

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

فعالية برنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية في
خفض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال
المصدومين

إعداد

ايمن محمود عيسى مرجان

إشراف

د. فايز عزيز محاميد

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.

2018م

فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية في خفض
مستوى ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين

إعداد

أيمن محمود عيسى مرجان

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2018/04/12م، وأجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة

التوقيع

.....

– د. فايز عزيز محاميد / مشرفاً ورئيساً

.....

– أ. د. عبد محمد عساف / ممتحناً داخلياً

.....

– د. وائل أبو الحسن / ممتحناً خارجياً

الإهداء

إلى من كانت زادي الذي يمدني بالحياة، إلى من ترقرت عيناها
شوقاً لبلوغ هذا المرام، إلى من تهديني اليوم ذخرها فلست من
أهديتها، إلى روح حبيبتني، إلى روح أمي الطاهرة يا أمي قطرة في
بحرك العظيم حبا وطاعة وبراً...

إلى من كلل العرق جبينه، وشققت الأيام يديه، إلى من علمني الصبر
والعزيمة والإصرار، إلى من زرع فينا القيم والرجولة، إلى سندي
وعزي، إلى والدي أطل الله بقاءه، ومتعني ببره ورد جميله، وألبسه
ثوب الصحة والعافية، أهديه ثمرة من ثمار غرسه...

بكل الحب، إلى من جمعني بها القدر فأحبيبتها، إلى من سارت معي
نحو الحلم، إلى من عزفت معها أجمل لحن على أوتار عودي، إلى
زوجتي الغالية، دائماً كنا معاً وسنبقى معاً بإذن الله.

إلى أطيب وأجمل الورود، إلى من هم عيناوي وروحي وفؤادي، إلى
من يجري دمهم وحبهم في عروقي، إلى من كبرت معهم ابتسامتي،
إلى من أحمل لهم ومعهم أجمل الذكريات، إلى إخوتي وأخواتي، أنتم
فرحتي وسندي...

إلى كل من أهدى بمنارة علمه حيره سائل، إلى الشموع التي تضيء
طريقنا، إلى كل من علمني حرفاً، إلى أساتذتي الكرام...

أهديكم جميعاً ما وفقني إليه ربي رداً للجميل الذي أحمله لكم جميعاً

شكر وتقدير

في البداية أحمد الله عز وجل الذي مكّني من انجاز هذه الدراسة، له الشكر والحمد على وافر نعمة، وصلى الله على سيدنا محمد، عليه أفضل الصلوات وأتم التسليم.

بعد أن من الله علي بإنجاز هذا الدراسة، أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى جامعة النجاح الوطنية على منحي هذه الفرصة لإتمام دراستي العليا، كم أتقدم بالشكر وعظيم الامتتان للدكتور فايز محاميد الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة ومنحني كل ما احتجته من وقت وعلم، فلم يبخل علي بتوجيهاته ولم يأل جهداً في تقديم العون والمساعدة، وأتقدم بالشكر والتقدير إلى اعضاء لجنة المناقشة الاستاذ الدكتور عبد عساف والدكتور وائل ابو الحسن لتوجيهاتهم وملاحظاتهم القيمة ما جعل هذه العمل يخرج إلى حيز الوجود بهذا الشكل، والدكتور الفاضل فاخر الخليلي، والى كل اساتذتي فقد كانوا الداعمين والموجهين أثناء مسيرتي التعليمية جزأهم الله عنا خير الجزاء، كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى مديرية التربية والتعليم جنوب نابلس لما قدموا لي من تسهيلات لإنجاز هذا العمل، والشكر موصول إلى إدارة ومعلمي ومرشدي وطلبة مدرسة دوما الثانوية للبنين، ومدرسة الشهيد علي سعد دوابشة الأساسية المختلطة لما قدموا لي من عون لإنجاح هذه الدراسة. وكل الشكر والتقدير لكل من قدم لي المساعدة لإنجاز هذا العمل، وفي الختام أسأل الله العلي الكريم أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه سبحانه، وأن يجعله في ميزان حسناتنا ويغفر به ذنوبنا، وأن يكون صيباً نافعا.

الإقرار

أنا الموقعة أدناه، مقدمة الرسالة التي تحمل العنوان:

فعالية برنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية في خفض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين.

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة كاملة، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أي درجة علمية أو لقب علمي أو بحث لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis 'unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:

اسم الطالبة:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ج	الإهداء
د	الشكر
هـ	إقرار
و	فهرس المحتويات
ح	فهرس الجداول
ط	فهرس الملاحق
ي	الملخص
1	الفصل الأول: مقدمة الدراسة وأهميتها
2	مقدمة الدراسة
7	مشكلة الدراسة وأسئلتها
9	أهداف الدراسة
9	أهمية الدراسة
10	المصطلحات الرئيسية في الدراسة
11	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
12	الصدمة النفسية
14	اضطراب ما بعد الصدمة
15	تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
16	معدل انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
18	التطور التاريخي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
20	أعراض ومركبات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
23	عوامل الخطر لتطوير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
25	النظريات المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
27	علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
28	العلاج بالدراما النفسية
31	تعريف الدراما النفسية
32	المبادئ والمفاهيم التي قامت عليها الدراما النفسية

33	العلاج القائم على الدراما النفسية في علاج الصدمة النفسية
37	النماذج العلاجية للدراما النفسية مع المصدومين
41	عناصر ومكونات العلاج القائم على الدراما النفسية
42	إجراءات ومراحل تطبيق العلاج القائم على الدراما النفسية
46	أساليب وفنيات الدراما النفسية
49	الدراسات السابقة
62	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
63	منهجية الدراسة
63	عينة الدراسة
64	أدوات الدراسة
72	إجراءات الدراسة
73	منهج الدراسة وتصميمها
74	المعالجات الإحصائية
75	متغيرات الدراسة
75	محددات الدراسة
76	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
77	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
83	النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
85	الفصل الخامس: مناقشة نتائج الدراسة
86	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
90	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
93	الاستنتاجات
94	التوصيات
96	المصادر والمراجع
113	الملاحق
B	Abstract

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
64	توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس والمجموعة	جدول (1)
66	معامل ارتباط بيرسون لفحص ارتباط فقرات مقياس ضغوط ما بعد الصدمة بدرجة الكلية	جدول (2)
67	معامل ارتباط بيرسون لفحص ارتباط فقرات مقياس ضغوط ما بعد الصدمة بالبعد الذي تنتمي اليه	جدول (3)
68	معامل الثبات للمجالات والدرجة الكلية لمقياس ضغوط ما بعد الصدمة	جدول (4)
74	تصميم الدراسة وفقاً لمتغيرات الاختبار والمجموعة	جدول (5)
77	نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لفحص دلالة الفروق بين المجموع التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار القبلي	جدول (6)
78	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة (المجموعة والجنس).	جدول (7)
80	تحليل التباين المصاحب المتعدد (MANCOVA) للدرجة الكلية وأبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة.	جدول (8)
83	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده على القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية من خلال حساب اختبار (ت) للعينات المرتبطة.	جدول (9)

فهرس الملاحق

الصفحة	الملحق	الملحق
114	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بصورته الاولية	ملحق (1)
117	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بصورته النهائية	ملحق (2)
120	برنامج الإرشاد الجمعي القائم على الدراما النفسية	ملحق (3)
161	قائمة المحكمين	ملحق (4)
162	كتاب تسهيل مهمة من جامعة النجاح الوطنية	ملحق (5)
163	كتاب تسهيل مهمة من مديرية التربية والتعليم جنوب نابلس	ملحق (6)

فعالية برنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية في خفض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة

لدى الأطفال المصدومين

إعداد

أيمن محمود عيسى مرجان

إشراف

د. فايز عزيز محاميد

الملخص

هدفت الدراسة لفحص فاعلية برنامج إرشادي قائم على الدراما النفسية لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين.

أجريت الدراسة على عينة مكونة من (30) طفل ضمن الفئة (9-12) عام تم اختيارهم من أولئك الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة الذي تم تطبيقه في مدارس قرية دوما في محافظة نابلس.

تم توزيع المشاركين بشكل عشوائي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تكونت من (15) مشارك، الذين تلقوا برنامج الإرشاد الجمعي من (13) لقاء، بواقع لقاءين في كل أسبوع، وتكونت المجموعة الضابطة من (15) مشارك، لم يتلقوا البرنامج الإرشادي، وقد تم قياس أداء المجموعتين باستخدام مقياس ضغوط ما بعد الصدمة قبل وبعد التدخل.

أظهرت نتائج الدراسة فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لصالح المجموعة التجريبية، ولم تظهر النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير الجنس بين المجموعة التجريبية والضابطة.

أن البرنامج الإرشادي أسهم في تبنى أفكار إيجابية كما أسهم في تنمية القدرات والإمكانات والتي أسهمت في تحسين الأمل والتفاعل الايجابي لدى الأطفال المصدومين.

واستناداً إلى نتائج هذه الدراسة يوصي الباحث بتعميم البرنامج الإرشادي السيكودرامي على العاملين بمجال الإرشاد النفسي والتربوي مع الأطفال المصدومين لتحقيق الفائدة لهم، كما يوصي الباحث إجراء دراسات أخرى حول فاعلية برامج قائمة على الدراما النفسية تأخذ بعين الاعتبار فئات إرشادية مختلفة: كالنساء المعنفات، والأطفال المساء إليهم، والمحزونين.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشاد جمعي، الدراما النفسية، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، الأطفال المصدومين.

الفصل الأول
مقدمة الدراسة وأهميتها

الفصل الأول مقدمة الدراسة وأهميتها

مقدمة الدراسة

قد تؤدي الخبرات الصادمة التي قد يتعرض لها الفرد في حياته الى ضغط استثنائي، وبالتالي يعجز عند استيعاب هذه الخبرة التي يمر بها، وعند إذن قد يعاني من اعراض مختلفة ناتجة عن هذه الخبرة الصادمة، وقد يكون الأطفال هم أكثر الفئات تضرراً، فقد لا يمتلك الطفل المهارات والقدرات المعرفية الكافية، والتي تمكنه من فهم ومواجهة هذه الخبرات والتخفيف من أثرها، وبالتالي فإن الاطفال الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية بحاجة الى التدخل من قبل المختصين في العلاج النفسي وفق خطط وبرامج مهنية تقوم على اسس علمية، تتناسب مع حاجات الطفل، وذلك من أجل مساعدتهم على العودة إلى بيئتهم وحياتهم الطبيعية بنجاح.

يمكن أن تنزلق هذه الحياة بالفرد نحو كثير من الهزات والصدمات بين الحين والآخر، وغالبا ما تكون هذه الهزات قوية، وقد تترك لدى الفرد مشاعر الصدمة والرعب، وقد تهز أساسيات في حياته وتغير مشاعره تجاه نفسه وتجاه الآخرين والعالم من حوله، وقد يصبح واحداً من ملايين الأشخاص في جميع أنحاء العالم ممن يعانون من الاضطرابات الناجمة عن الأحداث الصادمة (Goulston, 2008).

تعتبر الاضطرابات الناتجة عن الصدمات النفسية من الاضطرابات النفسية التي عرفها الإنسان قديماً، ولكنها ما زالت تعتبر من الاضطرابات النفسية الحديثة؛ ذلك أن المهنيين والمختصون في مجال العلاجي النفسي ما زالوا يبحثون عن أسباب الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمات ونشأتها وأعراضها وطرق علاجها (Glenn, 2009)، فقد شكل ظهور العلم الذي يبحث في موضوع الصدمات النفسية، تحولاً في الدراسة التطبيقية لفهم الآثار النفسية والاجتماعية التي تنتج عن الصدمات والأحداث الضاغطة في حياة الأفراد سواء أكانت هذه الآثار على المدى الطويل أو القصير (الحواجري، 2003).

ويختلف تأثير الصدمات النفسية والأعراض الناتجة عنها لدى الأفراد؛ إذا يعتمد التأثير على شدة الحدث الصادم الذي يتعرض له الفرد، إضافة إلى عمر الفرد ومستوى نضجه، وخبراته السابقة، ومقدار الدعم النفسي والاجتماعي الذي يتلقاه (يونس، 2005).

وتعد مرحلة الطفولة من أهم وأدق المراحل في حياة الفرد، ولهذه المرحلة دور مهم في تكوين شخصيته المستقبلية، فالخبرات الصادمة في هذه المرحلة قد تؤثر بصورة سلبية على بناء شخصية الفرد في المستقبل (عبد الرحمن، 2006)، كون الطفل قد لا يمتلك المهارات والقدرات المعرفية الكافية، والتي يمكن أن تساعده في فهم ومواجهة هذه المشكلات التي تواجهه والتخفيف من أثرها (العتيق، 2001).

فالأطفال في ظل التجارب والخبرات التي يمرون فيها نتيجة للحروب والصراعات، قد يكونوا من أكثر الفئات تضرراً وتعرضاً للنتائج السلبية نتيجة تعرضهم للصدمات النفسية (بركات، 2007)، فالأطفال الذين يتعرضون لخبرات صادمة كثيراً ما تظهر لديهم مستويات عالية من الاضطرابات النفسية (حسنين، 2004).

ويرى فوستانس (Vostanis, 2007) أن الأطفال قد يتعرضون بشكل مباشر أو غير مباشر إلى مجموعة متنوعة من الصدمات، وقد يطور العديد منهم ردود فعل من قبيل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder) ويُرمز له بالرمز (PTSD)، سواء على المدى القصير أو على المدى الطويل وتشمل الأعراض وردود الفعل المشتركة في أعقاب الأحداث الصادمة، الحزن والغضب، والخوف، والخدر، والشعور بالعصبية الشديدة، الاستتارة، أحلام مؤلمة متكررة مرتبطة بالحدث الصادم، تجنب الأنشطة والأماكن والعوامل التي تذكر الفرد بالحدث الصادم، ضعف التركيز، والشعور بالذنب.

وفي واقع الأطفال الفلسطينيين، ونتيجة الوضع المتأزم في المجتمع الفلسطيني، أظهرت نتائج العديد من الدراسة كدراسة قوته والسراج (2004) وجود نسب عالية من الأطفال الفلسطينيين الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD).

إن استجابة الافراد للخبرات الصادمة والمؤلمة تختلف من شخص لآخر، فقد يقع الفرد ضحية للاضطرابات النفسية الناتجة عن تعرضه لأحداث صادمة ومنها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (دخان، 2003)، ففي مرحلة الطفولة بشكل عام ومرحلة الطفولة المتأخرة بشكل خاص يبدأ الطفل بتكون مفهومة عن ذاته، وتبدأ في هذه المرحلة القدرات العقلية في النضج ويتحول تدريجياً إلى الواقعية، وتزداد قدرة الطفل على التعلم والخبرة، حيث يحتاج الطفل في هذه المرحلة إلى تنمية إبداعه (قناوي وحسن، 2001)، كما يبدأ الطفل في هذه المرحلة بتهديب انفعالاته نسبياً عن ذي قبل، إلا أن الطفل في هذه المرحلة لا يصل إلى النضج المناسب، ويكون لديه القليل من التحدي للمخاوف التي اكتسبها في السابق، فالطفل في هذه المرحلة يكون أكثر حاجة إلى الأمن والعمل على خفض مخاوفه وضغوطاته، كما وتتميز هذه المرحلة بالخوف الاجتماعي؛ فيشعر الطفل في هذه المرحلة بالقلق وعدم الارتياح خاصة في المواقف التي تتضمن مواجهة اجتماعية، فهو بحاجة في هذه المرحلة العمرية إلى تعلم المهارات والتخفيف من شعوره بالقلق، كون هذه المرحلة تمهد للوصول بالطفل إلى مرحلة البلوغ، ويجمع علماء النفس أن لمرحلة الطفولة وخبراتها بالغ الأهمية في تشكيل شخصية الفرد فيما بعد، فما يحدث معه من خبرات وأحداث تترك بصمات قوية عليه في مرحلة الرشد (أبو جادو، 2007).

فالأطفال الذين يتعرضون للعنف والأحداث الصادمة بشكل مستمر في الحرب هم عرضة لمخاطر عالية لتطور نوع مختلف من المشاكل النفسية مثل الاكتئاب، والقلق، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) (Morgan, 2003).

فقد يكون لعدم بلوغ الأطفال النضج المعرفي والانفعالي، دور مهم في تأثير الأحداث الصادمة عليهم بشكل أكبر من الآخرين، فقد تكون آثارها على الأطفال عميقة وشديدة بحيث تتأثر لديهم كافة جوانب الشخصية، وبالتالي يعانون من أعراض اضطرابات متعددة (أحمد وآخرون، 2011)، نظراً لخبراتهم المحدودة، وعدم بلوغهم النضج المعرفي، مما قد يزيد من تأثرهم بهذه الخبرات المؤلمة ويكون أثرها ونتائجها أكثر مما هو لدى البالغين، خاصة وأن الأطفال لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم بسهولة من خلال الكلمات (Glenn, 2009).

فالأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) قد يعجزون عن التعبير عما بداخلهم من خلال الكلمات، فقد يعبرون عن صراعاتهم وانفعالاتهم الداخلية من خلال حركة جسدية أو صور، أكثر من تعبيرهم عنها بالكلمات (Van der Kolk, 1994).

وقد يكون للأنشطة واللعب دور مهم في هذه المرحلة من حياة الطفل، كما وقد يكون اللعب هو الطريقة الطبيعية ليعبر الأطفال عن مشاعرهم، وقد يشكل الطريقة الأمثل للتعرف على عالمهم والتعرف على العالم من حولهم، وقد أكد أريكسون على أهمية اللعب في حياة الطفل، فمن خلال لعب الأطفال يمكننا فهم تركيب الأنا لديهم، ويؤكد أريكسون كذلك على أن العلاج النفسي القائم على اللعب والأنشطة، يمكن الطفل من استكشاف خبراته المختلفة والوعي بها (Cattanuach, 2008).

وقد أشارت سكوت (Scott, 2008) إلى أهمية الأنشطة التعبيرية، ووصفها بأنها طريقة فعالة لعلاج الصدمات النفسية، لا سيما بالنسبة للأشخاص الذين لا يتمكنون من التعبير عن تجاربهم من خلال الكلمات، وتعد الدراما النفسية أحد الأساليب التعبيرية المستخدمة من قبل المعالجين، فقد استخدم المعالجون اللعب، والرقص، والحركة، والدراما، والفن، والموسيقى، لمساعدة الناجين من الصدمات في التعبير عن خبراتهم وتجاربهم المؤلمة من خلال هذه الأنشطة.

كما أن اللعب جزء لا يتجزأ من الدراما النفسية والتي من خلال أنشطتها، تساعد الطفل في التعبير عن ذاته (Cattanuach, 2008)، إذ أن الأعمال الدرامية يمكن أن تساعد على تطوير لغة ضرورية للتواصل الفعال، من خلال التحويل الرمزي للأحداث والذي توفره الدراما النفسية (Van der Kolk, 1994).

وبالتالي فإن إشراك الأطفال في أنشطة جسدية كما في الدراما النفسية قد يساعدهم على إعادة صياغة خبراتهم المؤلمة وتجاوز هذا الإرباك والتشتت، وقد تكون هذه الأنشطة فعالة بشكل

أكبر مع الأطفال والمراهقين وذلك أن التقنيات القائمة على الأنشطة في الدراما النفسية، هي أقرب إلى لغة اللعب عند الأطفال (Fong, 2006).

وتوفر الدراما النفسية للأفراد الفرصة لكي تعيدهم إلى بيئتهم وحياتهم الطبيعية بنجاح، لذا فإن العلاج النفسي القائم على الدراما النفسية يطرح نفسه باعتباره الطريقة الأمثل من بين الإجراءات العلاجية الخاصة بالتعامل مع الأفراد الذين يعانون من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك من خلال مساعدتهم على التخلص من صراعاتهم الداخلية وإعادة تكيفهم مع البيئة من حولهم، إضافةً إلى تكيفهم مع ذواتهم (Dayton, 2005).

وتتمتع الدراما النفسية بخصائص عديدة تميزها عن أساليب علاجية كثيرة، وذلك من حيث سهولة ويُسر تطبيقها وإجرائها سواء على مستوى الأطفال أو المراهقين أو الراشدين، كما تتيح الدراما النفسية فرصاً للتخلص مما يعانيه الأفراد من اضطرابات، إضافةً إلى غنى الدراما النفسية بالفنيات التي تستخدمها؛ فهي أسلوب يلائم كافة المستويات التعليمية والثقافية، حيث أنها صالحة للاستخدام مع العديد من الاضطرابات النفسية ومشكلات التكيف (سليمان، 2006).

وتعد التقنيات المستخدمة في الدراما النفسية ذات فاعلية عالية في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، كونها توفر للأفراد الفرصة للتعبير عن أنفسهم ومشاركة مشاعرهم مع باقي أعضاء المجموعة المنتمين لنفس الطرف الانفعالي الذي سبب الشدة النفسية، والذي يعزز لدى الفرد شعوره بتضامن الآخرين معه، فالدراما النفسية تساعد الأفراد في التعبير عن مشاعرهم ومناقشة هذه المشاعر مع الآخرين إضافةً إلى أنها تعطي الفرصة للفرد لزيادة الوعي الذاتي لديه، كما تقوم الدراما النفسية بمساعدة الأفراد في التعبير عن مشاعره المكبوتة من خلال التعبير الجسدي والعاطفي، مما يساعد هؤلاء الأفراد في التخفيف من المشاعر السلبية لديهم والتي قد يكون من الصعب التعبير عنها من خلال الكلمات (شعبان، 2013).

ويرى فان دي كولك (Van der Kolk, 1994) أن الطرق الاختبارية العلاجية التي ركزت على الجسم، بما في ذلك الدراما النفسية، قد تكون هي الخيار الأمثل لتدخل مع الأشخاص

الذين يعانون من أعراض ضغوط ما بعد الصدمة خاصة مع الأطفال (Hudgins, Drucker & Metcalf, 2000).

ونظراً لتزايد نسب المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، ولما لهذا الاضطراب من أثر على الصحة النفسية للأفراد، تتجه العديد من الجهود من قبل الباحثين بالعالم إلى دراسة وفهم هذا الاضطراب، والعمل على تطوير تدخلات وبرامج علاجية تلائم الفئات الإرشادية المختلفة التي تعاني من هذا الاضطراب، إلا أن اهتمام عالمنا العربي بهذا الاضطراب لا يزال دون المستوى المطلوب خاصة في واقعا فلسطيني، وذلك أن القليل من الدراسات تناولت التدخلات العلاجية للأفراد المصابين بهذا الاضطراب في البيئة الفلسطينية، وخاصة تلك التدخلات القائمة على استخدام الدراما النفسية (شاهين، 2014).

مشكلة الدراسة

لقد عانى الشعب الفلسطيني على مدار عقود من الزمن من مجموعة من الضغوطات السياسية، والاقتصادية، والنفسية، والاجتماعية وغيرها من الضغوطات والأحداث الصادمة المختلفة، والتي انعكست سلباً على أفرادها، كما أحدثت حالة من الاضطرابات والمعاناة النفسية لدى خاصة لدى الأطفال.

جاء الإحساس بمشكلة الدراسة من خلال مشاهدات وملاحظات الباحث الميدانية أثناء عملة كمرشد تربوي في المدارس، إذ يظهر العديد من الأعراض السلوكية والنفسية على الأطفال مثل العنف، والحزن، والاستثارة، ونوبات الغضب، والخوف، وفقدان النشاط والدافعية، والقلق، وبمقارنة هذه الأعراض مع الأدلة التشخيصية العالمية في مجال تشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية، فهي ترقى إلى اعتبارها اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، أكدت نتائج العديد من الدراسات بأن هناك مستوى مرتفع من التأزم النفسي عند الطفل الفلسطيني (الزير، 2001؛ صيدم، 2008؛ ثابت، والسراج 2008؛ قوته والسراج، 2004) والتي أجمعت نتائجها على أن هناك عدداً هائلاً من الأعراض النفسية لدى الأطفال الفلسطينيين والتي تتمثل بحالات القلق،

والاكتئاب، واليأس، والخوف من المستقبل والتي تعتبر تداعيات مباشرة للظروف التي يعيشها الشعب الفلسطيني، خاصة من الاحتلال وممارساته.

ونظراً لما للدراما النفسية من أهمية كبيرة في معالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) والتي أكدته العديد من الأدبيات والدراسات العلمية في هذا الموضوع (غريب، 1999؛ ابو عميره، 2005؛ الحواجري، 2003؛ عزازي، 1990)، ذلك أن الدراما النفسية توفر الفرصة للأفراد للتعبير عن أنفسهم ومساعدتهم على إعادة الفهم المعرفي وتعزيز ذواتهم خاصة لدى الأطفال، إذ أنها تستخدم اللعب والأنشطة المساعدة لمساعدتهم في التعبير عن أنفسهم.

ونظراً لقلّة البرامج العلاجية والإرشادية القائمة على الدراما النفسية في البيئة الفلسطينية للتدخل مع فئة الأطفال المصدومين، وحاجتنا لمثل هذه البرامج، فقد ارتأى الباحث بناء برنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية واختبار مدى فاعليته في خفض ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الأطفال المصدومين. وبشكل محدد فإن الدراسة تحاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً للمجموعة (ضابطة وتجريبية) والجنس (ذكر وأنثى)؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (الذين تلقوا البرنامج الإرشادي) على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده على القياس القبلي والبعدي؟.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

الكشف عن فاعلية برنامج ارشادي قائم على الدراما النفسية للتدخل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الكشف عن فاعلية برنامج قائم على الدراما النفسية للتدخل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير الجنس.

الكشف عن فاعلية الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج الارشادي القائم على الدراما النفسية للتدخل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

أهمية الدراسة:

تتحدد الأهمية النظرية والعلمية للدراسة الحالية في أنها:

تركز على موضوع مهم من موضوعات الإرشاد والعلاج النفسي وهو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والذي لم يحظَ بالاهتمام الكافي من قبل الباحثين في هذا المجال، بالإضافة إلى أهميته على الساحة الفلسطينية؛ لما لأعراض هذا الاضطراب من أثر بالغ على الصحة النفسية لدى الأفراد.

تتناول الدراسة الحالية فئة مهمة من فئات الإرشاد والعلاج النفسي وهي فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك لخفض هذه الأعراض، والذي قد يسهم بدوره في تحسين تفكيرهم، إذا ما ثبتت فاعلية البرنامج العلاجي.

تركز الدراسة كذلك على نوع خاص من التدخل وهو العلاج القائم على الدراما النفسية لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين، والذي يتضمن العديد من التدريبات والأساليب التي يمكن أن تساعد المختصين في المستقبل أثناء عملهم مع الأطفال المصدومين.

توفر الدراسة الحالية أداتين هما: مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وبرنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية، تمكنان الباحثين من استخدامهما في المواقف المشابهة.

