل: التحلي، سوء المعاملة، الإهمال، الرفض وبالتالي تتميز المخططات المبكرة غير المكيفة كما بينها يونغ (2003) كالاتي:

- تمثل للفرد حقائق ذاتية مطلقة وكافية. والتعبير اللفظي للمخطط الإشرافي هو "إذا ... إذن ...". "يجب على" "يجب عليهم" التي تسير هذه الحقيقة الجوهرية
- مزعجة وصعبة التغيير، تطورت منذ الصغر المبكر وتمثل حقائق مطلقة ومستمرة عن الشخص وعلى الآخرين المتعود عنهم أو أفراد الأسرة. وأي تغيير يمثل تعديدا للفرد الذي يلجأ لحماية كمال وقيمة مكوناته الأساسية
- منشطة من حوادث المحيط التي لها علاقة بالمخططات الخاصة، كالفشل الحقيقي أو المتوقع أو الانتقادات التي تفجر مخطط الكفاءة، حيث يشعر الفرد بالتهديد كتوقع الرفض، مما ينشط مخطط الإهمال بسبب الكرب
- عندما يتم تناول مخطط مبكر ما خلال الجلسة العلاجية يثير عادة استجابة انفعالية للفرد، هذه التجربة الاكلينيكية تؤكد أن توضيح المخطط الأساسي للفرد سيتقبله في النهاية، مما يثير رد فعل انفعالي قوي كال بكاء، الغضب، الخجل، التأنيب
- المخططات المبكرة غير المكيفة هي نتاج تجارب مكررة ومتعود عليها مبكرا في مرحلة الطفولة، حيث دور الوالدين هو عامل مبكر وأساسي في العموم، لكن الأخوة والزملاء والأصدقاء والأقارب والآخرين كالمعلمين يدفعون معتقدات الطفل الأساسية عن نفسه

إلى التطور و بالتالي، هي تنظيم يأخذ منبعه من فترة الطفولة، ويؤثر على الحياة، وينتج عن ظروف تحملها الفرد من محيطه سواء كانت العائلة أو الأصدقاء كالسخرية والاعتداء والرفض والإهمال وفرط الحماية والتخلي والحرمان والفقدان، مما يؤدي به إلى صدمة شديدة. فهذه المخططات تمارس تأثيرها على طريقة تفكير الفرد وتصرفه وعلاقته مع الآخرين مما يوقظ أحاسيس عنيفة لديه كالغضب والحزن والقلق في مرحلة الرشد عندما يقوم بإعادة بناء هيئة معيشية وظروف مشابهة لتلك التي سادت في مرحلة الطفولة.

3- خصائص المخططات المبكرة غير المتكيفة:

يعتبر جيفري يونغ أن العملاء الذين لديهم إحدى هذه المخططات الأربعة - الأكثر قوة والأكثر ضررا من القائمة المكونة من 28 مخططا: الإهمال/ عدم الاستقرار، الحذر/ الاسراف، حرمان عاطفي ونقص/خجل- قد تعرضوا في طفولتهم، للهجر، سوء المعاملة، الإهمال أو الرفض. وفي مرحلة الرشد، تم تنشيط هذه المخططات من طرف الأحداث التي مروا بها في حياتهم، وهم يدركون لا شعوريا، على أنها مشابهة تماما للأحداث الصدمية خلال طفولتهم. يشعرون عند تنشيط إحدى هذه المخططات بقوة انفعالية سلبية كالحزن، الخجل، الخوف والغضب.

لا تبنى كل المخططات على الصدمات أو سوء المعاملة أثناء الطفولة، إذ يمكن للفرد أن يطور مخطط التبعية/عدم الكفاءة حتى ولو لم يعرف حادث صدمي خلال طفولته. وبالتالي إذا لم يكن لكل المخططات سبب صدمي، فكلها مدمرة وكلها سببها أساسا التجارب الضارة التي تكررت بانتظام خلال الطفولة والمراهقة. هذه التجارب الضارة لها أثر جمعي ويؤدي أثرها الكلي إلى ظهور مخطط مميز. تقاوم المخططات المبكرة غير المتكيفة من أجل البقاء و هذا راجع لطبيعة الإنسان الذي يسعى للعيش والاستمرار.

يمثل المخطط للفرد ما يعرفه، وهو مألوف له، ويحس بالارتياح معه رغم انه يجعله يتألم. هو "ينبه فقط". يشعر الأفراد بالانجذاب نحو الأحداث التي تنشط مخططاتهم، وهذا من بين الأسباب التي تجعل المخططات صعبة التغيير أو التعديل

. (Jeffrey Young, 2005, P34)

يعتبر العملاء مخططاتهم كحقائق لها حق الأولوية والأسبقية، وبهذا تؤثر هذه المخططات في سير التجارب اللاحقة. تلعب دورا كبيرا في طريقة تفكيرهم، شعورهم، تصرفهم وخلق علاقات مع الآخرين. تقودهم لإعادة خلق الظروف المؤلمة التي كانت خلال طفولتهم وهذا بشكل متناقض ولا شعوري في مرحلة الرشد.

تظهر المخططات خلال الطفولة أو المراهقة كتصورات لمحيط الطفل وهي تركز على الواقع. وتنقل المخططات، من جديد وبدقة متناهية، جو محيط الأفراد المبكر. مثلا عندما يقول لنا عميل ما، أن عائلته كانت ذات مشاعر باردة و غير ودودة عندما كان صغيرا، فحسب العادة هو على حق، حتى وإن لم يتمكن من فهم سبب وجود صعوبات عند والديه لإظهار عواطفهم أو التعبير عن مشاعرهم. يمكنه أن يخطئ في البحث عن السبب لهذا التصرف أو السلوك، لكن انطباعه الأساسي حول الجو العاطفي و الطريقة التي عومل بها هي عموما صحيحة (Jeffrey Young, 2005, P34) .

تظهر طبيعة المخططات المختلة وظيفيا فيما بعد خلال الحياة، في الوقت الذي يبدأ فيه العملاء في ترسيخ مخططاتهم في تفاعلاتهم مع الآخرين بإدراك غير صحيح وغير متكيف. تسمح المخططات المبكرة غير المتكيفة وكذلك الوسائل المختلة وظيفيا للعملاء بالتكيف معها؛ تضم غالبا الأعراض المزمنة من المحور I كالحصر، الاكتئاب، الإفراط في التعاطي للمواد والاضطرابات السيكوسوماتية.

هذا وتشكل بعض المخططات المبكرة غير المتكيفة اسبابا في نشوء الاكتئاب كالمخططات المتعلقة بالسلبية/التشاؤمية او عدم الاتقان/ الخجل او التبعية/عدم الكفاءة او الاهمال (التخلي)/عدم الاستقرار الى غير ذلك من المخططات غير المتكيفة التي تسمى بالمخططات المسببة للاكتئاب،اذ تعمل هذه المخططات على تنشيط انتاج اخطاء المنطق والافكار التلقائية السلبية (Cungi & Note, 2004, p171) .

للمخططات أبعاد مما يدل على أنه يمكن أن يكون لها مستويات مختلفة للاحتياج (الهيمنة) والخطورة. وكلما كان المخطط عنيفا وصارما كلما كان عدد الوضعيات التي يمكن أن تنشطه كبيرة. مثلا إذا كان فرد ما محل انتقادات شديدة، مبكرة ومتكررة من طرف والديه، فإن اتصاله مع أي شخص آخر قابل للتأثر بتنشيط مخطط العجز، وبالمقابل إذا كان فرد ما سبب انتقادات ستحدث لاحقا، فإذا كانت تحدث بالصدفة، وهي بسيطة معبرة من طرف أحد الوالدين فقط فهذا الفرد سيكون أقل قابلية لتنشيط مخططه في حياته اللاحقة؛ يمكن أن يثار هذا المخطط فقط مع الأشخاص من نفس جنس الوالد المنتقد مثلا، بشرط أن يمثل هؤلاء السيطرة.و بصفة عامة، كلما كان المخطط عنيفا كلما كانت العاطفة السلبية أكثر استمرارية وتكون مشتركة مع تنشيط المخطط (Young & Klosko,2005 ,p34) .

وعندما لا يمكن قياس أو تقدير المخططات مباشرة، يمكن ان نلجأ إلى تحليل حياة الشخص وملاحظة سلوكاته، طبعه ومواهبه، وهذه تصبح واضحة جليا وظاهرة عندما يسرد الشخص تفاصيل كثيرة عن تصرفاته وسلوكاته في مواقف اجتماعية مختلفة، نظام حياته والاستراتيجيات التي تعود عليها أو يلتزم بها (Arnoud Arntz, 2009, p 10)

يوجد مخططات ايجابية ومخططات سلبية ،كما سبق وأشرنا إليه، وكذلك يوجد مخططات مبكرة ومخططات متأخرة، لكن في دراستنا هذه سنركز فقط على المخططات المبكرة غير المتكيفة ولن نتطرق إلى تعريف المخططات الإيجابية أو المتأخرة. وبين اريكسون (1950)

في تفسيره للمراحل النفس-اجتماعية أنه يمكن تفسير الانجاز المثمر لكل مرحلة على أنه ينتج عنه مخطط متكيف، وبالعكس إخفاقها يقودنا إلى مخطط غير متكيف

(Bernard Pascal,2005 ,p37)

اقترح (Young) (1989) وبيك (Beck) وفريدمان (Friedman) (1989) نموذجاً معرفياً للوظيفة العقلية في اضطرابات الشخصية وهو نموذج المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة، إذ تضم المخططات المبكرة غير المتكيفة مجموعة من الخصائص وهي كما يلي:

- **الخاصية الأولى:** المخططات المبكرة غير المتكيفة لها خاصية التهديم فهي ذاتية التهديم (auto destructeur)، وتعود أسبابها حسب يونغ (2003) إلى الخبرات المؤلمة التي تتكرر خلال الطفولة و المراهقة، ليس بالضرورة لكل مخطط سبب صدمي بحيث يمكن أن ينتج المخطط من خلال الإفراط في الحماية والذي قد يؤدي مثلاً إلى مخطط التبعية أي عدم الكفاءة
- **الخاصية الثانية:** دائمة ومستمرة وصعبة التغيير، تتطور في سن جد مبكر وتعتبر حقائق قطعية نحو الذات والعالم الخارجي وهي تكافح من أجل استمرارها، هذا ناتج عن فعل البحث الإنساني للاستمرارية ، وهذا مايجعل من المخططات صعبة التغيير، فيمثل بالنسبة للفرد شيئاً مألوفاً، معروف عنده، فرغم أنه يعذبه ويؤلمه فهو متعود عليه وهذا مايؤدي إلى صعوبة تغيير المخططات.
- **الخاصية الثالثة:** تعتبر خلل وظيفي، تظهر المخططات خلال مرحلة الطفولة والمراهقة كتمثيل لمحيط الطفل تتمحور حول الواقع، حيث أن الطفل لا يخطئ في إحساسه لمعاملة الوالدين له ولكن يمكن أن يخطئ في تفسيره أو إيجاد أسباب لذلك.

- **الخاصية الرابعة:** متفاوتة الخطورة، تظهر الطبيعة المختلفة للمخططات متأخرة خلال فترة الحياة عندما يبدأ الفرد في اجتياز مخططاته بصفة دائمة عند تفاعله مع الآخرين، وذلك بادراكات غير صحيحة وغير متكيفة فتسمح المخططات المبكرة غير المكيفة للفرد التكيف مع الوضعية ، ويظهر غالبا مع ذلك أعراض مزمنة مثل الحصر، الاكتئاب، اضطرابات سيكوسوماتية. (J. Young et al 2005).
- **الخاصية الخامسة:** يشير يونغ (2005) انها لا شعورية وعند نشاطها يشعر الفرد بقوة الانفعال السلبي مثل: الخوف والخجل والكآبة.
- **الخاصية السادسة:** هي مهدمة ولا تركز على الصدمات أو المعاملات السيئة فقط، حيث يمكن أن يطور الفرد مثلا مخطط (التبعية - عدم الكفاءة) دون أن يتعرض لأي صدمة، وبالتالي فهي ليست صدمية.
- **الخاصية السابعة:** هي ناشطة أو خاضعة للنشاط المعرفي والاستثارة مما يؤدي بالفرد إلى الإحساس بالانجذاب نحو الأحداث التي تنشطها هذه المخططات.
- **الخاصية الثامنة:** هي نتاج لخبرات متكررة حسب كوترو (J.Cottraux & all. 2001) تكونت في مرحلة الطفولة حيث يكون للآباء والأخوة والأصدقاء والمعلمون دورا هاما في تطوير الاعتقادات الخاطئة للشخص.
- **الخاصية التاسعة:** تؤثر المخططات في طريقة إدراك الأشياء و كيفية التصرف و السلوكيات تصبح مماثلة للوضيعات التي تشبهها فهي تضع بصمة الماضي و الطفولة على الحاضر.
- **الخاصية العاشرة:** إن للمخططات أبعاد (dimensionnels) بمعنى أنها تحتوى على مستويات مختلفة من الشدة و الخطورة فكلما كان المخطط حاد ينشط أكثر في عدة وضيعات و الانفعالات المرتبطة بها تكون اكثر سلبية و تترك اثر متعب (pénible) على حياة الفرد.

- **الخاصية الحادية عشر:** يمكن أن تكون إشرطية (conditionnels) أو غير إشرطية و التي تكون عندما تتطور مبكرا و تصبح معتقدات أساسية صلبة و لاعقلانية بينما الإشرطية تكون عندما تتكون مؤخرا تكون ثابتة و قابلة للتغيير.
- المخططات الإشرطية هي خمسة: الخضوع، التضحية، البحث عن الاستحسان و الاعتراف بالجميل، الإفراط في التحكم الانفعالي و المتطلبات المثالية/ النقد المفرط.
- المخططات غير إشرطية هي 13 : التخلي/عدم الاستقرار، الحذر/التعدي، النقص العاطفي، عدم الإتيقان/الخجل، الانطواء الاجتماعي، التبعية/عدم الكفاءة، خوف من الخطر أو من المرض، الاندماجية/شخصية غير ناضجة، السلبية/التشاؤم، العقاب، الحقوق الشخصية المفرطة/التكبر، نقص مراقبة الذات/نقص التحكم الذاتي، الفشل.
- **الخاصية الثانية عشر :** إن المخططات الإشرطية يمكن أن تكون أحيانا ثانوية ترتبط بالمخططات غير إشرطية و تتطور كطريقة للتكيف مع هذه الأخيرة مثل الخضوع للإجابة عن الإهمال أو الطلبات المثالية أو التضحية للإجابة عن عدم الإتيقان.

(J. Young, 2005, p35-51)

4- مصدر المخططات المبكرة غير المتكيفة:

إن ظهور المخططات يعود إلى مراحل الطفولة و المراهقة حيث تبدأ بالترسيخ في الفرد و تصبح أساسية في الشعور بالهوية و تلازم شخصيتها.

(J. Young, 2003, p15)

و لكن تعود نشوءها و ترسيخها إلى نقاط أساسية من الطفولة و المراهقة وتتمثل فيما يلي:

4-1- الحاجيات العاطفية الأساسية:

إن يونغ يعتبر أن الوالدين الذين لا يضمنون لأطفالهم أثناء الطفولة الحاجيات العاطفية الأساسية للنمو يؤدي بهؤلاء الأطفال إلى تطوير مخططات غير مكيفة. فالوسط العائلي سيء الذي يندمج مع المزاج الفطري للطفل يؤدي إلى إحباط الطفل بدل من إشباع هذه الحاجيات.

و قد اقترحت 5 حاجيات عاطفية أساسية و هي مرتبطة بـ:

1. الأمان (sécurité)

2. الاستقلالية (autonomie)

3. حرية التعبير عن الحاجيات و الانفعالات (liberté d'expression de ses

besoin et ses émotions)

4. التلقائية و اللعب (la spontanéité et le jeu)

5. الحدود و المراقبة الذاتية (les limite et l'autocontrôle)

(J. Young, 2005 p37)

ليس من الشرط أن تكون هناك طفولة سعيدة حتى يصبح راشدا متزنا حيث صرح (Winnicott) "يكفى أن تكون جيدة بصفة كافية" فالطفل الذي يتشبع من كل تلك الحاجات ينمو بصفة جيدة على المستوى النفسي بينما عدم إشباع تلك الحاجات تخلق مشاكل كبيرة التي تساهم في تشكيل المخططات غير متكيفة.

إن المخططات تأخذ شكلها عندما يكون الوسط العائلي هادم أو مخرب (destructeur) و نقدم بعض الأمثلة للوسط الهادم:

- احد الأولياء عنيفا و الآخر عاجز.
- احد الأولياء مريضا أو مكتئب و الآخر غائب فالطفل يستلزم عليه التكفل بالعائلة.
- احد الأولياء خواف و مفرط في الحماية و هو يقترب من الطفل بسبب الخوف من الوحدة.

• الطفل مرفوضاً من قبل والديه و يحس أنه مختلف عن الآخرين.

(J. Young, 2003, p39)

يرجع يونغ كل مجموعة من المخططات إلى الحاجيات الأساسية غير مشبعة خلال الطفولة و بهذا يعتبر أن هناك 6 شروط أساسية في النمو الشخصي للطفل و هي :

1- الأمان الأساسي: (sécurité de base)

فمن الأمان الأساسي تخلق مخططات التخلي و الحذر، إذ هناك بعض المخططات هي الأكثر أهمية من الأخرى و من لأكثر أساسية هي التي ترتبط بالأمان و التي تتشكل مبكر و يمكن أن تؤثر على الرضيع فالإحساس بالأمان مهم بالنسبة للرضيع فهي مسألة موت أو حياة فهذه المخططات تبين الطريقة التي يتعامل بها الطفل في عائلته فالطفل يعاني بشدة من تهديد بالتخلي من قبل الأشخاص الذين يحبونه و يحمونه. فهذا الطفل لا يحس أبدا بالأمان فهو هش و ضعيف و هو يفكر أن الشخص الأكثر أهمية بالنسبة له سوف يتركه أو يؤذيه فالطفل بحاجة دائماً إلى وسط عائلي مستقر و آمن.

2- العلاقات البيئية الشخصية: (relation interpersonnelles)

إن هذه العلاقات هي تابعة لمخططات "النقص العاطفي" و "الانطواء" فالحب و الاهتمام و العطف و التقدير يؤدي إلى تطوير علاقات بين شخصية مرضية (satisfaisantes) و نجد نوعين من هذه العلاقات: العلاقات الحميمية و الاجتماعية فالأولى تطور روابط عاطفية و الثانية تحدث الإحساس بالانتماء فالطفل عندما يعيش هذه العلاقة بطريقة سيئة تجعله يحس انه مهمش و وحيد و يشعر بفراغ داخلي كبير.