يمكن أن تساعد نتائج الدراسة في تعزيز خبرات المرشدين والعاملين في الحقل النفسي، من خلال استخدام أساليب إرشادية جديدة غير تقليدية للتعاوي مع اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة وذلك باستخدام الدراما النفسية، وقد تساهم في لفت نظرهم لتنفيذ مزيدٍ من البرامج والأبحاث المشابهة.

المصطلحات الرئيسية في الدراسة:

فيما يلي عرض لأهم مفاهيم ومصطلحات الدراسة وتعريفاتها الاصطلاحية والإجرائية:

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder): "هو اضطراب نفسي يصيب الفرد بعد تعرضه لصدمة شديدة، نتيجة لذلك يصاب الفرد بأعراض واستثارة لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه لذلك الحدث" (APA, 2013, P: 274)، ويعرف إجرائياً: بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة المستخدم بالدراسة، والذي أعده (Mahamid, 2013).

الدراما النفسية (Psychodrama): "منهج من مناهج الإرشاد النفسي، يركز على ديناميات الجماعية، والعفوية، وتمثيل الأدوار، وتقوم على استخدام فنيات وأنشطة مختلفة يتم تطبيقها بخطوات علاجية محددة مع المشاركين؛ ما يوفر لهم الفرص للتعامل مع خبراتهم ومشكلاتهم ومشاعرهم، ومساعدتهم في تطوير فهم معرفي أوسع لمشكلاتهم وذاتهم". Nikolovska & (Dzokic, 2009: p 59)، وتعرف إجرائياً: بأنها عبارة عن ثلاثة عشر لقاء مدة كل لقاء تسعون دقيقة، ويتضمن كل لقاء مجموعة من الأهداف العلاجية، وتمريناً سيكودرامياً أساسياً وأنشطة مساندة، تهدف إلى خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد

يتناول هذا الفصل الإطار النظري والدراسات السابقة، حيث يشمل الصدمة النفسية، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والدراما العلاجية وهذه الموضوعات سيتم تناولها من عدة جوانب، وبعد ذلك سيتم استعراض الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.

الإطار النظري

أولاً: الصدمة النفسية: Trauma

تشير الكلمة اليونانية صدمة Trauma إلى الجرح أو الضرر الذي يلحق بالجسم (محمود، 2008)، والصدمة هي الضغوطات التي نواجهها في حياتنا والتي يكون لشدتها وأثارها الانفعالية المروعة ما يترك لدينا جراحاً نفسية (Goulston, 2008)، كما وتعرف الصدمة على أنها الأحداث الضاغطة والتي تترك للفرد تحديات تعيق من تكيفه وتوافقه (Agaibi & Wilson, 2005).

ووفقاً لجنستون (Johnston, 2010) فإن التصنيف العالمي للخبرات الصادمة يشمل: الاعتداء الجسدي والجنسي بأشكاله المختلفة، والحروب بأشكالها المختلفة، والتعرض للأسر والإرهاب، والكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين، وحوادث السير الشديدة، والإصابة بمرض خطير، كما أن الخبرات الجنسية التي يتعرض لها الأطفال والتي تكون غير متناسبة مع مستوى نضجهم تعتبر خبرات صادمة حتى وإن لم يرافق هذه الخبرات العنف والتهديد.

فالصدمة عبارة عن موقف أو حدث مؤلم يتعرض له الفرد ويكون خارج مجال خبراته المعتادة، وقد يعرض حياة الفرد أو الآخرين من حوله للخطر، ويتسبب للفرد في شدة وضغط استثنائي، ويمكن لهذا الحدث المؤلم أن يكون لمرة واحدة كما يمكن أن يتكرر، ويمكن أن يستمر لفترة قصيرة أو تطول مدته، ومن أمثلة ذلك: الحروب، والاستغلال الجنسي، والاعتداءات والكوارث الطبيعية والصناعية، ومن أهم السمات التي تكمن في الصدمة، هي أنها تنهك موارد الفرد وإدراكه

لاستيعاب الخبرة التي يمر بها، وعند إذن قد يتطور لدى الفرد اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Goulston, 2008).

ويمكن أن يتطور الامر لدى الفرد بعد أن يتعرض إلى خبرة مؤلمة إلى ما يعرف باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder)، نتيجة عدم القدرة على استيعاب هذه الخبرة المؤلمة ودمجها مع الإدراك والمشاعر والانفعالات وتنظيمها في خبرات حياته بشكل سوي، فتحدث تغيرات لدى الفرد في المجال الانفعالي والسلوكي والفزيولوجي والإدراكي، فالسمة الأساسية في هذا الاضطراب هي الذاكرة الصادمة، كما أن طبيعة استجابة الأفراد للحدث الصادم تؤثر في احتمالية أن يتطور لديهم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وفي مدى شدته (Glenn, 2009).

وهناك عوامل مختلفة تؤثر على طبيعة استجابة الأفراد للأحداث الصادمة: فنوع الأزمة والضغط الذي يتعرض له الفرد، بالإضافة إلى كون الفرد يتوقع هذا الحدث أم تعرض له بشكل مفاجئ، بالإضافة إلى نمط شخصية الفرد، وجنسه وعمره، فهذه العوامل لها أثر كبير على طبيعة استجابة الفرد للحدث الصادم الذي تعرض له، كما أن للبيئة والثقافة دورها في التأثير على استجابات الأفراد لهذه الأحداث والأزمات (يونس، 2005).

واقترض تايلور (Taylor) أننا قد لا نستطيع تقسيم الصدمات إلى أحداث صادمة مسببة إلى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأحداث صادمة غير مسببة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وإنما خبرة الواقع أثناء تعرض الفرد للحدث الصادم، وكيفية إدراكه لهذا الحدث، يعد من عوامل الخطر في أن يطور الفرد في ما بعد اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وذلك أن هنالك عوامل نفسية واجتماعية مختلفة يمكنها أن تلعب دوراً في أن ينشأ لدى الفرد اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إذ أن تطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الفرد لا يكون نتيجة الحدث الصادم الذي تعرض له الفرد، إنما يكون ظهوره نتيجة تطوير خبرات انفعالية واستجابات ذاتية غير ملائمة لخبرات الحدث الصادم، وهذا بدوره يعني أن ليس كل الخبرات الصادمة التي يتعرض لها الفرد تؤلف صدمة حقيقية لدى الفرد (Suvak & Barrett, 2011).

وقد ميز (Rosen, 2008) عنصرين رئيسيين في الخبرات الصادمة قد تؤدي إلى الاضطراب لدى الفرد، وهما:

أ. **تبدد الشخصية (Depersonalization):** شعور لدى الفرد بانفصاله عن ذاته، وفقدانه لإنسانيته، بحيث لا يشعر الفرد عند تعرضه للحدث بأن له الحق في الحياة والأمن وبأنه ذو قيمة، خاصة عند مشاهدة الموت والجراح، فيشعر الفرد في تلك اللحظات بأنه مجرد شيء غير محصن، ومعرض للسقوط في أي لحظة أمام هذه الأحداث التي تفوق قوته.

ب. **العجز (Helplessness):** استلاب قدرة الفرد على التحكم في مجريات الأحداث أثناء تعرضه للصدمة، فيبدو الفرد عاجزاً لا يقوى على فعل أي شيء، مما يؤدي فيه إلى الشعور باليأس والإحباط والاستسلام، مما يسهم في نشوء اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ثانياً: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder):

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)، هي التسمية التي تطلقها الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization، على ذلك النوع من الاضطراب النفسي الناجم عن تعرض الفرد لازمات وأحداث صادمة غير عادية، سواء كانت هذه الأزمت نتيجة الكوارث الطبيعية أو من صنع الإنسان كالحرب أو الاعتداء، وقد يتعرض الإنسان إلى ضغوطات نفسية ومشكلات سوء التكيف إلا أن المقصود بالصدمة هي الخبرة التي تكون خارج مطبات الحياة المألوفة للإنسان، حيث تهدد حياته بشكل حقيقي وتعمل على تحطم ممتلكاته، وتدمير للبيئة المحيطة، وما يرافق ذلك من مشاهد عنف ودمار سواء كان الفرد شاهداً لمناظر العنف والدمار أو كان هو نفسه ضحية هذا العنف والدمار (الحواجري، 2003)، وقد تم تصنيفه كاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, DSM- III) (يعقوب، 1999).

وتتمثل الأعراض التشخيصية لهذا الاضطراب بإعادة تجربة الحدث الصدام، من خلال الكوابيس وذكريات الماضي، وتجنب المثيرات التي ترتبط بالحدث الصادم، مثل الأحاديث والأماكن

التي تذكر الفرد بهذا الحدث، وزيادة الاستثارة، مثل الغضب والتهيج وصعوبة النوم وصعوبة التركيز (Ahmad, 2010).

وقد يعاني العديد من مصابي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) من وجود اضطرابات مصاحبة، ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً: اضطرابات الهلع، اضطرابات القلق العام، والتعرض لخطر الانتحار، واضطرابات الفوبيا، وسوء استخدام الأدوية (Lange, Lange, & Cabaltica, 2000).

وقد مرت ثلاثة عقود منذ التعريف الأول لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) في الأدلة التشخيصية العالمية، ومع ذلك لا يزال التشخيص موضع نقاش كبير، ففي الآونة الأخيرة نشر مقترح للطبعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases: 11th Revision, (ICD-11) مع تغييرات كبيرة في تصنيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، كما أجريت العديد من التغييرات في النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5) وذلك من حيث تصنيف وتعريف الاضطراب، ومحكات التشخيص، إضافة إلى عدد من التعديلات الخاصة بمعايير التشخيص الخاصة بالأطفال (Morina et al, 2014).

واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) هو مشكلة قديمة قدم الجنس البشري، ويمكن أن نصف هذا الاضطراب بالوباء الخفي؛ وذلك لأنه يؤثر على الملايين من الأفراد ومن كل الأعمار وعلى جميع مناحي حياتهم، فكثير منهم يعانون من هذا الاضطراب وفي صمت، وهم يشعرون بالخوف، والقلق، وبالغزلة عن بقية أفراد العالم (Goulston, 2008).

تعريف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD):

أصبح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) موضع اهتمام العديد من العلماء والباحثين في مجال الصحة النفسية، إضافة إلى اهتمام الأدلة التشخيصية بهذا الاضطراب، فقد عرّفت التصنيف الدولي للأمراض: المراجعة العاشرة، (International Classification of Diseases: 10th Revision, ICD-10)، والذي صدر عن منظمة الصحة العالمية (World

(Health Organization) انه استجابة متأخرة لموقف ضاغط حدث نتيجة كارثة أو حادث صادم، أو تعرض الفرد للاعتداء أو وقع ضحية للتعذيب أو الاغتصاب، مما تسبب في اضطراب نفسي للفرد (الحواجري، 2003).

وقد عرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في النسخة الخامس من الدليل (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)، اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) على أنه رد فعل لأحداث غير طبيعية تتمثل بتعرض الشخص لحادث صادم واجه فيه خطر الموت، أو الإصابة البالغة، أو التهديد للذات، وتكون استجابة الشخص للصدمة على شكل خوف شديد أو عجز أو رعب، نتيجة لذلك يصاب الشخص بأعراض واستثارة لم تكن موجودة لدية قبل تعرضه لذلك الحدث (APA, 2013: 274).

كما ويوصف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) بأنه رد فعل شديد ينتج عن تعرض الفرد إلى حدث أو موقف ضاغط أو صدمة نفسية، بحيث تظهر عليه عدد من الأعراض المختلفة مثل: إعادة خبرة الحدث، والتجنب للمثيرات المرتبطة بالحدث من أفكار، ومشاعر، وأشخاص وأماكن، إضافة إلى صعوبة التذكر لدى الفرد، والعجز، والانعزال، وقصور في المشاعر الوجدانية والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة والتي تظهر كصعوبات في النوم، أو زيادة التوتر، بحيث يؤثر ذلك على كافة النواحي النفسية والاجتماعية والمهنية للأفراد (يونس، 2005).

يرى الباحث أن التعريفات السابقة تشير إلى أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو رد فعل أو استجابة متأخرة لموقف ضاغط أو حدث صادم تعرض له الفرد، مما تسبب في اضطراب نفسي للفرد، ويظهر عليه مجموعة من الاعراض، بحيث يؤثر ذلك على كافة النواحي النفسية والاجتماعية والمهنية للأفراد.

معدل انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD):

أصبحت حياة الإنسان مليئة بالمواقف والأحداث الصادمة التي يصعب على الفرد تجنبها، وتشكل الأحداث الضاغطة خطراً كبيراً على صحة الفرد وتوازنه، وتهدد كيانه النفسي لما لها من آثار سلبية على الفرد، كضعف القدرة على التكيف، وضعف الأداء والشعور بالإرهاك النفسي، كما

وقد يكون للمواقف والأحداث الصادمة أثر كبير على مجرى حياة الفرد، فالإحصائيات تشر إلى أن ما نسبته (5%) على الأقل من الذكور و (10.4%) من الإناث في العالم يمكن أن يتطور لديهم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، في مراحل حياتهم المختلفة بعد السنة الأولى من العمر، نتيجة لتعرضهم للمواقف والخبرات الصادمة (Branum, 2013).

وحول معدل الانتشار العالمي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) وبالرجوع إلى الأدلة التشخيصية والتي تستخدم معايير محددة لتشخيص هذا الاضطراب، حيث تشير الجمعية الأمريكية للطب النفسي أن نسبة انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) في الولايات المتحدة باستخدام معايير الدليل التشخيص والإحصائي الخامس (DSM-5) تبلغ (8.7%)، وفي أوروبا (3.5%)، وفي شرق آسيا، وأفريقيا، ودول أمريكا اللاتينية تبلغ ما نسبة من (5-10%) من الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) (APA, 2013: P 267).

وفي الـوقع الفلسطيني أجريت العديد من الدراسات حول مستوى انتشار الاضطرابات النفسية و اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، خاصة الدراسات التي ركزت على فئة الأطفال نتيجة للأحداث التي يشهدها الـواقع الفلسطيني، وقد أظهرت هذه الدراسات نسب مرتفعة لمستوى انتشار الاضطرابات النفسية و اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الأطفال الفلسطينيين. كدراسة ثابت (2001) الذي أظهرت أن هنالك (12.4%) من الأطفال الفلسطينيين من كلا الجنسين يعانون من أعراض الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد صدمة (PTSD)، ودراسة الزير (2001) التي توصلت أن ما نسبته (35%) من الأطفال الفلسطينيين تظهر لديهم الأمراض النفسية والاضطرابات الناتجة عن الصدمة على المدى البعيد، ودراسة ثابت والسراج (2008) التي توصلت إلى أن (61%) من أطفال قطاع غزة يعانون من أعراض ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD). ويفسر الباحث الفروقات في ارتفاع نسبة انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في الـواقع الفلسطيني مقارنةً بمعدل الانتشار العالمي؛ أن هذه الدراسات أجريت أثناء وبعد العدوان الإسرائيلي على غزة، إضافة إلى أن الاحصائيات العالمية تعتمد على الأدلة التشخيصية التي تستخدم معايير محددة وأكثر صرامة لتشخيص هذا الاضطراب.

التطور التاريخي لمصطلح اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD):

قبل ظهور مصطلح اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) في قاموس الطب النفسي، استخدم العلماء تعبيرات مختلفة لوصف هذا الاضطراب مثل صدمات المعارك وصدمات الموت (خيريك، 2008).

ومن حيث التطور التاريخي لمصطلح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فقد تدرج اضطراب (PTSD) في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,) (DSM-I) عام (1952)، فقد ظهر هذا الاضطراب تحت رد الفعل الشديد للضغوط (Cross Stress Reaction)، واعتبر من فئة الاضطرابات النفسية والتي تنتج من جراء التعرض للمواقف الضاغطة، وقد أنتقد الكثيرون هذا التفسير، ذلك أن هذا التفسير قد ينطبق على كثير من حالات الأشخاص العاديين من الذين يتعرضون إلى ضغوطات يصعب تحملها، وفي عام (1968) ومع صدور النسخة الثانية من الدليل التشخيصي (DSM-II) تم حذف هذه الفئة (رد الفعل الشديد للضغوط) ووضعت فئة (الاضطراب الموقفي العابر) و(رد الفعل التوافقي أو التكيفي) (صالح، 2005).

أما النسخة الثالثة من الدليل (DSM-III) والتي صدرت عام (1980)، فقد شهدت هذه النسخة ظهور مصطلح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder) والمعروف اختصاراً (PTSD) ووضع ضمن فئة اضطرابات القلق (Anxiety Disorders)، ويعود السبب الرئيسي في وصف هذا الاضطراب باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إلى حرب فيتنام، ذلك أن الجنود الأمريكيين من الذين شاركوا في الحرب ظهرت عليهم أعراض (PTSD)، بعد فترة تراوحت بين تسعة إلى ثلاثين شهر من اشتراكهم بالحرب، وقد أدى ذلك إلى تسريحهم من الخدمة العسكرية (Blatner, 2012). وشجع ذلك المختصين على إجراء المزيد من الدراسات؛ مما شكل قاعدة بيانات كبيرة حول هذا الاضطراب، وقد ساعدت هذه الأبحاث والمعلومات التي توفرت في وضع تعريفات محددة ومحكات تشخيصية ومعلومات إضافية

جديدة لأهم الأعراض الفارقة والمواقف التي تسبب نشأة هذا الاضطراب (Silverman & Field, 2011).

وعند صدور النسخة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) عام (1994)، بقي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) محتفظاً بمسماه وضمن فئة اضطرابات القلق، كما استمر ذلك في الإصدار الرابع المعدل للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV-R) والذي ظهر في العام (2000) (الحجارة، 2004).

ومع صدور النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) عام (2013)، وبعد عمليات مراجعة لفترات طويلة ظهرت عدد من التغيرات على معايير تشخيص هذا الاضطراب مقارنةً مع النسخة الرابعة المعدلة (DSM-IV-R)، ولعل من تلك التغيرات، نقل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) من المجموعة التي كان يندرج تحتها وهي مجموعة اضطراب القلق (Anxiety Disorders) إلى مجموعة الاضطرابات الناجمة عن الصدمة (Trauma and Stressor Related Disorders)، كما تم حذف المعيار (A2) من معايير تشخيص هذا الاضطراب والذي يتعلق بالتفاعل الشخصي مع الحدث الصادم كأن تتضمن استجابة الشخص للحدث الصادم الخوف الشديد أو العجز أو الترويع، كما أظهر الدليل الخامس اهتماماً أكبر بالأعراض السلوكية التي تصاحب أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، فأصبحت الأعراض ضمن أربعة مجموعات من الأعراض الرئيسة بدلاً من ثلاث مجموعات وهي: إعادة تذكر وإحياء الصدمة (Re-Experiencing Trauma)، والتجنب (Avoidance)، وزيادة الاستثارة (Hyper Arousal)، والإحساس بالخدر (Feeling of Numbing)؛ وذلك بسبب فصل مجموعة أعراض التجنب إلى مجموعتين متميزتين هما: التجنب (Avoidance) والتبدلات السلبية في الإدراك والحالة المزاجية (Negative Alterations in Cognition and Mood)، كما تم إضافة نوعين فرعيين من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) وهما:

أ. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة فرعي لمرحلة الأطفال ما قبل سن المدرسة (Posttraumatic Stress Disorder Preschool Subtype): والذي يستخدم في تشخيص الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.

ب. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة فرعي انشطاري النوع (Posttraumatic Stress Disorder Dissociative Subtype): ويستخدم هذا النوع عندما يعاني الشخص من أعراض انشطاريه بارزة، وتشمل هذه الأعراض إلغاء وتبدد الشخصية بحيث يبدو العالم لدى الفرد وكأنه غير واقعي ومشوه، كما يجب أن يستوفي هذا النوع جميع المعايير الأخرى (APA, 2013: P 274).

أعراض ومركبات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD):

تظهر أعراض ومركبات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) من خلال استعراض محكات التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013)، إضافة إلى استعراض محكات التشخيص الواردة في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD 10)، الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO, 1992):

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5):

حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013: 271) مجموعة من الأعراض التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وهي:

1. إعادة تذكر وإحياء الصدمة (Re-Experiencing trauma): تعد استعادة الحدث الصادم عرضاً محورياً من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، والذي يتضمن:

أ. استعادة ذكريات الحدث الصادم استعادة مؤلمة وبشكل متكرر وغير طوعية، وتأتي هذه الاستعادة في الأطفال الأكبر من 6 سنوات من خلال التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول جوانب أو مواضيع الحدث الصادم.

ب.كوابيس وأحلام مؤلمة ومتكررة بشكل مضايق للفرد، حيث يرتبط محتوى الحلم بالحدث الصادم، وقد تظهر لدى الأطفال بشكل أحلام مخيفة ودون محتوى.

ج.ردود فعل انفصالية، تشمل شعور الفرد بشكل مفاجئ أن الحدث الصادم كما لو أنه يتكرر مره أخرى، وقد تحدث هذه الأعراض بشكل متكرر لدى الفرد، وقد تصل في شكلها المتطرف إلى فقدان كامل للوعي بالمحيط، وفي الأطفال قد تظهر هذه الأعراض من خلال إعادة تمثيل لمواقف وأحداث محدد للحدث الصادم أثناء اللعب.

د. الشعور بالضيق والانزعاج والإحباط الشديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات خارجية أو داخلية تشبه جانبا من الحدث الصادم.

و. ردود فعل فيزيولوجية عند التعرض لمنبهات خارجية أو داخلية والتي تشبه جانبا من الحدث الصادم، مثل: الدوخة، وزيادة في دقات القلب وصعوبة في التنفس، والتعرق، والغثيان.

2. التجنب (Avoidance): تجنب ثابت للمثيرات التي ترتبط بالحدث الصادم، وهو تجنب أي شيء يمكن أن يكون سبب في أن يتذكر الفرد الحدث الصادم. وتظهر من خلال ما يلي:

أ. تجنب أو جهود لتجنب الأفكار والذكريات إضافةً إلى تجنب المشاعر المتعلقة بالحدث الصادم.

ب.تجنب أو جهود لتجنب العوامل الخارجية التي ترتبط بالحدث الصادم، مثل: الأنشطة والأماكن والمواقف والناس والأحاديث التي تذكر بالحدث الصادم وتثير الذكريات والمشاعر المؤلمة لدى الفرد.

ج.فقدان الاهتمام بالأنشطة والفعاليات الاجتماعية اليومية، إضافةً إلى عدم تذكر تفاصيل هامة من الحدث الصادم، والنظرة التشاؤمية إلى المستقبل.

3.زيادة الاستثارة (Over arousal): وهي تغيرات ملحوظة في الاستثارة وردود الفعل لدى الفرد والتي تكون مرتبطة بالحدث الصادم. وتظهر من خلال ما يلي:

أ. سلوك متوتر من قبل الفرد ونوبات من الغضب دون مثير أو بوجود مثير لا يستدعي الإثارة، وعادة ما يعبر الفرد عنها بالاعتداء الجسدي أو اللفظي على الآخرين أو الأشياء من حوله.

ب. الانخراط في سلوك خطير ومدمر للذات.

ج. زيادة استجابة الفرد للمنبهات الخارجية بشكل مبالغ فيه، والشعور بالذعر بسهولة.

د. اليقظة الزائدة لدى الفرد.

و. المعاناة من مشكلات النوم أو التركيز.

4. **الإحساس بالخدر (Feeling of numb)**: وهي التعديلات السلبية في المزاج والمدرجات، والتي ظهرت أو تفاقمت بعد الحدث الصادم، وهي من طرق الإنكار التي يمارسها الفرد، وذلك من خلال:

أ. عدم تذكر الامور المهمة في الحدث الصادم.

ب. رؤية ذاتك والآخرين والعالم بصورة سلبية.

ج. ابتعاد الفرد عن العلاقات الاجتماعية.

د. مشاعر الانفصال والنفور عن الآخرين.

ت. عدم القدرة وبشكل مستمر على تجربة المشاعر الإيجابية كمشاعر الرضا والسعادة والمحبة وعدم إظهار الفرد مشاعر إيجابية تجاه الأفراد الآخرين.

كما أضاف الدليل التشخيصي (DSM-5) إمكانية وجود أعراض انفصالية أخرى تكون

مستمرة ومتكررة، ويمكن أن يعاني منها الفرد وهي:

1. **تبدد الشخصية (Depersonalization)**: شعور الفرد المتكرر والثابت بالانفصال عن

الذات. مثلاً: شعور الفرد أنه مراقب.

2. **تبدد الواقع (disturbance of reality)** أفكار وتجارب متكررة وغير واقعية لدى الفرد.

ويظهر الدليل أن الأعراض عادةً ما تبدأ في أول ثلاثة شهور بعد الصدمة، وقد يتأخر ظهورها لشهور، أو لسنوات، قبل أن يتم استيفاء معايير التشخيص بشكل كامل، وهناك أدلة كثيرة على ما

يسمى "تأخر الظهور" وهو ما يطلق عليه الآن "تأخر التعبير"، وهي أن بعض الأعراض تظهر عادة على الفور وأن التأخير يكون في اجتماع المعايير التشخيصية كاملة ويعتمد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) على أن تستمر الأعراض السابقة أكثر من شهر واحد، ويسبب الاضطراب ضعفاً في أداء الفرد في كافة المجالات المهنية والاجتماعية، مما يعيق سير حياته بشكل طبيعي، على أن لا تعزى هذه الأعراض إلى تأثيرات فيزيولوجية كالأدوية والكحول أو حالات طبية أخرى (Morina et al, 2014).

التصنيف الدولي للأمراض المراجعة العاشرة (ICD-10):

تتضمن الأعراض تطورات مهمة في الاستعادة وبشكل متكرر للصدمة، وذلك من خلال ذكريات اقتحاميه أو على شكل أحلام، والإحساس بالخدر، والانفصال عن الآخرين، وفقدان الإحساس باللذة، وأعراض التجنب، وذلك بتجنب كل ما يذكر بالصدمة من الأنشطة والمواقف والإشارات، وزيادة الاستتارة والتيقظ من الفرد، وعادة ما يرتبط القلق والاكتئاب بالأعراض السابقة، إضافة إلى ظهور أفكار انتحارية، وتظهر هذه الأعراض بعد فترة بين عدة أسابيع إلى عدة شهور وهي فترة كمون بعد تعرض الفرد ولكن نادرا ما تتجاوز ستة أشهر (WHO, 1992).

وبجانب الأعراض التي تقدمها الأدلة التشخيصية، يمكن أن تظهر هنالك أعراض واضحة لدى الأطفال، كالتبول اللاإرادي، مص الأصابع، فقدان الشهية، سلوكيات العناد والعنف، صداع مستمر، لوزم سلوكية متكررة، اضطرابات في الكلام، التعلق بالوالدين، الانطواء، ممارسات وسلوكيات تظهر إعادة تكرار للحدث الصادم من خلال اللعب، انخفاض مستوى التحصيل الدراسي، اضطرابات في النوم والخوف من الظلام (ثابت، 2004).

عوامل الخطر في تطوير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD):

1. الخبرات والأحداث الصادمة: المسبب الأساسي لهذا الاضطراب؛ وهي عدد من العوامل والظروف الضاغطة التي قد يكون لها دور أساسي في حدوث وازدياد نسبة الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)؛ وذلك أنها مهيبات تهيب الفرد للإصابة بهذا الاضطراب

كالمشكلات النفسية والأسرية في مرحلة الطفولة؛ الفقدان، والخبرات الضاغطة (ابوعيشة وعبدالله، 2012).

2. عمر الشخص و جنسه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي: يشير (صيدم، 2008) إلى أن الأفراد في الأعمار المتوسطة هم أكثر عرضة للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) من غيرهم، إضافة إلى أن الإناث لديهم قابلية واستعداد أكثر من الذكور كذلك للإصابة بهذا الاضطراب، كما أن هناك استعداد أكثر لتطوير هذا الاضطراب للأفراد ذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض بالمقارنة مع الأفراد ذوي المستويات الاجتماعية والاقتصادية المرتفع ، في حين ذكر (Glenn, 2009) أن معاناة الأطفال من الآثار الناجمة عن الصدمات النفسية أكبر من البالغين، نظراً لخبراتهم المحدودة، وعدم بلوغهم النضج المعرفي.

3. شدة الحدث وعنفه وطول الفترة التي يتعرض فيها الفرد للحدث الصادم: تعتبر من أهم العوامل المهيأة للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، فكلما زادت المدة التي يتعرض فيها الفرد أو نسبة التكرار للحدث الصادم كان تأثيره أقوى (صيدم، 2008).

4. ضعف المساندة الاجتماعية: ذلك أن الأفراد الذين يحيط بهم نظم اجتماعية قوية يحصلون من خلالها على المساندة بعد تعرضهم للحدث الصادم، قد يكونون اقل قابلية وعرضه لتطوير أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Goulston, 2008).

5. انخفاض المستوى التعليمي ومستوى الذكاء للفرد: أن انخفاض مستوى الذكاء وانخفاض القدرات العقلية قبل تعرض الفرد للحدث الصادم تعتبر من المتغيرات الهامة والتي تزيد من احتمال الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وذلك إنهما يلعبان دوراً هاماً في شعور الفرد بالعجز وقلة الحيلة (ابو عيشة وعبد الله، 2012).

النظريات المفسرة لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

نستعرض في هذا الجانب أهم التوجهات والنظريات العلمية المختلفة التي فسرت هذا الاضطراب:

النظرية السلوكية (Behavioral theory) :

يؤكد التوجه السلوكي على العوامل البيئية وأهمية التعلم بشقية (الاشتراط التقليدي والاشتراط الإجرائي) في تحديد السلوك السوي وغير السوي، والذان يخضعان لقوانين عملية التعلم، ووفق منهج الاشتراط التقليدي فإن الخوف الناجم عن منبه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد إلى تجنب هذه المنبهات المؤلمة، وهو ما أصطلح عليه السلوكيون (التعلم التجنبي) وذلك بهدف خفض القلق لدى الفرد، وهكذا يرتبط الماضي والحاضر والمستقبل، وبالتالي الفرد المصدوم يريد تجنب المثيرات التي تثير لدية الذكريات المؤلمة تجاه الحدث الصادم، وهذا سوف يؤثر بشكل سلبي على الفرد من الناحية النفسية ويعمل على ظهور اضطرابات نفسية لدى الفرد (حسنين، 2004).

1. النظرية المعرفية (Cognitive theory):

يرى أصحاب النظرية المعرفية أن نشوء الصدمة النفسية لدى الفرد يعود إلى عدم توافق المعلومات التي تلقاها الفرد نتيجة الصدمة مع الافتراضات الموجودة لديه عن الحياة، بحيث تنتهك هذه المعلومات الناتجة عن الصدمة التوازن القائم لدى الفرد بين كفتي اللذة والألم، واعتبارات الذات المقبولة لدى الفرد، كما تنتهك دافعيته في التواصل مع الآخرين، وبذلك فإنها تنتهك ثلاث معتقدات شخصية لدى الفرد وهي: أن هذا العالم هو مصدر الخير والانتشراح، وأن لهذا العالم قيمة ومعنى ويمكن التحكم به، وأن الأنا لها قيمتها وأهميتها الخاصة، فهذه المعتقدات تشعر الفرد بقيمته وقيمة الحياة، وعندما يتعرض الفرد إلى صدمة نفسية تعمل الصدمات النفسية على انتهاك هذه القيم لدى الفرد، وبالتالي تتحطم هذه القيم ويفقد الفرد توازنه (ابو عيشة وعبد الله، 2012).

وفي إطار النظرية المعرفية فسر فو (Foa) اضطراب ضغوط ما بعد الضغوط الصدمة (PTSD)، بأن الأحداث الصادمة التي يتعرض لها الفرد تهدد الافتراض السوي لديه حول مفهومه للأمان، وذلك أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة لدى الفرد، وينتج عن ذلك بنية معرفية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى، مما يخلق لدى الأفراد ضعف في السيطرة

على مجريات حياته، وبالتالي يخلق لدى الفرد مستويات مرتفعة من القلق تتمثل في اضطرابات نفسية، كما وذكر كل من فو وروثباوم (Foa & Rothbaum) بأن البنية المعرفية للفرد قبل وأثناء وبعد تعرضه إلى الصدمة ترتبط في قابلية الفرد لتطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD)؛ وذلك أن الأشخاص الأكثر جموداً في وجهات نظرهم قبل وقوع الصدمة هم أكثر عرضة لتطوير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، كون الصدمة إما أن تؤكد وجهات نظرهم أو تحضنها، ويركز هذا التفسير على ارتباط السلوكيات السلبية التي يتبعها الفرد في حياته قبل تعرضه للصدمة وارتباطها بتطوير الفرد لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وبالتالي فإن العملية العلاجية يجب أن تركز على استخدام إعادة الخبرة بشكل متكرر بوجود تأثيرات إيجابية، بهدف تغيير البنية المعرفية للفرد وخفض القلق لديه (صالح، 2002).

2. التوجّه الحيائي الكيميائي (Biochemical approach) :

يشير هذا التوجه في تفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) إلى أن التعرض لحدث مؤلم يؤدي إلى زيادة في مستويات الأدرنالين (Adrenaline) في الجسم، وزيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية، مما يؤدي إلى استجابة كبير من الخوف والاستثارة (صالح، 2002)، أي أن الأحداث التي يتعرض لها الأفراد تتسبب في تغييرات مختلفة في نشاط الناقلات العصبية، مما يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية على الفرد (Semple & Smyth, 2013).

3. النظرية التحليلية (Psychoanalysis theory) :

تشير النظرية التحليلية إلى أن المسبب للاضطرابات النفسية عموماً هي الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة، واعتمد المنظرين لمنهج التحليل النفسي على ذلك في تفسيرهم لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) (أبو عيشة وعبد الله، 2012)، فقد ركز فرويد على أثر خبرات الطفولة، وتأثيرها على خبرات الفرد في المستقبل؛ بحيث تندمج وتتفاعل خبرات الماضي والحاضر لدى الفرد، مما ينتج لديه تفاعل قوي ومؤلم يسيطر عليه ويجعله يشعر بالعجز والمأساة والانهايار (صالح، 2002).

وحاول هورويتز (Horowitz) تفسير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) في إطار النظرية التحليلية، بأن الفرد بعد تعرضه إلى خبرات صادمة، يلجأ إلى كبت أفكاره الخاصة التي تتعلق بتلك الخبرات الصادمة التي مر بها، أو قمعها عمداً، غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة، كون الفرد من خلال عملية الإنكار لا يكون قادراً على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحدث الصادم تتكامل مع معلوماته وخبراته الأخرى بشكل طبيعي، مما يؤدي بالتالي إلى أن يتطور لدى الفرد فيما بعد اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (أبو عيشة وعبد الله، 2012).

4. التوجه البيولوجي (Biological approach):

يفترض هذا التوجه أن للعوامل الوراثية دوراً في تطوير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم، فقد وجد سكريت (Skreet) اتفاقاً كبيراً في وجود اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى التوائم المتطابقة (Identical Twins) وذلك بالمقارنة مع التوائم الأخوية (Fraternal Twins) وهو ما يدعم مساهمة الوراثة في تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الأفراد (Semple & Smyth, 2013).

علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

الهدف من التدخل والعلاج هو التخلص من الأعراض التي طورها الفرد نتيجة الخبرات الصادمة التي تعرض لها أو الحد من هذه الأعراض والسيطرة عليها (أبو زيد، 2009).

العلاج الدوائي: هناك مزيج من العلاجات الدوائية المرتبطة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والتي تلعب دوراً أساسياً في العملية العلاجية، ومنها مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، مثبطات امتصاص السيروتينين، مضادات القلق، مثبطات الأدرينالين والمزاج (Stein, et al, 2000).

العلاج النفسي: عمل الباحثون لتقييم إلى أي مدى يمكن أن يحقق الفرد التحسن والنمو بعد الصدمة، فقد بحث علماء النفس ردود الفعل الإيجابية في خمسة مجالات وهي: تقدير الفرد للحياة، والعلاقات مع الآخرين، وطموح جديدة في الحياة، وقوة الشخصية، والتغير الروحي، وقد

تعددت الأساليب والمناهج التي يتم من خلالها التدخل مع الأفراد الذين تعرضوا إلى خبرات صادمة من قبل المهنيين والمختصين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي (أبو زيد، 2009)، فمنهم من استخدم العلاج السيكودينامي والذي يركز على التنفيس الانفعالي خاصة بعد تعرض الفرد للصدمة نفسية، وذلك لتلافي تطور الأعراض، أما السلوكيون فقد طوروا عدد من أساليب التدخل مع الأفراد المصدومين، منها أسلوب تقليل الحساسية التدريجي، والذي يعد أسلوباً فعالاً ومناسباً لعلاج بعض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إضافة إلى التدريب على الاسترخاء، وأسلوب تقليل الحساسية بحركة العين (Seaward, 2002).

في حين تركز أساليب العلاج المعرفي على إعادة البناء المعرفي للفرد، بهدف تغيير أنماط التفكير لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، من خلال مساعدتهم على تطوير قدراتهم بطريقة أكثر واقعية (Rice, 1999).

أما العلاج السيكودرامي فقد كان في الماضي من العلاجات الأقل استخداماً في مجال الصدمات النفسية مقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى، ومع ذلك فإن العلاج النفسي التجريبي الحديث يوصي باستخدامها بشكل متزايد كمنهج علاجي قابل للتطبيق مع الأفراد الناجين من الصدمات النفسية (Kellmerann, 2000)، فقد نشأت الكثير من الممارسات العلاجية القائمة على الدراما النفسية بشكل أكثر تطوراً بعد حرب فيتنام، حيث أدى الاعتراف الرسمي باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إلى وجود تدخلات وبرامج علاجية أكثر استدامة في هذا المجال (Skaggs, 1997).

ثالثاً: العلاج بالدراما النفسية :Treatment with Psychodrama

تعددت وظائف وأهمية ما تقدمه الفنون بشكل عام والفنون المسرحية بشكل خاص وما تطرحه من أفكار وقضايا تخص حياة الإنسان وتمس احتياجاته وطموحاته، ولأهميتها هذه بدأ الاهتمام في توظيفها لعلاج بعض الاضطرابات النفسية، وأطلق على هذا النوع من العلاج ما سمي العلاج الدراما النفسية (السفاسفة، 2003)، فالدراما النفسية من أولى الأساليب التي استخدمت العلاج النفسي الجماعي، كما وساهمت الأفكار والتقنيات المستخدمة في الدراما النفسية بتطوير العديد من أشكال العلاجات النفسية الأخرى (Dayton, 2005).

وقد تبلورت فكرة العلاج من خلال الدراما النفسية عام 1920 عندما ابتكر هذه الطريقة العالم مورينو، وفي عام (1927) أنشأ أول مسرح للعلاج النفسي القائم على استخدام الدراما النفسية (السفاسفة، 2003).

فقد لاحظ مورينو أهمية المسرح في محاكاة قضايا الناس، وقدرة المسرح على لفت أنظار الأفراد إلى مشكلاتهم الشخصية للتعرف عليها، خاصة عندما يمتلكون العفوية والحرية في الأداء والتعبير عما في داخلهم، فقد كان المسرح والدراما من أقدم أشكال الفن التي توفر التشارك بين البشر، كما أنها جزء من حياة الإنسان، ومن أقدم الأشكال الفنية التي يمارسها البشر منذ ولادتهم كتقليد الأصوات والحركات من قبل الرضيع، حتى الأطفال في نموهم الطبيعي يمارسون اللعب ويشاركون في شكل من أشكال التمثيل المسرحي الإبداعي، وليس من الضروري أن يمتلك الفرد موهبة خاصة فيمكن للجميع المشاركة بالدراما، وقد مجد مورينو دور اللعب، وذلك انه يعطي إلهاماً خاصاً للفرد ليعبر عن نفسه ويكون الشخص الذي يريد من خلال إبداعه الخاص (Blatner, 2000).

وقد اعترف المربين بأهمية اللعب في حياة الطفل، وما يعطيه اللعب من حرية كاملة للطفل في التعبير عن نفسه بأسلوبه الخاص، لتحقيق الإحساس بالأمن والجدارة من خلال الاستبصار الانفعالي، مما يزيد من فرص نموه السليم، وقد أشارت الأدبيات العلمية إلى قيمة اللعب في حياة الطفل، فاللعب يساعد الطفل في النمو في مختلف النواحي، فهو ليس مجرد ترويح عن النفس، بل يعطي الفرصة للطفل للتدريب على مختلف الأدوار والمهارات الاجتماعية التي يحتاجها في الحياة، كما انه يسمح للطفل بالاستكشاف، ويخلص الطفل من الصراعات والتوتر والمشاعر السلبية، وذلك من خلال إشراك الطفل في أنشطة تقوم على التمثيل، ليقوم بتأدية هذه الأدوار الاجتماعية ويختبرها في ظل بيئة آمنة ودون وجود مخاطر، مما يساعده على التكيف النفسي والاجتماعي (الشيخ علي، 2000).

وللدراما النفسية علاقة وثيقة بالتمثيل، فقد اهتم مورينو في علاج الأطفال من خلال تمثيل مسرحيات قصيرة، كانت تدور حول مشكلات سلوكية متنوعة، بحيث كان الأطفال يحضرون بشكل تلقائي لأدوارهم والتي تمثل خبراتهم الخاصة في الحياة، ويبدؤون في جلسات الدراما النفسية، مما

يسهل عليهم التعبير وامتصاص توترهم وصراخهم الداخلي، إضافة إلى شعورهم بالمتعة والأمل، فاستخدام الدراما النفسية لا يقدم التفرغ الانفعالي فقط، بل تعطي فرصة للفرد لتحقيق الضبط والوعي الذاتي، واكتساب طرق أكثر نضجاً في الاتصال (شحاتة، 1999).

وفيما يسمى بالشكل الكلاسيكي للدراما النفسية، فإنها تبدأ غالباً مع المشكلة الحالية لتتعمق أكثر في مواقف الحياة السابقة، وهنا قد يكون للمشاركة فرصة لتجربة المواقف والخبرات السابقة غير المكتملة في حياة الفرد ومن ثم العودة إلى الوقت الحاضر، حيث يعطيه ذلك فرصة جديدة لتكوين وتعلم صورة وخبرة جديدة متكاملة ووضعها موضع التنفيذ في الوقت الحاضر (Fong, 2006).

وقد استخدمت الدراما النفسية في السابق لنوع معين من المشكلات، ولكن سرعان ما تم تطبيقها في أشكال إبداعية مختلفة من العلاج النفسي باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من طرق العلاج النفسي الجماعي (Holmes, Karp & Watson, 2005)، وقد أصبحت فيما بعد طريقة متكاملة في العلاج النفسي، لتساعد الأفراد على اكتشاف المواقف والخبرات في حياتهم الخاصة من الماضي والحاضر والمستقبل (Fox, 2008).

وتستخدم الدراما النفسية في الغالب في الإرشاد والعلاج الجماعي، بحيث يشارك الفرد أعضاء المجموعة الذين يتشاركون معه في نفس الظرف الانفعالي، مما يساعدهم في تقبل خبرات ومشاعر بعضهم بعضاً، وقد يكون لمشاركة القصص الشخصية بين أفراد المجموعة بالغ الأهمية في شعور الفرد بضامن الآخرين معه واحتواء خبرته معهم، مما يعزز من تعميق الثقة بين أعضاء المجموعة (Blatner, 2012).

كما وأصبحت الدراما النفسية من العلاجات الموصى بها على نحو متزايد؛ وذلك لقابليتها للتطبيق على كثير من الأفراد، إضافة إلى إمكانية استخدامها في علاج كثير من الاضطرابات النفسية ومن بينها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Sajjani & Johnson, 2014)، فقد اعتبرت الدراما النفسية من أهم الطرق العلاجية التي يمكن استخدامها مع الحالات التي تعاني من ضغوط ما بعد الصدمة، وخاصة لدى الأفراد الذين يصعب عليهم التعبير عن مشاعرهم بالطرق العلاجية الأخرى، كما وتعتبر الدراما النفسية من الوسائل العلاجية القوية في المساعدة على ضبط

النفس، وإعادة الاندماج، إضافة إلى أهميتها في تحسين الوعي المعرفي للفرد وإعطائه الفرص للتعبير والتفيس عن مشاعره بطرق بناءه (Kellerman, 2000).

ويستند المفهوم النظري الدراما النفسية على لقاء (هنا والآن)، وعلى القدرة الإبداعية والعفوية لدى الفرد، كما تركز الدراما النفسية على التفاعل والترابط بين الواقع الداخلي والخارجي وبين الأدوار النفسية والجسدية للفرد (Krall, 2012).

وتتلخص فكرة ممارسة الدراما النفسية بقيام المعالج بالمساعدة على إعادة تمثيل الخبرات والمشكلات بشكل تعبيرى حر وفي ظل جماعة إرشادية يسودها الأمان والطمأنينة، مما يتيح الفرصة للفرد للتعبير عن انفعالاته ومشاعره ذات الصلة بالمشكلة، وهذا يعطيه فرصة للاستبصار الذاتي وتحقيق التوافق النفسي (السفاسفه، 2003).

تعريف الدراما النفسية:

الدراما النفسية هي أسلوب علاجي تسعى إلى إيصال الفرد إلى الاستبصار، وتعديل الأنماط والسلوك غير الملائم عن طريق فنيات علاجية يمارسها المعالج مع المجموعة الإرشادية مثل لعب الأدوار، والتمثيل التلقائي لمواقف حياة الأشخاص المشاركين ويتناسب العلاج السيكودرامي مع جميع الأفراد بمختلف مراحلهم العمرية المختلفة، يستخدم فيها الفرد جسده للتعبير عما بداخله (عزازي، 1990؛ Fox, 2008).

وعرفها سياتار (starr) أنها شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي تساعد الأفراد في حل مشكلاتهم من خلال تجسيد المواقف والمشكلات التي تشكل أسباب الاضطرابات لدى الفرد بمشاهد تمثيلية، مما يساعد الفرد على حلها (سليمان، 2006).

في حين عرفها لوتيز (Lotize) أنها الفعل أو النشاط أو الحركة، وهي من أنواع العلاج النفسي الجماعي التي تستخدم أساليب علاجية من خلال المسرح للوصول إلى مشكلات واضطرابات الأفراد وفهمها والتعامل معها (غانم، 2003).

كما وعرف بانيسيت (Banniste) الدراما النفسية على أنها إحدى طرق العلاج الجماعي التي تركز على الأفعال أكثر من تركيزها على الكلام، وذلك أنها تستخدم الفعل والحركة والصوت

لمساعدة الأفراد على التحسن والشفاء، من خلال تجريب أدوار جديدة قد لا تسمح بها الحياة العادية (Jennings, 2014).

كما أكد (السفاسفة، 2003) على أن الدراما النفسية هي أحد أساليب العلاج النفسي الجماعي، والتي تتلخص فكرتها في مشاركة أعضاء المجموعة الإرشادية في أداء موقف تمثيلي أمام المرشد ومن خلال هذا العرض، فإن أعضاء المجموعة يكتشفون مشاعرهم وانفعالاتهم وآراءهم في الموضوعات ذات الصلة بالمشكلة.

كما تحدث (سليمان، 2006) عن الدور المهم الذي تلعبه الدراما النفسية في العلاج النفسي الجماعي، بحيث تعتبر من أفضل الأساليب العلاجية التي تساعد الأفراد في التعبير عن انفعالاتهم.

ويُستدل الباحث من التعريفات السابقة أن الدراما النفسية أسلوب من أساليب الإرشاد والعلاجي النفسي، يساعد الفرد في اكتشاف عالمة الداخلي والتعبير عما بداخلة بحرية، من خلال استخدام فنيات محددة، تعتمد على الأداء التلقائي للفرد، كما توفر الفرصة للتفريغ والإسقاط التي تساعد الفرد على تسهيل الاستبصار للوصول إلى مشكلاته والتعامل معها، في ظل بيئة آمنة وداعمة.

المبادئ والمفاهيم التي قامت عليها الدراما النفسية:

تعتبر الدراما النفسية من التطبيقات الإرشادية التي استقادت وتأثرت بالعديد من الحقول، فبالإضافة إلى ما قدمه مورينو من أفكار، تأثرت الدراما النفسية كذلك بأفكار أرسطو في التراجيديا في الفلسفة القديمة، كما استقادت الدراما النفسية من التطبيقات العلاجية في نظرية الدور، إضافة إلى استقاداته الدراما النفسية مما قدمه ستانسلافسكي (Stanslavski) من أفكار في موضوع التلقائية والارتجال (Fox, 2008).

ولفهم المبادئ والأسس التي قامت عليها الدراما النفسية، ولتعدد الحقول التي استقادت منها الدراما النفسية يقدم الباحث وصفاً لمفاهيمها الأساسية والتي تتضمن: لعب الدور، والتلقائية، والتفريغ، الاستبصار، واختبار الواقع، وللتوضيح أكثر:

1. **لعِب الدور (Role play):** يعتبر الأسلوب الأكثر شيوعاً من بين أساليب الدراما النفسية، يقدم من خلاله بطل الرواية موقفاً واقعياً من حياته، ومن خلال لعب الأدوار وبمساعدة الذات المساعدة يقدم بطل الرواية جوانب مختلفة لديه قد لا يكون على وعي بها، مما يزيد من فرص التعرف على جوانب الصراع لديه، ويتيح ذلك للفرد رؤية الأحداث بطريقة جديدة، وقد يتعلق لعب الدور بأحداث متوقعة أو حالية أو ماضية في حياة الفرد (Dayton, 2005).

2. **الاستبصار (Insight):** يرتبط الاستبصار بالتفريغ الانفعالي، فمن خلال إتاحة الفرصة للفرد للتعبير بشكل حر عن انفعالاته المختلفة وإعادة تقييم سلوكه، يجعله ذلك أكثر وعياً بجوانب المشكلة المختلفة وبالتالي تمكنه من إيجاد الفرص والبدائل لمواجهتها (Dayton, 2005).

3. **التلقائية (Spontaneity):** أعتبر مورينو (Moreno) أن التلقائية ترتبط بالإبداع والأصالة لدى الأفراد، وتشير التلقائية إلى قدرتنا بالتعبير عن أنفسنا بحرية وتلقائية بعيداً عن النمطية، كما تعتبر محفزاً للخيال، وتمثل تحدياً للفرد للاستجابة بدرجة من الكفاية والإبداع للمواقف الجديدة (Holmes, et al, 2005).

4. **التطهير (Catharsis):** يشير هذا المصطلح إلى التحرر من التوتر، من خلال مواجهة الفرد لموضوع الصراع لديه، مما يشعر الفرد بالراحة وتمكنه من التعرف على عوامل غير معروفة بداخله تتعلق بموضوع الصراع لديه، وتميل أدبيات العلوم النفسية إلى استخدام كلمة التفريغ وذلك للتعبير عن هذا المفهوم (Baim, Burmeister & Maciel, 2013).

العلاج القائم على الدراما النفسية في علاج الصدمة النفسية:

تعتبر الدراما النفسية شكلاً من أشكال الفن العلاجي والذي يشجع من خلالها المعالجين عملاءهم على استخدام أجسادهم كوسائل لكشف الحقائق الشخصية والشفاء من الصدمة (Fong, 2006)، فالجسم يحتاج إلى التحدث بصوته لمساعدة الفرد على ادراك الحقائق والتشوهات المعرفية التي أثرت عليه وعلى معارفه (Dayton, 2005)، ويمكن للدراما النفسية أن تساعد الأفراد على فهم أنفسهم وتاريخهم بشكل أفضل، وتساعدهم كذلك للتغلب على مخاوفهم وما قد يتعرضون له من صدمات نفسية، إضافة إلى تحسين علاقاتهم الاجتماعية وإكسابهم مهارات حياتية جديدة، كما تسمح لهم بالتعبير الآمن عن مشاعرهم، فالدراما النفسية ومن خلال انتقال المشاركين من الحديث

عن الماضي إلى توضيح وفهم أعمق للحاضر وتخيل المستقبل يمكن أن تقدم منظوراً أوسع للمشاكل الفردية والاجتماعية، وفرصة لمحاولة إخراج سلوكيات جديدة توفره خبرات ونمو ذاتي للأفراد (Baim, et al, 2013).

وقد أثبتت التجارب والممارسات العملية في الإرشاد النفسي نجاح الدراما النفسية في علاج معظم الاضطرابات النفسية المختلفة، لتعدد أنشطتها وقدرتها على التدخل بطرق مختلفة وليس بطرق تقليدية (Nikolovska & Dzokic, 2009).

وذكر كاربونيل وبرهمي (Carbonell & Barehmi, 1999) حول تطبيق الدراما النفسية مع المصدومين، بأن الدراما النفسية تعمل على توحيد الجوانب المعرفية، والعاطفية، والجسدية للفرد، بالإضافة إلى قدرتها في خلق بيئة إيجابية من الثقة والأمان.

كما وتسمح الدراما النفسية للأفراد بمعالجة الصدمات على المستوى الفردي من خلال مشاركة خبراتهم مع الآخرين أثناء العمل الجماعي، وهذا الشيء هو الأكثر فاعلية في جعل العمل الجماعي أكثر إنتاجية، ولذلك فإن فهم هيكلية المجموعة العلاجية ودور القائد أو المعالج هو أمر ضروري في تسهيل عمل المجموعة وخلق مجموعات علاجية فعالة، من خلال التركيز على العمل وصفات الذات ودمج أعضاء المجموعة في العمل العلاجي أو الهدف الذي تسعى المجموعة إلى تحقيقه (Lubin, 2007)، فالعلاج السيكودرامي لا يتركز على تحقيق التنفيس الانفعالي أو حل مشكلات الحياة فقط، وإنما تبني مواقف القبول والتسامح لجوانب الذات السطحية والعميقة، ويصبح الهدف هو توسيع الإدراك لدى الفرد أثناء انتقاله من مستوى خبرة إلى آخر (James & Johnson, 1996).