3- الاستقلالية: (autonomie)

إن الحاجة إلى الاستقلالية تجعل الشخص يشكل مخطط "التبعية" (dépendance) و "الهشاشة" (vulnérabilité)، لكي يطور الطفل الاستقلالية هو بحاجة لأن يتوفر في

محيطه "موضوع تعويضي" (Objet transitionnel) الذي يسمح له بالوعي بهويته. فالطفل يتعلم الانفصال و انه يمكن أن يذهب و يعود و بالتالي يتعلم الاعتماد على نفسه و تحمل المسؤولية. بالعكس وسط غير مستقر و غير آمن يؤدي أو يفضل التبعية فالطفل الذي يعيش في هذا الوسط يصبح راشد خائف من كل شيء غير معتمد على نفسه.

4 - تقدير الذات: (l'estime de soi)

إن تقدير الذات تدخل في مخططات "عدم الكفاءة" (imperfection) و "الفشل" (échec) إن هذه الفكرة تتركز على الوعي بالقيمة الشخصية و الاجتماعية و المهنية و تتشكل عند الطفل الذي يحس بالحب و التقدير من طرف عائلته و أصدقائه بينما الانتقاد الهدام و الرفض هي سيئة لتقدير الذات.

فالشخص الذي له إحساس بعدم الكفاءة يحمي نفسه ضد أحكام الآخرين و مع الوقت يسقط في الفشل فهو يعاني من إحساس بالدونية و يصبح جد حساس للانتقاد و الرفض. حيث أن أي منافسة حتى و لو كانت تافهة تجعله يشعر بالقلق فيحاول تجنب ذلك دائما أو يوجهها بضيق.

5- التعبير عن الذات: (l'expression de soi)

إن من هذه الحاجة تخلق مخططات "التقييد أو الخضوع" (assujettissement) و "المتطلبات العالية" (Exigences élevées) فهي مرتبطة بالحاجة إلى التعبير بحرية عن آرائه و انفعالاته (من بينها الغضب) و طلباته الطبيعية. لهذا فالشخص يجب أن يقتنع أن حاجياته أيضا مهمة كما الآخرين كما انه حر للتصرف بكل تلقائية وان له الحق في الحصول على الأنشطة و أن تكون له اهتمامات خاصة لنفسه بدون الانشغال فقط بالآخرين. فالاحتواء العائلي الجيد يعزز هذه الإكتسابات و تقدير الآخرين، بينما العقاب غير العادل و التعجيز و النقد و السيطرة تعطل التعبير عن الذات.

6- الحدود الواقعية: (les limites réalistes)

من المهم أن يتعلم الأطفال بعض القوانين من أجل العيش في مجتمع مع الآخرين، يجب أن يفهموا معنى الاستقلالية أو حرية التعبير عند التعامل مع الآخرين، متى وكيف يستعملونها، ويتعلمون أيضا التسامح والتعامل مع احباطاتهم (Arnoud Arntz,2009, p10)

4-2- دور الخبرات المبكرة للحياة:

إن الحاجات العاطفية الأساسية غير مشبعة أثناء الطفولة ليست هي العوامل الوحيدة المساهمة لتطوير المخططات غير المتكيفة ، فالتجارب المؤلمة المعاشة مبكرا لها دور كذلك، فالمخططات القوية التي تتطور مبكرا نجد جذورها في الخلية العائلية فالمفحوص الذي يجد نفسه عند الرشد أمام مواقف تنشط مخططاته غير المكيفة فنجد الحالة بصدد معيشة حالة تتناسب مع مأساة من طفولته و عموما يكون لأحد الوالدين دور أساسي في ذلك و هناك عوامل أخرى مثل المدرسة و مختلف جماعات الانتماء و التي تأخذ أهمية متزايدة كلما كبر الطفل و يمكن أن تؤدي إلى تطوير المخططات.

لكن المخططات التي تتطور متأخرا هي اقل استحوذا أو اقل قوة مثل الانطواء الاجتماعي الذي يتطور متأخرا في الطفولة أو في المراهقة و التي يمكن أن لا تعكس ديناميكية الخلية العائلية.

و فيما يخص هذه التجارب المبكرة من الحياة نجد 4 تجارب مؤلمة تؤثر على تطور المخططات:

1. الإحباط في الحاجات.
2. الصدمات.
3. الإفراط في إشباع الحاجات.
4. الاستدخال أو التقمص المنتقى لأشخاص المهمين.

4-2-1- الإحباط في الحاجات: (la frustration des besoins)

إن الإحباط في الحاجات يعاش عندما يمنع أو يحرم الطفل من الاستقرار أو التفهم و الحب، هذا الإحباط تجعله يطور مخططات كالنقص أو الحرمان العاطفي ومخطط التخلي.

4-2-2- الصدمات أو الضحية (la traumatisation ou la victimisation)

إن الصدمة و الضحية يعيشها الطفل عندما يعامل بطريقة سيئة من طرف محيطه ، هذه التجارب أو الخبرات تظهر لديه مخططات الحذر و التعدي ، مخطط عدم الإتيقان (d'imperfection) و الخجل أو مخطط الخوف من الخطر أو من المرض.

4-2-3- الإفراط في إشباع الحاجيات (l'excès de satisfaction des besoin)

إن الإفراط في إشباع الحاجات يكون عندما يحس الطفل انه مدلل من قبل والديه و يحصل على كل ما يريده، فالحاجات المتوفرة لا تعكس الحاجات العاطفية الأساسية من الاستقلالية أو الحدود فيكون الطفل بالتالي إما مفرط في الحماية أو على العكس يكون حرا بدون أي شيء يجبره.

4-2-4- الإستدخال أو التقمص المنتقى لأشخاص المهمين: (l'internalisation ou l'identification sélective avec des personnes importantes)

إن الطفل هنا يتقمص إحدى والديه أين يستدخل (internalise) أفكاره و عواطفه و خبراته و سلوكياته. فالطفل الذي يتلقى إساءة من طرف والديه سوف يستدخل سلوكياته و يصبح الشخص نفسه راشد متعسف (abuseur) فالشخص الذي يملك مخطط النقص العاطفي يتميز بوالدين باردين عاطفيا فهو يحس انه وحيد و غير محبوب.

إن هذا النموذج لا يعتبر أن الأطفال يحققون إستدخال و تقمص كل الخصائص التي يتميز بها أوليائهم حيث يمكن ملاحظة أن استدخلاتهم و تقمصاتهم تتم بطريقة منتقاة لبعض عناصر أشخاص محيطهم القريب فبعض هذه الإستدخلات و التقمصات تصبح مخططات و الأخرى تصبح أسلوب للتكيف أو ما نسميه ب (les modes)

كما نعتبر أن المزاج يحدد الطريقة التي يجرى بها الفرد تقمصاته و إستدخالاته لخصائص الأشخاص القريبين.

4-3- دور المزاج الانفعالي: (le tempérament émotionnel)

تلعب عوامل أخرى غير الخبرات المبكرة للطفل دور كبير في تطوير المخططات حيث المزاج الانفعالي للطفل بصفة خاصة عنصر مهم حيث عند اغلب الأطفال يحقق كل طفل بسرعة بطريقة فطرية مزاج فريد و مميز فبعضهم هائجون و آخرون خجولون. إن المزاج الانفعالي يتشكل من مجموعة أبعاد، كل واحد فينا يتجه نحو قطب من هذه الأبعاد.

إن الأبعاد السبعة هي:

(aréactif)	غير انفعالي	↔	عاطفي	(Émotif)
(optimiste)	متفائل	↔	ذو مزاج مضطرب	(Dysthymique)
(calme)	هادئ	↔	قلق	(Anxieux)
(distractif)	شارد	↔	وسواسي	(Obsessionnel)
(agressif)	عدواني	↔	مسالم	(Passif)
(jovial)	مرح	↔	سريع التهيج	(Irritable)
(social)	اجتماعي	↔	خجول	(Timide)

يمكن أن نتصور طبع فرد ما كمجموعة نقاط كل واحدة تحتل واحد من هذه الأبعاد. يتفاعل الطبع الانفعالي مع الوضعيات الصعبة في الطفولة من أجل تشكيل المخططات. وهذه بعض الملاحظات الهامة الخاصة بدور الطبع الانفعالي في تشكيل

المخططات:

- ✓ يمكن للطباع المختلفة أن تعرض الأطفال، بطريقة مختلفة، خلال طفولتهم: طفل عدواني سيعرض لولي يعامله بسوء أكثر من طفل هادئ ومستسلم.
- ✓ طباع مختلفة تجعل الأطفال، بطريقة مختلفة، حساسين لظروف حياة مشابهة: يمكن لطفلين أن يستجيبا بطريقة مختلفة جدا، نعتبر مثلا، ولدين كليهما تم رفضهما من طرف والديهما، سيضع الطفل الخجل نفسه في عزلة عن العالم بالتدريج ويصبح أكثر فأكثر تابعا لوالديه، و سيغامر الطفل الاجتماعي في العالم ويكون علاقات أخرى أكثر ايجابية. إذا بينا أن الاجتماعية هي ميزة بارزة عند الأطفال الذين يجيدون التصرف والتدبر، يتكيفون وينجحون في حياتهم رغم التجاوزات والاهمالات.
- ✓ بينت تجربة جيفري يونغ أن محيط منفر بوجه خاص أو ملائم للغاية، يمكنه أن يتغلب على الطبع الانفعالي، وهذا بشكل واضح. مثلا محيط عائلي آمن وممّن للعاطفة، يمكن أن يجعل طفلا خجولا، اجتماعيا جدا في عدد كبير من المواقف. ومن جهة أخرى، إذا كان المحيط المبكر مرفوضا، فحتى الطفل الاجتماعي سيميل إلى العزلة.
- ✓ طبع انفعالي شديد يمكن أن يتغلب على محيط مألوف ويسبب مرضا، بدون إثبات واضح في حياة الفرد (Jeffrey Young, 2005, pp40-41)

5- مجالات المخططات والمخططات المبكرة غير المتكيفة:

عين جيفري يونغ 28 مخططا مبكرا غير متكيف تنمو في وقت مبكر جدا خلال الطفولة تبعا للتجارب المعاشة. وهذه المخططات المبكرة غير المتكيفة هي ميزة ينفرد بها الأطفال الذين لديهم استعداد بيولوجي للقوة والهروية الانفعالية. فعندما يعيش هؤلاء

الأطفال في ظروف معاملة سيئة، اعتداء جنسي، رفض أو حرمان كبير للأمومة والعاطفة أو أيضا في محيط تأديبي (عقابي) أو منبع للتوتر، الفشل والانفصال سيكتسبون بهذا اعتقادا راسخا بأن حاجاتهم للأمن، الاستقرار، العاطفة، الاحترام والرضا لا يمكن أن تشبع. تستمر هذه المخططات في النمو طيلة الحياة وتشكل المبدأ الذي عليه سيفسر الشخص الواقع (Jo Godefroid, 2008, p859)

تتقسم المخططات المبكرة غير المتكيفة، حسب جيفري يونغ، إلى خمس مجموعات أو مجالات، وهي :

5-1- المجال 1 : الانفصال والرفض :

لا يتمكن العملاء الذين لديهم مخططات في هذا الميدان من تكوين علاقات و روابط آمنة و مرضية مع الآخرين. هم يظنون أن احتياجاتهم للاستقرار، الأمن، الانتباه، الحب والانتماء لن يتم إشباعها أبدا. نموذجيا، عائلاتهم الحقيقية غير مستقرة (إهمال/عدم استقرار)، عنيفة (حذر/عدم التحكم في الاستعمال)، باردة (نقص أو غياب العاطفة)، مهملة (خجل/نقص) أو منعزلة عن العالم الخارجي (انعزال اجتماعي).

العملاء الذين ينتمون لهذا الميدان هم المتضررون أكثر. عاش، الكثير منهم، طفولة صادمة، وعند الرشد يتيهون في علاقة مدمرة ذاتيا لعلاقة أخرى ويتجنبون العلاقات الحميمة كثيرا. العلاقة العلاجية أساسية لعلاج هؤلاء العملاء (Jeffery Young, 2005, p41) وتضم هذه المجموعة خمسة مخططات مبكرة غير متكيفة هي:

✓ مخطط الإهمال/عدم الاستقرار :

هو إدراك لنقص الاستقرار أو إمكانية الوثوق في الروابط العلائقية بين الفرد

والأشخاص المهمين في محيطه. يصطحب بشعور أن هؤلاء الأشخاص لن يستمروا

في إعطاء السند، رابط علائقي، القوة أو الحماية لأنهم غير مستقرين انفعاليا

ومتغيرين، غير موثوق بهم كثيرا أو ليسوا دائما حاضرين؛ لأنهم سيموتون قريبا أو أنهم سيهملونه من أجل شخص "أفضل" منه (المرجع السابق ص ص 41-42)

✓ مخطط الحذر/ التجاوز (عدم التحكم في الاستعمال):

ينتظر العميل من الآخرين أن يجعلوه يعاني، يعاملونه بسوء، يحتقرونه، يكذبون عليه، يخدعونه ويستغلونه. بصفة عامة، تدرك هذه المعاناة على أنها قسدية أو نتاج إهمال حاد وغير مبرر. وهذا أيضا يمكن أن يعطي شعورا بحرمان دائم بالنسبة للآخرين.

✓ مخطط الحرمان العاطفي:

يشعر العميل بأن الآخرين لا يعطونه السند العاطفي الذي يحتاجه، وهو مقتنع بهذا الشعور، و يميز يونغ ثلاثة أنواع أساسية:

- نقص المشاركة العاطفية: غياب الانتباه، العاطفة، الدفء والصداقة.
- نقص التقبل العاطفي: غياب شخص متفهم ينصت إلينا، مع من يمكننا أن نتحدث عن أنفسنا أو نتبادل المشاعر.
- نقص الحماية، غياب شخص قوي يوجه وينصح.

✓ مخطط النقص/ الخجل:

يحكم العميل على نفسه على أنه ناقص، سيء وغير قادر. يؤدي هذا إلى نقص

العاطفة من الآخرين، عندما تكشف هذه الصفات. يمكن أن نستنتج من هذا: الحساسية المفرطة للانتقادات، للرفض وللتوبيخ. يمكن أن يجد انزعاجا عند المقارنة بالآخرين ونقص الثقة في الذات، يمكن أن يشعر العميل بالخجل من النقائص المدركة والتي يمكن أن تكون داخلية (مثلا: الأنانية، الغضب، رغبات جنسية غير متقبلة) أو خارجية (مثلا : عيب جسمي، عز اجتماعي).

✓ مخطط العزلة الاجتماعية:

هو الإحساس بالعزلة والانقطاع عن بقية العالم ، بالاختلاف عن الآخرين و/أو عدم الانضمام إلى أية مجموعة أو تجمع خارج العائلة (Jeffrey Young, 2005, p 42)

5-2-المجال II : نقص الاستقلالية والإنجاز:

يفسر جيفري يونغ الاستقلالية بأنها قدرة الفرد على الانفصال عن عائلته و أن يتصرف بطريقة مستقلة، كما يفعل الأشخاص الذين لديهم نفس سنه. يتوقع ويأمل العملاء، الذين لديهم مخططات من هذه المجموعة ،أن يتصرفوا باستقلالية وأن يتوصلوا إلى نجاح كاف، تجاه أنفسهم والعالم الذي لا يتمشى مع قدراتهم المدركة للبقاء على قيد الحياة. كان أوليائهم يقومون بكل شيء عوض عنهم ويفرطون في حمايتهم عندما كانوا أطفالا؛ أو بالعكس تماما، كانوا لا يهتمون بهم إلا قليلا. وغالبا ما اشتهر هؤلاء الآباء في تهديم ثقة أبناءهم بأنفسهم ولم يعرفوا كيف يقووا ويدعموا قدراتهم خارج البيت. وبالتالي، لا يمكن لهؤلاء العملاء أن يخلقوا هوية خاصة بهم أو بناء حياة خاصة بهم. فهم ليسوا مؤهلين لتحديد أهداف شخصية والتحكم في المهارات الضرورية فهم يبقون أطفالا في حياتهم كراشدين، وهذا فيما يتعلق بالكفاءة.

وتتضمن هذه المجموعة أربعة مخططات مبكرة غير متكيفة ، وهي:

✓ مخطط التبعية/عدم الكفاءة:

يضمن الشخص أنه غير قادر على مواجهة المسؤوليات اليومية دون مساعدة الآخرين (مثلا: التصرف في ماله، حل المشكلات اليومية، إثبات النية الحسنة، عرض نشاطات جديدة، اتخاذ قرارات) يقول غالبا: "أنا لست قادرا على ...". يظهر غالبا هذا المخطط باستسلام أو نقص كبير للمبادرة (المرجع السابق، ص 41)

✓ مخطط الانجراحية (الخوف من الخطر أو المرض):

هو الخوف المبالغ فيه من كارثة يمكنها أن تحدث في أي وقت والتي لا يمكن مواجهتها، وتكون هذه المخاوف من إحدى هاتيه الكوارث:

- الصحة: أزمة قلبية، ايدز،
- الانفعالات: مثلا فقدان الوعي، فقدان المراقبة أو التحكم،
- كارثة طبيعية أو فوبيا: مصاعد العمارات، جرائم، الطائرات، الزلزال.

✓ مخطط الذوبان/شخصية ضامرة (ضعيفة):

يقصد به الارتباط الانفعالي الشديد بشخص أو عدة أشخاص، غالبا الوالدين، على حساب تكيف اجتماعي عادي وتفرد مكتمل. غالبا جدا، هو الاعتقاد بأنه يوجد على الأقل شخص واحد من بين الأشخاص الذين يرتبط بهم لا يمكنه العيش بدون الآخرين أو أن يكون سعيدا دون الآخر. يمكن أن يكون للعمل إحساس بأنه مخنوق، تضيق نفسه من الآخرين، يتحد معهم أو يشك في نفسه وفي هويته الخاصة به، له إحساس بالفراغ، دون هدف أو في حالات قصوى يتساءل عن وجوده (Young & Klosko, 2005, p p 43- 44)

✓ مخطط الفشل:

يتعلق هذا المخطط بالاعتقاد أننا: سوف نخسر حتما، نحن غير قادرين على النجاح

مثل الآخرين (الدراسة، العمل، الرياضة... الخ). غالبا ما يحكم العميل على نفسه بأنه أحمق، غير كفء، بدون مواهب، جاهل، ناقص عن الآخرين... الخ.