ويشير هودجنز (Hudgins, 2002) إلى أن العلاج السيكودرامي قد يكون من أفضل الطرق لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك أن الأنشطة والممارسات المستخدمة في العلاج السيكودرامي تعمل على مستويات متعددة مع الفرد للوصول إلى الذاكرة الضمنية والمخططات البصرية والحسية للفرد والتي تحتوي على الذكريات المؤلمة والخبرات الصادمة والتي اكتسبها عن طريق الحواس والعمل على معالجتها بشكل مباشر، وتعد الدراما النفسية من الأساليب العلاجية الأقل تهديدا لاستكشاف الصور الشخصية المؤلمة في الواقع، كون الأساليب العلاجية

المستخدمة في الدراما النفسية تعمل على احتواء الخبرات المؤلمة عند استعادتها في جو من الأمان والثقة، مما يوفر ويعزز مهارات التأقلم مع هذه الخبرات.

ومع ذلك، يجب أن نأخذ بعين الاعتبار أن كل مناهج العلاج النفسي بما في ذلك الدراما النفسية لا تخلو من وجود حدود وتحفظات، فالدراما النفسية قد لا تكون علاجاً ناجحاً ومناسباً لجميع الأنواع المختلفة من الصدمات النفسية، كما أنها قد لا تساعد جميع الأفراد الذين يعانون من صدمات مماثلة (Dayton, 2005).

ففي جانب العلاج السيكودرامي مع الأطفال المصدومين لا بد أن يكون لدى المعالج فهم خاص في هذا الجانب، فعندما يتعرض الفرد إلى صدمة نفسية أو موقف يشكل خطراً عليه، يكون الجسد قادراً على كشف هذا الخطر العاطفي أو الجسدي، وعندها يصدر الجسم زيادة في إنتاج مادتي الأدرنالين والتي تنقل من خلال الناقلات العصبية كردة فعل من الجسد على تعرض الفرد إلى خطر معين، بهدف استثارة الجسم للدفاع عن النفس من هذا الخطر، وذلك إما من خلال الفرار من مكان الخطر أو المواجهة (Barlow, 2014)، إلا أن الأطفال عندما يتعرضون إلى موقف صادم أو خطر معين قد لا يمتلكون الفرصة للهروب أو المواجهة والدفاع عن النفس، وبالتالي قد تكون الطريقة الوحيدة لمواجهة هذا الموقف الصادم أو الخطر الذي قد يتعرضون له هو التجمد؛ وهو ردود فعل داخلية تحدث عن طريق الخدر في داخل الفرد والذي يحدث انفصلاً لدى الفرد عن المحيط أو الواقع، كأحد ردود الفعل لمواجهة الموقف الصادم، وعندما يحدث هذا التجمد يتعرض جسم الفرد وعقله لضغط وعواقب كبيرة (Dayton, 2005)، فتصبح الأفكار لدية مشوهة، ويبقى الجسم يقظاً أكثر من اللازم على المستوى الحسي، كما وتبقى الذكريات المتعلقة بالحدث الصادم على المستوى الحسي في عقل الفرد (Kipper, 1998)، وبالتالي فإن استخدام الدراما النفسية والتي لديها القدرة على الاستعادة في هذا المستوى الحسي، قد تكون ذات فاعلية كبيرة في عملية التدخل والعلاج مع الأفراد الذين تعرضوا لصدمات نفسية وخاصة الأطفال، فيجب أن يولي المعالج النفسي في الخطة العلاجية التي يقدمها اهتماماً كبيراً للجسم والعقل على حد سواء، فقد يكون الأفراد وخاصة الأطفال مشتتين ومرتبكين وغير قادرين على التركيز والإدراك، وهنا على المعالج إشراك الأطفال في أنشطة جسدية تساعدهم على تجاوز هذا الإرباك والتشتت وإعادة صياغة خبراتهم السابقة، وقد تكون هذه الأنشطة المستخدمة في الدراما النفسية فعالة بشكل أكبر

مع الأطفال وذلك أن التقنيات القائمة على الأنشطة في الدراما النفسية هي أقرب إلى لغة اللعب عند الأطفال (Fong, 2006)، فقد ركزت الأدبيات على أهمية الأنشطة واللعب في حياة الطفل، فالأطفال يستجيبون بشكل جيد للأنشطة واللعب والعمل الدرامي، فهي تتيح للأطفال الفرصة للتفكير بشكل خلاق وتنمية الخيال لديهم، كما أنها تساعدهم على التفكير بشكل مستقل، وتطوير تقدير الذات لديهم، والتفاعل والتعاون الاجتماعي، كما أنها تسمح لهم في تطوير مفردات جديدة والقدرة على التعبير وفهم الآخرين (Baim, et al, 2013).

وتركز الدراما النفسية على اللعب الدرامي، وهو الأسلوب الأمثل للأطفال ليعبروا عن أنفسهم، كما ويمكن استخدام الدراما النفسية مع الحالات العلاجية المختلفة إضافة إلى إمكانية استخدامها مع الكبار والصغار، كما وتركز معظم أنشطتها على اللعب التخيلي وأنشطة الإحماء، وتعمل الدراما النفسية على مساعدة الأفراد في ضبط السلوك، وتعزيز الوعي، والإدراك، إضافة إلى إعطاء الفرصة للأفراد ليعبروا عن أنفسهم من خلال وضع هذه المشاعر والسلوكيات في أنشطة درامية عفوية، وهو ما يميز الدراما النفسية ويجعلها مهمة في العمل على تطوير كثير من القدرات خاصة لدى الأطفال ومساعدتهم في نمو الشخصية وتشجيع الإبداع والتحفيز الاجتماعي والمعرفي والعاطفي (غانم، 2003)، كما أن للدراما النفسية دور كبير ومهم في مساعدة الأطفال على خفض عوامل القلق لديهم، وإكسابهم خبرات اجتماعية، وتعليمية لزيادة قدرتهم على التعبير عن مشاعرهم (عقل، 1999).

وفي العادة يستجيب الأطفال بشكل جيد للأنشطة الدرامية، وذلك أنها تخلق لديهم الفرص وتساعدهم على التفكير بشكل خلاق وتطور لديهم الخيال، ويتعلمون التفكير بشكل مستقل، وبالتالي تساعدهم على تطوير الذات، فهم يتعلمون التفاعل والتخطيط الجماعي، وتساعدهم على تطوير مفردات جديدة، وتعزز لديهم القدرة على التعبير واستخدام طاقاتهم الإبداعية، كما وتساعد الدراما النفسية في تطوير وبناء قدرات الأطفال، وبالتالي تنمي قدراتهم التعبيرية ويزيد تفاعلهم الاجتماعي (أبو مغلي وهيلات، 2008).

وقد أظهرت دراسة قام بها بيتر (Peter, 2009) أهمية الدور الذي تلعبه الدراما النفسية في تعزيز القدرة الإبداعية لدى الأطفال، ومدى إسهامها في نموهم الاجتماعي والعاطفي والمعرفي،

لما توفر لهم من فرصة للتعبير عن مشاعرهم بحرية وتوجيه أفكارهم، وتحسين التواصل والتعاون في بيئتهم.

وتوفر الدراما النفسية بيئة آمنة ومناسبة تمكن الأفراد من التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وانفعالاتهم بحرية، مما يساهم في زيادة التفاعل لهؤلاء الأفراد مع الآخرين، وتساعد الدراما النفسية الأطفال على اختبار مجموعة من السلوكيات والتي قد يكون من الصعب اختبارها وتجربتها في الواقع (Blatner, 2000).

كما وتتمتع الدراما النفسية بخصائص عديدة تميزها عن أساليب علاجية كثيرة؛ فهي أسلوب يلائم كافة المستويات العمرية والتعليمية والثقافية، إضافة إلى غنى الدراما النفسية بالعديد من الفنيات، والذي يجعل من دورها في العلاج النفسي بالغ الأهمية حيث أنها صالحة للاستخدام في العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية (سليمان، 2006؛ Sajnani & Johnson, 2014).

ومن الجدير بالذكر أن هنالك اعتبارات عند استخدام الدراما النفسية مع الأطفال فليس كل الأطفال قادرين على الأداء الدرامي الإبداعي والبعض الآخر خجول، وبعضهم لديهم صعوبة في الإسقاط، فمن المهم أن يعي المعالج ذلك عند العمل مع الأطفال، وأن يعطي المعالج المساحة والمرونة للأطفال ليكونوا قادرين على التحرك بحرية عند إشراكهم بالأنشطة وإعطائهم هامش من التصرف بحرية (Nespeca & Reeve, 2003).

النماذج العلاجية للدراما النفسية مع المصدومين:

يناقش كليمان (kellermann, 2000) علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عن طريق الدراما النفسية في كتابه "الناجين من الصدمات" ويؤكد أن الدراما النفسية تم توظيفها بنجاح مع العديد من الأفراد المصابين بصدمة نفسية لأكثر من (50) عاماً.

وهنالك العديد من النماذج العلاجية للدراما النفسية التي صممت لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لتعزيز السلامة الجسمية والعاطفية لهؤلاء الأفراد، والفكرة الكامنة وراء ذلك أن الأفراد المصدومون لا يستطيعون مواجهة صدماتهم أو حتى البدء بالحديث عنها ما لم يشعروا

بالأمان في البيئة التي يتواجدون فيها، وقد تم تطوير العديد من النماذج خصيصاً لاستخدامها في علاج الصدمة؛ كنموذج العلاج لهوجنس (Hudgins, 2000)، ونموذج موشر ويوكمان (Mosher & Yukman, 2000)، وتعتبر هذه النماذج عبارة عن بنية سريرية للطب النفسي الكلاسيكي بالدراما النفسية للحد من خطر إعادة إحياء الصدمة لدى الأفراد المصدومين، وتركز هذه النماذج في البداية على خلق الأمان والثقة والتنظيم الذاتي للأفراد المصدومين، ويتكامل التدخل من خلال احتواء خبرات الأفراد وإعطائهم الفرصة في التعبير عن مشاعرهم للوصول إلى الشفاء وإغلاق الموضوعات غير المكتملة لديهم (Kellerman, 2000).

وقد ركزت هذه النماذج على ثلاثة مكونات رئيسية تستخدم عند تطبيق العلاج السيكودرامي مع المصدومين، وهي:

1. التركيز على استخدام الطاقة والعفوية لدى الفرد وذلك بهدف خلق أدوار تعزز من إمكانيات الفرد الذاتية وتعزز من قدرته على التواصل.
2. التجربة النشطة للوعي والأحاسيس والتصورات، والسلوكيات غير اللفظية، والأعمال غير المنجزة، والأفكار المشوهة، وتغيرات الجسم، بحيث يتم تنظيم المشاعر حتى لا تطغى على الفرد وتتحرك دون رقابة.
3. المعنى، فالناس تخلق معاني لحياتها على أساس الخبرات والماضي، فالخبرات الصادمة تشوه نظم المعتقدات لدى الفرد، وبالتالي نحن بحاجة إلى فرز شخصية جديدة من خلال سرد الفرد لخبراته الشخصية، وذلك أن فهم المعنى من الخبرات الصادمة والتي تمثل التجارب الماضية يمكن أن تساعد الفرد في إعادة كتابة وسرد أدوار ايجابية (Hudgins, 2002)، وتحديد الأدوار التي تحتوي على السلامة وقوة الشخصية، وتكتمل عمليات الاندماج والانخراط في العمل السيكودرامي من خلال الاستفادة من هذه الأدوار، فضلاً عن التواصل المستمر بين بطل الفرد والمعالج بشأن مشاعره (Cossa, 2006).

كما وذكرت (Kingsley & Hudgins, 2000) خمسة محاور أساسية يتم العمل عليها في العلاج السيكودرامي مع الافراد المصدومين.

1. إعادة إحياء الأحداث والمشاعر غير المنتهية للحدث الصادم في بيئة آمنة.
 2. إعادة المعالجة المعرفية لتوفير فهم جديد لما حدث، والعمل على الصراعات اللاشعورية والتي قد تكون مرتبطة بالحدث.
 3. التنفيس العاطفي عن المشاعر لخروج واستنزاف بقايا المشاعر والعواطف غير المنتهية المرتبطة بالخبرة الصادمة.
 4. تقديم عنصر وهمي يقوم على مبدأ "الواقع الفاضل" لتوسيع مدركاتهم وقدراتهم على التلقائية والإبداع.
 5. التركيز على كيفية تأثير الصدمة على العلاقات الشخصية، والعمل على تعزيز الجوانب الاجتماعية لمنع العزلة وعدم المشاركة الاجتماعية.
- كما تحدث كارب (Karp, 2000) عن خمسة جوانب أساسية في العلاج السيكودرامي ينبغي أن يقوم بها المعالج مع المصدومين، وهي:

1. إعادة التشكيل: إعادة تشكيل ردود الفعل والتصرف والمشاعر والأفكار المرتبطة بالصدمة في بيئة آمنة لإعطاء الفرد الشرعية، وقد يعتمد المعالج على إعادة التكرار للمشاعر والأحداث لإعطاء الطمأنينة للفرد.
2. المعالجة المعرفية: يتم الحصول على الاستبصار والوعي المعرفي من خلال العمل على صراعات الفرد الداخلية والقضايا التي تختص بالحدث الصادم، والبدء بمعالجة المعلومات المتصورة إدراكياً، مما يساعد الفرد في الانفصال عن الحدث الصادم ليصبح قادراً وبشكل تدريجي على استبدال الصور المخيفة في ذهنه والتي أنتجها ذلك الحدث.
3. تفرغ الطاقة الفائضة بالجسم أو التنفيس الانفعالي: ويعتبر التنفيس الانفعالي هو منفذ للمشاعر المكبوتة لفترات طويلة، فقد أشار ليفين (Levine) إلى أن أعراض الصدمة هي نتيجة

استجابة لم تكتمل في الوقت المناسب، ومن خلال العمل على تمكين هذه الاستجابة المجمدة من الذوبان وإكمال نفسها، يمكن أن تلتئم الصدمة، وهكذا يتم تفريغ الطاقة المتبقية من الحدث الصادم، وكثيراً ما يكون الأشخاص المصابين بصدمة نفسية أكثر هشاشة وضعفاً من غيرهم، ولذلك ومن الضروري أن يتم دعمهم وتحقيق التوازن العاطفي لديهم، وذلك من خلال تحقيق مزيج مناسب من الإثارة والاسترخاء في مرحلة الإحماء.

4. إعادة السيطرة (واقع فائض): من خلال جعل مشاعر الفرد تتفق مع الواقع الخارجي وتمنحه شعوراً بالسيطرة، ويكون ذلك من خلال مساعدة بطل الرواية بإعادة مشهد الصدمة، من خلال ما كان يود أن يحدث، وهذا يساعد الأفراد في القيام بما يحتاجونه، وبهذا يغير هذا الأسلوب الإرشادي سيناريوهات الحياة المأساوية لدى الفرد، ويعمل على التخفيف من مشاعر الذنب، ويسمح لاستجابة عاطفية مختلفة بالظهور، وبطبيعة الحال إن استخدام الخيال ليس هدفه تشويه الواقع؛ وإنما يستخدم في التوصل إلى اتفاق وتصالح نفسي مع الواقع الخارجي المستحيل، كما يساعد الأفراد الذين يعانون من الانفصال عن الواقع في الحفاظ على توازنهم، من خلال الحصول على فرصة لإظهار تصورهم الذاتي من الأحداث بشكل شرعي داخل المجموعة.

5. الدعم الشخصي: يوفر الدعم الشخصي للفرد الشعور بالأمان، واحترام الذات، وكسر العزلة، ووجود استجابات عاطفية مشتركة، بحيث يمكن للمجموعة أن تساعد في إعادة الدمج الاجتماعي للأفراد المصدومين من خلال توفير شعور جديد بالأمان واحترام الذات بين أفراد المجموعة.

إن مراحل إعادة التشكيل، وإعادة المعالجة المعرفية، وتصريف الطاقة الفائضة، والواقع الفائض، والدعم الشخصي، تشكل إطاراً شاملاً لعلاج الأشخاص المصابين بصدمة نفسية، وذلك من خلال التركيز على الأنظمة العاطفية والعضوية داخل الإنسان والشخصية الاجتماعية التي تتأثر بأي تجربة مؤلمة، ويعتبر هذا المنهج منهجاً قوياً لمعالجة الأفراد المصدومين، إلا أنه قد يكون سيفاً ذي حدين في القدرة على الشفاء والإيذاء؛ وذلك عندما يستخدم ذلك المنهج من قبل الأشخاص غير المتخصصين، إضافة إلى أن هنالك دائماً عوامل خطر في إعادة إحياء الصدمة وفقدان السيطرة من قبل الأفراد على أنفسهم وأجسادهم وبيئتهم، فالعمل مع المصدومين يحتاج إلى تعامل مهني حذر، بالإضافة إلى ما يعرف باحتياجاتهم الأساسية للسلامة، والاهتمام بالجوانب

المهنية في عملية الإغلاق والذي يعتبر من الأمور بالغة الأهمية، ومن المهم أن يركز المعالج أثناء العمل مع المجموعة على الموافقة في أداء أي دور في كل مرحلة من مراحل العملية العلاجية (Kellermann, 1995).

من الواضح أن القاعدة الذهبية للعلاج السيكودرامي تتمحور حول المجموعة العلاجية، والتي تتجلى في محاولة المعالج متابعة بطل الرواية وأفراد المجموعة بدلاً من استخدام التوجيه، حيث ان تمكين بطل الرواية وأفراد المجموعة هو في حد ذاته جزءاً أساسياً من علاج الصدمة النفسية لديهم (Herman, 2015).

عناصر ومكونات العلاج القائم على الدراما النفسية:

ينطوي عمل الدراما النفسية على استخدام المسرح والعديد من الأنشطة المختلفة في العمل مع الحالات التي تعاني من مشكلات نفسية، وذلك بهدف المساعدة في حل هذه المشكلات، وبعض مصطلحات الدراما النفسية التي تستخدم في الجلسات العلاجية والتي تشكل العناصر الأساسية في العلاج السيكودرامي مأخوذة من المسرح (Holmes, et al, 2005)، ويتكون العلاج السيكودرامي من خمسة عناصر أساسية وهي:

1. الشخصية المحورية أو بطل الرواية (**The protagonist**): الشخص الذي يظهر رغبة ويختاره المعالج ليقوم بالدرامي على المسرح ويصور تجاربه وعالمه وخبراته بتلقائية، والبطل هو الذي يختار الحدث والموقف الذي سيتم علاجه على المسرح والذي يتعلق بموضوع العلاج (مصطفى، 2010).

2. المخرج أو المعالج (**The director**): المسئول عن إعداد المسرح للحدث الدرامي، وإعداد المجموعة للعلاج السيكودرامي واختيار بطل الرواية ومساعدة المشاركين على الإحساس بما يؤدون، كما أنه المسئول عن اختيار الأنشطة والأهداف والتقنيات العلاجية المستخدمة في كل جلسة علاجية، وغالباً ما يكون معالماً نفسياً متمرساً، لديه خبرة علمية وعملية، ويساعد في اتخاذ القرار ويهتم بأفكار أي فرد من أفراد المجموعة (Sajjani & Johnson, 2014).

3. **الذوات المساعدة (The Auxiliary egos):** هم أعضاء من المجموعة يساعدون بطل الرواية على لعب دوره من خلال ما يقومون فيه من لعب أدوار رمزية لأشخاص في حياة بطل الرواية وموضوع صراعه، أو في الموقف السيكودرامي مثل أدوار الأم والأب والأصدقاء والأشخاص المهمين في حياته ويشتركون في العلاج السيكودرامي لمساعدة البطل في تنفيذ الدور وتعزيز ورفع وعيه بمشكلاته (مصطفى، 2010).

4. **الجمهور (The Audience):** وهم مجموعة المشاهدين والحاضرين من أفراد المجموعة، حيث يمثلون الرأي العام بالنسبة للبطل الرواية (Sajnani & Johnson, 2014).

5. **المكان أو المسرح (The Stage):** وهو المكان الذي يؤدي فيه المعالج السيكودرامي نشاطه، ولا توجد شروط محددة له، والمسرح السيكودرامي هو مكان ومسرح بلا ستائر يسمح للمشاركين أن يكونوا أكثر تلقائية لأداء أدوارهم التلقائية، ويفترض فيه أن يكون مكاناً واسعاً لا يحتوي على تعقيدات، بحيث يسمح لأفراد المجموعة بالتحرك فيه بكل حرية ويسر (مصطفى، 2010).

إجراءات ومراحل تطبيق العلاج القائم على الدراما النفسية:

تشمل جلسات العلاج القائم على الدراما النفسية عموماً ثلاث مراحل أساسية، هي: مرحلة الإحماء، ومرحلة العمل، ومرحلة المشاركة والمناقشة (Corey, 2012). وفيما يلي وصف مختصر لهذه المراحل:

1. **مرحلة الإحماء:** يبدأ المعالج على دمج أفراد المجموعة من خلال أنشطة وتمارين مصغرة، بهدف تنشيط أفراد المجموعة والتهيئة لدمجهم في البيئة العلاجية للمجموعة، وتخليصهم من التوتر وتعزيز التلقائية لديهم (Hudgins, 2007).

وتكمن أهمية هذه المرحلة في مساعدة أفراد المجموعة على الانخراط في أنواع مختلفة من الأنشطة العملية والتجريبية في المراحل العلاجية القادمة من العمل مع المجموعة (Fong, 2006)، فمن الضروري قبل البدء في العمل العلاجي أن يقوم المعالج بتقييم استعداد أفراد المجموعة للعمل الجماعي، وقدرتهم على مشاركة مخاوفهم وخبراتهم الشخصية بطريقة تجريبية، ولهذا فإن الهدف الرئيسي من مرحلة الإحماء في العلاج السيكودرامي هو تهيئة الأفراد والاسترخاء وتحرير أجسادهم

للدخول والاندماج في البيئة العلاجية (Sajnani & Johnson, 2014)؛ فمثلاً قد يطلب المعالج من أفراد المجموعة في بداية اللقاء أن يشير كل فرد إلى مقدار الخوف الذي يشعر به حالياً من خلال حركة خاصة بكل فرد، ومن ثم يشارك أفراد المجموعة مشاعرهم ولماذا اختاروا هذه الحركة وماذا تعني لديهم، والغرض من هذه العملية هو جعل اللاوعي واعياً وتحقيق أهداف العلاج، وبعد المناقشة ومشاركة أفراد المجموعة مشاعرهم ينتقل المعالج من مرحلة الإحماء إلى المرحلة الثانية في العمل العلاجي وهي مرحلة العمل، فالإحماء يساعد الفرد على الاستعداد، وزيادة تركيزه في المكان الذي يتم فيه النشاط إضافة إلى أهمية عملية الإحماء في تخليص أفراد المجموعة الإرشادية من التوتر (Dayton, 2005)، كما تعتبر عملية الإحماء حجر الزاوية في العلاج السيكوودرامي، والذي يوفر الأمان ويعزز من الثقة لدى أفراد المجموعة الإرشادية (Hudgins, 2002).

2. مرحلة العمل: مرحلة العمل والنشاط، وتعتبر هذه المرحلة هي مرحلة العلاج، وتشمل وضع المشهد لتمثيل الجوانب الرئيسية في الدور مع بطل الرواية والمجموعة والمعالج، وهذا يضع الفرد في مواجهة الزمان والمكان والأشخاص في المواقف التي سيتم العمل عليها (Sajnani & Johnson, 2014)، ويعمل المعالج على إدخال المجموعة في العمل العلاجي من خلال الانتقال إلى المخاوف والذكريات السابقة والدفينة لدى أفراد المجموعة، وهنا تتحول العبارات التي كانت تستخدم في عملية الإحماء من عبارات تركز على الماضي والمخاوف والذكريات المؤلمة التي تعرض لها الأفراد وارتباطها بردود الأفعال الجسدية والوعي لديهم إلى عبارات تنطلق من مبدأ هنا والآن، وتعتبر هذه المرحلة هي مرحلة عمل المجموعة عندما يكشف أعضاء المجموعة مخاوفهم ويتحركون نحو العلاج، ويمكن استخدام العديد من التقنيات والنماذج مع المجموعات التي تعرض أفرادها إلى صدمات نفسية في هذه المرحلة من مراحل العمل مع المجموعات التي تستخدم العلاج السيكوودرامي، وأحد هذه التقنيات مثلاً: لعب الأدوار والتي تستخدم من أجل دمج أعضاء المجموعة في العملية العلاجية (Mcvea & Gow, 2006)، من خلال اختيار عضو من المجموعة (بطل الرواية)، والذي يقوم بدور بلعب الدور لأحد التجارب الصادمة والتي تسبب له حالياً معاناة حقيقية، وتسمح هذه التقنيات لأفراد المجموعة بالعمل من خلال أسوأ تجاربهم الصادمة بهدف جعلهم أكثر وعياً في التعامل معها (Hudgins & Drucker, 1998)، وبذلك تتيح هذه التقنيات لأفراد المجموعة الفرصة ليكونوا أكثر استبصاراً ووعياً لأنفسهم وتجاربهم عند إعادة تذكر تجربة مؤلمة

دون وجود خطر، وفي بيئة آمنة، يشعرون من خلالها بسيطرة أكبر على أنفسهم والبيئة من حولهم (Kipper, 1998).

ويسهم وجود المجموعة والشخصيات المشاركة في المشهد السيكودرامي في تقديم الدعم والمساندة وتعزيز نقاط القوة لدى بطل الرواية (المشارك الأساسي)، وتعتبر هذه الأدوار ضرورية لأن بطل الرواية قد يشعر بالشلل والجمود بسبب الخوف الذي قد يشعر فيه، فالتعاطف وتقاسم التجربة الصادمة بين أفراد المجموعة يجسد دعماً قوياً في هذه اللحظات من العمل الجماعي من خلال تقاسم ومشاركة بطل الرواية لمشاعره ومخاوفه (Sajjani & Johnson, 2014)، مما يساعد بطل الرواية على استعادة قوته ليستمر في معالجة الصدمة على الرغم من المخاوف التي قد يشعر بها، وبالإضافة إلى الدعم والمساندة والاستفادة التي يتلقاها بطل الرواية، فإن أولئك المشاركين في المشهد السيكودرامي إلى جانب بطل الرواية يشاركون خبراتهم المماثلة للخبرات التي يقدمها بطل الرواية، وهي من أفضل الطرق العلاجية المستخدمة في معالجة التجارب الصادمة التي مروا بها من خلال مزاجية للخبرات بين أفراد المجموعة والتي تساعد على التعلم السريع (Hudgins & Drucker, 1998).

وقبل التطرق إلى بعض تقنيات لعب الأدوار التي يمكن أن يستخدمها المعالج مع المجموعة العلاجية في هذه المرحلة من مراحل العلاج السيكودرامي، فمن المهم أولاً أن نفهم تطور ووظيفة الأدوار الحقيقية التي تحدث في البيئة الطبيعية، ومن المهم أن نخدم هذه الأدوار الغرض منها، كما يجب أن تتسم هذه الأدوار بالمرونة، كما ويجب أن توقف عندما تكون وظائفها غير ضرورية أو مناسبة للهدف الذي يسعى المعالج إلى تحقيقه (Sajjani & Johnson, 2014)، وهناك عدد من التقنيات التي يستخدم من خلالها لعب الأدوار، مثل التقنيات التي يمارس من خلالها بطل الرواية العديد من الأدوار، مثلاً: أن يلعب الفرد دور الذات، ودور الخبرة الصادمة التي تعرض لها، وهنا يتم جلب الماضي إلى الحاضر، ولعب الأدوار يعطي الأفراد الفرصة لاستكشاف مشاعرهم والتي لم يعبروا عنها سابقاً، كما تعطيمهم الفرصة ليقوا أو يفعلوا أشياء يرغبون في قولها أو القيام فيها (Dayton, 2005)، وهذا يساعد الأفراد في إعادة غرس الأمل لديهم ونقل اللوم الذي يشعرون به تجاه أنفسهم إلى الجاني (Jacobs, 2002)، ومن خلال ذلك يمكن للفرد في المجموعة عرض تجربته في الماضي من منظور جديد، مما يساعده في تغيير المعنى النهائي للخبر (Dayton,

(2005)، فعلى سبيل المثال يمكن للعضو في المجموعة أن يعيد التجربة والخبرة المؤلمة باعتبارها فرصة ليدافع عن الآخرين الذين يعانون من تجارب مماثلة (Jacobs, 2002).

كما أن هنالك تقنية انعكاس الدور، وهي تقنية فعالة، تسمح للفرد أن يرى نفسه من خلال عدسة أخرى (Dayton, 2005)، وقد تمارس هذه التقنية من خلال التواصل مع شخص آخر أو من خلال طريقة عكس الدور والتي تسمى (حوار الجسم) والتي يتحدث الفرد من خلالها إلى جسده أو إلى جزء من جسده، كما لو كان كيانا آخر، ومن ثم يقوم الفرد بتبديل الأدوار ويلعب دور الجسد أو جزءاً منه ويتحدث إلى الذات، وهذه التقنية هي من التقنيات الفعالة للعمل مع الأفراد الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية، والغرض من هذه التقنية العلاجية هي سد الفجوة بين الجسم والنفس، وخلق تكامل عن طريق إعادة بناء ثقة الفرد في جسده، وإعادة بناء الثقة والرعاية للجسد تعني أيضاً قبول الأفكار والمشاعر (Jacobs, 2002).

كما أن هنالك العديد من التقنيات والأنشطة التي تستخدم في العلاج السيكودرامي مثل كتابة الرسائل ودمج الصور في الأدوار، ولا بد أن يعي المعالج أهمية كل نشاط، وأن يختار الأنشطة والتقنيات التي تتناسب مع الهدف العلاجي الذي يسعى إلى تحقيقه خلال التدخل، وبالإضافة إلى ذلك فمن الضروري أن تتناسب التقنيات والأنشطة المستخدمة في العلاج السيكودرامي مع المرحلة النمائية للمجموعة العلاجية (Dayton, 2005).

3. مرحلة المشاركة: تتيح هذه المرحلة المجال لأفراد المجموعة العلاجية بتبادل ومشاركة خبراتهم ومناقشة تجارب أصيلة مشابهة، ومن خلال ذلك يحقق المعالج أهداف اللقاء في تعزيز الوعي الذاتي للأفراد، ومساعدة الأفراد في ضبط السلوك، إضافة إلى فرصة الأفراد في التعبير عن المشاعر وخبراتهم المؤلمة، وهو ما يساعدهم في خفض الاضطرابات النفسية وتحقيق التوافق النفسي (Hudgins, 2007)، وتأتي مرحلة المشاركة والمناقشة كمرحلة ثالثة في جلسات العلاج السيكودرامي، كما أن الهدف من هذه المرحلة هو الإغلاق الصحي لمشاعر الأعضاء، والإغلاق أمر حيوي وضروري، وقد يقوم المعالج في هذه المرحلة بعملية الإغلاق من خلال مجموعة متنوعة من الطرق، بما في ذلك أسئلة عملية مختلفة، وتقاسم الأعضاء المشاعر والأفكار، وردود الفعل على مختلف الأنشطة، وتساهم هذه المرحلة بالانتقال من المحتوى التجريبي والعاطفي إلى محتوى

أكثر إدراكاً يعزز من تغير أعضاء المجموعة، فقد يطرح قائد المجموعة أسئلة مثل "كيف يمكنك تطبيق ما تعلمته في المجموعة في حياتك اليومية؟" أو "كيف يمكن لهذه التجربة تغيير الطريقة التي تفهم فيها تاريخ الصدمات الخاصة بك؟"، فالتدخلات المستخدمة في العلاج السيكودرامي مع المجموعة ضرورية لتمكين أعضاء المجموعة خاصة مع اقتراب المجموعة مع نهايتها، وعلى المعالج أن يضع بعين الاعتبار مراحل تطور المجموعة، في الأنشطة والتقنيات التي يستخدمها، لتستفيد من التماسك والتطور الذي يحدث في المجموعة، مما يجعل التدخلات العلاجية أكثر فاعلية (Fong, 2006).

أساليب وفنيات الدراما النفسية:

تتعدد أساليب وفنيات العلاج السيكودرامي، وهدفها الأساسي هو مساعدة الفرد للتعبير عن مشاعره والوعي بها وإكسابه الإحساس بالسيطرة، وتحدد الفنيات المستخدمة في كل جلسة وفق الظروف الخاصة والهدف لكل جلسة، ويمكن للمعالج استخدام أكثر من فنية في جلسة واحدة، أو أن يستخدم فنية واحدة في أكثر من جلسة حسب ما يراه مناسباً (المالكي، 2013)، وتمتاز الفنيات والأساليب المستخدمة في العلاج السيكودرامي في تعزيز قدرة الفرد للتعبير عن الأفكار والمشاعر، والتي تساعد في إنجاح الهدف العلاجي، كما أن استخدام الفنية والأسلوب المناسب من قبل المعالج يساعد في خلق الاستجابة الانفعالية المناسبة لدى الفرد، وللمعالج الخيار في تعديل فنيات وأساليب الدراما النفسية المعروفة بما يتناسب مع الهدف من الجلسة وبما يتناسب مع الفئة المستفيدة، ضمن إطار مهني هادف ومنظم (مصطفى، 2010). وفيما يلي وصف موجز لبعض فنيات العلاج السيكودرامي.

1. لعب الدور (Role play): يعتبر لعب الدور الوحدة الأساسية في العلاج السيكودرامي، فالمعالج يساعد أفراد المجموعة ليؤدوا الأدوار التي تمثل محور حياتهم وخبراتهم الماضية، مما يساعده على تفرغ رغباتهم المكبوتة، وتعلم استجابات مناسبة، وتعتمد هذه الفنية على التوجيهات التي يقدمها المعالج أثناء أداء الدور، وفي حال عجز المسترشد عن أداء الدور يقوم المعالج بتنفيذ هذا الدور كنموذج يساعد فيه المسترشد على تعلم السلوك، ومن ثم يتم عقد مناقشة لما تم تعلمه وما دار أثناء تطبيق هذه الفنية (Moreno, 1994 ; Sajnani & Johnson, 2014).

2. مناجاة النفس (Soliloquy): في هذه الفنية يطلب المعالج من المسترشد أن يتخيل نفسه وحيداً في مكان ما، ويقوم بالتعبير عن نفسه وأفكاره ومشاعره بشكل تلقائي ودون أي قيود، وذلك من خلال الطلب من المسترشد أن يسير ويفكر بصوت مرتفع حول أي قضية تشغله، على أن يتحدث المسترشد بلغة هنا والآن (مصطفى، 2010).

3. المرآة (Mirror): من خلال هذه الفنية تعمل الذات المساعدة كمرآة تعكس كلمات وإيماءات وحركات بطل الرواية ضمن موقف سيكودرامي ودون أن يشارك بطل الرواية في الموقف التمثيلي، ويستخدم هذا الأسلوب أحياناً عندما يشعر المسترشد بالعجز في التعبير عن نفسه، كما وتساعد هذه الفنية المسترشد ليرى نفسه ويراقب سلوكه وردود أفعاله من خلال أداء الآخرين، مما يتيح للمسترشد الحصول على تغذية راجعة حول سلوكه وانفعالاته وردود أفعاله، بهدف تعزيز الوعي لدية وتعديل بعض السلوكيات (Sajjani & Johnson, 2014).

4. الدكان السحري (The magic shop): يستخدم هذا الأسلوب لمساعدة بطل الرواية على تحديد أهدافه وأولوياته، كما ويستخدم المعالج هذا الأسلوب عندما يظهر المسترشد رغبة في تغيير وتعديل ما لديه من صفات شخصية وأفكار ومبادئ ومشاعر سلبية، من خلال استبدالها بشكل رمزي بصفات شخصية ايجابية يسعى المسترشد إلى تحقيقها، من خلال استخدام مهارات التفاوض والإقناع، كما يمكن استخدام هذه الفنية لتعزيز الصفات الايجابية وإظهار نقاط القوة لدى الفرد (Blatner, 2000).

5. عكس الدور (Role reversal): من خلال هذا الأسلوب يقوم بطل الرواية بتبادل الأدوار مع الآخرين في الموقف الدرامي، بهدف زيادة استبصار المسترشد بسلوكه وتشكيل سلوك متعلم جديد، وتنمية مهاراته ليحقق التكيف النفسي والاجتماعي، إضافة إلى مساعدة المسترشد للتعبير عن انفعالاته (مصطفى، 2010).

6. فنية البديل (Double technique): يقوم المعالج بوضع ذات مساعدة بجانب بطل الرواية تقوم بأداء الدور والتمثيل وتتفاعل معه كما لو كانت ذاته، أو قد يقوم البديل بالتحدث بدلاً عن بطل الرواية، ويستخدم هذا الأسلوب عندما تتغلغل الاضطرابات على مستوى الذات للفرد، بهدف مساعدته في التعبير عن نفسه ومشكلاته والوصول إلى حل (غريب، 1999).

كما وظفت نظرية الجشطالت الفنيات والأساليب التي تقوم على الحركة والأداء من خلال استخدام لغة الجسد، بهدف زيادة الوعي لدى الفرد، وتستخدم الدراما النفسية هذه الانشطة، ذلك أن أهدافها تتقاطع إلى حد كبير مع ما تسعى الدراما النفسية إلى تحقيقه من خلال ما قدمه من فنيات (Corey, 2012)، وفيما يلي وصف موجز لهذه الأساليب:

1. الإسقاط (Playing the projection): لعب أدوار لسلوكيات تمثل مواقف واعتقادات معينة قد تخالف اعتقادات ومواقف الفرد، تهدف إلى مساعدة الفرد على رؤية الأشياء وكشف الصراعات الداخلية لديه (أبو اسعد، 2011).

2. التحويل العكسي (Reversal technique): ومن خلال هذا الأسلوب يعكس الشخص دور النقيض، فمثلاً؛ يقوم الفرد بدور الشخص المتقائل في الحياة عكس دور المتشائم وواقعة السلبي أو بالعكس، بهدف زيادة وعي الفرد بالجانب السلبي والايجابي لديه والعمل على الموازنة بينهما، كما يساعد هذا الأسلوب على تقبل الفرد لصفاته التي اعتاد إنكارها (إسماعيل، 2014).

3. تمرين المبالغة (Exaggeration exercise): من خلال هذا الأسلوب يقوم الفرد بتكرار حركات أو المبالغة في مشاعر أو سلوكيات معينة، مما يجعل المعاني الغامضة في مشاعره وسلوكياته أكثر وضوحاً، كما يعزز من وعي الفرد لرسائل وإشارات جسمه (Botha & dunn, 2009).

4. تمرين التكرار (Rehearsal exercise): يعمل هذا التمرين على جعل الأفراد لأن يكونوا أكثر وعياً بأدوارهم، من خلال خفض الصراعات والقلق الموجودة لديهم تجاه قدرتهم على ممارسة هذه الأدوار في حياتهم الواقعية (Corey, 2012).

الدراسات السابقة

في هذا القسم سيتم استعراض أهم الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الرئيس ومتغيراته، وسيتم عرض تلك الدراسات من الأقدم إلى الأحدث، وتنقسم الدراسات السابقة في هذا الفصل إلى ثلاثة موضوعات فرعية وهي:

أولاً: الدراسات التي تناولت أثر العلاج القائم على الدراما النفسية على الصدمة النفسية:

في دراسة قام بها جل Gil (1997) المشار إليها في (الشيخ علي، 2000) هدفت إلى فحص فاعلية برنامج علاجي قائم على السيودراما لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الأطفال بعمر (9) سنوات، إذ هدف البرنامج إلى خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين تقدير الذات، وتحسين قوة الأنا ومهارات التوافق، وخفض العدوانية والغضب، وتحسين الثقة بالنفس لدى الأطفال المشاركين، تكونت عينة الدراسة من (24) طفلاً تعرضوا إلى صدمات نفسية. أشارت النتائج إلى فاعلية استخدام السيودراما واللعب العلاجي الموجة مع الأطفال في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتحسين تقدير الذات، وتحسين قوة الأنا، ومهارات التوافق، وخفض العدوانية والغضب، وتحسين الثقة بالنفس لدى الأطفال المشاركين.

وأجرى هاستي ومكينا Haste & Mckenna (1999) دراسة بهدف فحص فاعلية العلاج الدرامي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المصدومين، واشتملت عينة الدراسة على (10) أفراد من المرضى الموجودين في قسم للتأهيل النفسي في بريطانيا والذين يعانون من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واستخدم الباحث المقابلة الإكلينيكية. أظهرت النتائج فاعلية العلاج السيودرامي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد الفئة المشاركة.

كما أجرى هادجنس وآخرون Hudgins et.al (2000) دراسة إكلينيكية على طفل يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بهدف التعرف على فاعلية استخدام السيودراما في علاج أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقد استخدم مقياس ضغوط ما بعد الصدمة لبرير (Briere)، ومقياس الاكتئاب لبيك (Beck)، ومقياس السلوك غير الاجتماعي لبيرنشتاين وبوتمان

(Bernstein & Putman) ومقياس الأعراض الجسمية لتشامبلس (Chambless). أظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي ولصالح القياس البعدي لكافة المقاييس المستخدمة؛ مما يدل على فاعلية استخدام السيكدوراما في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وأجرى الحواجري (2003) دراسة لفحص فاعلية برنامج علاجي قائم على الأنشطة والألعاب الدرامية في خفض الأعراض الناجمة عن الصدمة النفسية وأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة في مرحلة التعلم الأساسية في محافظة غزة، وأجريت الدراسة على عينه مكونه من (48) طالباً وطالبة من الطلبة الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية، وتم توزيع أفراد العينة على مجموعتين (ضابطة، تجريبية) واستخدم الباحث مقياس العصاب لايزنك ومؤشر الضغط النفسي عند الأطفال في مرحلة ما بعد الصدمة من إعداده. أظهرت النتائج فعالية البرنامج القائم على الأنشطة والألعاب الدرامية في خفض الأعراض الناجمة عن الصدمة النفسية وأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس.

كما قامت ريس واسبريند Reyes & Asbrand 2005 (2005) بإجراء دراسة طولية هدفت إلى فحص فاعلية العلاج القائم على اللعب والدراما النفسية في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم جنسياً، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (66) طفلاً من الذكور والإناث اشتركوا بأنشطة العلاج باللعب والسيكدوراما، استخدم الباحث الملاحظة والتقييم الكلينيكي من خلال المقابلة. أظهرت النتائج انخفاض في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال، كما انخفضت بشكل دال أعراض الاكتئاب والقلق لديهم، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس.

وفي دراسة قام بها برانيوم Branum (2013) بهدف فحص فاعلية السيكدوراما في خفض أعراض الاضطرابات النفسية الناتجة عن صدمة فقدان، وقد أجريت الدراسة على أشخاص يعانون من صدمة فقدان في الولايات المتحدة الأمريكية، وتكونت عينة الدراسة من (3) حالات تم العمل معها من خلال السيكدوراما، استخدم الباحث مقياس مشاعر الحزن من إعداده. أظهرت نتائج

المجموعة تحسناً ايجابياً لعينة الدراسة على كافة أبعاد المقياس المستخدم، وهو ما يثبت فاعلية السيكدوراما في خفض مشاعر الحزن الناجم عن فقدان، وإعطاء المشتركين الفرصة لاستخدام العديد من الأنشطة والمهارات العلاجية خلال التدخل.

كما قامت كاراتاس Karatas (2014) بدراسة لفحص فاعلية العلاج السيكدورامي في خفض مشاعر الحزن والاكتئاب وتحسين مستوى الوعي الذاتي للطلبة الجامعيين الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية، وأجريت الدراسة على (30) طالباً وطالبة من طلبة جامعة محمد عاكف اسري في تركيا، واستخدم الباحث مقياس الوعي الذاتي من إعداده، ومقياس الاكتئاب لبيك وكول (Beck & coll)، وتم توزيع الطلبة على مجموعتين: ضابطة وتجريبية، أظهرت النتائج انخفاض مشاعر الحزن والاكتئاب وتحسن في مستوى الوعي الذاتي لدى المشاركين، كما أظهرت النتائج ثبات أثر فاعلية العلاج الدرامي على المشاركين، من خلال قياس المتابعة الذي أجره الباحث على المشاركين بعد مرور ثلاثة أشهر من إجراء القياس البعدي.

ثانياً: دراسات تناولت العلاج السيكدورامي:

أجرت عزاري (1990) دراسة حول فاعلية برنامج قائم على السيكدوراما في علاج بعض الاضطرابات النفسية لأطفال ما قبل سن المدرسة مثل (العدوان والتجنب وقلق الانفصال)، أجريت الدراسة على (30) طفلاً في عمر (6) سنوات، وتم توزيع العينة إلى مجموعتين على أساس الجنس: مجموعة ذكور، ومجموعة إناث، واستخدمت الباحثة اختبار رسم الرجل (Goodenough-Harris). أظهرت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي القائم على السيكدوراما في خفض أعراض القلق، والتجنب، والعدوان لكل من المجموعتين.

وفي دراسة أجرتها حموده (1991) هدفت إلى فحص فاعلية العلاج الجماعي القائم على الدراما النفسية في علاج بعض حالات اللجاجة لدى الأطفال، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (24) طالباً وطالبة، واستخدمت الباحثة اختبار رسم الأسرة لكوفمان، واختبار كاتل للذكاء، واختبار تفهم الموضوع. أظهرت النتائج فاعلية استخدام السيكدوراما في علاج حالات اللجاجة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس.

ودرس يوسف (1994) فاعلية اللعب الدرامي في خفض مستوى القلق النفسي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، تكونت عينة الدراسة من (62) طالباً وطالبة تم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، واستخدم الباحث مقياس القلق العام، ومقياس القدرات العقلية العامة. أظهرت النتائج فاعلية استخدام اللعب الدرامي في خفض مستوى القلق وتحسين القدرات العقلية العامة للأطفال.

كما أجرت إبراهيم (1994) دراسة هدفت إلى فحص أثر برنامج قائم على السيودراما في خفض الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال في عمر (9) سنوات، إذ قامت بتطبيق البرنامج على عينة مكونة من (6) أطفال، واستخدمت مقياس الاضطرابات الانفعالية من إعدادها، بالإضافة إلى المقابلة الإكلينيكية. أظهرت النتائج فاعلية استخدام السيودراما في خفض الاضطرابات الانفعالية لدى المشاركين، مثل: القلق، ونوبات الغضب، والجمود الانفعالي.

وأجرى رياض (1994) دراسة هدفت إلى فحص فاعلية استخدام برنامج قائم على السيودراما في علاج الاضطرابات النفسية لدى المرضى الذين يترددون على العيادات النفسية، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (32) مريضاً، وقد تم اختيارهم وفق شروط إكلينيكية خاصة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة استخدم معها السيودراما إضافة إلى العلاج الدوائي الذي تتلقاه، والمجموعة الثانية تعرضت للعلاج الدوائي، واستخدم الباحث المقابلة الإكلينيكية، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه، واختبار (زونج) لكل من الاكتئاب، والقلق، بالإضافة إلى التقييم الذاتي للمريض من قبل أسرته. أظهرت نتائج الدراسة أن المجموعة التي تعرضت للعلاج بالسيودراما قد تحسنت بشكل ملحوظ على كافة الاختبارات المستخدمة في الدراسة بالمقارنة مع المجموعة التي تعرضت للعلاج الدوائي فقط.

وفي دراسة أجراها غريب (1999) لفحص فاعلية برنامج إرشادي قائم على السيودراما بهدف خفض القلق النفسي لدى الأطفال في المؤسسات الإيوائية، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (12) طفلاً من الذكور والإناث، واستخدمت الباحثة اختبار الذكاء اللفظي من إعداد (هنا، 1980) ومقياس القلق من إعداد (البلاوي، 1998) للقياسين القبلي والبعدي. أظهرت النتائج فاعلية السيودراما في خفض القلق النفسي لدى أفراد المجموعة التي تلقت البرنامج.

كما أجرى الشيخ علي (2000) دراسة هدفت لفحص أثر برنامج إرشادي قائم على السيكدوراما في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة وخفض التوتر لدى عينة من طلبة الصف السابع في الأردن، وتكونت عينة الدراسة من 42 طالباً وطالبة تم توزيعهم بشكل متساوٍ على مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدم الباحث مقياس الكفاءة الذاتية المدركة لهارتر Harter ، ومقياس التوتر الذي طوره الزواوي. أظهرت النتائج فاعلية البرنامج على جمع أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية، والمدركة الكفاءة الاجتماعية، والكفاءة الجسمية، والكفاءة المعرفية، والكفاءة العامة)، كما أظهرت النتائج فاعلية البرنامج على البعد النفسي والبعد العام لمقياس التوتر، في حين لم تُظهر فروقاً على كافة الأبعاد (المعرفي، الفسيولوجي)، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الذكور والإناث على كافة أبعاد المقياسين.

وأجرت أبو عميره (2005) دراسة لفحص فاعلية برنامج علاجي قائم على استخدام السيكدوراما في خفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والاجتماعية لدى أطفال المؤسسات الإيوائية، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (28) طفلاً تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وتم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات: مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة ومجموعة زائفة، واستخدمت الباحثة مقياس الاضطرابات الاجتماعية والسلوكية والانفعالية من إعداد الباحثة. أظهرت النتائج انخفاض في مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية والاجتماعية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين الذين تلقوا البرنامج العلاجي القائم على اللعب والسيكدوراما، وهو ما يشير إلى فاعلية استخدام السيكدوراما في خفض مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية إضافة إلى الاضطرابات الاجتماعية.

وفي دراسة برايس 2005 (Bryce) التي هدفت إلى فحص فاعلية السيكدوراما في خفض القلق وتحسين مفهوم الذات لدى الطالبات اللواتي تعرضن إلى الإساءة الجنسية، إذ تكونت عينة الدراسة من (6) طالبات تراوحت أعمارهن ما بين (9-12) عاماً، واستخدم الباحث مقياس فحص القلق والكفاءة الذاتية من إعداده. أظهرت النتائج فاعلية استخدام السيكدوراما في خفض مستوى القلق لدى الطالبات.

كما وأجرى سليمان (2006) دراسة حول فاعلية برنامج إرشادي قائم على السيكدوراما في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في جمهورية مصر العربية، وأجريت الدراسة على (20) طالباً من طلبة المرحلة الابتدائية. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على السيكدوراما في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي. ولم تظهر النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث.

وأجرى روال Rawal (2006) دراسة حول دور السيكدوراما في تعزيز المهارات الحياتية لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم في الولايات المتحدة الأمريكية. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (20) طالباً وطالبة. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج القائم على السيكدوراما في تنمية المهارات الحياتية لدى الطلبة، وتحسين مهاراتهم وقدراتهم في التعامل مع مواقف الحياة وتحدياتها، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود أثر لمتغير الجنس.

وفي دراسة قام بها التخايبة (2011) هدفت إلى فحص مدى فاعلية السيكدوراما في خفض السلوك الفوضوي لدى الطلبة في محافظة الكرك في الأردن، وتكونت عينة الدراسة من (28) طالباً ضمن الفئة العمرية من (9-12) عاماً تم توزيعهم على مجموعتين تجريبية وضابطة. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على السيكدوراما في خفض السلوك الفوضوي لدى الطلاب.

وقامت عبد الحميد (2012) بدراسة هدفت إلى فحص فاعلية السيكدوراما في خفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال في جمهورية مصر، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (20) طالباً وطالبة. أظهرت النتائج فاعلية السيكدوراما في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق لأثر البرنامج الإرشادي بين الذكور والإناث.

كما وأجرت الهويش (2014) دراسة بهدف فحص فاعلية استخدام السيكدوراما لخفض القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان، وتكونت عينة الدراسة من (18) طفلاً من الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم بين (9-12) عاماً، وزعوا إلى مجموعتين (ضابطة، تجريبية)،

واستخدمت الباحثة مقياس القلق ومقياس الاكتئاب للأطفال ومقياس مناهات بورتوس للذكاء . أظهرت النتائج فعالية البرنامج الإرشادي القائم على السيودراما في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان، ولم تظهر النتائج أي فروق لأثر البرنامج الإرشادي بين الذكور والإناث.

وأجرى كل من جيرام و دهغان Geram & Dehghan (2016) دراسة هدفت إلى فحص فاعلية السيودراما في خفض الإحباط وزيادة التنظيم العاطفي لأطفال الشوارع، تكونت عينة الدراسة من (22) طفلاً من أطفال الشوارع تراوحت أعمارهم بين (14-18) وتم توزيعهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، واستخدم الباحث مقياس صعوبة التنظيم العاطفي لكرتيز (Gratz). أظهرت النتائج فعالية استخدام السيودراما في خفض الإحباط وال فشل، وأحداث تغير ايجابي في التنظيم العاطفي لدى المشاركين.

وقام جمعة (2016) بدراسة بهدف فحص فاعلية برنامج إرشادي قائم على السيودراما في خفض حدة بعض المشكلات السلوكية لدى طلاب المرحلة الإعدادية، تكونت عينة الدراسة من (24) طالباً وطالبة تم توزيعهم على مجموعتين ضابطة وتجريبية، واستخدم الباحث قائمة المشكلات السلوكية ومقياس المشكلات السلوكية من إعداد الباحث. أظهرت النتائج فعالية استخدام السيودراما مع الأطفال لخفض المشكلات السلوكية لديهم، ولم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس.

ثالثاً: دراسات تناولت علاج الصدمة النفسية بشكل عام:

في دراسة أجراها كل من بوفر وغرينوالد و إرود Puffer, Greenwald, & Elrod (1998) هدفت لفحص فاعلية أسلوب تقليل الحساسية التدريجي (EMDR) باستخدام تقنية حركة العين لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين في الولايات المتحدة الأمريكية، وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً من الذكور والإناث ضمن الفئة العمرية من (8-17) عاماً، استخدم الباحث التقييم الإكلينيكي للمشاركين بالدراسة. أظهرت النتائج وجود

تحسن ملحوظ لدى (17) طفلاً من أفراد المجموعة، في حين أن (3) أطفال لم يظهروا أي تحسن يذكر.