5-3-المجال III : نقص الحدود :

لم ينمي الأشخاص الذين لديهم مخططات في هذه المجموعة حدودا كافية في مجالي التبادل والمراقبة الذاتية. يمكن أن يتعلق الأمر بنقص الحدود الداخلية، نقص المسؤولية تجاه الآخرين أو عدم القدرة على الوصول لأهداف طويلة المدى. يمكن أن يجدوا صعوبات في احترام حقوق الآخرين أو التعاون ، التمسك بالتزاماتهم أو تحديد وتحقيق أهداف طويلة المدى. يظهر هؤلاء الأشخاص كأنانيين، مدللين، عديمي المسؤولية و نرجسيين. يمثل الوسط العائلي النموذجي بوالدين ضعيفين، متساهلين جدا، لا يمكنهما فرض انتظام أو أنهما يعتبران نفسيهما أعلى مقاما من الآخرين. لم يتربى هؤلاء الأشخاص، عندما كانوا أطفالا، على احترام القواعد التي تطبق على الجميع، أخذ الآخرين بعين الاعتبار، مشاركة وتبادل التعاون مع الآخرين، تحديد أهداف، تحمل مسؤوليات أو تنمية مراقبتهم الذاتية. يفتقدون، عند الرشد، للقدرة على كبح اندفاعاتهم وتأجيل انبساط فوري من أجل تحقيق نجاح على المدى الطويل (Young & Klosko, 2005, 44) وتضم هذه المجموعة مخططين مبكرين غير متكيفين، وهما:

✓ مخطط حقوق شخصية مبالغ فيها/تكبر:

يتناسب هذا المخطط مع التأكيد بأننا أعلى مقاما من الآخرين وبهذا، فلنا حقوقا خاصة وامتيازات. العملاء الذين لهم هذا المخطط، يشعرون أنهم غير مجبرين على إتباع الأدوار والاتفاقيات الاجتماعية العادية مثل باقي الناس، (Young & Klosko, 2005, 40-44). يرون أنهم يجب أن يتمكنوا من فعل أو الحصول على ما يريدونه فعلا دون النظر إلى ما

سيكلفه هذا للآخرين، أو لديهم ميل لتأكيد قوتهم أو رأيهم ومراقبة الآخرين لحساب فائدتهم الخاصة دون النظر إلى رغبة الآخرين للاستقلالية (Jean Cottraux, 2006, p84). هم منشغلون بدرجة كبيرة بترفهم وتكبرهم (نجاحات، شهرة) من أجل الوصول إلى الحكم وليس بهدف البحث عن الرضا أو الانتباه. هم، بوجه خاص، متطلبون، متشددون، مسيطرون ويفتقدون للتقبل العاطفي (Jeffrey Young 2005, p45)

✓ مخطط تحكم ذاتي/ تنظيم ذاتي غير كافي:

يتمثل المشكل الرئيسي في عدم القدرة على التحكم في الذات أو رفضه. لا يتحمل العميل إحباطا في رغباته وهو غير قادر على تهدئة تعبيرات انفعالاته واندفاعاته (Jean Cottraux, 2006, p 84) يحاول العميل تجنب كل ما هو شاق عليه، بأي ثمن، وهذا في الشكل المخفف لهذا المخطط، يتجنب المعاناة، الصراعات، المواجهات، المسؤوليات، المجهودات الشخصية المهمة جدا بما فيها الالتزامات، النزاهة والإنجاز الشخصي (Jeffrey Young, 2005, p45)

5-4-المجال IV : التوجه نحو الآخرين :

يعطي العملاء، الذين لديهم مخططات في هذه المجموعة، أهمية بالغة لحاجات، رغبات ورد فعل الآخرين على حساب حاجاتهم الخاصة (Jean Cottraux, 2006, p84) يتصرفون هكذا بهدف الحصول على رضا الآخرين، الحفاظ على رابط عاطفي أو تجنباً للانتقام أو إهمال. لهم ميل للتركيز على استجابات الآخرين عوض التركيز على حاجاتهم الخاصة، و هذا في تفاعلهم مع الآخرين. ليس لديهم وعي بانفعالاتهم الخاصة ورغباتهم الشخصية. لم تكن عندهم الحرية لإتباع ميولهم الطبيعية خلال الطفولة. لا يشعرون، عند الرشد، بتحكم داخلي ولكن تحكم ذو أصل خارجي ويتبعون رغبات الآخرين. الأصل العائلي النموذجي لهذا المخطط هو التقبل الشرطي، فإذا أراد الطفل أن يشعر أنه

محبوب من طرف والديه وأن يكسب رضاهم يجب أن يقلل بصفة معتبرة من حاجاته الخاصة. يعطي الوالدان، في مثل هذه الحالات أهمية كبرى لحاجاتهم و رغباتهم الشخصية أو - لمركزهم الاجتماعي - التي يضعونها قبل احتياجات طفلهم

(Jeffrey Young, 2005, p45)

وتتضمن هذه المجموعة ثلاثة أنواع من المخططات المبكرة غير المتكيفة، وهي كما يلي:

✓ مخطط الخضوع (الانقياد):

يتمثل في الخضوع المفرط لمراقبة الآخرين لأننا نشعر أننا مجبرون على التصرف

على هذا النحو لتجنب الغضب، الانتقام أو الإهمال، ويوجد مظهران أساسيان:

- إخضاع الحاجات: قمع رغبات الفرد الخاصة وأشياءه المفضلة،

- إخضاع الانفعالات: قمع الاستجابات الانفعالية الخاصة، خصوصا الغضب

(Jeffrey Young, 2005, p46)

يرى العميل أن رغباته الخاصة، آرائه ومشاعره ليست لها أية أهمية بالنسبة للآخرين. عموما، هو يظهر طاعة مبالغ فيها لكنه يثار بحمية إذا شعر أنه تم "التمكن منه". قد نجد غالبا، غضبا مكبوتا تجاه الذين يخضع لهم، وهذا ما يسبب اضطرابات في الشخصية (مثلا: سلوك مستسلم/عدواني، نوبات غضب، أعراض سيكوسوماتية، اضطرابات عاطفية، مخدرات)

(Jean Cottraux, 2006, pp 84- 85)

✓ مخطط إنكار الذات (التضحية):

ينشغل العملاء الذين لديهم هذا المخطط بإشباع حاجات الآخرين على حساب حاجاتهم

(Jeffrey Young, 2005, p46).

عندهم قلق مبالغ فيه باعتبار الآخرين في موقع قبلهم دوماً، وهذا طوعية. الأسباب بصفة عامة هي: الخوف من التسبب في معاناة الآخرين، تجنب الشعور بالذنب كونهم أنانيون، أو المحافظة على اتصال بالآخرين يروونه ضرورياً، وهذا ما يؤدي غالباً إلى حساسية مفرطة لمعاناة الآخرين. ويمكن أن يعاني العميل من إحساس أو شعور بأن حاجاته الخاصة لن تشبع أبداً ويطور بذلك عداً وحقدًا تجاه الآخرين الذين يهتم بهم

(Jean Cottraux, 2006, p86)

✓ مخطط البحث عن الرضا والاعتراف:

يتمثل المشكل الرئيسي في الحاجة المفرطة للانتباه، تقدير ورضا الآخرين، أو فعل ما يطلبه الآخرون، سواء أن ارتبط هذا بما نريده أولاً، وهذا على حساب نمو شخصية قوية صادقة. يتشكل تقدير الذات بناءً على استجابات الآخرين وليس على الآراء والقيم الشخصية. غالباً، ما يعطي العميل اهتماماً مفرطاً لأسلوب الحياة، المظاهر، المال، المنافسة أو النجاح، أن يكون الأفضل، الأكثر شعبية، من أجل الحصول على الانتباه، الإعجاب، التقدير والرضا. كثيراً، ما ينتهي الشخص للتوصل إلى اختيارات لا تحقق له الإشباع، في حياته. هم أشخاص مفرطين الحساسية للرفض أو يحسدون الذين نجحوا أكثر منهم.

5-5-المجال V : اليقظة الزائدة والكف :

يكبح العملاء، في هذه المجموعة، التعبير التلقائي عن مشاعرهم واندفاعاتهم. يتمثل المشكل الرئيسي في التحكم المبالغ فيه لاستجاباتهم، مشاعرهم واختياراتهم لتجنب الأخطاء أو المحافظة على قواعد شخصية صارمة تخص السلوك والإنجاز على حساب مظاهر أخرى من الحياة: المتعة، أوقات الفراغ، الأصدقاء أو على حساب الصحة. الأصل النموذجي هو طفولة بدون سعادة أو فرح، محتجزة أو منضبطة وصارمة، التي من خلالها التحكم في الذات و إنكار ذواتهم تكسيبهم التلقائية أو اللذة. لم يشجع هؤلاء

الأطفال على اللعب وعلى البحث عن السعادة. تعلموا أن يكونوا يقظين بإفراط فيما يخص حوادث الحياة السلبية واعتبار الحياة كجبل صغير

(Jeffrey Young, 2005, p47)

يتصف محيطهم العائلي بغياب السعادة أو الفرح، العمل، الواجب، الرغبة المفرطة في بلوغ الكمال، الطاعة، تجنب الأخطاء. وهي اعتبارات أكثر أهمية من السعادة، الفرح والاستراحة

(Jean Cottraux, 2006, p85)

يكون غالبا، هؤلاء العملاء متشائمون مهمومون، يظنون أن كل ما لديهم في حياتهم يمكن أن يتفكك إذا لم يظهروا يقظين أو حذرين دوما

(Jeffrey Young, 2005, p47)

وتنظم هذه المجموعة أربعة مخططات مبكرة غير متكيفة، وهي:

✓ مخطط السلبية/التشاؤم:

يرتكز هذا المخطط على المظاهر السلبية للحياة (مثلا: الألم، الموت، الخسارة، المشاكل غير المحلولة، الصراع، الخداع، تأنيب الضمير، الحسد، الأخطاء المحتملة) ويقلل من شأن المظاهر الإيجابية. عندهم توقع مبالغ فيه بأن كل شيء يمكن أن يتحول إلى الأسوأ (العمل، الحالة المادية، العلاقات بين الأشخاص)، عندهم خوف مبالغ فيه من ارتكاب الأخطاء ويخشون العواقب: الهلاك، الاحتقار، الخسارة و الأوضاع غير السارة

(Jeffrey Young, 2005, p47)

يتصف، غالبا ، العملاء الذين لديهم هذا المخطط بالقلق، التشاؤم ، الاستياء و التردد

(. Jean Cottraux, 2006, p86)

✓ مخطط التحكم الانفعالي المفرط:

يتصف العملاء بالتحكم المفرط للاستجابات التلقائية (التصرفات، المشاعر، الكلام) لتجنب الأخطاء، عدم رضا الآخرين عنهم، الكوارث، الفوضى أو خوفا من عدم القدرة على التحكم في اندفاعاتهم

(المرجع السابق، ص 86)

يرتبط هذا التحكم المفرط بالمجالات التالية :

- كف الغضب والعدوانية.
- التحكم في الاندفاعات الإيجابية (الفرح، المشاعر العاطفية، الإثارة الجنسية، التسلية).
- صعوبة التعرف على العيوب والنقائص الخاصة بهم أو التعبير بسهولة عن مشاعرهم الخاصة واحتياجاتهم.
- الأهمية المفرطة المرتبطة بالعقل على حساب الانفعالات.
- هم غالبا منزعجون، منضبون، متحفزون، باردون

(Jeffrey Young, 2005, p48)

✓ مخطط الأفكار المتشددة / الانتقادات المفرطة:

يتمثل في الاعتقاد بأنه يجب أن نجتهد من أجل الوصول والمحافظة على مستوى مرتفع جدا من الكمال في السلوك أو الإنجاز، بهدف تجنب الانتقادات، عدم الرضا أو الخجل. تؤدي هذه المتطلبات إلى ضغط مستمر؛ يصبح التوقف عن المجهودات أو الاستراحة مستحيلا. يوجد انتقاد مستمر للذات وللآخرين، وبالتالي يعاني العميل من نقائص في اللذة، الراحة، الصحة، تقدير الذات، الإشباع الشخصي والعلاقات بين الأشخاص

(Jean Cottraux, 2001, p77)

يظهر هذا المخطط ب:

- الكمال أو الرغبة في بلوغ الكمال: اهتمام مفرط مرتبط بالتفاصيل وسوء تقدير لإنجازه الشخصي؛

- قواعد صارمة: إعطاء أهمية بالغة لأداء الواجب، تطبيق هذه القواعد في مجالات كثيرة من الحياة: الأخلاق، الثقافة، الدين؛

- الانشغال المستمر بالوقت وبالفعالية: يجب أن نعمل أكثر وأحسن ودوماً.

✓ مخطط العقاب:

يميل الشخص في هذا المخطط لإظهار نفسه على أنه متعصب، ناقد بشدة، نافذ الصبر و"يعاقب" نفسه والآخرين إذ لم يتوصل إلى مستوى الكمال الذي يفرضه. وهذا ما يؤدي إلى صعوبة في التسامح للأخطاء أو الإنجازات له وللآخرين غير قادر على تفحص الظروف المخففة، نقص في التقبل العاطفي، المرونة أو عدم تقبل رأي آخر .

(Jean Cottraux, 2006, p86)

نستخلص من كل هذا، أنه يمكن لكل واحد منا أن يطور مخططاً أو أكثر من بين هذه المخططات التي تظهر أقل أو أكثر صلابة، وأكثر أو أقل سهولة للتنشيط

(Godefroid, 2008, p869)

خلاصة الفصل :

للمخططات دور أساسي في طريقة التفكير و الإحساس و تصرف الأفراد و في علاقاتهم مع الآخرين و هي تنشط عندما يتلقى الفرد مع بيئة مشابهة لتلك التي كانت سائدة في طفولته و عندما ينشط مخطط ما يكون الفرد مغمور بعواطف و انفعالات سلبية شديدة و من بين العوامل التي يمكن أن تنشط تلك المخططات هي الأحداث الضاغطة.

لكل فرد نسق خاص مميز من المخططات و بالتالي فهم يظهرون تباينا في استجاباتهم، كما أنها تشكل نواة الاضطرابات الشخصية والنفسية

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

حتى يستطيع الباحث تحقيق أهدافه المرجوة و أغراضه المحددة من وراء بحثه و المتمثلة في دراسة الظاهرة موضوع البحث دراسة علمية دقيقة و منظمة يتطلب الأمر منه إتباع خطوات منهجية متسلسلة و مضبوطة سيتطرق إليها هذا الفصل من البحث حسب الظاهرة المدروسة.

هكذا يتناول هذا الفصل عرضا لإجراءات الدراسة الميدانية بكل خطواتها إذ تطرق في البداية إلى منهج البحث الذي يحدد طريقة دراسة متغيرات البحث التي تم تحديدها هي أيضا كما يذكرنا هذا الفصل بفرضيات البحث و يعرض الدراسة الاستطلاعية التي من خلالها تم تقييم الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وذلك من خلال دراسة خصائصها السيكوميترية من صدق و ثبات كما يوضح أيضا أسلوب المعالجة الإحصائية المستخدم في معالجة ما تم جمعه من بيانات.

1- منهج البحث

يهتم البحث الحالي عن محاولة الكشف عن عوامل الخطر في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و بذلك استعملنا المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة و يوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها و درجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى . و الأسلوب الوصفي مرتبط منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الانسانية، و ما زال هذا الأسلوب الأكثر استخداماً في الدراسات الانسانية حتى الآن و ذلك نتيجة لصعوبة استخدام الأسلوب التجريبي في المجالات الانسانية.

(محمد زيدان، 1990، ص 120)

و تتبع هذه الدراسة خطوات المنهج الوصفي في البحث، و الذي يحاول وصف الظاهرة الموجودة و دراسة العلاقة بين المتغيرات المختلفة، و يسير هذا المنهج وفق خطوات علمية

محددة تبدأ بتحديد المشكلة المراد بحثها، وتنتهي بالوصول إلى النتائج و تفسيرها و معرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرات. (فخريه الجارودي، 2001 ، ص 95)

تختلف مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية باختلاف المواضيع كما تختلف من مجال علمي لآخر، وذلك حست خصوصية وأهداف كل دراسة، وقد استخدمنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي وهذا لملائمته لطبيعة هذه الدراسة، حيث يهتم بتوفير أوصاف دقيقة عن السمة أو الخاصية المراد دراستها للوصول إلى حقائق دقيقة. حيث يعرف Fraenkle & Wallen (1993) المنهج الوصفي بأنه أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (ملحم، 2000) وبجانب هذه القيمة النظرية للبحوث الوصفية فإن لها قيمة عملية كبيرة، فكل مشكلة تربوية ونفسية لا يمكن حلها، حلا سليماً إلا إذا توافرت المعلومات والوقائع الموضوعية عن هذه المشكلة وإلا لما تم تشخيصها والكشف عن حدودها، وأبعادها، والعوامل المتحكم فيها. (تركي، 1984)

ويرى محمد مزيان (2002) بأن البحوث الوصفية تعالج موضوعاً أو ظاهرة معينة عن طريق وصف العلاقات الموجودة بين متغير وآخر أو بين مجموعة من المتغيرات، حيث يشير العساف (2006) إلى أن المنهج الوصفي هو كل منهج مرتبط بظاهرة معاصرة بقصد وصفها وتفسيرها ويشير كذلك إلى أن هناك خلاف بين علماء المنهجية حول الهدف من هذا المنهج هل هو مجرد وصف للظاهرة المدروسة أم أنه يتجاوز الوصف إلى توضيح مقدار العلاقة ومحاولة اكتشاف الأسباب الكامنة وراء الظاهرة

كما يرى العبيدات (2004) أن المنهج الوصفي يساعد على دراسة الظاهرة، كما توجد في الواقع ويسهم في وصفها وصفاً دقيقاً ويوضح خصائصها عن طريق جمع المعلومات وتحليلها وتفسيرها، ومن ثم تطبيق النتائج في ضوءها، ومن خصائص هذا المنهج أنه لا

يقف عند حد جمع المعلومات المتعلقة بظاهرة تربوية معينة وتبويبها وتنظيمها من أجل استقصاء جوانب الظاهرة المختلفة، وإنما يعمد إلى الوصول إلى استنتاجات تسهم في فهم الواقع من خلال تحليل تلك الظواهر وتفسيرها، ومن ثم التوصل إلى تعميمات ذات مغزى تزيد بها الدراسة رصيد المعرفة عن تلك الظاهرة، وتسهم في تطوير الواقع وتحسينه.

2- عينة البحث

تمّ اختيار العينة بطريقة عرضية، حيث قام الباحث بجمع حالات مصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب ملفّهم الطبي السيكاتري في مصلحة استعجالات الطب العقلي.

كنت اذهب يوما في الاسبوع لإستقبال الحالات في خلية الصدمة النفسية، بحيث توصلت الى 70 حالة كاقصى عدد يحتوي على 25 انثى و 45 ذكر. التشخيص موضوع مسبقا من طرف الاطباء السيكاتريين للمصلحة، فكان عليّ الا تطبيق اختبارات بحثي دون الدخول في تفاصيل اخرى لا تعني موضوعي.

3- مجال إجراء البحث

تمت الدراسة الميدانية في المركز الاستشفائي الجامعي بالبليدة، في استعجالات الطب العقلي، في خلية الصدمة النفسية و هو جناح كان في الاول مخصص لضحايا الارهاب ثم بعد ذلك توسّع لكل من يعاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إثر حوادث الحياة الصادمة (اعتداء شخصي، كوارث طبيعية، حوادث مرور، ارهاب...) تخصصت هذه الخلية في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و تكونت لذلك بحيث انها الاولى التي ادخلت علاج حركة العينين (EMDR) للجزائر و هو علاج خاص باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

تتكون هذه الخلية من فرقة أطباء سيكاتريين و فرقة اخصائيين نفسانيين.