وأجرى بايسون Bisson (2004) دراسة مقارنة: بهدف فحص فاعلية المساعدة الذاتية والعلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، تكونت عينة الدراسة من (85) فرداً من كلا الجنسين تراوحت أعمارهم (18-65) عاماً، واستخدم الباحث التقييم الإكلينيكي للمشاركين، وتم توزيع أفراد العينة على مجموعتين: مجموعة المساعدة الذاتية، وتم تزويدهم بكتيب يحوي تجارب أشخاص تعرضوا إلى أحداث مؤلمة وإرشادات لمختصين، ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي. أظهرت النتائج تحسن أفضل لدى الأفراد المشاركين في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالمقارنة مع مجموعة المساعدة الذاتية.

وقام صايمه (2005) بدراسة هدفت الى فحص فاعلية برنامج إرشادي مقترح في التفريغ النفسي لخفض أثر الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الإعدادية في محافظات قطاع غزة، تكونت عينة الدراسة من (24) طالباً وطالبة وزعوا إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية، واستخدام الباحث مقياس التعرض للأحداث الصادمة من إعداد برنامج غزة للصحة النفسية، ومقياس ردود فعل الأطفال بعد الصدمة (CPTS-RI). أظهرت النتائج فاعلية استخدام أنشطة التفريغ النفسي في خفض الاضطرابات النفسية للأطفال الذين تعرضوا لصددمات نفسية.

وأجرى المقدادي (2012) دراسة هدفت لفحص فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي قائم على التحصين التدريجي ضد التوتر لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، تكونت عينة الدراسة من (16) طالباً من طلبة جامعة آل البيت في الأردن، وقد تم توزيعهم إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية، واستخدم الباحث مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشاركين، ولم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائية لأثر التدخل تبعاً لمتغير الجنس.

وفي دراسة قام بها ضميره ونصار (2013) بهدف فحص أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز لخفض مستويات الاكتئاب لدى أطفال الحروب في العراق، وتكونت عينة الدراسة من (30)

طفلاً من الذكور والإناث، واستخدام الباحث قائمة فحص الاكتئاب لدى الأطفال. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض مستويات الاكتئاب لدى المشاركين على جمع أبعاد المقياس، ولم تظهر النتائج وجود فروق لأثر التدخل بين الذكور والإناث.

كما أجرى شاهين (2014) دراسة تجريبية مقارنة: هدفت إلى فحص فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة والمحددة بالقلق والاكتئاب لدى المراهقين في قطاع غزة، وتتبع الدراسة فاعلية البرنامجين العلاجيين في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، إضافة إلى مقارنة فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض القلق والاكتئاب لدى المشاركين، وتكونت عينة الدراسة من (80) طالباً وطالبة، تم توزيعهم على مجموعتين: مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة علاج العقل والجسم، واستخدم الباحث مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال من إعداده، ومقياس بك للاكتئاب، ومقياس القلق لسبيلبرجر. أظهرت النتائج فاعلية البرنامجين في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وسمة القلق والاكتئاب، كما أظهرت النتائج فاعلية أكبر لبرنامج العقل والجسم في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى المشاركين، ولم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس في البرنامجين.

وقام ضميره وأبو عطية (2014) دراسة بهدف مقارنة أثر العلاج التكاملي والعلاج المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض القلق الناتج عن الصدمة لدى أطفال الحروب، وتكونت عينة الدراسة من (48) طفلاً من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم ما بين (10-12) عاماً، وزعوا إلى ثلاث مجموعات إرشادية: مجموعة العلاج التكاملي، ومجموعة العلاج المركز على الصدمة، ومجموعة العلاج بالموسيقى، واستخدم الباحث قائمة فحص القلق للأطفال. أظهرت النتائج أن المجموعة التي استخدمت العلاج التكاملي حققت نتائج أفضل من المجموعة التي استخدمت العلاج المركز على الصدمة والمجموعة التي استخدمت العلاج بالموسيقى لكافة الأبعاد على مقياس القلق، ولم تظهر النتائج أي فروق لأثر التدخل بين الذكور والإناث في كافة المجموعات.

وقام محاميد Mahamid (2013) بدراسة هدفت إلى فحص فاعلية الأنشطة التعبيرية لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين الوعي الذاتي لدى الأطفال المصدومين بالضفة الغربية في فلسطين، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (30) طفلاً من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم بين (9-12) عاماً، وزعوا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، واستخدم الباحث مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من إعداده. أظهرت النتائج فاعلية العلاج التعبيري في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتحسين الوعي الذاتي لدى الأطفال المصدومين، ولم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية لأثر التدخل بين الذكور والإناث.

وأجرى وافي وأبو ججوح (2015) دراسة هدفت لفحص فاعلية "تقنية الحرية النفسية" لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، استخدم الباحث مقياس (دافيتسون) لقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (6) أفراد من الذكور تراوحت أعمارهم بين (15-17) عاماً. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية "تقنية الحرية النفسية" في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشاركين.

كما قام عوض (2016) بدراسة هدفت لفحص فاعلية برنامج إرشاد نفسي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين، تكونت عينة الدراسة من (18) طفلاً من الذكور تراوحت أعمارهم بين (9-11) عاماً، تم توزيعهم على مجموعتين: ضابطة وتجريبية، واستخدم الباحث مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من إعداده. أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أولاً: تعقيب على الدراسات التي تناولت أثر العلاج السيكودرامي على الصدمة النفسية:

أظهرت الدراسات التجريبية السابقة أهمية وفاعلية فاعلية العلاج السيكودرامي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشاركين والذي أثبتته دراسة (برانيوم، 2013؛ ريس،

2005؛ الحواجري، 2003؛ هادجنس، 2000؛ جل، 1997)، كما أظهرت الدراسات السابقة فاعلية استخدام العلاج السيكودرامي مع أنواع مختلفة من الصدمات كصدمة فقدان والتي تناولتها دراسة (برانيوم، 2013)، والصدمات التي يتعرض لها الأطفال نتيجة الحروب كدراسة (الحواجري، 2003)، أما دراسة (رييس وآخرون، 2005؛ هاجنس، 2000؛ جل، 1997) فقد تناولت الصدمات التي يتعرض لها الأطفال بسبب الإساءة والعنف كالإساءة الجنسية، وقد أشارت الدراسات السابقة إلى أن الأطفال المصدومين يعانون من أعراض تتمثل في: مشاعر الحزن وسلوك التجنب، ضعف التواصل الاجتماعي، والاكتئاب والاضطرابات الجسدية، والانسحاب والقلق، والعواني، ضعف الأنا، واللعب الصدمي، والخطر.

ثانياً: تعقيب على الدراسات التي تناولت العلاج السيكودرامي:

أظهرت الدراسات السابقة التجريبية التي تناولت العلاج السيكودرامي أهمية وفاعلية العلاج السيكودرامي في خفض العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية المرتبطة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال (جمعة، 2016؛ جيرما، 2016؛ الهويش، 2014؛ عبد الحميد، 2012؛ الخاينه، 2011؛ سليمان، 2006؛ برايس، 2005؛ ابو عميره، 2005؛ الشيخ علي؛ غريب، 1999؛ رياض، 1994؛ إبراهيم، 1994؛ يوسف، 1994؛ حموده، 1991؛ عزازي، 1990). وقد تناولت هذه الدراسات متغيرات مختلفة من الاضطرابات لدى الأطفال مثل الاضطرابات السلوكية، والقلق، والاكتئاب، والاضطرابات الانفعالية، وسلوك التجنب، والسلوك العدواني، وحالات اللجاجة، وقلق الانفصال، حيث اثبتت هذه الدراسات فاعلية استخدام السيكودراما في خفض هذه المشكلات.

ثالثاً: تعقيب على الدراسات التي تناولت علاج الصدمة النفسية بشكل عام

تشير الدراسات السابقة التي تناولت علاج الصدمة النفسية أن المختصين في مجال الإرشاد النفسي استخدموا العديد من الأساليب والتقنيات والمناهج النفسية التجريبية والتي أثبتت فاعليتها في علاج وخفض أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشاركين، فقد استخدم (عوض،

2016) الإرشاد الانتقائي والذي اثبت فاعليته في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما أكدت دراسة (ضمرة وأبو عطية، 2014) فاعلية العلاج التكاملي في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مقارنة بالعلاج المركز على الصدمة والعلاج بالفن، كما أظهرت دراسة (الججوج، 2015) فاعلية تقنية الحرية النفسية في العمل مع الأطفال المصدومين، وأظهرت العديد من الدراسات السابقة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (شاهين، 2014؛ وضمرة ونصار، 2013؛ المققادي، 2012 برانيت وآخرون، 1999؛ Bisson, 2004)، وأكدت الدراسات السابقة فاعلية استخدام الأنشطة التعبيرية في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين الوعي الذاتي لدى الأطفال والذي أثبتته دراسة Mahamid (2013)، أما دراسة بوفر وغرينوالد و إرود (Puffer, et.al, 1998) فقد أظهرت فاعلية أسلوب تقليل الحساسية التدريجي من خلال حركة العين في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما أظهرت دراسة (صايمة، 2004) أهمية أنشطة التفريغ النفسي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأفراد الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية، وتشير نتيجة هذه الدراسات الى أهمية وفاعلية الإرشاد النفسي والبرامج العلاجية في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الافراد الذين تعرضوا الى صدمات نفسية.

الخلاصة:

يظهر أهمية استخدام العلاج السيكودرامي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين، إضافة إلى فاعلية استخدام السيكودراما في علاج مشكلات واضطرابات نفسية مختلفة، كما أن هنالك العديد من المناهج والأساليب المستخدمة في الإرشاد النفسي للتدخل مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والتي أثبتت فاعليتها في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومنها: الإرشاد الانتقائي، والسلوكي المعرفي، وتقنية الحرية النفسية، وتقليل الحساسية التدريجي من خلال حركة العين، والإرشاد من خلال الأنشطة التعبيرية، والإرشاد المعرفي، والتفريغ النفسي.

وتشكل نتائج الدراسات السابقة دعم للبحث وأهدافه خاصة الدراسات التي استخدمت السيكودراما في العمل العلاجي مع المصدومين، حيث سعى هذا البحث إلى بناء برنامج إرشاد جمعي قائم على السيكودراما لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين.

وتظهر أهمية البحث الحالي من أهمية موضوعه على الساحة الفلسطينية والعربية؛ كونه يضيف إلى الدراسات النفسية في المكتبة العربية بشكل عام والمكتبة الفلسطينية بشكل خاص بحثاً علمياً تجريبياً يثري العمل الإرشادي في هذا المجال، حيث يظهر أن هناك قصور في استخدام السيكودراما من قبل المختصين في الإرشاد النفسي في فلسطين في العمل مع الأطفال الذين يتعرضون إلى خبرات وأحداث صادمة، رغم أهميتها وفعاليتها والتي أثبتته الدراسات والأدبيات العلمية، كما تميز هذا البحث في استخدام عدد من الأنشطة السيكودرامية المناسبة للأطفال المصابين بصدمات نفسية.

الفصل الثالث الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يشمل هذا الفصل عرضاً للمنهجية التي اتبعتها هذه الدراسة، والتي تتضمن مجتمع الدراسة وعينتها، ووصفاً لأدواتها وإجراءاتها التي تمّ وفقها تطبيق هذه الدراسة، والمعالجات الإحصائية المستخدمة واللازمة لتحليل البيانات.

منهجية الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي نظراً لملائمته لأغراض الدراسة الحالية وتصميمها.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (30) طفلاً من الذكور والإناث ضمن الفئة العمرية (9-12 سنة)، تم اختيارهم بشكل عشوائي ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) المستخدم في الدراسة والذي أعده (Mahamid, 2013)، إذ تم تطبيق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على (115) طالباً وطالبة من طلبة مدارس دوما الأساسية في محافظة نابلس ممن تعرضوا إلى صدمات نفسية.

ومن ثم تم توزيع أفراد الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين، الأولى تجريبية والتي تلقت البرنامج الإرشادي، وتكونت من (15) طفلاً من الذكور والإناث، والثانية ضابطة والتي لم تتلق البرنامج الإرشادي وتكونت من (15) طفلاً من الذكور والإناث، والجدول (1) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغيري الجنس والمجموعة.

جدول (1): توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس والمجموعة

النسبة المئوية	التكرار	الجنس		المجموعة
		أنثى	ذكر	
50 %	15	8	7	التجريبية
50 %	15	8	7	الضابطة
100 %	30	16	14	المجموعة

أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD).

استخدم الباحث مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذي أعده (Mahamid, 2013)، وذلك لمناسبة المقياس لأغراض الدراسة وعينتها، وهو مقياس تم بناءه بناءً على الأدبيات العلمية والأدلة التشخيصية العالمية في هذا المجال، وبما يتناسب في عباراته ومحتواه مع البيئة الفلسطينية وعينة الدراسة المستهدفة وهم الأطفال من عمر (9-12) عاماً، وشمل جميع أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين يعانون من صدمات نفسية، ويتكون المقياس من (47) فقرة موزعة على ستة أبعاد وهي:

1. إعادة التذكر وإحياء الصدمة (Re-Experiencing Trauma): يشمل ذلك الذكريات المؤلمة والمتكررة، مثل الصور، والأفكار، والأحلام، والخبرات، والتخيلات، وإعادة ذكريات ذات صلة بالتجربة. وتمثله الفقرات (1، 2، 3، 4، 5، 6).

2. التجنب والخدر (Avoidance and Numbing): يتضمن جهود لتجنب الأفكار والمشاعر والخبرات المرتبطة بأنشطة الحدث الصادم مثل: الأماكن، والأشخاص، والأشياء، التي تثير ذكريات الحدث الصادم. وتمثله الفقرات (7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17).

3. الاستثارة الزائدة (Over Arousal): يتضمن فرط الحركة، الأرق، وصعوبة التركيز، والتهيج العام، والاستجابة المفرطة المتطرفة. وتمثله الفقرات (18، 19، 20، 21، 22، 23، 24).

4. **الأعراض الجسمية (Physical Symptoms):** ويشمل صعوبة النوم، وفطط النشاط، وتقلبات المزاج المفاجئ، واضطرابات الذاكرة، وانخفاض مستوى الطاقة لدى الفرد. وتمثله الفقرات (25، 26، 27، 28، 29، 30).

5. **اللعب الصدمي (Traumatic play):** ويتضمن استرجاع الطفل لمخاوفه والخبرات الصادمة أثناء اللعب، وتكون مدفوعة ومصاحبة للمشاعر المرتبطة بالخبرات الصادمة التي تعرض لها في السابق. وتمثله الفقرات (31، 32، 33، 34، 35، 36، 37).

6. **الأعراض النفسية (Psychological Symptoms):** ويشمل ردود الفعل النفسية المتعلقة بالحدث الصادم مثل: الافتقار إلى الكفاءة الذاتية، والاضطرابات المعرفية والسلوكية، وفقدان الثقة والعدوانية، والسلوكيات الانتحارية. كما هو موضح في ملحق (1).

صدق مقياس:

تم استخراج نوعين من الصدق للتأكد من صلاحية الأداة وهما:

أ. **صدق المحكمين:** وهو ما يُعرف بالصدق المنطقي أو الصدق الظاهري، وذلك بعرض المقياس على (8) من المختصين في علم النفس الإرشادي، وذلك بهدف التأكد من مناسبة المقياس لما أُعدَّ من أجله، وسلامة صياغة الفقرات، وأجمع جميع المحكمون على صلاحية الفقرات مع القيام ببعض التعديلات اللغوية، وهذا يُشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق منطقي مقبول. كما هو موضح في ملحق رقم (2).

ب. **صدق البناء:** كما تم استخراج صدق البناء للمقياس من خلال تطبيقه على عينة مستقلة (عينة الصدق) مكونة من (50) طفلاً يعانون من صدمات نفسية في مدارس قرى مديرية التربية والتعليم جنوب نابلس في فلسطين ضمن الفئة العمرية من (9- 12) عاماً وفقاً لما يلي:

أولاً: تم احتساب معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس. والجدول (2) يوضح معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية.

جدول (2): معامل ارتباط بيرسون لفحص ارتباط فقرات مقياس ضغوط ما بعد الصدمة بدرجة الكلية

الارتباط	الفقرة	الارتباط	الفقرة	الارتباط	الفقرة
0.68**	33	0.52**	17	0.52**	1
0.63**	34	0.46**	18	0.50**	2
0.63**	35	0.63**	19	0.67**	3
0.59**	36	0.67**	20	0.59**	4
0.62**	37	0.59**	21	0.49**	5
0.68**	38	0.58**	22	0.65**	6
0.62**	39	0.48**	23	0.61**	7
0.61**	40	0.61**	24	0.54**	8
0.62**	41	0.55**	25	0.42**	9
0.54**	42	0.43**	26	0.50**	10
0.62**	43	0.54**	27	0.55**	11
0.52**	44	0.51**	28	0.52**	12
0.57**	45	0.67**	29	0.44**	13
0.58**	46	0.65**	30	0.62**	14
0.48**	47	0.52**	31	0.56**	15
		0.49**	32	0.52**	16

** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

أظهرت نتائج الجدول (2) وجود ارتباط مرتفع ودال إحصائياً بين فقرات المقياس والدرجة الكلية، إذا تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات بالدرجة الكلية بين (42-68)، بحيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، وفي ضوء ذلك فإن النتائج تشير إلى صلاحية الأداة وتمتعا بصدق البناء المناسب من حيث ارتباط فقرات المقياس بالدرجة الكلية.

ثانياً: تم احتساب ارتباط فقرات مقياس ضغوط ما بعد الصدمة بالبعد الذي تنتمي إليه، والجدول (3) يوضح درجة معامل الارتباط بين الفقرات والبعد الذي تنتمي إليه.

جدول (3): معامل ارتباط بيرسون لفحص ارتباط فقرات مقياس ضغوط ما بعد الصدمة بالبعد الذي تنتمي اليه

معامل الارتباط بالبعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط بالبعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط بالبعد	رقم الفقرة
بعد استعادة الحدث الصادم					
0.76**	.3	0.72**	.2	0.73**	.1
0.72**	.6	0.62**	.5	0.59**	.4
بعد التجنب والخدر					
0.40**	.9	0.63**	.8	0.68**	.7
0.63**	.12	0.65**	.11	0.62**	.10
0.61**	.15	0.53**	.14	0.55**	.13
		0.54**	.17	0.58**	.16
بعد فرط الاستثارة					
0.73**	.20	0.68**	.19	0.59**	.18
0.53**	.23	0.68**	.22	0.65**	.21
				0.71**	.24
بعد الأعراض الجسدية					
0.65**	.27	0.61**	.26	0.60**	.25
0.73**	.30	0.77**	.29	0.66**	.28
بعد اللعب الصدمي					
0.78**	.33	0.58**	.32	0.65**	.31
0.67**	.36	0.77**	.35	0.68**	.34
				0.70**	.37
بعد الأعراض النفسية					
0.74**	.40	0.65**	.39	0.67**	.38
0.62**	.43	0.58**	.42	0.72**	.41
0.68**	.46	0.61**	.45	0.63**	.44
				0.58**	.47

** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

أظهرت نتائج الجدول (3) وجود ارتباط مرتفع ودال إحصائياً بين الفقرات والبعد الذي تنتمي إليه، إذ كانت جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً، وفي ضوء ذلك فإن النتائج تشير إلى صلاحية الأداة وتمتعها بصدق البناء المناسب من حيث ارتباط فقرات المقياس بأبعادها.

ثبات المقياس:

من أجل استخراج ثبات المقياس لجأ الباحث إلى تطبيق المقياس على عينة مستقلة عن عينة الدراسة (عينة الثبات) مكونة من (50) طفلاً يعانون من صدمات نفسية في مدارس قرى مديرية التربية والتعليم جنوب نابلس في فلسطين ضمن الفئة العمرية من (9- 12) عاماً، بحيث تم حساب معامل ثبات للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي كما هو موضح في الجدول (4).

جدول (4): معامل الثبات للمجالات والدرجة الكلية لمقياس ضغوط ما بعد الصدمة

المجال	كرونباخ ألفا
إعادة تذكر وإحياء الصدمة	0.78
الخطر والتجنب	0.81
الاستشارة الزائدة	0.78
الأعراض الجسمية	0.74
اللعب الصدمي	0.81
الأعراض النفسية	0.85
الدرجة الكلية	0.95

أظهرت نتائج الجدول السابق أن الدرجة الكلية لمعامل (كرونباخ ألفا) لمقياس ضغوط ما بعد الصدمة بلغ (0.95)، وتعد هذه القيمة مؤشراً مرتفعاً لمدى ثبات المقياس ككل، وتراوحت قيم معامل (ألفا كرونباخ) لأبعاد المقياس بين (0.74- 0.85)، وتعد هذه القيم مؤشراً مرتفعاً لمدى ثبات أبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

تصحيح المقياس:

استخدم المقياس تدريج ليكرت الخماسي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، مطلقاً) إذ يعطى الخيار دائماً خمسة درجات، ويعطى الخيار غالباً أربع درجات، ويعطى الخيار أحياناً ثلاث درجات، ويعطى الخيار نادراً درجتين، ويعطى خيار مطلقاً درجة واحدة، وتتراوح درجات المقياس بين (47- 235)، إذ تشير الدرجة (235) إلى درجة مرتفعة من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والدرجة (47) تشير إلى درجة منخفضة من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ثانياً: البرنامج الإرشادي القائم على الدراما النفسية:

1. بناء البرنامج

قام الباحث بإعداد برنامج الإرشاد الجمعي القائم الدراما النفسية مستقيماً من الأدب النظري السابق في مجال الدراما النفسية وما يتضمنه من فنيات وتمارين (Moreno, 1994)؛ Mahamed, 2013 ; Hudgins, 2000; Mosher & Yukman, 2000؛؛ الشيخ علي، (2000)، وقد تم توظيف تلك الاستراتيجيات والتمارين بحيث تعمل على مساعدة أعضاء المجموعة الإرشادية على خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

2. صدق البرنامج:

بعد بناء البرنامج قام الباحث بعرضه على 8 من المحكمين ممن يحملون درجة الدكتوراه في علم النفس، وذلك بهدف التعرف على ملاحظاتهم فيما يتعلق بالجلسات والهدف منها، ومدى ملائمة البرنامج للهدف الذي وضع من أجله، وقد تم الأخذ بجميع الملاحظات المتعلقة في البرنامج بما في ذلك ملائمة التمرين المستخدم في الجلسة لهدف الجلسة، ومدى مناسبة الواجبات البيتية المستخدمة في كل جلسة.

3. محتوى البرنامج:

تكون البرنامج من ثلاث عشرة جلسة إرشادية، مدة كل جلسة (90) دقيقة بمعدل جلستين أسبوعياً، حيث تضمنت كل جلسة مجموعة من الأهداف ووضع لكل جلسة نشاطات إحماء، وفتيات تدخل في العلاج السيكودرامي وواجباً بيتياً لتحقيق هذا الغرض وقد وضعت الأهداف بحيث تعمل على خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشاركين وقد اعتبرت الجلسة الأولى للبرنامج جلسة بنائية هدفت لبناء علاقة إرشادية جيدة بين المرشد وأعضاء المجموعة الإرشادية، في حين ركزت الجلسات العشر التالية للجلسة الأولى في التدريب على فنيات الإرشاد السيكودرامي، وقد تضمنت تمارين مختلفة مثل تمرين لعب الأدوار، وفنية المرأة، والدكان السحري، والبديل، وواقع فائض، والكرسي الخالي، وقد خدمت هذه التمارين مجموعة من الأهداف والتي تنصب في تحقيق الهدف العام للبرنامج وهو خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشتركين، كما اعتبرت الجلسة الثالث عشرة جلسة ختامية للبرنامج هدفت لعمل مراجعة سريعة لما تم في الجلسات السابقة والتعرف على مشاعر المشتركين أثناء الجلسات ومدى تلبية البرنامج لتوقعاتهم والبرنامج الإرشادي. كما هو موضح في ملحق رقم (3).

4. ملخص جلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى: هدفت الجلسة الأولى إلى التعارف بين أفراد المجموعة من جهة وبين المرشد والمجموعة من جهة ثانية، وتعريف المجموعة الإرشادية بمحتوى البرنامج الإرشادي من حيث: مكان انعقاد اللقاءات الإرشادية، وزمن اللقاء، ومدة البرنامج (عدد اللقاءات الخاصة بالبرنامج)، إضافة إلى الأهداف التي يسعى البرنامج الإرشادي لتحقيقها مع المجموعة الإرشادية والتعرف على توقعات أفراد المجموعة الإرشادية من البرنامج ومناقشتها، وإحماء المجموعة للاستعداد للقاء القادم.

الجلسة الثانية: تحسين الوعي بالأعمال غير المنتهية المتعلقة بالأحداث المؤلمة، وتحسين الوعي بالأفكار والمشاعر الناتجة عن الحدث الصادم، من خلال لعب الأدوار.

الجلسة الثالثة: أن يعي الفرد مصادر الدعم والقوة الموجودة لديه، التغلب على مشاعر الحزن المتعلقة بالحدث الصادم من خلال استخدام فنية الكرسي الخالي.

الجلسة الرابعة: تحسين الذاكرة فيما يتعلق بالخبرات الصادمة التي مر بها اعضاء المجموعة الارشادية، وزيادة وعي اعضاء المجموعة بمشاعر الخسارة والغضب الموجودة لديهم، من خلال استخدام اسلوب الدور الازدواجي.

الجلسة الخامسة: التخلص من مشاعر الذنب والخجل المرتبطة بالخبرة الصادمة والتعبير عنها، والوعي بتوقعات الإخفاق والفشل والتخلص منها، من خلال استخدام أسلوب واقع فائض.

الجلسة السادسة: العمل على إطلاق المشاعر المكبوتة والمتعلقة بالحدث الصادم، ومساعدة المسترشد على الوعي بالتغيرات التي حدثت في حياته، إضافة الى تحسين استبصارهم بالجوانب الإيجابية التي موجودة لديه. من خلال اسلوب مناجاة النفس.

الجلسة السابعة: تحسين وعيهم بالجوانب الجسمية ومناطق الألم، استيعاب الخبرات والاحداث الصادمة التي مر بها الفرد بشكل أكثر فاعلية، وتحسين قدرهم على الاسترخاء وإحساسهم بأجسادهم من خلال فنية المرآه والتدريب على الاسترخاء.

الجلسة الثامنة: تحسين وعيهم بالجوانب المتناقضة الموجودة لديهم، كجوانب القوة والضعف، وتحسين شعورهم بالأمان واحترام الذات من خلال اسلوب الحوار ودمجه مع فنية الكرسي الخالي.

الجلسة التاسعة: مساعدة الاطفال في التغلب على مشاعر العجز وفقدان المعنى المرتبطة بالخبرة الصادمة، وزيادة الوعي بالإمكانيات الذاتية الخاصة بالفرد، من خلال استخدام فنية الدكان السحري.

الجلسة العاشرة: الوعي بالأفكار والاتجاهات المرتبطة بالحدث الصادم، والتعامل مع الحاجات والافكار والمشاعر لدى الاطفال المصدومون من خلال استخدام نشاط سيكودرامي النحات.

الجلسة الحادية عشر: تحسين التواصل مع الذات والبيئة المحيطة، ومساعدة المسترشدين على تطوير الثقة بالعالم الخارجي بعد التعرض للخبرات الصادمة، وتعزيز الجوانب الاجتماعية لمنع العزلة وعدم المشاركة الاجتماعية من خلال استخدام أسلوب التخيل والاسقاط على المستقبل.

الجلسة الثانية عشر: مساعدة أفراد المجموعة في استعادة الإحساس بالسيطرة على البيئة المحيطة بهم، وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة للفرد من خلال استخدام أسلوب إعادة المشهد ولعب الدور.

الجلسة الثالثة عشرة: إكمال الأعمال والمشاعر غير المنتهية لأعضاء المجموعة الإرشادية، والتعرف على ملاحظات المشتركين ومشاعرهم حول البرنامج، والتأكيد على ما أنجز وما تحقق والمهارات التي اكتسبها أفراد المجموعة، وشكر الأعضاء لاشتراكهم في البرنامج، من خلال تقديم التغذية الراجعة والحوار.

إجراءات الدراسة:

بعد تحديد مجتمع الدراسة (الأطفال المصدومين) وأخذ الموافقات من الجهات المختصة لتطبيق البرنامج في مدارس مديرية التربية والتعلم جنوب نابلس، تم تطبيق القياس القبلي لقياس ضغوط ما بعد الصدمة على أطفال مدرستين من مدارس قرية دوما في محافظة نابلس من الفئة العمرية من (9-12) عاماً، ممن تعرضوا إلى أحداث صادمة وعددهم (115) طالب وطالبة، ومن ثم أجرى الباحث الاختبارات المناسبة للتحقق من النتائج على القياس القبلي، وقد بلغ عدد الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة (65) طفلاً، اختار الباحث (30) طفلاً بشكل عشوائي من أولئك الذين حصلوا على أعلى الدرجات على القياس القبلي لضغوط ما بعد الصدمة. وقد أعتبر هؤلاء عينة نهائية للدراسة، حيث تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين أحدهما تجريبية تلقت المعالجة وضمت (15) طالباً وطالبة والأخرى ضابطة لم تتلق أي معالجة ضمت (15) طالب وطالبة. وقد بدأ تطبيق البرنامج الإرشادي بتاريخ (2017/4/3) وانتهى بتاريخ (2017/5/20) واستمر التطبيق لمدة سبعة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً بواقع (90) دقيقة للجلسة الواحدة. كما طبق برنامج الإرشاد الجمعي السيكودرامي على أفراد المجموعة

التجريبية. وقد عقدت الجلسات في قاعة مجهزه بشكل جيد من حيث الإضاءة والتهوية وهي بعيدة عن الضوضاء. وقد تم الالتقاء مع الأطفال في الفترة الصباحية، كما تم اختيار أيام التطبيق خالية من أي نشاط رياضي أو غيرها من الأنشطة الترويحية. وبعد انتهاء الجلسة الثالثة عشرة طبق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك لأخذ القياس البعدي. وقد تم تحقيق التكافؤ في هذه الدراسة بواسطة العشوائية في التوزيع، إضافة إلى أن أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في نفس المنطقة، ويترتب على ذلك تعرضهم لنفس المؤثرات البيئية والتعليمية من معززات وغيرها.

منهج الدراسة وتصميمها:

استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي لمجموعتين بتصميم قبلي وبعدي، بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة، وتوضيح الرموز أدناه تصميم هذا البحث.

^R E	O1	X	O2
^R C	O1	-	O2

حيث تشير الرموز:

R: اختيار عشوائي لأفراد الدراسة وتوزيع عشوائي على المجموعات.

E: المجموعة التجريبية.

C: المجموعة الضابطة.

O1: اختبار قبلي.

O2: اختبار بعدي

X: المعالجة.

∴ لا توجد معالجة.

والجدول (5) يوضح تصميم الدراسة وفقاً لمتغيرات الاختبار والمجموعة.

جدول (5): تصميم الدراسة وفقاً لمتغيرات الاختبار والمجموعة:

الاختبار المجموعة	الاختبار القبلي	العلاج (برنامج إرشادي سيكودرامي)	المقياس البعدي
التجريبية	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	البرنامج الإرشادي	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
الضابطة	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	لا يوجد تدخل	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

المعالجات الإحصائية:

للإجابة عن تساؤلات الدراسة، استخدم الباحث برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية

(SPSS) وتم استخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

- التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية.
- معامل ارتباط "بيرسون" لاستخراج ارتباط فقرات القياس بالدرجة الكلية وارتباط الفقرات بالبعد الذي تنتمي إليه.
- معامل "كرونباخ ألفا" (Cronbach's Alpha) لاستخراج ثبات الأداة.
- اختبار "ت" لعينين مستقلتين (Independent Samples t-Test)، لتحقق من تكافؤ المجموعات.
- اختبار تحليل التباين المصاحب المتعدد (MANOVA)، لفحص دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية وأبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة (المجموعة، الجنس).
- اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired Samples t-Test)، لحساب دلالة الفروق بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي لأفراد المجموعة التجريبية.

متغيرات الدراسة:

- المتغيرات المستقلة: المعالجة (تجريبية وضابطة)، والجنس (ذكر، أنثى).
- المتغيرات التابعة: واقع ضغوط ما بعد الصدمة.

محددات الدراسة:

• اعتمدت نتائج الدراسة على التقرير الذاتي للفئة المشاركة بالبحث، فقد تكون الإجابات معرضة إلى الكثير من العوامل البيئية، والذي قد يكون لها أثر على النتائج، ولذلك هناك حاجة لأبحاث مستقبلية تفحص هذه المتغيرات بالاعتماد على عدة مصادر للمعلومات، كالملاحظة الإكلينيكية، التقييم الأسري.

- اقتصر البحث على استخدام البحث الكمي شبه التجريبي.
- اقتصر البحث على الأطفال ضمن الفئة العمرية من (9-12) عام.
- اقتصر البحث على الاختبار القبلي والبعدي لفحص النتائج.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

فيما يلي عرض للنتائج الخاصة بكل سؤال من أسئلة الدراسة:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05=\alpha$) بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً للمجموعة (ضابطة وتجريبية) والجنس (ذكر وأنثى)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم إتباع الخطوات الآتية:

أولاً: تم احتساب اختبار "ت" لعينتين مستقلتين (Independent Samples t-Test) على الاختيار القبلي لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، للتحقق من تكافؤ المجموعات، والجدول (6) نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لفحص دلالة الفروق بين المجموع التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار القبلي.

جدول (6): نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لفحص دلالة الفروق بين المجموع التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار القبلي.

المجموعة	المتوسط	الانحراف	درجات الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	مستوى الدلالة
تجريبية	3.98	.39	28	.36	.71
ضابطة	3.93	.36			

يتضح من نتائج جدول (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05=\alpha$) بين متوسط المجموعة الضابطة والذي بلغ (3.93) والمجموعة التجريبية والذي بلغ (3.98) على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، للاختبار القبلي، وهذه النتيجة تشير إلى تكافؤ المجموعات.

ثانياً: تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال الذين يعانون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة (المجموعة: تجريبية وضابطة والجنس: ذكور وإناث)، والجدول (7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة (المجموعة والجنس).

جدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة (المجموعة والجنس).

البعد	المجموعة	العينة	الاختبار القبلي		الاختبار البعدي	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
إعادة التذكر وإحياء الصدمة	التجريبية	15	4.11	.59	2.40	.37
	الضابطة	15	4.27	.46	4.25	.51
	الذكور	14	4.09	.59	3.27	1.12
	الإناث	16	4.28	.48	3.37	1.00
	المجموع	30	4.19	.53	3.32	1.04
التجنب والخدر	التجريبية	15	4.07	0.54	2.35	0.35
	الضابطة	15	3.97	0.38	3.94	0.42
	الذكور	14	4.04	0.51	3.15	1.00
	الإناث	16	4.00	0.43	3.14	0.81
	المجموع	30	4.02	0.46	3.15	0.89
الاستشارة الزائدة	التجريبية	15	4.11	0.58	2.38	0.40
	الضابطة	15	4.08	0.53	4.08	3.94
	الذكور	14	4.17	0.51	3.28	1.08
	الإناث	16	4.03	0.59	3.18	0.92
	المجموع	30	4.10	0.55	3.15	0.89
الأعراض الجسمية	التجريبية	15	3.96	0.62	2.45	0.50
	الضابطة	15	3.96	0.53	3.95	0.54
	الذكور	14	4.01	0.50	3.11	1.03
	الإناث	16	3.92	0.64	3.28	0.84
	المجموع	30	3.96	0.57	3.20	0.92

0.33	2.18	0.46	3.94	15	التجريبية	اللعب الصدمي
0.71	3.60	0.722	3.59	15	الضابطة	
0.95	2.78	0.70	3.70	14	الذكور	
0.88	2.98	0.56	3.82	16	الإناث	
0.90	2.89	0.62	3.76	30	المجموع	
0.33	2.24	0.34	3.76	15	التجريبية	الأعراض النفسية
0.35	3.92	0.41	3.90	15	الضابطة	
1.01	3.70	0.40	3.96	14	الذكور	
0.85	3.09	0.32	3.72	16	الإناث	
0.91	3.08	0.38	3.83	30	المجموع	
0.24	2.30	0.39	3.98	15	التجريبية	الدرجة الكلية
0.36	3.95	0.36	3.93	15	الضابطة	
0.98	3.09	0.400	3.98	14	الذكور	
0.82	3.16	0.36	3.93	16	الإناث	
0.88	3.1	3.37	3.96	30	المجموع	

يتضح من نتائج الجدول السابق، وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لأداء الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على الدرجة الكلية وكافة أبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (إعادة تذكر وإحياء الصدمة، والتجنب والخدر، والاستثارة الزائدة، والأعراض الجسمية، واللعب الصدمي، والأعراض النفسية) تبعاً لاختلاف متغير الدراسة واختلاف فئاتها: (المجموعة: تجريبية وضابطة و الجنس: ذكور وإناث)، ولفحص دلالة تلك الفروق تم استخدام اختبار تحليل التباين المصاحب المتعدد (MANCOVA) للدرجة الكلية وأبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة.

جدول (8): تحليل التباين المصاحب المتعدد (MANCOVA) للدرجة الكلية وأبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيري الدراسة.

البيانات	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات أو التباين	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
المجموعة	إعادة التذكر وإحياء الصدمة	12.75	1	12.75	94.92	(.000)*
	التجنب والخدر	10.76	1	10.76	113.26	(.000)*
	الاستئثار الزائدة	13.34	1	13.34	128.85	(.000)*
	بالأعراض الجسمية	11.43	1	11.43	48.75	(.000)*
	اللعب الصدمي	11.70	1	11.70	117.26	(.000)*
	الأعراض النفسية	11.63	1	11.63	253.02	(.000)*
	الدرجة الكلية	12.14	1	12.14	289.73	(.000)*
الجنس	إعادة تذكر وإحياء الصدمة	.00	1	.00	.00	.92
	التجنب والخدر	.00	1	.00	.100	.75
	الاستئثار الزائدة	.00	1	.00	.03	.85
	بالأعراض الجسمية	.31	1	.31	1.33	.26
	اللعب الصدمي	.34	1	.34	3.45	.07
	الأعراض النفسية	.17	1	.17	3.82	.06
	الدرجة الكلية	.08	1	.08	2.10	.16
إعادة تذكر وإحياء الصدمة (القبلي)	إعادة تذكر وإحياء الصدمة (البعدي)	.005	1	.005	.001	.982
التجنب والخدر (القبلي)	الخدر والتجنب (البعدي)	.001	1	.001	.006	.938
الاستئثار الزائدة (القبلي)	الاستئثار الزائدة (البعدي)	.035	1	.035	.336	.569
الأعراض الجسمية (القبلي)	بالأعراض الجسمية (البعدي)	.086	1	.086	.367	.552

.689	.165	.017	1	.017	اللعب الصدمي (البعدي)	اللعب الصدمي (القبلي)
.455	.580	.027	1	.027	الأعراض النفسية (البعدي)	الأعراض النفسية (القبلي)
0.096	3.05	0.12	1	0.12	الدرجة الكلية للمقياس على الاختبار (البعدي)	الدرجة الكلية للمقياس على الاختبار (القبلي)
		.210	27	5.683	إعادة تذكر وحياء الصدمة	الخطأ
		.156	27	4.202	التجنب والخدر	
		.231	27	6.233	الاستتارة الزائدة	
		.281	27	7.578	الاعراض الجسمية	
		.312	27	8.433	اللعب الصدمي	
		.125	27	3.365	الاعراض النفسية	
		.097	27	2.608	الدرجة الكلية	
			29	31.582	إعادة تذكر وحياء الصدمة	الكلي
			29	23.113	التجنب والخدر	
			29	28.101	الاستتارة الزائدة	
			29	24.649	الاعراض الجسمية	
			29	23.824	اللعب الصدمي	
			29	24.535	الاعراض النفسية	
			29	22.917	الدرجة الكلية	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05=\alpha$)، على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة ومجالاته ما بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وفقاً للاتي:

- إعادة تذكر وإحياء الصدمة: لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطها (2.40) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (4.25).

- الخدر والتجنب: لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطها (2.35) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (3.94).

- الاستثارة الزائدة: لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطها (2.38) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (4.08).

- الأعراض الجسمية: لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطها (2.45) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (3.95).

- اللعب الصدمي: لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطها (2.18) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (3.60).

- الأعراض النفسية: لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطها (2.24) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (3.92).

- الدرجة الكلية: لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطها (2.30) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (3.95).

وأظهرت النتائج كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأداء الأطفال على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة ومجالاته ما بين الإناث والذكور على الدرجة الكلية وكافة أبعاد المقياس.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الاختبار القبلي للدرجة الكلية وأبعاد مقياس ضغوط ما بعد الصدمة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05=\alpha$) بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (الذين تلقوا البرنامج الإرشادي) على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده على المقياس القبلي والبعدي؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على المقياس القبلي والمقياس البعدي للمجموعة التجريبية، باستخدام اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired Samples t-Test)، والجدول (9) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده على المقياس القبلي والمقياس البعدي للمجموعة التجريبية من خلال حساب اختبار (ت) للعينات المرتبطة.

جدول (9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء الأطفال على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده على المقياس القبلي والمقياس البعدي للمجموعة التجريبية من خلال حساب اختبار (ت) للعينات المرتبطة.

البعد	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
إعادة تذكر وإحياء الصدمة	القبلي	4.11	.59	4.93	29	(.000)*
	البعدي	2.40	.37			
التجنب والخدر	القبلي	4.07	.54	5.13	29	(.000)*
	البعدي	2.35	.35			
الاستثارة الزائدة	القبلي	4.11	.58	4.99	29	(.000)*
	البعدي	2.38	.40			
الأعراض الجسمية	القبلي	3.96	.62	4.21	29	(.000)*
	البعدي	2.45	.50			

(.000)*	29	4.91	.46	3.94	القبلي	اللعب الصدمي
			.33	2.18	البعدي	
(.000)*	29	4.87	.34	3.76	القبلي	الأعراض النفسية
			.33	2.24	البعدي	
(.000)*	14	16.93	.39	3.98	القبلي	العلامة الكلية
			.24	2.30	البعدي	

أظهرت نتائج جدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) لأداء الأطفال على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومجالاته ما بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي ولصالح الاختبار البعدي. وذلك وفقاً للاتي:

- إعادة تذكر وإحياء الصدمة: لصالح القياس البعدي، حيث بلغ المتوسط الحسابي للبعد (2.40) مقارنة بالقياس القبلي والذي بلغ المتوسط (4.11).
- التجنب والخدر: لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للبعد (2.35) مقارنة بالقياس القبلي والذي بلغ المتوسط (4.07).
- الاستثارة الزائدة: لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للبعد (2.38) مقارنة بالقياس القبلي والذي بلغ المتوسط (4.11).
- الأعراض الجسمية: لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للبعد (2.45) مقارنة بالقياس القبلي والذي بلغ المتوسط (3.96).
- اللعب الصدمي: لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للبعد (2.18) مقارنة بالقياس القبلي حيث بلغ المتوسط (3.94).
- الاعراض النفسية: لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للبعد (2.24) مقارنة بالقياس القبلي والذي بلغ المتوسط (3.76).
- الدرجة الكلية: لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.30) مقارنة بالقياس القبلي والذي بلغ المتوسط (3.98).

الفصل الخامس
مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي قائم على الدراما النفسية لخفض أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين.

و لتحقيق هذا الهدف أجريت الدراسة على مجموعة من الأطفال المصدومين، وبعد أن تم تطبيق الاختبار القبلي وتطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، ومن ثم تطبيق الاختبار البعدي، وجمعت بيانات الدراسة من خلال الاختبار القبلي والبعدي للمجموعتين (الضابطة والتجريبية)، عولجت البيانات إحصائياً عن طريق برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، لفحص ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة للمجموعة التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج، وبعد أن اتضح وجود فروق بين المجموعتين: الضابطة والتجريبية، تم فحص دلالة هذه الفروق على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، كما تم فحص وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأثر البرنامج الإرشادي على المشاركين تبعاً لمتغير الجنس.

وقد أكدت نتائج الدراسة فعالية خطة العلاج في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المشاركين. وتناقش الفقرات التالية أسئلة الدراسة.

مناقشة نتائج الدراسة تبعاً لنتائج كل سؤال من أسئلة الدراسة:

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05=\alpha$) بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً للمجموعة (ضابطة وتجريبية) والجنس (ذكر وأنثى)؟

أشارت نتائج السؤال الأول أن هنالك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية، والضابطة في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، لصالح المجموعة التجريبية. إذا بلغ متوسط المجموعة التجريبية (2.30) في مقابل المجموعة الضابطة والذي بلغ متوسطها (3.95)،

وهذا يشير إلى انخفاض حدة اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية، والذي يشير إلى فاعلية التدخل الإرشادي.

كما تظهر النتائج فاعلية التقنيات والتمارين السيكودرامية التي استخدمت في البرنامج الإرشاد في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ويعطي البرنامج الإرشادي فرصة حقيقية للأطفال للتغيير بسبب الأنشطة السيكودرامية التي ساعدت الأطفال المصابين بصدمة على مناقشة ومعالجة المشكلات التي يعانون منها ولم تحل في حياتهم.

وأظهرت النتائج أن التحسن لدى المجموعة التجريبية كان على جميع أبعاد مقياس ضغوط ما بعد الصدمة: بعد إعادة تذكر وإحياء الصدمة، والتجنب والخدر، والاستثارة الزائدة، والأعراض الجسمية، واللعب الصدمي، والأعراض النفسية.

وهذا يثبت فاعلية وملائمة الأنشطة السيكودرامية في علاج الاضطرابات ذات الصلة بالاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إذ تساعد في تحسين الوعي المعرفي لدى الأطفال، وأتاحت المجال أمامهم لرؤية حلول لمشكلاتهم النفسية والخبرات المؤلمة التي تعرضوا لها في حياتهم.

كما أظهرت النتائج ان السيكودراما وفرت فرصة للأطفال للتعبير الحر عن أفكارهم ومشاعرهم، حيث استشعر الباحث ذلك أثناء الجلسات ولعب الأدوار وتنفيذ الأنشطة السيكودرامية، إضافة إلى أهمية ودور السيكودراما في خلق شعور بالأمان والثقة لدى الأطفال، والترابط الجماعي بين الأطفال المصابين بصدمة نفسية، وذلك ما ظهر أثناء مرحلة النقاش والحوار وإبداء الآراء حول المشهد أو النشاط السيكودرامي، كما أن السيكودراما تعتمد على لغة الجسد والحركة لتجاوز الكلمات من أجل تحسين الوعي الذاتي، والذي ساعد الأطفال على إمكانية الوصول إلى الذكريات الصادمة التي تم ترميزها في أدمغتهم والتعبير عنها بعفوية وتلقائية وكسر الجمود لديهم، كما كان لغة الجسد التي تستخدمها السيكودراما درواً مهماً في خفض التوتر والقلق لدى الأطفال، وتشجيع الاسترخاء.

كما أظهرت النتائج أن للتقنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج الإرشادي دوراً مهماً أسهم في تعزيز المشاركة والتفاعل الإيجابي بين أفراد المجموعة الإرشادية، وذلك أن السيكدوراما غنية بالعديد من الفنيات، الذي يجعل لها دور بالغ الأهمية في العلاج النفسي وتخليص الأفراد من الاضطرابات النفسية. فمثلاً: كان لاستخدام فنية المرأة أثر كبير في مساعدة كل طفل ليرى نفسه ويراقب سلوكه وردود أفعاله من خلال أداء الآخرين مما ساعد في الحصول على تغيرات إيجابية عند الأطفال، كما استخدم البرنامج فنيات ساعدت على تحديد الأهداف والأولويات لدى الأطفال وتحسين استبصارهم بجوانب القوة والضعف لديهم، وقد ساهمت بشكل كبير في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي استخدمت البرنامج السيكدورامي في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والتي أظهرت فروق ذات دلالة احصائية لصالح المجموعة التجريبية كدراسة كاراتاس Karatas (2014)، والتي أظهرت فاعلية العلاج السيكدورامي في خفض أعراض ما بعد الصدمة مع المصدومين، كما وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة برانيوم Branum (2013) والتي أشارت إلى فاعلية السيكدوراما في خفض أعراض الاضطرابات النفسية الناتجة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي استخدمت السيكدوراما في خفض عدد من المشكلات المختلفة والاضطرابات المرتبطة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الاطفال، وهذا ما يدعم نتائج البحث حول فاعلية العلاج السيكدورامي، كدراسة جرام ودهغان Gerama & Dehghan, (2016)، والتي أشارت إلى أهمية السيكدوراما في خفض الإحباط وزيادة التنظيم العاطفي لأطفال الشوارع، ودراسة الحويش (2014) والتي أكدت على أهمية السيكدوراما في خفض القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان ، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه دراسة التخاينة (2011) حول أهمية السيكدوراما في خفض السلوك الفوضوي لدى الاطفال في عمر 9-12 عاماً، كما وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة أبو عميره (2005) والتي تشير إلى فاعلية السيكدوراما في خفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى أطفال المؤسسات الإيوائية، كما تتفق النتائج كذلك

مع ما أشارت إليه دراسة الشيخ علي (2000)، حول فاعلية السيكدوراما في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة وخفض التوتر لدى الاطفال.

كما أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في نتائج القياس البعدي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ما يدل على أن التقنيات والتمارين التي استخدمت في البرنامج الإرشادي كانت فعالة مع جميع المشاركين في البرنامج من كلا الجنسين، وقد يعود ذلك إلى تنوع الأنشطة المستخدمة، إضافة إلى إعطاء الفرصة لكافة أفراد المجموعة للمشاركة والتفاعل في الأنشطة المختلفة. وهو ما ساعد على تعزيز التفاعل بين كافة أفراد المجموعة.

كما أن التفاعل والتأثير للأنشطة السيكدرامية أعطى الفرصة للإبداع والتحرر لكافة الأفراد، فأنشطة السيكدوراما تعتمد على التفاعل والحركة ما ساعد على كسر الجمود لدى كل الأطفال في المجموعة، كما ركز المعالج على بناء المجموعة وكسر الجمود من خلال الأنشطة الحركية وأنشطة الاحماء التي تم تنفيذها مع الاطفال والتي هدفت وركزت على بناء المجموعة وتعزيز تماسكها ليستطيع الاطفال التخلص من الجمود وتحقيق الاندماج والعمل، ما ساعد على إعطاء الفرصة لكافة المشاركين في البرنامج الإرشادي.

كما أن السيكدوراما أسلوب مناسب للعمل مع الاطفال للتعبير والتفاعل بحرية وتلقائية، فهي الأسلوب الأمثل للأطفال ليعبروا عن أنفسهم، فالسيكدوراما أسلوب يمكن استخدامها مع الذكور والإناث، فهي تعطي الفرصة للأفراد ليعبروا عن أنفسهم من خلال وضع هذه المشاعر والسلوكيات في أنشطة درامية عفوية، وهو ما يميز السيكدوراما ويجعلها مهمة في العمل على تطوير كثير من القدرات للأفراد ومساعدتهم في نمو الشخصية وتشجيع الإبداع والتحفيز الاجتماعي والمعرفي والعاطفي.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة ريبس واسبرند Reyes & Asbrand (2005) ودراسة الحواجري (2003) والتي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أثر

استخدام السيودراما في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث، ودراسة جمعة (2016) والتي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في فاعلية السيودراما في الحد من المشكلات السلوكية، كما وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما شارته إلية دراسة الحويش (2014) عدم وجود فروق بين الذكور والإناث لفاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على السيودراما في خفض القلق والاكتئاب أعضاء المجموعة الإرشادية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (الذين تلقوا البرنامج الإرشادي) على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده على المقياس القبلي والبعدي؟

أظهرت نتائج السؤال الثاني وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأداء الأطفال على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على الاختبار القبلي والاختبار البعدي، على الدرجة الكلية وكافة أبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: (إعادة تذكر وإحياء الصدمة، والتجنب والخدر، والاستثارة الزائدة، والأعراض الجسمية، واللعب الصدمي، والأعراض النفسية) ولصالح الاختبار البعدي.