4-وسائل جمع البيانات

اعتمد الباحث على اداتين في جمع البيانات الا و هما استبيان يونغ و كلوسكو (young et klosko) للمخططات المبكرة غير المكيفة و كذلك استبيان رويتر (Rotter) لمركز التحكم.

1.4 - استبيان يونغ و كلوسكو (Young et Klosko) للمخططات المبكرة غير المكيفة

حدد جيفري يونغ (1996) مخططات مختلة وظيفيا مرتبطة باضطرابات الشخصية (Martine Bouvard, 2002, p255) وأطلق عليها اسم المخططات المبكرة غير المتكيفة (SPI) وهي نماذج معرفية وانفعالية تهزم الذات (محطمة للذات)، تظهر مبكرا أثناء النمو وتتكرر مدى الحياة (Jeffrey Young, 2005, p35) وتعني المخططات كذلك المعتقدات العميقة التي نحملها حول ذواتنا و العالم، وهي المعتقدات التي اكتسبت خلال مرحلة الطفولة (Young & Klosko, 2003, p19) و يقصد بها أيضا تلك المتضمنات المستتلة المتواجدة داخل الجهاز النفسي الموروثة من جروح الطفولة و التي تستعيد الفرد وتكف من امكاناته

(Chambon et coll., 2003, p5)

تقوم هذه المخططات بوظيفة التكيف وتتهيكل انطلاقا من حاجات الطفل خلال نموه، وإذا لم تشبع هذه الحاجات، تنشط المخططات و قد تفضي الى الاضطرابات النفسية.

(Servant, 2005 ,p46)

تنمو المخططات المبكرة غير المتكيفة، حسب جيفري يونغ، خلال التجارب الضارة والمؤذية خلال الطفولة وهي منبع اضطرابات الشخصية. و هي نماذج غير واعية (لا شعورية)، تتكون من انفعالات، معارف، ذكريات، أحاسيس جسدية وهي مختلة وظيفيا

(Elisabeth Grebot, 2008, p9)

وضعت عدة مقاييس لتحديد المخططات المبكرة غير المتكيفة .المقياس الاول (SPQI) يجمع 20 مخططا مبكرا غير متكيف ثم نقل هذا العدد الى 26 وتم عرض ونشر هذين المقياسين في كتاب اضطرابات الشخصية لكوتورو و بلاكبورن.

(Cottraux & Blackburn,1995)

وأخيرا وضع جيفري يونغ و معاونيه مقياسا يجمع 28 مخططا مبكرا غير متكيف.

(Martine Bouvard,2002 ,p256)

قام جيفري يونغ في اعماله سنة 1990 بوضع اختبار يقيس المخططات المبكرة غير

المتكيفة (YSQ-L2). (Young et Brown,1990,2001)

وهو مقياس يملأه العميل لتحديد المخططات، يتضمن 110 بندا ويحدد 26 مخططا مبكرا

غير متكيف .ثم اختصر الى (YSQ-S1) في سنة 1994 وهو يضم 75 بندا تحدد 15

مخططا مبكرا غير متكيف ،وتم تعديله في سنة 2001 من طرف جيفري يونغ الى

(YSQ-L3) وهو مقياس يتكون من 232 بندا، يحدد 18 مخططا مبكرا غير متكيف.

يفضل استعمال الشكل المطول في الاستعمال العيادي لانه يعطي مزيدا من الدقة لكل

مخطط ويزودنا بمعلومات مفصلة ،اما الشكل المختصر فيستعمل غالبا في البحوث و

الدراسات

(Jeffrey Young,2005 ,p114)

تم تجميع المخططات في النسخة الجديدة ليونغ (YSQ-L3) في خمسة مجالات هي:

أ- مجال الانفصال والرفض:

1- إهمال/عدم استقرار

2- حذر/ تجاوز(عدم التحكم في الاستعمال)

3 - حرمان عاطفي

4 -عجز /خجل

5- انعزال اجتماعي

ب - مجال نقص الاستقلالية والإنجاز:

- 1- تبعية / عدم الكفاءة
- 2- خوف من المرض أو الخطر
- 3- ذوبان، شخصية ضامرة
- 4- فشل

ت - مجال نقص الحدود:

- 1- حقوق شخصية مبالغ فيها/تكبر
- 2- تحكم في الذات، نظام ذاتي ناقص

ث - مجال التوجه نحو الآخرين:

- 1- قهر (اخضاع)
- 2- إنكار الذات (التضحية)
- 3- البحث عن الرضا والاعتراف

ج - مجال الافراط في اليقظة والكف:

- 1- سلبية، تشاؤم
- 2- تحكم انفعالي مفرط
- 3- أفكار متشددة انتقادات مفرطة
- 4- عقاب

(Jeffrey Young, 2005, p522)

1.1.4- بناء المقياس:

يتضمن الشكل المختصر لمقياس المخططات (YSQ-S1) 75 بندا، تصف وتميز 15 مخططا فقط : وتهدف بنود هذا المقياس إلى تحديد المخططات المبكرة غير المتكيفة، والتي سيركز عليها علاج اضطرابات الشخصية (Martine Bouvard, 2002, p256).

2.1.4- طريقة التنقيط

كل عبارة من عبارات المقياس تحتوي على ستة إختيارات متدرجة (من لا تنطبق تماما إلى تنطبق تماما)، أعطيت هذه الإجابات الدرجات 1، 2، 3، 4، 5، 6، تأخذ الإجابة لا تنطبق تماما الدرجة (1) والإجابة لا تنطبق بدرجة كبيرة الدرجة (2)، والإجابة لا تنطبق الدرجة (3)، و الإجابة تنطبق بدرجة متوسطة الدرجة (4) ، والإجابة تنطبق بدرجة كبيرة الدرجة (5) ، والإجابة تنطبق تماما الدرجة (6).

3.1.4- معايير تقدير المقياس

مستويات تأثير المخططات:

9-5 : المخطط لا يؤثر على الفرد.

14-10 : المخطط يؤثر في بعض الظروف.

19-15 : المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.

24-20 : المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد.

30-25 : المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد

4.1.4- الخصائص السيكومترية لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

قام الباحث في هذه الدراسة باستعمال كل من مقياس المخططات المعرفية ومقياس مصادر الضغط وذلك من أجل جمع البيانات التي يحتاجها في الجانب التطبيقي من أجل التحقق من الفرضيات الدراسة وقبل إستعمال أي أداة من طرف الباحث يجب التأكد من صلاحيتها

(الصدق والثبات)، وعلى هذا الأساس قام الباحث بالتأكد من خصائصها السيكومترية والتمثلة في الصدق والثبات

للتأكد من الثبات قام الباحث بتطبيق المقياسين على عينة مكونة من (130) فرد ثم قام بإستعمال كل من طريقة الإتساق الداخلي والتجزئة النصفية في تقدير الثبات.

نقصد بالثبات الإتساق في الدرجات، أو مدى خلو الدرجة التي نحصل عليها من تطبيق المقياس من الخطأ، أي إلى أي مدى يكشف المقياس عن الدرجة الحقيقية لدى الفرد في السمة التي يقيسها المقياس، و بما أن الثبات يتعلق بمعالجة نوع من أنواع القياس و هو الخطأ العشوائي الموجود في عملية القياس و الذي يرجع عادة إلى طريقة و ظروف تطبيق المقياس و الحالة التي يكون عليها المفحوص عند تأديته للإختبار، و بناء على هذا الشيء يقوم الباحث بإختيار طريقة من طرق تقدير الثبات و التي يراها أنها تعالج أكبر قدر ممكن من الخطأ الذي وقع فيه أثناء تطبيق المقياس وعلى هذا الاساس قمنا بتقدير الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

أما الصدق فإستعمل الباحث طريقة صدق المحتوى استنادا لمجموعة من المحكمين و هم 10 من الاساتذة المحكمين من جامعة لونيبي علي (البليدة)

1.4.1.4- ثبات مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

• الثبات عن طريق ألفا كرونباخ

جدول رقم (1) يبين قيمة الفا كرونباخ في مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة :

قيمة الفا كرونباخ معيارية	قيمة الفا كرونباخ الخام	حجم العينة	
0.68	0.69	130	المخططات المبكرة غير المتكيفة

• الثبات عن طريق التجزئة النصفية:

جدول رقم (2) يبين قيمة سبيرمان براون في مقياس المخططات المعرفية :

المخططات المبكرة غير المتكيفة	حجم العينة	قيمة الارتباط بين النصفين	قيمة سبيرمان براون معيارية
	130	0.56	0.62

2.4.1.4- صدق مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

يقصد بالصدق أن يقيس المقياس فعلا القدرة أو السمة أو الاتجاه أو الاستعداد الذي وضع المقياس لقياسه، أي يقيس فعلا ما يقصد أن يقيسه. فالمقياس الذي اعد لقياس سمة سيكولوجية معينة يكون مقياسا صادقا بمدى قياسه لهذه السمة التي صمم لأجل قياسها

(فيصل عباس، 1996).

إذن الصدق من أهم الخصائص السيكمترية للمقياس فلا يمكن الوثوق من نتائج إختبار لا يقيس ما وضع لقياسه، أي ان الصدق هو ان يحقق المقياس الغرض الذي وضع من أجله، فمن المؤكد أن عدم أدراك الباحث أو ضحالة استعابه لما يتحقق في الميدان الذي يقوم بدراسته ونقده له بموضوعية وصدق، وعلى هذا الاساس قام الباحث بالتأكد من صدق المقاييس المستعملة في الدراسة وذلك عن طريق عرضها على 10 اساتذة محكمين من جامعة البليدة لحساب صدق المحكمين.

كانت النتائج كالآتي :

صدق المحكمين: الجدول رقم (3) يبين حساب معامل الاتفاق بين المحكمين العشرة على

كل بند

البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار
01	0,80	يحتفظ به	26	1,00	يحتفظ به	51	0,90	يحتفظ به
02	0,90	يحتفظ به	27	0,90	يحتفظ به	52	0,90	يحتفظ به
03	0,80	يحتفظ به	28	1,00	يحتفظ به	53	0,90	يحتفظ به
04	0,70	يعدل	29	0,80	يحتفظ به	54	0,90	يحتفظ به
05	0,80	يحتفظ به	30	0,90	يحتفظ به	55	1,00	يحتفظ به
06	0,90	يحتفظ به	31	1,00	يحتفظ به	56	1,00	يحتفظ به
07	0,80	يحتفظ به	32	0,90	يحتفظ به	57	1,00	يحتفظ به
08	1,00	يحتفظ به	33	1,00	يحتفظ به	58	1,00	يحتفظ به
09	0,70	يعدل	34	0,90	يحتفظ به	59	1,00	يحتفظ به
10	0,50	ي حذف	35	1,00	يحتفظ به	60	0,90	يحتفظ به
11	0,90	يحتفظ به	36	0,30	ي حذف	61	0,90	يحتفظ به
12	1,00	يحتفظ به	37	0,70	يعدل	62	1,00	يحتفظ به
13	1,00	يحتفظ به	38	1,00	يحتفظ به	63	0,90	يحتفظ به
14	1,00	يحتفظ به	39	0,90	يحتفظ به	64	0,90	يحتفظ به
15	1,00	يحتفظ به	40	1,00	يحتفظ به	65	1,00	يحتفظ به
16	1,00	يحتفظ به	41	0,90	يحتفظ به	66	0,90	يحتفظ به
17	0,90	يحتفظ به	42	0,90	يحتفظ به	67	0,90	يحتفظ به
18	0,80	يحتفظ به	43	0,70	يحتفظ به	68	0,70	يعدل
19	1,00	يحتفظ به	44	0,90	يحتفظ به	69	0,90	يحتفظ به
20	0,90	يحتفظ به	45	0,90	يحتفظ به	70	0,90	يحتفظ به
21	1,00	يحتفظ به	46	0,90	يحتفظ به	71	0,90	يحتفظ به
22	1,00	يحتفظ به	47	0,70	يحتفظ به	72	0,90	يحتفظ به
23	0,70	يعدل	48	1,00	يحتفظ به	73	1,00	يحتفظ به
24	0,90	يحتفظ به	49	0,90	يحتفظ به	74	0,90	يحتفظ به
25	0,80	يحتفظ به	50	0,90	يحتفظ به	75	0,90	يحتفظ به

2.4- استبيان رويتر (Rotter) لمركز التحكم

1.2.4- ثبات مقياس مركز التحكم

- الثبات عن طريق ألفا كرونباخ

جدول رقم (4) يبين قيمة الفا كرونباخ في مقياس مركز التحكم:

قيمة الفا كرونباخ معيارية	قيمة الفا كرونباخ الخام	حجم العينة	
0.56	0.55	130	مركز التحكم

2.2.4- صدق مقياس مركز التحكم

صدق المحكمين:

البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار
01	0,90	يحتفظ به	17	1,00	يحتفظ به	33	0,90	يحتفظ به
02	1,00	يحتفظ به	18	1,00	يحتفظ به	34	1,00	يحتفظ به
03	0,80	يحتفظ به	19	0,90	يحتفظ به	35	1,00	يحتفظ به
04	1,00	يحتفظ به	20	1,00	يحتفظ به	36	0,90	يحتفظ به
05	0,80	يحتفظ به	21	1,00	يحتفظ به	37	0,90	يحتفظ به
06	0,90	يحتفظ به	22	1,00	يحتفظ به	38	1,00	يحتفظ به
07	1,00	يحتفظ به	23	0,90	يحتفظ به	39	0,90	يحتفظ به
08	1,00	يحتفظ به	24	0,90	يحتفظ به	40	0,90	يحتفظ به
09	1,00	يحتفظ به	25	0,90	يحتفظ به	41	0,70	يعدل
10	1,00	يحتفظ به	26	1,00	يحتفظ به	42	1,00	يحتفظ به
11	0,90	يحتفظ به	27	1,00	يحتفظ به	43	0,90	يحتفظ به
12	0,50	يحذف	28	1,00	يحتفظ به	44	1,00	يحتفظ به

يعدل	0,60	45	يحتفظ به	1,00	29	يحتفظ به	1,00	13
يحتفظ به	0,90	46	يحتفظ به	0,90	30	يحتفظ به	1,00	14
			يحتفظ به	0,90	31	يحتفظ به	0,90	15
			يحتفظ به	1,00	32	يحتفظ به	0,90	16

5- أدوات المعالجة الإحصائية

لقد تم استخدام برنامج SPSS في معالجة نتائج هذا البحث، باستخدام أساليب احصائية وصفية تتمثل فيما يلي:

- المتوسط و الانحراف المعياري
- اختبار T لعينة واحدة لاختبار الفرضية رقم 2
- اختبار T لعينتين مستقلتين لاختبار الفرضية رقم 03 و الفرضية رقم 05
- اختبار X^2 للاستقلالية لاختبار الفرضية رقم 04
- اساليب لحساب الخصائص السيكمترية (معامل الاتفاق لصدق المحكمين و كذلك الفاكرومباخ لحساب معامل الثبات)

الفصل السادس : عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

تناول الباحث في هذا الفصل عرضا للنتائج المتوصل إليها من خلال التطبيقات الإحصائية التي تم التوصل إليها، وقراءتها إحصائياً، ثم بعد ذلك مناقشتها وتحليلها في ضوء فرضيات البحث.

1- عرض عرض و مناقشة النتائج في ضوء فرضيات البحث

مناقشة وتفسير الفرضية الاولى:

يتميز غالبية المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بمركز تحكّم خارجي. للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال اختبار كاف مربع وفيما يلي جدول يبين نتائج هذه الفرضية:

جدول رقم (5) يبين توزيع الافراد حسب مصادر التحكم

مصدر التحكم			
داخلي		خارجي	المجموع
25		45	70
درجة الحرية	قيمة كاف مربع	مستوى الدلالة	
01	05.71	دال عند 0.05	

اذن نستنتج ان الفرضية تحققت عند مستوى الدلالة 0.05 و انّ هناك إختلاف في مصدر التحكم لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة ما بين مصدر داخلي ومصدر خارجي، أي انّ مصدر التحكم الغالب لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة مصدر التحكم خارجي

مناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

تتميز جميع المخططات المبكرة غير المتكيفة المستعملة من طرف المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بدرجات تفوق المتوسط

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينة واحدة وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

الجدول رقم (6) الفروق بين متوسطات الخاصة بمجلات المخططات المبكرة غير المكيفة ومتوسطاتها النظرية

مجال المخطط	العينة	م. الحسابي	م. الإفتراضي	قيمة ت	مستوى الدلالة
الانفصال والرفض	70	53.40	40	9.96	دال عند 0.01
نقص الاستقلالية والأداء الجيد	70	46.95	34	11.43	دال عند 0.01
نقص الحدود	70	21.87	16	9.78	دال عند 0.01
التوجه نحو الآخر	70	32.50	24	9.73	دال عند 0.01
اليقظة والكف	70	48.82	36	12.01	دال عند 0.01

اذن نستنتج ان الفرضية تحققت عند مستوى الدلالة 0.01 اي ان تتميز جميع المخططات المبكرة غير المتكيفة المستعملة من طرف المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بدرجات تفوق المتوسط

مناقشة وتفسير الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة احصائية في المخططات المعرفية لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم التأكد من الفرضيات الجزئية التالية:

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الاولى:

توجد فروق ذات دلالة في الانفصال والرفض لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد

الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول

يبين هذه النتائج

جدول رقم (7) يبين الفروق في مجال الانفصال و الرفض حسب نوع مركز التحكم

مصدر التحكم	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائتية	م.الدلالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
داخلي	25	53,9600	11,06225	0.31	غير دال	68	0.30	غير دال
خارجي	45	53,0889	11,46501					

اذن نستنتج ان هذه الفرضية رُفُضت ، اي ان الفروق في مجال الانفصال و الرفض لدى

لمصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي /

خارجي)، أي ان ليس هناك فروق في مجال الانفصال و الرفض بين المصابين باضطراب

الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) ، و المصابين باضطراب الضغط

ما بعد الصدمة الخارجييين (في مركز التحكم)

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة في نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط

ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي/ خارجي)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول

يبين هذه النتائج

جدول رقم (8) يبين الفروق في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد حسب نوع مركز التحكم.

مصدر التحكم	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائتية	م.الدالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
داخلي	25	50,280	9,0945	0.19	غير دال	68	2.24	دال عند 0.05
خارجي	45	45,111	9,283					

نستنتج ان الفرضية تحققت عند مستوى الدلالة 0.05 ، اي ان توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي)، أي ان هناك فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية و الاداء الجيد بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجيين (في مركز التحكم).

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي / خارجي)

توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي / خارجي)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (9) يبين الفروق في مجال نقص الحدود حسب نوع مركز التحكم.

مصدر التحكم	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائية	م.الدلالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
داخلي	25	22,5600	4,98397	0.21	غير دال	68	0.85	غير دال
خارجي	45	21,4889	5,05705					

اذن نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي - خارجي)، اي ان ليس هناك فروق ذات دلالة احصائية في مجال نقص الحدود بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجيين (في مركز التحكم).

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي) للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (10) يبين الفروق في مجال التوجه نحو الآخر حسب نوع مركز التحكم

مصدر التحكم	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائنية	م.الدلالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
داخلي	25	31,5200	6,77077	0.02	غير دال	68	0.83	غير دال
خارجي	45	33,0444	7,60668					

اذن نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مجال التوجه نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي / خارجي)، اي ان ليس هناك فروق ذات دلالة احصائية في مجال التوجه نحو الآخر بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجيين (في مركز التحكم).

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الخامسة:

توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (11) يبين الفروق في مجال اليقظة والكف حسب نوع مركز التحكم.

مصدر التحكم	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائية	م.الدلالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
داخلي	25	48,5200	9,29659	0.24	غير دال	68	0.21	غير دال
خارجي	45	49,0000	8,83176					

اذن نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مجال اليقظة و الكف لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي / خارجي)، اي ان ليس هناك فروق ذات دلالة احصائية في مجال اليقظة و الكف بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجيين (في مركز التحكم).

مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة:

يوجد اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال اختبار كاف للاستقلالية مربع وفيما يلي جدول يبين نتائج هذه الفرضية:

جدول رقم (12) يبين الفرق بين طبيعة الصدمة بسبب كارثة طبيعية وطبيعة الصدمة من طرف شخص باستعمال كاف مربع

المجموع	مصدر التحكم			
	داخلي	خارجي		
37	20	17	كارثة طبيعية	طبيعة الصدمة
33	5	28	من طرف شخص	
70	25	45	المجموع	
درجة الحرية		قيمة كاف مربع	مستوى الدلالة	
01		11.49	دال عند 0.01	

اذن نستنتج ان الفرضية مقبولة عند مستوى الدلالة 0.01، اي انه يوجد اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي ان هناك اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/خارجي) بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص.

مناقشة وتفسير الفرضية الخامسة:

توجد فروق ذات دلالة في مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم التأكد من الفرضيات الجزئية التالية:

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الاولى:

توجد فروق ذات دلالة في مجال الانفصال والرفض لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (13) يبين الفروق في مجال الانفصال والرفض حسب طبيعة الصدمة

طبيعة الصدمة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائية	م.الدلالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
كارثة طبيعية	37	52,8649	9,86904	3.36	غير دال	68	0.41	غير دال
من طرف شخص	33	54,0000	12,75245					

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، اي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال الانفصال و الرفض لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال الانفصال و الرفض بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (14) يبين الفروق مجال نقص الاستقلالية والأداء حسب طبيعة الصدمة.

طبيعة الصدمة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائية	م.الدلالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
كارثة طبيعية	37	45,122	8,48041	2.48	غير دال	68	-2.69	دال عند 0.05
من طرف شخص	33	48,967	10,25453					

اذن نستنتج ان الفرضية تحققت عند مستوى الدلالة 0.05، اي انه توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي ان توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (15) يبين الفروق في مجال النقص الحدود حسب طبيعة الصدمة.

طبيعة الصدمة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائية	م.الدالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
كارثة طبيعية	37	21,212	4,83698	0.61	غير دال	68	1.15	غير دال
من طرف شخص	33	22,661	5,19579					

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، اي لا توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (16) يبين الفروق في مجال التوجه نحو الآخر حسب طبيعة الصدمة.

طبيعة الصدمة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائية	م.الدالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
كارثة طبيعية	37	32,454	6,80465	0.26	غير دال	68	0.11	غير دال
من طرف شخص	33	32,661	7,93702					

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، ايه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه نحو الآخر بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص.

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الخامسة:

توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم إستعمال إختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين هذه النتائج

جدول رقم (17) يبين الفروق في مجال اليقظة والكف حسب طبيعة الصدمة.

طبيعة الصدمة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الفائية	م.الدالة	د. الحرية	قيمة "ت"	م. الدلالة
كارثة طبيعية	37	48,878	9,33486	0.76	غير دال	68	0.09	غير دال
من طرف شخص	33	48,882	8,61124					

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، اي لا توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص.

2- مناقشة النتائج في ضوء فرضيات البحث

لقد هدف هذا البحث التعرف على دراسة لبعض عوامل الخطر في الاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (المخططات المبكرة غير المكيفة ، و مركز التحكم).

و قد توصلنا بعد النتائج لاثبات بعض الفرضيات و نفي البعض الاخر من المجموعة الكلية.

وسوف نناقش تلك النتائج فيما يلي:

بالفرضية

اظهرت النتائج ان هناك إختلاف في مصدر التحكم لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة ما بين مصدر داخلي ومصدر خارجي عند مستوى الدلالة 0.05، أي ان مصدر التحكم لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة يختلف عن مصدر التحكم غير المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

هذه النتائج تدعم النتائج المتوصل اليها في الدراسات التي قام بها كل من (Cohen) و (Edward) توصلوا فيها الى أن التحكم الداخلي يخفض الاضطرابات النفسية الناجمة عن وضع ضاغط، بينما التحكم الخارجي يضاعفها.

(Bruchon et al, 1994,70).

كما دعمت نتائج كل من (Abramson) و (Seligman) و (Lafcourt) فقد أوضحوا في مجال الصحة العقلية، أن الداخليين اقل تعرضا للاضطرابات العقلية، وبالأخص الاكتئاب. (Seligman et Al, 1988 ,279)

بالفرضية الثانية

اظهرت النتائج ان المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة يستعملون جميع مجالات المخططات المبكرة غير المكيفة التي عددها يونغ في مقياسه، أي كل من الانفصال و الرفض، نقص الاستقلالية و الاداء الجيد، نقص الحدود، التوجه نحو الاخر، و أخيرا اليقظة و الكف.

هذا ما اكدته دراسات (Bouvard, M) و (Pauletto, V) و (Bussa, M) و (Denis, A) (2015) حيث درسوا 33 امرأة مصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة جراء اعتداء جنسي في معدل العمر 27 سنة، فوجدوا أن 63% يظهرون اعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مرتبطين بظهور المخططات المبكرة غير المبكرة، و البارزة منهم : نقص الحنان والعاطفة، التبعية و عدم الكفاءة، الانطواء الاجتماعي، عدم الإتيان (النقص)، نقص تحكم الذاتى، الفشل، العقوبة، مراقبة انفعالية مفرطة، الحذر. و في تحليل الانحدار المتعدد، ظهرت المخططات المبكرة غير المكيفة انها احسن مؤشر لآعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، من أعراض التفكك (dissociation) و من أعراض الضائقة اثناء الصدمة (Détresse péri-traumatique).

(Denis A., & all, 2015, 75)

بالفرضية

توجد فروق ذات دلالة احصائية في المخططات المعرفية لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي) للتأكد من صحة هذه الفرضية تم التأكد من الفرضيات الجزئية التالية:

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الاولى:

اذن نستنتج ان هذه الفرضية رُفُضت ، اي ان الفروق في مجال الانفصال و الرفض لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي / خارجي)، أي ان ليس هناك فروق في مجال الانفصال و الرفض بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) ، و المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجيين (في مركز التحكم) و ربما هذا يعود لكون ليس هناك علاقة بين

مركز التحكم و مكونات مجال الانفصال و الرفض : النقص العاطفي، الشعور بالتخلي والاهمال و عدم الاستقرار، الشك و التعدي، الانطواء الاجتماعي، الشعور بالنقص و الخجل

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثانية:

نستنتج ان الفرضية تحققت عند مستوى الدلالة 0.05 ، اي ان توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي)، أي ان هناك فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية و الاداء الجيد بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجيين (في مركز التحكم).

هذه النتيجة تنضم الى ما توصل اليه (Price, 2007) حيث وجد ان مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد يحتوي على مخططات مبكرة غير مكيفة يمكن ان تتبئ بأعراض الضغط ما بعد الصدمة و ذلك كونها تنمي لدى صاحبها الاحساس بالعجز و فقدان الثقة بالنفس امام الوضعيات الصعبة.

قد يكون الاختلاف في كون ان الداخليين ينشطون مخطط الفشل أكثر بينما الخارجيين ينشطون مخطط الخضوع و مخطط التباعية و عدم الكفاء و مخطط الهشاشة.

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثالثة:

اذن نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي - خارجي)، اي ان ليس هناك فروق ذات دلالة احصائية في مجال نقص الحدود بين المصابين باضطراب

الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجييين (في مركز التحكم). و ربما هذا يعود لكون ليس هناك علاقة بين مركز التحكم و مكونات مجال نقص الحدود : مخطط الحقوق المتطلبة و مخطط نقص التحكم الذاتي

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الرابعة:

اذن نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مجال التوجه المفرط نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي / خارجي)، اي ان ليس هناك فروق ذات دلالة احصائية في مجال التوجه نحو الآخر بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجييين (في مركز التحكم). و ربما هذا يعود لكون ليس هناك علاقة بين مركز التحكم و مكونات مجال التوجه المفرط نحو الآخر : مخطط الخضوع، و مخطط التضحية

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الخامسة:

اذن نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مجال اليقظة و الكف لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي / خارجي)، اي ان ليس هناك فروق ذات دلالة احصائية في مجال اليقظة و الكف بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجييين (في مركز التحكم). و ربما هذا يعود لكون ليس هناك علاقة بين مركز التحكم و مكونات مجال اليقظة و الكف : مخطط التحكم النفعالي المفرط، و مخطط المثاليات المتطلبة المفرطة

مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة:

اذن نستنتج ان الفرضية مقبولة عند مستوى الدلالة 0.01، اي انه يوجد اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي ان هناك اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/خارجي) بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص. و هذا يدل انّ المصدوم استعمل مصدر التحكم غير ملائم لطبيعة الصدمة أي انه استعمل مركز تحكم داخلي في وضعيات خارجية (أي خارجة عن نطاق تحكمه و تدخله) أي انه لم يكن بوسعه ان يتحكم في الحادث بالتنبؤ به او بتغيير مجراه، و كذلك استعمل مركز تحكم خارجي في وضعية داخلية (أي داخل نطاق تحكمه و تدخله)

مناقشة وتفسير الفرضية الخامسة:

توجد فروق ذات دلالة في مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم التأكد من الفرضيات الجزئية التالية:

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الاولى:

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، اي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال الانفصال و الرفض لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال الانفصال و

الرفض بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص. و ربما يعود ذلك لكون ان ليس هناك علاقة بين طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) و مكونات مجال الانفصال و الرفض : مخطط النقص العاطفي، و مخطط الشعور بالتخلي والاهمال و عدم الاستقرار، و مخطط الشك و التعدي، و مخطط الانطواء الاجتماعي، و مخطط الشعور بالنقص و الخجل .

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثانية:

اذن نستنتج ان الفرضية تحققت عند مستوى الدلالة 0.05، اي انه توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي ان توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص، و هذا ربما يعود لكون ان الاشخاص المعرضين لكارثة طبيعية ينشطون البعض من المخططات في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد : مخطط التبعية وعدم الكفاءة، و مخطط الخوف من المرض و الخطر، بينما الاشخاص المعرضين اعتداء من طرف شخص ينشطون البعض من المخططات في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد : مخطط الفشل ، و مخطط العلاقات الدمجية

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثالثة:

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، ايه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الحدود بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص. ربما هذا يعود لكون ان ليس هناك علاقة بين طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) ، و مكونات مجال نقص الحدود : مخطط الحقوق الشخصية المتطلبة والمفرطة، و مخطط نقص التحكم الذاتي الانفعالي.

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الرابعة:

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، ايه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه المفرط نحو الآخر لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال التوجه نحو الآخر بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص. ربما هذا يعود لكون ان ليس هناك علاقة بين طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) ، و مكونات مجال التوجه المفرط نحو الآخر : مخطط الخضوع، و مخطط التضحية.

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الخامسة:

اذن نستنتج ان الفرضية لم تتحقق، اي لا توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة في مجال اليقظة والكف بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص. ربما هذا يعود لكون ان ليس هناك علاقة بين طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص) ، و مكونات مجال اليقظة والكف : مخطط التحكم النفعالي المفرط، و مخطط المثاليات المتطلبة المفرطة

خاتمة

حاولنا في بحثنا هذا تسليط الضوء على الجانب المنظور في علم النفس المعرفي و البحث في الجانب الخفي الذي ينشط من خلال العلاقة لعمليات معرفية في حالة اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة. انطلاقا من تعرجات مختلف النظريات التي أرست معالم المفاهيم التي سمحت بفهم وتحليل الصدمة النفسية، إلى المقاربة النفسية المعرفية مع توضيح دينامية امتثال الصورة الذهنية لهذا الإضطراب.

لماذا بعض الاشخاص يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، عكس الآخرين ، رغم أنهم تعرضوا لنفس الأحداث الصدمية ؟

اهتم الباحثون بهذه المسألة و حاولوا فهم سبب الاختلاف من حيث عدد الأعراض ما بعد الصدمة، و شدتها و تكرارها. وفي أول محاولة للتفسير ، اعتبروا درجة العنف الموجودة في الحادث الصدمي هو المسؤول الوحيد في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

يُظهر هؤلاء الضحايا الكثير من الضيق أمام إبطال و الغاء معتقداتهم الأساسية : العالم ليس مكانا آمنا ، و الآخرون ليسوا جديرين بالثقة .

يشعر هؤلاء الضحايا ، لأول مرة ، بشعور كبير من الضعف ، و يشعرون أكثر من أي وقت مضى بهشاشتهم العميقة. تصوراتهم عن أنفسهم ، و العالم و الحياة و الآخرين ، التي هيكلت كل وجودهم ، أعيد النظر فيها بعمق ، مما وُلد ، أو سمح باستمرار ، أعراض ما بعد الصدمة .

هذا ما توصلنا اليه ببحثنا هذا حيث وجدنا ما يلي :

1. ان العينة للمصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة يستعملون كل مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة، أي كل من الانفصال و الرفض، نقص الاستقلالية و الاداء الجيد، نقص الحدود، التوجّه نحو الآخر، و اخيرا اليقظة و الكف.
2. توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة مصدر التحكم (داخلي خارجي)، أي ان هناك فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية و الاداء الجيد بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الداخليين (في مركز التحكم) و باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخارجيين (في مركز التحكم).
3. توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي ان توجد فروق ذات دلالة في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص

إلى حد الآن عرضنا النتائج المتعلقة بالمخططات المعرفية كعوامل تؤهل أو تثبت اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، لكن هناك بحوث أخرى درست "النمط الأنسابي" أو ما يسمى بمركز التحكم كعامل مؤثر على استجابة الضحايا للحدث الصدمي. ويقصد بهذا الطريقة المعتادة التي ننسب فيها أية مسؤولية أو تفسير نقدمه لما يحدث لنا، وهذا بهدف إعطائه معنى.

هذا ما توصلنا اليه ببحثنا هذا حيث وجدنا ما يلي :

1. انّ هناك إختلاف في مصدر التحكم لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد

الصدمة ما بين مصدر داخلي ومصدر خارجي، أي انّ مصدر التحكم لدى

المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة يختلف عن مصدر التحكم غير

المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة

2. يوجد اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب

الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف

شخص)، أي ان هناك اختلاف في مصادر التحكم (داخلي/خارجي) بين المصابين

باضطراب الضغط ما بعد الصدمة اثر كارثة طبيعية و بين المصابين باضطراب

الضغط ما بعد الصدمة اثر اعتداء من طرف شخص.

تتمثل الاقتراحات التي استخلصناها من خلال إجرائنا لهذا البحث فيما يلي:

1- يقترح الباحث العمل على تصحيح مركز التحكم لدى المصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في البرنامج العلاجي و العمل عليه كنقطة حساسة و معيار (من بين المعايير) للحكم على المريض بالشفاء

2- يقترح الباحث العمل على تعديل في المجالات الخمس للمخططات المبكرة غير المكيفة لدى المصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في البرنامج العلاجي و العمل عليها كنقطة حساسة و معيار (من بين المعايير) للحكم على المريض بالشفاء و ذلك بقياس تطورها و تغيراتها طوال المدة العلاجية.

3- يقترح الباحث العمل على تعديل في مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في البرنامج العلاجي و العمل عليه كنقطة حساسة و معيار (من بين المعايير) للحكم على المريض بالشفاء و ذلك بقياس تطورها و تغيراتها طوال المدة العلاجية.

4- يقترح الباحث الاخذ بعين الاعتبار في الكفالة بمصادر التحكم (داخلي/ خارجي) لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على طبيعة الصدمة (كارثة طبيعية/ اعتداء من طرف شخص)، أي ان طبيعة الصدمة بتفاعلها مع طبيعة مصدر التحكم هو الجدير بتوليد باضطراب الضغط ما بعد الصدمة

5- يقترح الباحث وضع المتغيرين (مركز التحكم و المخططات المبكرة غير المكيفة) كوحدة معيارية في مقاييس و اختبارات التوظيف في الوظائف المعرضة للحوادث الصادمة كالامن الوطني، الجيش، الحماية المدنية، العاملين في الاتعجالات الطبية...

المراجع باللغة العربية

1. ابراهيم يعقوب و مقابلة نصر يوسف (1994). أثر الجنس ومركز التحكم على مفهوم الذات لدى طلبة جامعة اليرموك. *المجلة العربية للتربية. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم*، مج14، ع2.
2. أحمد محمد عبد الخالق (1998) *الصدمة النفسية، مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت*. مطبوعات جامعة الكويت.
3. أمل الأحمد (1997) *دافعية الإنجاز والضبط الداخلي/الخارجي للسلوك*. مجلة المعلم العربي. وزارة التربية. سوريا.
4. جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (1995) *معجم علم النفس والطب النفسي*. دار النهضة. القاهرة.
5. جمال زكي أبو مرق (1999). مركز التحكم وعلاقته بمتغيرات الشخصية والتحصيل الدراسي لدى طلاب المراحل التعليمية المختلفة في بعض المدارس "الأهلية و الحكومية" بمدينة مكة. *مجلة كلية التربية العدد 15. الجزء الثاني - جامعة أسيوط*
6. حداد، ياسمين ونائل الأخرس (1998). موقع التحكم المدرك وعلاقته بالعجز المتعلم لدى الأطفال. *مجلة دراسات (العلوم التربوية)*، مج25، ع 2.
7. حسين طه عبد العظيم (2006). *العلاج النفسي المعرفي : مفاهيم وتطبيقات*. ط1. الإسكندرية. مصر : دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
8. دروزة أفنان (1993). مركز الضبط للمعلم وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي للطلاب في المدارس الاعدادية لوكالة الغوث الدولية في منطقة نابلس. *مجلة ابحاث النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)*، مج2. ع9 .
9. الدليمي هناء رجب (1988). *موقع الضبط وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طلبة الصف الرابع الاعدادي*. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة بغداد.

10. الراوي الطاف ياسين خضر (1996). اثر الصراع النفسي في اتخاذ القرار وعلاقته بمركز السيطرة لدى طلبة الجامعة. رسالة ماجستير. كلية الاداب. جامعة بغداد.
11. رجاء عبد الرحمن الخطيب (1990) الضبط الداخلي - الخارجي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية. مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للاكتتاب. العدد 18. مصر.
12. سرحان عبير. (1996). العلاقة بين مركز الضبط ومفهوم الذات. رسالة ماجستير. جامعة النجاح. نابلس فلسطين.
13. سليمان عبد الرحمن سيد و هشام ابراهيم عبد الله (1996). دراسة لموقع الضبط وعلاقته بكل من قوة الأنا والقلق لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية. السنة 5. ع9.
14. سناء محمد سليمان (1988) الانضباط لدى تلاميذ المدرسة الإعدادية وعلاقته بالمستوى الاجتماعي الثقافي ووجهة الضبط والاتجاهات الدراسية ، مجلة علم النفس. تصدر عن الهيئة المصرية للكتاب. العدد 6 . مصر .
15. الشناوى عبد المنعم الشناوى (1997). علاقة موضع الضبط بالدافع للإنجاز لدى طلبة وطالبات الجامعة . مجلة جرش للبحوث والدراسات . جامعة جرش ، الأردن. المجلد الثانى. العدد الأول.
16. صالح قاسم حسين (1999). علم النفس المعرفي. جامعة صنعاء. اليمن
17. صالح قاسم حسين (1998). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية من منظوراتها النفسية والاسلامية. مكتبة الجيل الجديد. صنعاء
18. صلاح الدين محمد أبو ناهية (1987). الفروق في الضبط الخارجي لدى الاطفال والمراهقين والشباب والمسنين بقطاع غزة. دراسات تربوية. تصدر عن رابطة التربية الحديثة ،المجلد 02. الجزء 09. القاهرة .
19. طلعت حسين عبد الرحيم (1985). سيكولوجية التأثير الدراسي. دار الثقافة للطباعة والنشر. القاهرة

20. علاء الدين كفاي (1982). وجهة الضبط والمسايرة ، بعض الدراسات حول وجهة الضبط وعدد من المتغيرات النفسية. الجزء الأول. مكتبة الانجلو مصرية. القاهرة .
21. علي الهام فاضل عباس (2001). الصحة النفسية وعلاقتها بموقع الضبط والجنس والعمر لطلبة المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير. كلية التربية ابن رشد. جامعة بغداد.
22. غسان يعقوب (1999). سيكولوجية الحروب والكوارث و دور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (ط 1). لبنان. دار الفارابي.
23. فاروق السيد عثمان (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. دار الفكر العربي الطبعة الاولى. القاهرة. مصر.
24. ناصر دسوقي محمد موسى (1995). دراسة تطورية لبعض الأساليب المعرفية لدى الجنسين. رسالة دكتوراه. جامعة جنوب الوادي. كلية التربية بسوهاج. مصر
25. يوسف عبد الفتاح محمد (1993). مركز التحكم وعلاقته بتقدير الشخصية لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بدولة الامارات العربية المتحدة. مجلة مركز البحوث التربوية. المجلد 2. العدد 3. ص 239-269.

المراجع باللغة الفرنسية

26. Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD.(1978).
Learned helplessness in humans: critique and reformulation.
Journal of Abnormal Psychology. 87(1):49-74.
27. Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD.(1978).
Learned helplessness in humans: critique and reformulation.
Journal of Abnormal Psychology. 87(1):49-74.

28. Abramson, L. Y., Garber, J., Edwards, N. B., & Seligman, M. E. P. (1978). Expectancy changes in depression and schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 102–109
29. Aldwin, C. M. (1994). Stress, Coping, and Development. New York: The Guilford Press.
30. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, D.C.
31. Annick Ponseti–Gaillochon, Clara Duchet, Sylvie Molenda (2009). *Le debriefing psychologique. Pratique, bilan et évolution des soins*. Dunod.
32. Arntz, A., Bernstein, D., Oorschot, M., Schobre, P. (2009). Theory of mind in borderline and cluster–C personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 197(11):801–807
33. Baker, F., Jones, C. (2006). The effect of music therapy services on classroom behaviors of newly arrived refugee students in Australia–pilots study. *The Journal of Emotional and Behavioral Difficulties*, 11, (4) , 249–260.
34. Barrois C. (1988), *Les névroses traumatiques*, Gauthier Villars, Paris, (réédition Dunod).
35. Barton, S., Boals, A., Knowles, A., (2013), Thinking About Trauma: The Unique Contributions of Event Centrality and Posttraumatic Cognitions in Predicting PTSD and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 718–726.
36. Bates, MS., Rankin–Hill, L. (1994). Control, culture and chronic pain. *Social Science & Medicine*. 39(5):629–645 .

37. Beck, A.T.; A.J. Rush, B.F. Shaw and G. Emery (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford
38. Beck, AT., Clark, DA.(1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*. 35(1):49–58.
39. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P.(1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 55(7):626–632.
40. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD.(2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(5):748–66.
41. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD.(2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(5):748–66.
42. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S.(1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 103(4) :670–86.
43. Brillon, P. (2004). *Se relever d'un traumatisme : Réapprendre à vivre et à faire confiance. (Guide à l'intention des victimes)*. Editions Quebecor. Canada.
44. Brillon, P. Marchand, A. et Stephenson, R.(1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*, 21,(1) ,129–144.

45. Brown, E. J., Pearlman, M. Y., Goodman, R. F. (2004). Facing fears and sadness: Cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 187-198.
46. CARLSON, Eve B. & DALENBERG, Constance J.(2000).A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 4-28.
47. Catani, C., Schauer,E., Elbert, T., Missmahl, I., Bette, J. P., Neuner, F. (2009). War trauma, child labor, and family violence: Life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 163-171.
48. Chambon, O., Marie-Cardine, M.(2003). *Les bases de la psychothérapie : approche intégrative et éclectique*, 2^e edition. Dunod Paris.
49. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K.(2005), Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Child Abuse and Neglect*. 29:135-145
50. Cohen JA, Mannarino AP. (1998). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: Six- and 12-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37:44-51
51. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Iyenger, S. (2010). Community treatment for PTSD in children exposed to intimate

- partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165, 16–21.
52. Cormier, S. & Nurius, P. (2003). *For Interviewing and change strategies helpers*, (4th ed) Brooks, Cole.
 53. Cottraux, J, Blackburn, I-M., (2006) *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris: Masson
 54. Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
 55. Cottraux, J., (2011). Choisir une psychothérapie efficace. *Psychothérapies*. 31 (3) : 215–221
 56. Crocq L., De Verbizier J. (1989). Le traumatisme psychologique dans l'œuvre de Pierre Janet. *Annales Médico-Psychologiques*. 147(9):983–987.
 57. Cungi, C., Note, I.D.(2004). *Faire face à la dépression*. Retz Edition. Paris.
 58. Dalenberg, C. , & Jacobs, D. (1994). Attributional analysis of child sexual abuse episodes: Empirical and clinical issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3, 37–50.
 59. Dalenberg, C. , & Jacobs, D. (1994). Attributional analysis of child sexual abuse episodes: Empirical and clinical issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3, 37–50.
 60. Damiani C. (1997). *Les victimes. Violences publiques et crimes privés*. Bayard Editions, Paris.
 61. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A.(2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent

- posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*. 39(9):1063–84.
62. Dunmore EC, Clark DM, Ehlers A.(1997). Cognitive factors in persistent versus recovered post-traumatic stress disorder after physical or sexual assault: A pilot study. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy* .25:147–159.
63. Ehlers, A., & Clark, d. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 38(4): 319–45.
64. Epstein, S. (1990). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In D. Ozer, J. M. Healy, Jr., & A. J. Stewart (Eds.), *Perspectives on personality* (Vol. 3, pp. 63–98). Greenwich, CT: JAI Press
65. Estelle d'Halluin, Stéphane Latté, Didier Fassin, Richard Rechtman (2004). La deuxième vie du traumatisme psychique. Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires. *Revue française des affaires sociales*. 2004(1). pp 57–75
66. Feather, J. & Ronan, K. (2009), Trauma-focused CBT with maltreated children – A clinic-based evaluation of a new treatment manual. *Australian Psychologist*, 44(3),174–194.
67. Foa EB, Jaycox LH. (1999).Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In: Spiegel D,

editor. Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy:
*Clinical Practice. Vol. 45. Washington, DC: American
Psychiatric Association; pp. 23–61.*

68. Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H.,
Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of
exposure therapy, stress inoculation training, and their
combination for reducing posttraumatic stress disorder in female
assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,
67, 194–200.
69. Foa, E. B., Steketee, G, & Rothbaum, B. O. (1989).
Behavioral–cognitive conceptualizations of post–traumatic stress
disorder. *Behavior Therapy*, *20*, 155–176.
70. Foa, E.B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B.O. (1992).
Uncontrollability and unpredictability in post–traumatic stress
disorder: an animal model. *Psychological Bulletin*, *112*(2), 218–
38.
71. Foa, Edna B. Steketee, Gail. Rothbaum, B. O. (1989).
Behavioral–cognitive conceptualizations of post–traumatic stress
disorder. *Behavior Therapy. Volume 20, pp 155–176.*
72. Fofana, L.(2007). *Evolution des schémas cognitivo–
émotionnels chez des patients anxio–dépressifs en fonction
d’une prise en charge en psychothérapie cognitive.* Thèse de
doctorat de Psychologie, Université Charles–De–Gaulle. Lille 3.

73. Frueh BC, Turner SM, Beidel DC, Mirabella RF, Jones WJ.(1996), Trauma Management Therapy: A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*.34:533–543.
74. Garmezy, N. (1991). "Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty". *American Behavioral Scientist* **34** (4): 416–430.
75. Gershuny BS., Thayer JF.(1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clinical Psychology Review*. 19(5):631–57.
76. Godefroid, J. (2008). *Psychologie. Science humaine et science cognitive (2ème édition)*. Bruxelles : De Boeck Université.
77. Gold et al.(2007). PTSD Symptom Severity and Family Adjustment Among Female Vietnam Veterans. *Military Psychology*, 19(2), 71–81.
78. Gold, C., Voracek, M., Wigram, T., (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(6):1054–63.
79. Graziani P., Eraldi-Gackiere D., Rusinek S., Gibour B. & Hautekèete M. (1998). Familles et entourage dans la cure en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*, 20(4),1–6.

80. Hahusseau, S.(2003). *Comment ne pas se gâcher la vie*. Odile Jacob, Paris.
81. Hasanovic, M., Srabovic, S., Rasidovic, M., Sehovic, M., Hasanbasic ,E., Hasanovic, J.,and Hodzic, R. (2011). Psychosocial assistance project decreases posttraumatic stress disorder and depression amongst primary and secondary schools students in post-war Bosnia- Herzegovina. *Acta Medica Academica*, 40 (2), 122-131.
82. Holder, EE., Levi, DJ.(1988). Mental health and locus of control: SCL-90-R and Levenson's IPC scales. *Journal of Clinical Psychology*. 44(5):753-5.
83. Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes (2nd ed.)*. Jason Aronson. Northvale, New Jersey. USA.
84. Janoff-Bulman R. (1992). Shattered assumptions: *Towards a new psychology of trauma*. Free Press. New York.
85. Janoff-Bulman, R., & Frieze, I.H.(1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
86. Janoff-Bulman, R., (1979), Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1789-1809.
87. Janoff-Bulman, R., (1985). *The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions*, in C.R. Figley, éd., *Trauma and its Wake, VoLI : The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, Brunner/Mazel, New York, 5-14.

88. Jensen, L., Olsen, J., Hughes, C.(1990). Association of country, sex, social class, and life cycle to locus of control in western European countries. *Psychological Reports. 67(1):199–205.*
89. Jessor,R.(1991).Risk Behavior In Adolescence : A Psychosocial Framework For Understanding And Action. *Journal Of Health, 12,PP 597–605.*
90. Jonas C, Crocq L. (1996).Les conséquences cliniques du traumatisme psychique. *Nervure; 9 :23–8.*
91. Keane TM., Fairbank JA., Caddell JM., Zimering,RT., Bender ME. (1985). *A behavioral approach to assessing and treating posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans.* In Trauma and Its Wake, ed. CR Figley, pp. 257–94. New York : Brunner/Mazel
92. Kédia, M. (2009). La dissociation: Un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique, 74(4), 487–496.*
93. Kilpatrick DG, Saunders BE, Amick–McMullan A, Best CL. (1989), Victim and crime factors associated with the development of crime–related post–traumatic stress disorder. *Behavior Therapy. 20, 199–214.*
94. King NJ, Tong BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, et al. (2000), Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 39:1347–1355

95. King NJ, Tong BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, et al. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 39,1347–1355.*
96. Lefcourt, H.M., Miller, R.S. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment. 46(5):514–518.*
97. Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In Lefcourt H.M. (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1, pp. 15–63). New York: Academic Press.
98. manual of mental disorders (DSM–IV). (2000). Washington, DC: APA.
99. Marks I., Lovell K., Noshirvani H., Livanou M., Thrasher S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry. 55:317–325.*
100. Michael W. Eysenck (2000). A cognitive approach to trait anxiety. *European Journal of Personality ; 14(5): 463–476.*
101. Mineka S, Kihlstrom JF. (1978). Unpredictable and uncontrollable events: a new perspective on experimental neurosis. *The Journal of Abnormal Psychology. 87(2):256–71.*

102. Mineka S, Kihlstrom JF.(1978). Unpredictable and uncontrollable events: a new perspective on experimental neurosis. *The Journal of Abnormal Psychology*. 87(2):256–71.
103. Nolle D & Thomas J, (2001).*Dictionnaire de psychothérapie cognitive et comportementale*, Ellipses, Paris.
104. Oras, R., Cancela De Ezpeleta, S., & Ahmad, A. (2004).Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 199–203
105. Parsons, O. A., & Schneider, J. M. (1974). Locus of control in university students from Eastern and Western societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(3), 456–461.
106. Patrick, S., Yule, W., Perrin.S., Tranah, T., Clark, D.M. (2007), Cognitive–Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:(8) 1051–1061.
107. Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'Année Psychologique*, 92, 545–557.
108. Perloff, L. S. (1983). Perceptions of vulnerability to victimization, *Journal of Social Issues*, 39, 41–61.

109. Pitman R., Altman B., Macklin L. (1989), « Prevalence of post-traumatic stress disorder in wounded vétérans of Vietnam», *The American Journal of Psychiatry*. 146, 667-669.
110. Poliaten, E., Jones, T., Akhaal, R., Mehraba, D., Kaseeni, J.,and Jaceman,Y. (2008). The comprehensive treatment for the traumatized children and adolescents at Cambodia. *The Contemporary Psychiatry Journal*, 12(11) , 398-401.
111. Raider, C., Steele, W., Delillo-Storey, M., Jacobs, J., Kuban, C. (2008). Structured sensory therapy (SITCAP-ART) for traumatized adjudicated adolescents in residential treatment. *Residential Treatment for Children and Youth*, 25(2), 167-185.
112. Razavet, J.C.(2003). *De Freud à Lacan –Du roc de la castration au roc de la structure*. Bruxelles, De Boeck. Paris.
113. Rice, Phillip L.(1999) *Stress and Health*. Brooks/Cole Publishing, Salt Lake City, Utah, United States.
114. Richa, N.K., (2009). *Influence du trouble bipolaire sur les facteurs cognitifs et affectifs : étude dans une population de patients adultes libanais*. Thèse de Doctorat de Psychologie, KASLIK – LIBAN.
115. Rotter, J. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs* 80 (1), 1-28
116. Rotter, J. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs* 80 (1), 1-28

117. Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67
118. Rotter, J.B.(1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*.80(1),1-28)
119. Ruch, L. O., & Chandler, S. M. (1983). Sexual assault trauma during the acute phase: An exploratory model and multivariate analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 174-185.
120. Rusinek, S.(2006). *Soigner les schémas de pensée – Une approche de la restructuration cognitive, 1ere Edition*. Collection Psychothérapies, Paris Dunod.
121. Rutter, M. (2002) La résilience en face de l'adversité. Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques. *Études sur la mort*. 2 (122), 123-146.
122. Seaward, B.L., (2002) *Health and Wellness Journal Workbook (second edition)*. Jones and Bartlett, Sudbury, Massachusetts. United states.
123. Servant, D., (2005). *L'enfant et l'adolescent anxieux – les aider à s'épanouir*. Odile Jacob, Paris.
124. Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*. Bordas. Bordas, Paris

125. Sillamy, N. (1996). *Dictionnaire de psychologie*, Larousse paris. Bordas, Paris.
126. Steptoe A. (1991) *Psychologie de la réaction au stress*, Collection Scientifique Stablon.
127. Strehlow, G. (2009). The use of music therapy in treating sexually abused children. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18, 167–183.
128. Uguak, U, A. (2004). The importance of psychological needs for the post traumatic stress disorder (PTSD) and displaced children in schools. *Journal of Instructional Psychology*, 37(4), 340–351.
129. Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83–93.
130. Wayne Weiten (2004). *Psychology Themes & Variations*. Thomson Learning Inc. USA.
131. Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15 (2), 115–140.
132. Weinstein ND (1980) Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806–820

133. Weisz, J.R., Rothbaum, F.M., & Blackburn, T.C. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39(9), 955–969.
134. Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood : A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72–81.
135. Wong, Paul T.P., Sproule, Catherine F.(1984).An attribution analysis of the locus of control construct and the Trent Attribution Profile. In H. Lefcourt (Ed.), Research with the locus of control construct (Vol. 3, pp 309–360). New York: Academic Press.
136. Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 65 (1), pp. 29–36
137. Young J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focus Approach*. Sarasota : Professionnal Ressources Press
138. Young Jeffrey E., Janet S. Klosko, Weishaar Janet S. (2005). *La Thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de personnalité*. De Boeck.
139. Young, J., Weishaar, M., Klosko, J. (2003, 2005). *La thérapie des schémas*. Traduction de Bernard Pascal. Editions De Boeck Université, Collection Carrefour des Psychothérapies, Bruxelles.

(1) مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة (جيفرى يونغ)

التعليمة:-

بين مدى تكرار أحاسيسك بالمشاعر المعبر عنها في كل بند بوضع الرقم الذي يتناسب أو تتطابق مع حالتك على النحو التالي. مع العلم انه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة .

(1) غير موافق بشدة

(2) غير موافق

(3)

(4)

(5)

— إن معلومات هذا المقياس سرية جدا و لا تستخدم إلا لفائدة علمية و نتائج هذا البحث تساهم في المساعدة النفسية و الاجتماعية للحالات المشابهة.

مجال المخطط	إسم المخطط	رقم البند	البند	الاجابة				
				غير موافق شدة	غير موافق			
الاتصال و الرفض	نقص الحنان والعاطفة	1	في غالب الأحيان لم أجد احد يعتني بى أو يهتم بما يحصل لي					
		2	عموما لم أجد من الناس من ألتقى منهم الحنان، المساندة و العطف					
		3	في حياتي لم أحس أنى كنت مميزا لأحد					
		4	في الغالب لم أجد اى احد ينصت إلى أو يفهمني أو يكون حساس لمشاعري					
		5	نادرا ما أجد شخصية قوية للإعطائى آراء صالحة أو توجيهي عندما أكون غير واثق مما على فعله					
	التخلي او الاهمال	6	غالبا ما أتعلق بالأشخاص القريبين لانني أخاف أن يتخلوا عنى					
		7	أنا في أمس الحاجة إلى الناس إلى درجة انه يتخيل لى اننى سأفقد من يهتم بى					
		8	التفكير في أن الأشخاص المقربين منى يتخلون عنى يجعلني قلقا					
		9	عندما أحس أن شخصا الذي أكون قريب منه يبتعد عنى أصبح يائسة					

					أحيانا انشغالي بان الآخرين سوف يتخلوا عني لدرجة أنى ارفضهم	10		
					أحس أن الآخرين يستغلونني	11	الحذر أو التعدي	
					اعتقد انه ينبغي أن أبقي يقضا أمام الآخرين و إلا سيقومون عمدا بجرحي	12		
					مهما طال الزمن سأتعرض للخيانة	13		
					اشك في دوافع الآخرين و نواياهم	14		
					أراقب عادة النوايا الحقيقة والخفية لزملائي	15		
					اشعر بعدم الارتياح في المحيط الذي أتواجد فيه	16	الانطواء الاجتماعي	
					أنا مختلف(ة) جذريا عن الآخرين	17		
					أنا متميز عن الآخرين،أنا وحيد.	18		
					أحس أنى في عزلة عن الآخرين	19		
					لدى انطباع أنى خارج الجماعة	20		
					لا احد من الأشخاص الذين ارغب فيهم يستطيع أن يحبني عندما يرى عيوبي	21	عدم الإلتفات (النقص)	
					لا احد من الأشخاص الذين اعرفهم سوف يبقى قريب منى إذا عرفني على حقيقتي	22		
					لست جديرة بالحب و الاهتمام و احتراما الآخرين	23		
					لدى انطباع اننى لا أستطيع أن أكون محبوبا	24		
					أنا لا اقبل عادة أن أفصح عن مشاعري	25		
					معظم الأشياء التي أقوم بها في حياتي ليست جيدة مقارنة بالآخرين	26	الفشل	
					أنا لست كفء(ة) حتى احقق النجاح	27		
					معظم الناس هم أكثر كفاءة منى في مجال العمل والنجاح	28		
					أنا لست موهوبة في العمل كما الآخرين	29		
					لست ذكية كباقي الأشخاص فيما يتعلق بالعمل والمدرسة	30		
					لا أحس أنى قادر(ة) على الاعتماد على نفسي في الحياة	31	الإنجبة و عدم الكفاءة	
					اعتبر نفسي كشخص تابع في فيما يتعلق بالحياة اليومية	32		
					لا املك الرأي السديد الصائب	33		
					أحكامي ليست صائبة في المواقف اليومية	34		
					لست واثق(ة)من قدراتي على حل المشاكل التي أتعرض لها	35		
					يصعب على التخلص من شعوري أن شيئا سيئا ستحدث لي	36	الهشاشة	

					37	أشعر أن مصيبة، أو مرض يمكن أن يحدث في أي وقت		
					38	أخاف أن يعتدي علي		
					39	أخاف أن أفقد كل مالي و أصبح مفلسا		
					40	أخاف أن أكون مصابا بمرض خطير حتى و لو لم يتم تشخيص ذلك من طرف طبيب		
					41	لا أستطيع الانفصال عن والدي مثل الآخرين من عمري	العلاقة الاندماجية	
					42	أنا و والدي نميل إلى الاهتمام بحياة و مشاكل كل واحد فينا		
					43	من الصعب حقا أنا و والدي الاحتفاظ بتفاصيل حياتنا الخاصة بدون الإحساس بالخيانة أو الذنب		
					44	عادة لدى انطباع أن الآخرين جزء مني إلى درجة انني لا أحس بوجودي		
					45	أنا متيقن انني لا أتمتع بهوية مستقلة		
					46	اعتقد أن ما أريده هو ما افعله، و هذا ما يؤدي بي إلى الملل	الخضوع	
					47	اعتقد أنه ليس لدى خيار إلا الخضوع لرغبات الآخرين و إلا سوف ينتقمون مني أو يرفضونني		
					48	بالنسبة لعلاقتي اترك الآخرين يرفضون شخصيتهم علي		
					49	اترك دائما الآخرين يقررون بدلي، و بالتالي لا اعرف حقا ما أريده لنفسي		
					50	كثيرا ما أجد صعوبات في حياتي في الدفاع عن حقوقي و الإفصاح عن مشاعري		
					51	أنا هو(ي)الشخص الذي ينتهي به عادة العناية بالأشخاص القريبين مني	التضحية بالذات	
					52	أنا شخص جيد لأنني أفكر في الآخرين أكثر من التفكير في نفسي		
					53	أنا دوما منشغل بتلبية و تحقيق حاجات الآخرين و هذا ما يجعلني قلقل لأن لا املك الوقت الكافي اخصصه لنفسي و حاجاتي		
					54	انني دائما الشخص الذي ينصت إلى مشاكل الآخرين		
					55	يرى الآخرين انني الشخص الذي يفعل الكثير للآخرين و لا يعمل بما هو كفاية لنفسه		
					56	يضايقتني كثيرا إظهار المشاعر الايجابية	مراقبة انفعالية مفرطة	
					57	أجد نفسي متضايقا في التعبير عن مشاعري للآخرين		
					58	أجد صعوبة في أن أصبح عطوفا و حيويا		
					59	أنا أتحكم في نفسي إلى درجة أن الآخرين يظنون انني عديم الإحساس		
					60	ليست لدى القدرة على التعبير عن انفعالاتي		
					61	يجب على أن أكون الأفضل في كل ما أقوم به و لا أتقبل أن اكون نفي المقام الثاني	المثالية المفرطة	
					62	أحاول أن أكون على أفضل وجه و لا أتقبل عمل قريب من الحسن		
					63	ينبغي علي تحمل مسؤوليتي		
					64	اعتقد أن هناك ضغط دائم على من اجل أن انجح و أكمل انجازاتي		
					65	أنا أجد صعوبة في حل المشكلات و لا أقدم مبررات لأخطائي		

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

(2) مقياس

أخي / أختي.....

بين يدك استبيان يهدف إلى الكشف عن الطريقة التي تؤثر بها بعض الأحداث المهمة على الناس بمختلف أعمارهم , وتتكون كل فقرة من عبارتين أشير إليهما بالرمز (أ , ب) . أرجو عند الإجابة على كل فقرة من الفقرات أن تضع إشارة (×) على الحرف الموجود أمام العبارة التي تختارها .

إن هذا الاستبيان هو مقياس لما يعتقد الشخص , لذلك ليس هناك إجابة خاطئة وأخرى صحيحة , كما قد تجد في إحدى الفقرات أنك توافق على ما جاء في كلتا العبارتين , أو أنك لا توافق على ما جاء بهما بالمرّة , وفي هذه الحالة عليك أن ترجح إحداها على الأخرى وتختارها على أنها الإجابة المناسبة , علماً بأن هذه الإجابة لن يطلع عليها احد ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي

وشكراً لكم على حسن تعاونكم

الرقم	العبارة	المجال	الجواب
		وجهة الضبط	
1	أ - كثير من الأمور غير السارة التي تحدث للناس في حياتهم ترجع في جزء منها إلى الحظ السيئ. ب- يرجع سوء الحظ الذي يلاقيه الناس إلى الأخطاء التي يرتكبونها.	خارجي داخلي	
2	أ - من الأسباب الرئيسية لاشتعال الحروب عدم اهتمام الناس بالأمور السياسية اهتماماً كافياً . ب- سوف تستمر الحروب وتبقى مهما حاول الناس أن يمنعوا وقوعها.	داخلي خارجي	
3	أ - بمرور الزمن يستطيع الفرد أن ينال الاحترام الذي يستحقه . ب- من سوء الحظ أن جدارة الفرد وقيّمته غالباً ما لا يعترف بهما مهما جاهد الفرد في هذا السبيل .	داخلي خارجي	
4	أ - الاعتقاد بأن المعلم ن لا يعدلون بين الطلبة اعتقاد غير صحيح . ب- معظم الطلبة لا يعرفون إلى أي مدى تتأثر درجاتهم المدرسية بعوامل عارضة .	داخلي خارجي	
5	أ - بدون الفرص الثمينة لا يمكن للإنسان أن يصبح قائداً فعالاً . ب- عندما يفشل الأفراد من ذوي الكفاءة في أن يصبحوا قادة فإن ذلك يرجع إلى أنهم لم يحسنوا الاستفادة من الفرص التي أتاحت لهم .	خارجي داخلي	

6	أ - مهما بذل الفرد من جهد فلن يستطيع أن يظفر بحب بعض الناس . ب- إن الفشل في اكتساب مودة الآخرين من لا يعرف كيف يندمج معهم .	خارجي داخلي
7	أ - أعتقد في صحة المثل العامي القائل : " اللي مكتوب على الجبين لازم تشوفه العين " . ب- عندما أترك الأمور تحدث تحت رحمة الظروف فإن النتائج تكون أسوأ مما لو بادرت واتخذت قراراً معيناً .	خارجي داخلي
8	أ - نادراً ما يقابل الطالب الذي أحسن الاستعداد للامتحان أسئلة صعبة . ب- في كثير من الأحيان تكون أسئلة الامتحانات غير ذات صلة بالمنهج بحيث نجد أن الاستذكار قد ضاع هباء .	داخلي خارجي
9	أ - يعتمد النجاح على العمل الجاد، أما الحظ فليس له إلا دور بسيط جداً، أو لا دور له على الإطلاق . ب- الوصول إلى الوظائف المرموقة يتوقف بالدرجة الأولى على أن تكون في المكان المناسب في الوقت المناسب .	داخلي خارجي
10	أ - يستطيع المواطن العادي أن يكون له تأثير في القرارات السياسية والاجتماعية العامة . ب- عالمنا هذا يتحكم فيه قلة من الأقوياء ، ولا يستطيع البسطاء أن يفعلوا شيئاً إزاء ذلك .	داخلي خارجي
11	أ - عندما أضع خططي فإنني غالباً ما أكون متأكداً من قدرتي على تنفيذها بنجاح . ب- ليس من الحكمة دائماً أن نضع خططاً طويلة المدى لأن كثيراً من الأمور يتضح فيما بعد أن احتمالات النجاح أو الفشل فيها ترجع إلى الحظ .	داخلي خارجي
12	أ - في حياتي أرى أن وصولي إلى أهدافي لا يعتمد على الحظ إلا قليلاً أو لا يعتمد عليه مطلقاً . ب- في كثير من الحالات لا يفيد التدبر أو التعقل شيئاً بحيث يستوي اتخاذ القرار عن تدبر وتخطيط واتخاذ القرار عن طريق إجراء القرعة .	داخلي خارجي
13	أ - في أغلب الأحيان يظفر بالرئاسة من أسعده الحظ فكان أول من وصل إلى المكان المناسب . ب- أن حمل الناس على عمل الأشياء الصحيحة أمر يتوقف على القدرة وليس للحظ في ذلك إلا دور ضئيل أو لا دور له على الإطلاق .	خارجي داخلي
14	أ - في أمور دنيانا نجد معظمنا ضحايا لقوى لا نستطيع أن نفهمها أو نتحكم فيها . ب- إذا قام الناس بأدوار نشطة في الشؤون السياسية والاجتماعية فإنهم يستطيعون أن يؤثروا في أحداث الدنيا حولهم .	خارجي داخلي
15	أ - معظم الناس لا يعرفون إلى أي مدى تتأثر حياتهم بأحداث عارضة . ب- لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ .	خارجي داخلي
16	أ - من الصعب أن تعرف ما إذا كان الآخرون يحبونك أم لا . ب- يتوقف عدد أصدقائك على مدى لطفك وحسن معشرك .	خارجي داخلي
17	أ - على المدى الطويل نجد أن ما يقع لنا من أحداث سيئة تقابلها أحداث أخرى طيبة . ب- معظم الأحداث السيئة ينتج عن نقص القدرة أو الجهل أو الكسل أو كل ذلك .	خارجي داخلي

18	أ - لو أننا بذلنا مجهوداً كافياً لأمكننا القضاء على مختلف صور الفساد ب- من الصعب على الناس أن يتحكموا فيما يفعل أصحاب المناصب السياسية .	داخلي خارجي
19	أ - أحياناً لا أستطيع أن أفهم كيف انتهى المعلمون إلى الدرجات التي يعطونها . ب- هناك صلة مباشرة بين الجهد الذي أبذله في الاستذكار والدرجات التي أحصل عليها .	خارجي داخلي
20	أ - كثيراً ما أشعر أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع علي . ب- من المستحيل أن أصدق أن الصدفة أو الحظ يلعب دوراً مهماً في حياتي.	خارجي داخلي
21	أ - شعر الناس بالوحدة لأنهم لا يحاولون أن يتعاملوا معاً بروح الود و الصداقة . ب- ليس من المجدي أن تحاول جاهداً اكتساب مودة الآخرين لأن هذا أمر ليس لك سيطرة عليه .	داخلي خارجي
22	أ - كل ما يحدث لي هو من صنع يدي . ب- أشعر أحياناً أنه ليس لي سيطرة كافية على الوجهة التي تسير فيها حياتي.	داخلي خارجي
23	أ - في أكثر الأحيان لا أستطيع أن أفهم لماذا يسلك الإداريون على النحو الذي يسلكون عليه . ب- على المدى الطويل يمكننا القول إن الناس مسؤولون عن فساد الإدارة سواء على المستوى المحلي أو المستوى القومي .	خارجي داخلي

الملحق رقم (3) تحكيم مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

الأستاذ الفاضل المحترم

رتبة الأستاذ :

الجامعة المنتسب لها :

تحية طيبة

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان (دراسة لبعض عوامل الخطر في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة : المخططات المبكرة غير المكيفة و مركز التحكم (أو وجهة الضبط)). ولتحقيق ذلك تقتضي متطلبات البحث استعمال مقياس المخططات المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ (jeffrey young) يتوفر فيه الصدق والثبات والموضوعية، وبغية التحقق من هدف المقياس نتوجه إلى حضرتكم لما عرف عنكم من خبرة في المجال لإبداء آرائكم ومقترحاتكم العلمية بشأن فقرات المقياس.

لذا أرجو من سيادتكم التكرم بإبداء رأيكم السديد ومقترحاتكم بشأن فقرات المقياس، فيما إذا كان صالحاً أو غير صالح، ومدى انتماء كل فقرة للمجال المحدد لها، وبناءها اللغوي، وأية اقتراحات أو تعديلات ترونها مناسبة لتحقيق هدف الدراسة الحالية.

مع خالص الشكر والتقدير.

مجال المخطط	إسم المخطط	رقم البند	البند	رأي المحكم	
				صَحَّ	خطأ
الاتصال و الترفض	فصل الحنان والعاطفة	1	في غالب الأحيان لم أجد احد يعتني بي أو يهتم بما يحصل لي		
		2	عموما لم أجد من الناس من ألتقى منهم الحنان، المساندة و العطف		
		3	في حياتي لم أحس أني كنت مميزا لأحد		
		4	في الغالب لم أجد اى احد ينصت إلي أو يفهمني أو يكون حساس لمشاعري		
		5	نادرا ما أجد شخصية قوية للإعطائي آراء صالحة أو توجيهي عندما أكون غير واثق مما على فعله		
	التخلي أو الإهمال	6	غالبا ما ألتحق بالأشخاص القريبين لاني أخاف أن يتخلوا عني		
		7	أنا في أمس الحاجة إلى الناس إلى درجة انه يتخيل لي انني سأفقد من يهتم بي		
		8	التفكير في أن الأشخاص المقربين مني يتخلون عني يجعلني قلقا		
		9	عندما أحس أن شخصا الذي أكون قريب منه يبتعد عني أصبح يائسة		

			أحيانا انشغالي بان الآخرين سوف يتخلوا عني لدرجة أنى ارفضهم	10		
			أحس أن الآخرين يستغلونني	11	الحذر أو التعدي	
			اعتقد انه ينبغي أن أبقي يقضا أمام الآخرين و إلا سيقومون عمدا بجرحي	12		
			مهما طال الزمن سأتعرض للخيانة	13		
			اشك في دوافع الآخرين و نواياهم	14		
			أراقب عادة النوايا الحقيقة والخفية لزملائي	15		
			اشعر بعدم الارتياح في المحيط الذي أتواجد فيه	16	الانطواء الاجتماعي	
			أنا مختلف(ة) جذريا عن الآخرين	17		
			أنا متميز عن الآخرين،أنا وحيد.	18		
			أحس أنى في عزلة عن الآخرين	19		
			لدى انطباع أنى خارج الجماعة	20		
			لا احد من الأشخاص الذين ارغب فيهم يستطيع أن يحبني عندما يرى عيوبي	21	عدم الإلتفات (النقص)	
			لا احد من الأشخاص الذين اعرفهم سوف يبقى قريب منى إذا عرفني على حقيقتي	22		
			لست جديرة بالحب و الاهتمام و احتراما الآخرين	23		
			لدى انطباع اننى لا أستطيع أن أكون محبوبا	24		
			أنا لا اقبل عادة أن أفصح عن مشاعري	25		
			معظم الأشياء التي أقوم بها في حياتي ليست جيدة مقارنة بالآخرين	26	الفشل	
			أنا لست كفء(ة) حتى احقق النجاح	27		
			معظم الناس هم أكثر كفاءة منى في مجال العمل والنجاح	28		
			أنا لست موهوبة في العمل كما الآخرين	29		
			لست ذكية كباقي الأشخاص فيما يتعلق بالعمل والمدرسة	30		
			لا أحس أنى قادر(ة) على الاعتماد على نفسي في الحياة	31	الإنجبة و عدم الكفاءة	
			اعتبر نفسي كشخص تابع في فيما يتعلق بالحياة اليومية	32		
			لا املك الرأي السديد الصائب	33		
			أحكامي ليست صائبة في المواقف اليومية	34		
			لست واثق(ة)من قدراتي على حل المشاكل التي أتعرض لها	35		
			يصعب على التخلص من شعوري أن شيئا سيئا ستحدث لي	36	الهشاشة	

			37	أشعر أن مصيبة، أو مرض يمكن أن يحدث في أي وقت		
			38	أخاف أن يعتدي علي		
			39	أخاف أن أفقد كل مالي و أصبح مفلسا		
			40	أخاف أن أكون مصابا بمرض خطير حتى و لو لم يتم تشخيص ذلك من طرف طبيب		
			41	لا أستطيع الانفصال عن والدي مثل الآخرين من عمري	العلاقة الاندماجية	
			42	أنا و والدي نميل إلى الاهتمام بحياة و مشاكل كل واحد فينا		
			43	من الصعب حقا أنا و والدي الاحتفاظ بتفاصيل حياتنا الخاصة بدون الإحساس بالخيانة أو الذنب		
			44	عادة لدى انطباع أن الآخرين جزء مني إلى درجة أنني لا أحس بوجودي		
			45	أنا متيقن أنني لا أتمتع بهوية مستقلة		
			46	اعتقد أن ما أريده هو ما أفعله، و هذا ما يؤدي بي إلى الملل	الخضوع	
			47	اعتقد أنه ليس لدى خيار إلا الخضوع لرغبات الآخرين و إلا سوف ينتقمون مني أو يرفضونني		
			48	بالنسبة لعلاقتي اترك الآخرين يرفضون شخصيتهم علي		
			49	اترك دائما الآخرين يقررون بدلي، و بالتالي لا اعرف حقا ما أريده لنفسي		
			50	كثيرا ما أجد صعوبات في حياتي في الدفاع عن حقوقي و الإفصاح عن مشاعري		
			51	أنا هو (ي) الشخص الذي ينتهي به عادة العناية بالأشخاص القريبين مني	التضحية بالذات	
			52	أنا شخص جيد لأني أفكر في الآخرين أكثر من التفكير في نفسي		
			53	أنا دوما منشغل بتلبية و تحقيق حاجات الآخرين و هذا ما يجعلني قلقل لأن لا املك الوقت الكافي اخصصه لنفسي و حاجياتي		
			54	انني دائما الشخص الذي ينصت إلى مشاكل الآخرين		
			55	يرى الآخرين أنني الشخص الذي يفعل الكثير للآخرين و لا يعمل بما هو كفاية لنفسه		
			56	يضايقتني كثيرا إظهار المشاعر الايجابية	مراقبة انفعالية مفرطة	
			57	أجد نفسي متضايقا في التعبير عن مشاعري للآخرين		
			58	أجد صعوبة في أن أصبح عطوفا و حيويا		
			59	أنا أتحكم في نفسي إلى درجة أن الآخرين يظنون أنني عديم الإحساس		
			60	ليست لدى القدرة على التعبير عن انفعالاتي		
			61	يجب على أن أكون الأفضل في كل ما أقوم به و لا أتقبل أن أكون نفي المقام الثاني	المثالية المفرطة	
			62	أحاول أن أكون على أفضل وجه و لا أتقبل عمل قريب من الحسن		
			63	ينبغي علي تحمل مسؤوليتي		
			64	اعتقد أن هناك ضغط دائم على من أجل أن انجح و أكمل انجازاتي		
			65	أنا أجد صعوبة في حل المشكلات و لا أقدم مبررات لأخطائي		

نقص الحدود	الحقوق المتطلبية	66	أجد صعوبة في قبول جواب "لا" عندما اطلب شيئا من الآخرين		
		67	أنا متميز إذن لا اقبل معظم القيود التي على الآخرين الخضوع لها		
		68	امقت أن أكون مرغم على القيام ببعض الأشياء ا وان أكون ممنوعا من القيام بما أريد		
		69	اشعر انه لا ينبغي أن اتبع الأدوار الاجتماعية المطلوبة أو امتثل للأعراف مثل الآخرين		
		70	اعتقد أنه ليس مطلوبا مني أن أكون منضبط و منظم حتى أنهى الأعمال الروتينية و المملة		
	نقص التحكم الذاتي	71	أعتقد أن ما يمكنني القيام به له قيمة كبيرة أكثر من مساهمات الآخرين		
		72	إذا لم استطع بلوغ هدفي أشعر بإحباط و أتخلى عنه بسهولة		
		73	أعيش لحظة صعبة عندما يجب أن أضحى بمكافئة من اجلي تحقيق هدف طويل المدى		
		74	اشعر اننى لست مجبرا على القيام بأشياء لا أحبها حتى لو كانت في مصلحتي		
		75	نادرا ما أستطيع الالتزام بقراراتي		

الملحق رقم (4) صدق المحكمين لمقياس وجهة الضبط (مركز التحكيم)

البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار
01	0,90	يحتفظ به	17	1,00	يحتفظ به	33	0,90	يحتفظ به
02	1,00	يحتفظ به	18	1,00	يحتفظ به	34	1,00	يحتفظ به
03	0,80	يحتفظ به	19	0,90	يحتفظ به	35	1,00	يحتفظ به
04	1,00	يحتفظ به	20	1,00	يحتفظ به	36	0,90	يحتفظ به
05	0,80	يحتفظ به	21	1,00	يحتفظ به	37	0,90	يحتفظ به
06	0,90	يحتفظ به	22	1,00	يحتفظ به	38	1,00	يحتفظ به
07	1,00	يحتفظ به	23	0,90	يحتفظ به	39	0,90	يحتفظ به
08	1,00	يحتفظ به	24	0,90	يحتفظ به	40	0,90	يحتفظ به
09	1,00	يحتفظ به	25	0,90	يحتفظ به	41	0,70	يعدل
10	1,00	يحتفظ به	26	1,00	يحتفظ به	42	1,00	يحتفظ به
11	0,90	يحتفظ به	27	1,00	يحتفظ به	43	0,90	يحتفظ به
12	0,50	يُحذف	28	1,00	يحتفظ به	44	1,00	يحتفظ به
13	1,00	يحتفظ به	29	1,00	يحتفظ به	45	0,60	يعدل
14	1,00	يحتفظ به	30	0,90	يحتفظ به	46	0,90	يحتفظ به
15	0,90	يحتفظ به	31	0,90	يحتفظ به			
16	0,90	يحتفظ به	32	1,00	يحتفظ به			

الملحق رقم (5) صدق المحكمين لمقياس المخططات المبكرة غير المكيفة

البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار	البند	معامل الاتفاق	القرار
01	0,80	يحتفظ به	26	1,00	يحتفظ به	51	0,90	يحتفظ به
02	0,90	يحتفظ به	27	0,90	يحتفظ به	52	0,90	يحتفظ به
03	0,80	يحتفظ به	28	1,00	يحتفظ به	53	0,90	يحتفظ به
04	0,70	يعدل	29	0,80	يحتفظ به	54	0,90	يحتفظ به
05	0,80	يحتفظ به	30	0,90	يحتفظ به	55	1,00	يحتفظ به
06	0,90	يحتفظ به	31	1,00	يحتفظ به	56	1,00	يحتفظ به
07	0,80	يحتفظ به	32	0,90	يحتفظ به	57	1,00	يحتفظ به
08	1,00	يحتفظ به	33	1,00	يحتفظ به	58	1,00	يحتفظ به
09	0,70	يعدل	34	0,90	يحتفظ به	59	1,00	يحتفظ به
10	0,50	يحذف	35	1,00	يحتفظ به	60	0,90	يحتفظ به
11	0,90	يحتفظ به	36	0,30	يحذف	61	0,90	يحتفظ به
12	1,00	يحتفظ به	37	0,70	يعدل	62	1,00	يحتفظ به
13	1,00	يحتفظ به	38	1,00	يحتفظ به	63	0,90	يحتفظ به
14	1,00	يحتفظ به	39	0,90	يحتفظ به	64	0,90	يحتفظ به
15	1,00	يحتفظ به	40	1,00	يحتفظ به	65	1,00	يحتفظ به
16	1,00	يحتفظ به	41	0,90	يحتفظ به	66	0,90	يحتفظ به
17	0,90	يحتفظ به	42	0,90	يحتفظ به	67	0,90	يحتفظ به
18	0,80	يحتفظ به	43	0,70	يحتفظ به	68	0,70	يعدل
19	1,00	يحتفظ به	44	0,90	يحتفظ به	69	0,90	يحتفظ به
20	0,90	يحتفظ به	45	0,90	يحتفظ به	70	0,90	يحتفظ به
21	1,00	يحتفظ به	46	0,90	يحتفظ به	71	0,90	يحتفظ به
22	1,00	يحتفظ به	47	0,70	يحتفظ به	72	0,90	يحتفظ به
23	0,70	يعدل	48	1,00	يحتفظ به	73	1,00	يحتفظ به
24	0,90	يحتفظ به	49	0,90	يحتفظ به	74	0,90	يحتفظ به
25	0,80	يحتفظ به	50	0,90	يحتفظ به	75	0,90	يحتفظ به

الملحق رقم (6) الثبات عن طريق الفا كرونباخ (مقياس مصدر التحكم)

الثبات عن طريق الفا كرونباخ:

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	130	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	130	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,559	,568	23

Summary Item Statistics							
	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1,615	1,346	1,838	,492	1,366	,015	23
Item Variances	,224	,136	,252	,115	1,846	,001	23
Inter-Item Covariances	,012	-,082	,106	,188	-1,294	,001	23

الثبات عن طريق التجزئة النصفية:

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	130	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	130	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

ReliabilityStatistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,550
		N of Items	12 ^a
	Part 2	Value	,375
		N of Items	11 ^b
	Total N of Items		23
CorrelationBetweenForms			,514
Spearman–Brown Coefficient	EqualLength		,652
	UnequalLength		,653
Guttman Split–Half Coefficient			,648

Summary Item Statistics								
		Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	Part 1	1,606	1,346	1,838	,492	1,366	,019	12 ^a
	Part 2	1,625	1,477	1,746	,269	1,182	,011	11 ^b
	Both Parts	1,615	1,346	1,838	,492	1,366	,015	23
Item Variances	Part 1	,223	,136	,252	,115	1,845	,001	12 ^a
	Part 2	,226	,191	,252	,061	1,320	,001	11 ^b
	Both Parts	,224	,136	,252	,115	1,846	,001	23
Inter–Item Covariances	Part 1	,021	–,047	,093	,141	–1,967	,001	12 ^a
	Part 2	,012	–,062	,074	,135	–1,191	,001	11 ^b
	Both Parts	,012	–,082	,106	,188	–1,294	,001	23

الملحق رقم (7) الثبات عن طريق الفا كرونباخ (مقياس المخططات المبكرة غير المبكرة)

الثبات عن طريق الفا كرونباخ:

Case ProcessingSummary			
		N	%
Cases	Valid	130	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	130	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

ReliabilityStatistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,693	,687	75

Summary Item Statistics							
	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	,028	-,353	,397	,751	-1,125	,010	75

ScaleStatistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
205,6538	493,577	22,21659	75

الثبات عن طريق التجزئة النصفية:

Case ProcessingSummary			
		N	%
Cases	Valid	130	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	130	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

ReliabilityStatistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,720
		N of Items	38 ^a
	Part 2	Value	,629
		N of Items	37 ^b
	Total N of Items		75
CorrelationBetweenForms			,566
Spearman–Brown Coefficient	EqualLength		,624
	UnequalLength		,624
Guttman Split–Half Coefficient			,622

Summary Item Statistics								
		Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter–Item Correlations	Part 1	,062	–,260	,397	,658	–1,526	,009	38 ^a
	Part 2	,043	–,327	,339	,667	–1,037	,010	37 ^b
	Both Parts	,028	–,353	,397	,751	–1,125	,010	75

Scale Statistics				
	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	103,6308	264,994	16,27865	38 ^a
Part 2	102,0231	198,395	14,08527	37 ^b
Both Parts	205,6538	493,577	22,21659	75

الملحق رقم (8) ملاحق الفرضيات

ملحق الفرضية رقم: 01

مصدر التحكم			
	Observed N	Expected N	Residual
داخلي	25	35,0	-10,0
خارجي	45	35,0	10,0
Total	70		

Test Statistics	
	مصدر التحكم
Chi-Square	5,714 ^a
Df	1
Asymp. Sig.	,017
a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 35,0.	

ملحق الفرضية رقم: 02

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الانفصال والرفض.	70	53,4000	11,24999	1,34463

One-Sample Test						
	Test Value = 40					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الانفصال والرفض.	9,966	69	,000	13,40000	10,7175	16,0825

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
نقص الاستقلالية .	70	46,9571	9,48444	1,13361

One-Sample Test						
	Test Value = 34					
	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
نقص الاستقلالية	11,430	69	,000	12,95714	10,6957	15,2186

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
نقص الحدود.	70	21,8714	5,02147	,60018

One-Sample Test						
	Test Value = 16					
	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
نقص . الحدود	9,783	69	,000	5,87143	4,6741	7,0688

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التوجه نحو الاخر	70	32,5000	7,30644	,87329

One-Sample Test						
	Test Value = 24					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
التوجه نحو الآخر	9,733	69	,000	8,50000	6,7578	10,2422

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
اليقضة والكف .	70	48,8286	8,93612	1,06807

One-Sample Test						
	Test Value = 36					
	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
اليقضة والكف .	12,011	69	,000	12,82857	10,6978	14,9593

ملحق الفرضية رقم 03: (الجزئية 01، 02، 03، 04، 05)

Group Statistics					
	الضغط.مصدر	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الانفصال والرفض.	داخلي	25	53,9600	11,06225	2,21245
	خارجي	45	53,0889	11,46501	1,70910
نقص الاستقلالية.	داخلي	25	50,2800	9,09450	1,81890
	خارجي	45	45,1111	9,28396	1,38397
نقص الحدود.	داخلي	25	22,5600	4,98397	,99679
	خارجي	45	21,4889	5,05705	,75386
التوجه نحو الآخر	داخلي	25	31,5200	6,77077	1,35415
	خارجي	45	33,0444	7,60668	1,13394
اليقضة والكف.	داخلي	25	48,5200	9,29659	1,85932
	خارجي	45	49,0000	8,83176	1,31656

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Difference	
									Lower	Upper
الانفصال. والرفض	Equal variances assumed	,317	,575	,308	68	,759	,87111	2,82483	-4,76574	6,50796
	Equal variances not assumed			,312	51,238	,757	,87111	2,79570	-4,74087	6,48309
نقص. الاستقلالية	Equal variances assumed	,196	,660	2,248	68	,028	5,16889	2,29926	,58079	9,75699
	Equal variances not assumed			2,262	50,585	,028	5,16889	2,28556	,57953	9,75825
نقص. الحدود	Equal variances assumed	,218	,642	,853	68	,396	1,07111	1,25505	-1,43329	3,57552
	Equal variances not assumed			,857	50,326	,395	1,07111	1,24976	-1,43871	3,58093
التوجه. نحو. الاخر	Equal variances assumed	,020	,889	- ,835	68	,407	- 1,52444	1,82657	- 5,16930	2,12041

	Equal variances not assumed			- ,863	54,7 69	,392	- 1,52444	1,76622	- 5,06437	2,01548
اليقضة. والكف	Equal variances assumed	,243	,624	- ,214	68	,831	-,48000	2,24464	- 4,95910	3,99910
	Equal variances not assumed			- ,211	47,5 76	,834	-,48000	2,27824	- 5,06177	4,10177

ملحق الفرضية رقم 04

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
مصدر التحكم * الصدمة.طبيعة	70	100,0%	0	0,0%	70	100,0%

Crosstabulation الضغوط.مصدر * الصدمة.طبيعة				
Count				
		مصدر التحكم		Total
		داخلي	خارجي	
طبيعة الصدمة.	من طرف شخص	20	17	37
	كارثة طبيعية	5	28	33
Total		25	45	70

Chi-Square Tests					
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,498 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	9,866	1	,002		
Likelihood Ratio	12,125	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,334	1	,001		
N of Valid Cases	70				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,79.					
b. Computed only for a 2x2 table					

ملحق الفرضية رقم 05: (الجزئية 01، 02، 03، 04، 05)

Group Statistics					
	الصدمة.طبيعية	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الانفصال والرفض	من طرف شخص	37	52,8649	9,86904	1,62246
	كارثة طبيعية	33	54,0000	12,75245	2,21992
نقص الاستقلالية.	من طرف شخص	37	45,1622	8,48041	1,39417
	كارثة طبيعية	33	48,9697	10,25453	1,78508
نقص الحدود.	من طرف شخص	37	21,2162	4,83698	,79519
	كارثة طبيعية	33	22,6061	5,19579	,90447
التوجه نحو الآخر	من طرف شخص	37	32,4054	6,80465	1,11868
	كارثة طبيعية	33	32,6061	7,93702	1,38166
اليقظة والكف.	من طرف شخص	37	48,8378	9,33486	1,53464
	كارثة طبيعية	33	48,8182	8,61124	1,49902

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Difference	
									Lower	Upper
الانفصال. والرفض	Equal variances Assumed	3,362	,071	-,419	68	,677	-,113514	2,70990	-,654266	4,27239
	Equal variances not assumed			-,413	60,079	,681	-,113514	2,74962	-,663504	4,36477
نقص. الاستقلالية	Equal variances assumed	2,486	,119	2,699	68	,044	-,380753	2,24048	-,827834	,66327
	Equal variances not assumed			2,681	62,330	,048	-,380753	2,26500	-,833473	,71966
نقص. الحدود	Equal variances assumed	,611	,437	1,159	68	,251	-,138984	1,19935	-,378311	1,00342
	Equal variances not assumed			1,154	65,698	,253	-,138984	1,20433	-,379457	1,01488
التوجه. نحو. الاخر	Equal variances assumed	,261	,611	-,114	68	,910	-,20066	1,76208	-,371683	3,31552

	Equal variances not assumed			- ,113	63,4 64	,910	-,20066	1,77776	- 3,75271	3,35140
اليقضة والكف	Equal variances assumed	,762	,386	,009	68	,993	,01966	2,15531	- 4,28120	4,32051
	Equal variances not assumed			,009	67,9 15	,993	,01966	2,14527	- 4,26127	4,30058

الملحق رقم 10 - قائمة الاساتذة المحكمين

الجامعة	المرتبة العلمية	الاستاذ	
البليدة2	استاذ التعليم العالي	أحمد فاضلي	01
البليدة2	استاذ محاضر أ	محمد الطاهر بوطغان	02
الجزائر2	استاذ محاضر ب	صبرينة قهار	03
الجزائر2	استاذ محاضر ب	سهام بوخاري	04
البليدة2	استاذ محاضر ب	عقيلة عيسو	05
الجزائر2	استاذ مساعد أ	زهرة بوكعولة	06
البليدة2	استاذ محاضر أ	رقية عزاق	07
البليدة2	استاذ التعليم العالي	نادية شرادي	08
البليدة2	استاذ محاضر ب	فتيحة بن موفق	09
البليدة2	استاذ التعليم العالي	فاطمة الزهراء الزروق	10