وتشير هذه النتائج إلى أن هنالك فاعلية للبرنامج الإرشادي السيودرامي لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من خلال وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي للمجموعة التجريبية لصالح الاختبار البعدي على الدرجة الكلية ومجالات المقياس: إعادة تذكر وإحياء الصدمة، والخدر والتجنب، والاستثارة الزائدة، والأعراض الجسمية، واللعب الصدمي، والأعراض النفسية، فقد كان متوسط الاختبار البعدي أقل من متوسط الاختبار القبلي في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على المجموع الكلي وجميع الأبعاد الفرعية.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن البرنامج تضمن التوعية والتثقيف حول اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والذي ساعد المشاركين على فهم طبيعة الأعراض التي يعانون منها، كما ساعدهم

على أن يدركوا أن معاناتهم هي نتيجة رد فعل للضغوط الحدث الصادم، كما يفسر الباحث النتيجة بأن الاهداف التي سعى الباحث الى تحقيقها واستخدام الانشطة السيكودرامية المناسبة لتحقيق هذه الاهداف ساعد في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الاطفال المشاركين في المجموعة الإرشادية، كما استخدم الباحث أساليب الاسترخاء والتي أكسبت المشاركين القدرة إلى الانتقال ألياً إلى استجابة الاسترخاء عند الشعور بالتوتر والضغط،

كما ويرى الباحث أن تنوع الأنشطة القائمة على السيكودراما والتي استخدمها الباحث مع المجموعة التجريبية عملت على إعادة المعالجة المعرفية لأفراد المجموعة، وتوسيع مدركاتهم وقدراتهم الإبداعية من خلال الاستبصار والوعي المعرفي بالعمل على الصراعات الداخلية المتعلقة بالحدث الصادم، وذلك من خلال المشاركة التي أتاحت لأفراد المجموعة ليصبح لديهم القدرة وبشكل تدريجي على استبدال الصور المخيفة في أذهانهم والتي أنتجها ذلك الحدث وإعادة تشكيل ردود الفعل والتصرف والمشاعر والأفكار المرتبطة بالصدمة في بيئة آمنة، ما ساعد على خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة الإرشادية

كما يعود ذلك إلى دور السيكودراما في تعزيز نموهم الاجتماعي والعاطفي والمعرفي من خلال الأنشطة التي استخدمها الباحث في اللقاءات الإرشادية، إذ وفرت لهم الفرصة للتعبير عن مشاعرهم بحرية، مما أسهم في تحسين التواصل والتعاون في بيئتهم، وذلك أن السيكودراما تسمح للأطفال في تطوير مفردات جديدة وتحسين القدرة على التعبير وفهم الآخرين.

كما أن البرنامج الإرشادي السيكودرامي ساعد الأطفال في التخفيف من عوامل القلق لديهم وإكسابهم خبرات اجتماعية وتعليمية لزيادة قدرتهم للتعبير عن مشاعرهم.

كما أن البرنامج الإرشادي والأنشطة السيكودرامية المستخدمة وفرت للأطفال الفرصة لإعادة الاتصال بالجسم والذات والوصول إلى الذكريات الصادمة لديهم، من خلال التنفيس الانفعالي والذي يظهر نتيجة المشاعر المكبوتة لفترات طويلة والتي ترى في ذلك منفذاً لها في التعبير العاطفي من خلال استخدام لغة الجسم والتعبير، فقد عملت الأنشطة السيكودرامية

المستخدمة في البرنامج الإرشادي على تحسين الصحة البدنية والنفسية لدى الأطفال في المجموعة، فقد أهتم البرنامج الإرشادي بالأنشطة السيكودرامية والتي لديها القدرة على الاستفادة على المستوى الحسي للفرد، كونها ذات فاعلية كبيرة في عملية التدخل والعلاج مع الأفراد الذين تعرضوا لصدمات نفسية وخاصة الأطفال، فقد أولى البرنامج الإرشادي اهتماماً للجسم والعقل على حد سواء في الخطة العلاجية التي يقدمها.

كما عمل البرنامج الإرشادي على تعزيز قدرة الأطفال على استعادة الإحساس بالسيطرة، من خلال مساعدة المشاركين بإعادة مشهد الصدمة ضمن سياق مختلف وهو ما يود الفرد أن يحدث، ذلك أن الأنشطة السيكودرامية التي استخدمت مع الأطفال ساعدتهم على التعبير عن مشاعرهم، ووفرت لهم تواصل فعال مع تجاربهم السابقة من خلال سلوكيات إيجابية ساعدتهم في التعامل مع تجاربهم بشكل خلاق، وتشجيع وحث الأطفال على أن يواجهوا قضاياهم مباشرة وبصدق بدل من تجاهلها أو إنكارها، فتوفر بيئة آمنة ومناسبة للأطفال مكنتهم من التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وانفعالاتهم بحرية، كما أهتم البرنامج بمساعدة الأطفال على اختبار مجموعة من السلوكيات والتي قد يكون من الصعب اختبارها وتجربتها في الواقع.

كما ساهمت الأنشطة التي قدمت في المجموعة على توفير الدعم الشخصي والذي وفر للأطفال المشاركين الشعور بالأمان، وكسر العزلة، كما ساهم في وجود استجابات عاطفية مشتركة بين أفراد المجموعة الإرشادية، وقد ساعدتهم ذلك في إعادة تحسين الدمج الاجتماعي لدى أفراد المجموعة الإرشادية، وقد أهتم البرنامج الإرشادي في الأنشطة التي تحسن النمو الاجتماعي والعاطفي لأفراد المجموعة الإرشادية، مما وفر الفرصة في التواصل والتعاون في بيئتهم، مما يعد عاملاً أساسياً في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وخفض السلوكيات غير الاجتماعية مثل السلوك التجنبي، والانسحاب.

كما أن الاهتمام بالواجب البيئي الذي قدم للمجموعة في نهاية كل جلسة ومراجعتها في الجلسة اللاحقة دوراً مهماً في تطور العلاج مع المجموعة، إذ أن الواجب البيئي هو جز من عملية التغيير من خلال ربطة بالواقع الخاص بالطفل خارج الجلسات، فقد حرص الباحث على ارتباط

الواجب البيتي المقدم في نهاية كل جلسة مع على الهدف الذي يسعى البرنامج إلى تحقيقه، وحرصه على أن يكون مدخلاً للجلسة التي تليها.

وتتفق نتائج هذه الدراسة حول تثبيت فاعلية العلاج السيكودرامي في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مع دراسات سابقة فحصت الفروق في التحسن وتثبيت حول تثبيت فاعلية العلاج السيكودرامي في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مع المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي مثل: دراسة ريبس واسبراند Reyes & Asbrand (2005) والتي أظهرت فاعلية العلاج السيكودرامي في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال، كما اتفقت نتائج الدراسة كذلك مع نتائج دراسة جل Gil (1997) والتي تثبتت من فاعلية السيكودراما في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الأطفال المصدومين.

كما وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسات أجريت في الواقع الفلسطيني كدراسة الحواجري (2003) والتي أشار فيها إلى فاعلية السيكودراما في خفض الأعراض الناجمة عن الصدمة النفسية وأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

وهذا يشير إلى أهمية وفاعلية البرنامج الإرشادي القائم على الدراما النفسية في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الاطفال المصدومين.

الاستنتاجات:

أولاً: إن الأطفال المصدومين بأمس الحاجة إلى برامج إرشادية علاجية لمساعدتهم على خفض آثار الخبرات الصادمة التي تعرضوا لها، لتخفيف معاناتهم التي تؤثر سلباً في الحياة اليومية، بالإضافة إلى تقوية إمكانياتهم من أجل حياة أفضل.

ثانياً: إن البرنامج الإرشادي القائم على السيكودراما ساعد على خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من خلال استخدام الاستراتيجيات والأنشطة السيكودراميه.

ثالثاً: إن البرنامج الإرشادي ساعد على تبني أفكار إيجابية كما ساعد على تنمية القدرات والإمكانات والتي ساعدة على عودة الأمل والتفاعل في حياة الأطفال.

رابعاً: إن الدراما النفسية عملت على توحيد الجوانب المعرفية، والعاطفية، والجسدية للأطفال، وعملت على خلق بيئة إيجابية من الثقة والأمان.

خامساً: أن الدراما النفسية ساعدة على خفض عوامل القلق لدى الاطفال، وأكسبتهم خبرات اجتماعية، وتعليمية لزيادة قدرتهم على التعبير عن مشاعرهم.

سادساً: أن الدراما النفسية ساعدة الأطفال في التعبير عن مشاعرهم بحرية، وتحسين قدرتهم على التعبير، مما أسهم في تحسين التواصل مع بيئتهم.

التوصيات في ضوء نتائج الدراسة:

أظهر البرنامج الارشادي السيكودرامي فاعلية في تحقيق أهداف الدراسة المتمثلة في خفض اعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية، وفي ضوء ما توصلت اليه هذه الدراسة، يوصي الباحث بما يلي:

أولاً: تعميم البرنامج الارشادي السيكودرامي على العاملين بمجال الارشاد النفسي والتربوي مع الاطفال المصدومين لتحقيق الفائدة لهم.

ثانياً: ضرورة اهتمام القائمين على التربية والتعليم والمرشدين التربويين بالطلبة الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية.

ثالثاً: تأهيل المرشدين والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين، حول استخدام الدراما النفسية كطريقة علاجية وارشادية جماعية.

رابعاً: بناء برامج ارشادية قائمة على الدراما النفسية وفحص فاعليتها في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تأخذ بعين الاعتبار مراحل عمرية مختلفة كالمراهقين، والراشدين، وكبار السن.

خامساً: بناء برامج ارشادية وعلاجية قائمة على الدراما النفسية تأخذ بعين الاعتبار فئات ارشادية مختلفة: كالمحزونين، والنساء المعنفات، والاطفال المساء إليهم.

سادساً: إجراء المزيد من الدراسات حول فاعلية البرامج الارشادية القائمة على الدراما النفسية وفحص أثرها على متغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة، مثل: تحسين الكفاءة الذاتية المدركة، والسلوك التوكيدي، تنمية المهارات الاجتماعية.

سابعاً: إجراء دراسات مقارنة حول فاعلية برنامج ارشادية قائمة على الدراما النفسية مع برامج ارشادية تستند الى اتجاهات علاجية أخرى، كالعلاج الروائي، والعلاج المرتكز على الانفعالات، والعلاج الوجداني.

ثامناً: إجراء دراسات مستقبلية تستخدم مقياس متابعة للتأكد من استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على الدراما النفسية على المشاركين.

تاسعاً: إجراء دراسات مستقبلية تعتمد على تصميمات تتبنى المنهج النوعي في جمع البيانات في هذا المجال، وتخصص هذه المتغيرات بالاعتماد على الملاحظة الاكلينيكية، والتقييم الاسري.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية

- إبراهيم، أسماء (1994). استخدام السيكدوراما لخفض الاضطرابات النفسية الانفعالية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة.
- أبو اسعد، أحمد عبد اللطيف (2011). فاعلية برنامج ارشادي يستند إلى علاج الجشطلط في تحسين مهارات التواصل الزوجي بين الأزواج من الرجال، المجلة التربوية، 25 (100) 79-116.
- أبو جادو، صالح محمد علي (2007). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، ط 6، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2009). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية: التدريبات العلاجية للمهارات الاجتماعية، الإسكندرية: دار المعرفة.
- ابو عميره، عريب (2005). فعالية اللعب والسيكدوراما في خفض الصعوبات الانفعالية والاجتماعية والسلوكية لدى أطفال المؤسسات الذين تعرضوا لصدمة التفكك الأسري بعمر (9-12) عام، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية.
- ابو عيشه، زاهد وعبد الله، تيسير (2012). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. ط1. عمان، الأردن: درا وائل.
- أبو مغلي، لينا وهيلات، مصطفى (2008). الدراما والمسرح في التعليم النظرية والتطبيقية، عمان: دار الراية للنشر والتوزيع.

- أحمد، عبد الباقي وعكاشه، علي الجبلي وعبد المجيد، عبد الرحمن عثمان (2011). اضطراب ما بعد الصدمة وسط الاطفال والمرهقين بمعسكرات النازحين بولاية غرب دار فور، مجلة دراسات أفريقية، جامعة افريقيا العالمية، (46)، 49-7.
- اسماعيل، حنان محمد سيد (2014). فاعلية برنامج إرشادي جشطالتي في تنمية التفكير الابتكاري وعلاقته بتقدير الذات لدى طالبات الجامعة، مجلة الارشاد النفسي، (39) 167 – 222.
- بركات، مطاوع (2007). الاسعاف النفسي الاولي لضحايا الصدمات والكوارث، كلية التربية، جامعة دمشق.
- التخينة، صهيب (2011). فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك الفوضوي لدى طلبة صعوبات التعلم في لواء المزار الجنوبي، رسالة ماجستير غير منشورة، جماعة مؤتة، الأردن.
- ثابت، عبد العزيز (2001). الصدمة والصحة النفسية والصدود كعنصر وسيط في الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة. بحث غير منشور، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة.
- ثابت، عبد العزيز (2004). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاكتئاب عند الأطفال اللاجئين في أثناء صراع الحرب، بحث غير منشور، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة.
- ثابت، عبد العزيز والسراج، إياد (2008). تأثير العنف السياسي في قطاع غزة على الصحة النفسية للأطفال، بحث غير منشور، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة.
- جمعة، أمجد عزات (2016). فعالية برنامج إرشادي قائم على السيودراما للتخفيف من وحدة بعض المشكلات السلوكية عند طلاب المرحلة الإعدادية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، (1) 228-258.
- الحجارة، محمد (2004). تشخيص الأمراض النفسية، ط1، دمشق: دار النفائس.

- حسنين، عائدة عبد الهادي (2004). الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- حموده، صفاء (1991). فاعلية العلاج الجماعي بالسيكودراما في علاج بعض حالات اللجاجة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- الحواجري، احمد (2003). فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من آثار الصدم النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- خيرك، رشاد (2008). الصدمات النفسية لدى العراقيين بعد الحروب: دراسة ميدانية على العراقيين في دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق. سوريا.
- دخان، نبيل (2003). المقاومة النفسية لخبرة الاعتقال لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من سجون الاحتلال الإسرائيلي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة تونس، تونس.
- رياض، محمد عبد الواحد (1994). مدى ملائمة العلاج السيكودرامي لمرضى الاضطرابات النفسية (العصاب)، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الأزهر، القاهرة.
- الزير، محمد (2001). الآثار بعيدة المدى للتعذيب لدى المحررين الفلسطينيين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- السفاسفة، محمد (2003). أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي. ط1، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- سليمان، احمد (2006). فاعلية السيكودراما في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بنها، بنها، مصر.

- شاهين، عمر وليد (2014). فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند المراهقين في غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- شحاتة، خالد (1999). استخدام السيودراما في التخفيف من العدوانية لدى الأطفال مجهولي النسب لسن قبل المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس. مصر.
- شعبان، مرسلينا حسن (2013). الدعم النفسي ضرورة مجتمعية، سلسلة الكتاب النفسي العربي، شبكة العلوم العربية النفسية العربية.
- الشيخ علي، أحمد سعد صالح (2000). فاعلية برنامج إرشادي في السيودراما لخفض التوتر وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من طلبة الصف السابع الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- صالح، قاسم حسين (2002). سيكولوجية الأزمات: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مجلة الثقافة النفسية، 13 (49) 132-174.
- صالح، قاسم حسين (2005). علم نفس الشواذ والاضطرابات العقلية والنفسية، العراق: مطبعة جامعة صلاح الدين.
- صايمة، ضياء الدين مصطفى (2004). الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال انتفاضة شهداء الأقصى، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- صايمة، ضياء الدين مصطفى (2005). مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح في التفرغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

- صيدم، رياض خضر محمود (2008). تأثير الصدمات النفسية الناتجة عن ممارسات الاحتلال على الصحة النفسية لطلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- ضميره، جلال وعطية، سهام (2014) أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب، مجلة دراسات العلوم التربوية، 41(1) 101-114.
- ضميره، جلال ونصار، يحيى (2013). أثر نموذج العلاج السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى أطفال الحرب، مجلة دراسات العلوم التربوية، 41(1) 445-461.
- عبد الحميد، زينب (2012). فاعلية فنيات السيودراما في خفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، مجلة الإرشاد النفسي، 32، (275-339).
- عبد الرحمن، علي إسماعيل (2006). العنف الأسري، القاهرة: مكتبة دار الأنجلو المصرية.
- العتيق، احمد مصطفى (2001). الصدمة النفسية المرتبطة بتعرض الأطفال وأصابتهم في حوادث الطرق، مجلة الطفولة والتنمية، 1(4) 47-83.
- عزازي، عزة (1990). فعالية استخدام السيودراما لعلاج بعض المشكلات النفسية لأطفال ما قبل سن المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- عقل، صلاح (1999). استخدام السيودراما في مجال الإرشاد التربوي والعلاج النفسي، عمان: معهد التربية، اليونسكو.

- عوض، يحيى علي عودة (2016). برنامج إرشاد انتقائي لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
- غانم، محمد حسن (2003). العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، القاهرة: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.
- غريب، محمد (1999). فاعلية برنامج في السيكدوراما للتخفيف من القلق النفسي عند الأطفال في المؤسسات الايوائية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- قناوي، هدى وحسن، عبد المعطي (2001). علم نفس النمو الأسس والنظريات المظاهر والتطبيقات، القاهرة: دار قباء.
- قوته، سمير؛ والسراج، إياد (2004). انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة، بحث غير منشور، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة فلسطين.
- المالكي، حنان عبد الرحيم (2013). فاعلية برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات السيكدوراما في التخفيف من الضغط النفسي لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 2 (2) 96-117.
- محمود، ماجدة (2008). الاضطرابات المصاحبة للصدمة لدى ضحايا العبارة 98 وعلاقتها بأعراض القلق والاكتئاب، مجلة دراسات نفسية، 18 (2)، 259-302.
- مصطفى، دينا (2010). سيكدوراما، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مقدادي، يوسف موسى (2012). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي مستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر في خفض مستوى أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى طلبة جامعة آل البيت، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة آل البيت، الأردن.

- الهويش، فاطمة خلف (2014). *فعالية برنامج علاجي قائم على السيودراما في خفض مستوى القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان*، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 17(1) 566-599.
- وافي، عبد الرحمن جمعة وأبو جججوح، ضياء عبد الرحمن (2015). *فعالية تقنية الحرية النفسية في الحد من أعراض الأحداث الصادمة جراء العدوان الإسرائيلي على محافظات غزة*، بحث، غير منشور، مؤتمر التداويات التربوية والنفسية للعدوان على محافظات غزة.
- يعقوب، غسان (1999). *سيكولوجيا الحرب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ما بعد الصدمة*، بيروت: دار الفارابي.
- يوسف، فوزي (1994). *دراسة تجريبية: لخفض مستوى القلق عند الأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام اللعب التمثيلي*، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة أسيوط، مصر.
- يونس، محمد محمود (2005). *مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية لدى طلبة الجامعة الأردنية*، مجلة دراسة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 32(3) 581-670.

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). *Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature*. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.
- Ahmad, A. (2010). *War and posttraumatic stress disorder in children: A review*, *Health and the Environment Journal*, 1(2), 73-79.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. American Psychiatric Pub.
- Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M. (2013). **Psychodrama: Advances in theory and practice** (Vol. 2). Routledge
- Barlow, D. H. (2014). **Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual**. Guilford publications.
- Bisson, J. I. (2004). *Cognitive therapy reduces symptoms in people with*. **Evid. Based Ment. Health**, 7(51) 51-55.
- Blatner, A. (2000). **Foundations of psychodrama: History, theory, and practice**. Springer Publishing.
- Blatner, A. (2012). **Healing world trauma with the therapeutic spiral model: Psychodramatic stories from the frontlines**. Jessica Kingsley Publishers.

- Botha, E., & Dunn, M. (2009). *A board game as gestalt assessment tool for the child in middle childhood years*. **South African Journal of Psychology**, 39(2), 253-262.
- Branum, A. G. (2013). **Dimensions of healing: a synthesis of relational and psychodrama theory and practice in the treatment of unresolved loss and grief**.
- Bryce, A. (2005). *An Intervention design and outcome study of an expressive therapy group for sexually abused school age girls*. *Antioch university new england graduate school*, Degree, PHD. **Dissertation Abstracts International**, 56(04), p. 16-23.
- Carbonell, D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). *Psychodrama groups for girls coping with trauma*. **International Journal of Group Psychotherapy**, 49(3), 285-306.
- Cattanuach, A. (2008). **Play therapy with abused children**. Jessica Kingsley Publishers.
- Corey, G. (2012). **Theory and practice of counseling and Psychotherapy**: Cengage Learning.
- Cossa, M. (2006). **Rebels with a cause**: Jessica Kingsely Pub.
- Dayton, T. (2005). *The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma*. **Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Sociometry**, 58(1), 15-35.

- Fong, J. (2006). *Psychodrama as a preventive measure: teenage girls confronting violence*. **Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Sociometry**, 59(3), 99-109.
- Fox, J. (2008). **foreword by Carl A, Whitaker The Essential Moreno-Writings on Psychodrama, Group Method, and Spontaneity by Moreno, MD.**
- Geram,K., & Dehghan, A. (2016). *Studying of the Effectiveness of Psychodrama Approach on Reducing Frustration and Increasing Emotional Regulation of Street Children*, **International Academic Journal of Humanities**, 3(1) 6-15.
- Glenn.R. (2009). **The post-Traumatic Stress Disorder, Ed(2)**, NewYork: McGraw-Hill.
- Goulston, M. (2008). **Post-Traumatic Stress Disorder for Dummies**. Wiley pub.
- Haste, E., & Mckenna, P. (1999). *Clinical effectiveness of dramatherapy in the recovery from neuro-trauma*. **Disability and Rehabilitation**, 21(4), 162-174.
- Herman, J. L. (2015). **Trauma and Recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror**. Hachette UK.
- Holmes, P., Karp, M., & Watson, M. (Eds.). (2005). **Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice**. Routledge

- Hudgins, K. (2000). **The therapeutic spiral model: Treating PTSD in action.** In P. Kellermann, & K. Hudgins (Eds.), **Psychodrama with trauma survivors acting out your pain**, (pp. 229-254). London, England: Jessica Kingsely Pub.
- Hudgins, M. K. (2002). **Experiential Treatment for PTSD: the therapeutic spiral model.** New York: Springer Pub.
- Hudgins, M. K. (2007). **Clinical Foundations of the Therapeutic Spiral Model: Theoretical orientations and principles of change, Psychodrama: Advances in Theory and Practice.** London: Routledge.
- Hudgins, M. K., & Drucker, K. (1998). *The containing double as part of the therapeutic spiral model for treating trauma survivors.* **Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry**, 51(2), 63-84.
- Hudgins, M. K., Drucker, K., & Metcalf, K. (2000). *The containing double to prevent uncontrolled regression with PTSD: A preliminary report.* **The British Journal of Psychodrama and Sociodrama**, 15 (1), 58-77.
- Jacobs, J. E. (2002). *Real-life role play: A cognitive therapy case study with two young sex-abuse survivors.* **Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Sociometry**, 55(2-3), 67-77.

- James, M., & Johnson, D. R. (1996). *Drama therapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder*. *The Arts in Psychotherapy*, 23(5), 383-395.
- Jennings, S. (2014). **Drama Therapy with Children and Adolescents**. Routledge.
- Johnston, T.S. (2010). **The treatment of posttraumatic stress disorder utilizing cannabis**, Doctoral dissertation Unpublished, California University.
- Karatas, Z. (2014). *Effects of psychodrama practice on university Students' Subjective Well-Being and Hopelessness*. *Egitim ve Bilim*, 39(173), 117- 128.
- Karp, M. (2000). *The psychodrama of rape and torture: A sixteen-year follow-up*. **Psychodrama with Trauma Survivors: Acting Out Your Pain**, 63-82.
- Kellermann, P.F.(2000). **The therapeutic aspects of psychodrama with traumatized people**. In p.F.Kellerman, & M.K. Hudgins (Eds.), **psychodrama with trauma survivors: Acting out your pain**. (pp. 23- 38), Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Kellermann, P.F. (1995). *Towards an Integrative Approach to Group Psychotherapy: An Attempt to Integrate Psychodrama and*

- Psychoanalytic Group Psychotherapy. The International Forum of Group Psychotherapy*, 3(4), 6-10.**
- Kingsley .K., & Hudgins, M., K. (2000). (Eds.), **Psychodrama with trauma survivors: Acting out your pain**, (pp. 114-136) Philadelphia: Jessica Kingsley.
 - Kipper, D. A. (1998). ***Psychodrama and trauma: Implications for future interventions of psychodramatic role-playing modalities. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry***, 51(3), 113-121.
 - Krall, H. (2012). ***Practitioner research in psychodrama: Strengthening the researcher's role. Interdisciplinary Journal of Family Studies***, 17(2), 258-262.
 - Lange, J. T., Lange, C. L., & Cabaltica, R. B. (2000). ***Primary care treatment of post-traumatic stress disorder. American Family Physician***, 62(5), 1035-40.
 - Lubin, H. (2007). ***Group and individual therapy for childhood sexual abuse survivors. International Journal of Group Psychotherapy***, 57(2), 257-262.
 - Mahamid, F. (2013). **The efficacy of a group counseling program based on expressive activities in improving level of self-awareness and reducing symptoms of posttraumatic stress disorders among a**

- sample of traumatized children**, Unpublished phd Thesis the University of Jordan, Jordan.
- McVea, C., & Gow, K. (2006). *Healing a mother's emotional pain: Protagonist and director recall of a therapeutic spiral model (TSM) session*. **Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Soimetry**, 59 (1), 3-23.
 - Moreno, J.L. (1994). **Psychodrama & Group Psychotherapy. (4thED)**, American Society for Group psychotherapy & psychodrama, Mclean, pup.
 - Morgan, K. E., & White, P. R. (2003). **The functions of art-making in CISD with children and youth**. **International Journal of Emergency Mental Health**, 5(2), 61-76.
 - Morina, N., Emmerik, A. A., Andrews, B., & Brewin, C. R. (2014). *Comparison of DSM-IV and Proposed ICD-11 Formulations of PTSD Among Civilian Survivors of War and War Veterans*. **Journal of Traumatic Stress**, 27(6), 647-654.
 - Mosher, J., & Yukman, B. (2000). **In P. Kellermann, & K. Hudgins (Eds.), Psychodrama with trauma survivors acting out your pain**, (pp. 255-279). London, England: Jessica Kingsley Pub.

- Nespeca, S. M., & Reeve, J. B. (2003). **Picture books plus: 100 extension activities in art, drama, music, math, and science.** American Library Association.
- Nikolovska. N., & Dzokic, Z. (2009). **The Power of Psychodrama: Z&D, pup.**
- Peter, M. (2009). *Drama: narrative pedagogy and socially challenged children.* **British Journal of Special Education**, 36(1), 9-17.
- Puffer, K., Greenwald, R., & Elrod, D. (1998). *A single session EMDR with twenty traumatized children and adolescents.* **traumatology**, 3 (2), 59-66.
- Rawal, S. (2006). *The role of psychodrama in enhancing life skills in children with specific learning difficulties in a Mumbai school.* **International Journal of Special Education**, 22 (1), 107- 117.
- Reyes, C. J., & Asbrand, J. P. (2005). *A longitudinal study assessing trauma symptoms in sexually abused children engaged in play therapy.* **International Journal of Play Therapy**, 14(2), 25-47.
- Rice, P. L. (1999). **Stress and health.** Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2008). *Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions.* **Clinical Psychology Review**, 28(5), 837-868.

- Sajnani, N., & Johnson, D. R. (2014). **Trauma-informed drama therapy: Transforming clinics, classrooms, and communities.** Charles C Thomas Publisher
- Seaward, B, L.(2002). **Managing stress: principles and strategies for health and well-being, Boston:** Jones and Barlett pub.
- Semple, D., & Smyth, R. (Eds.). (2013). **Oxford handbook of psychiatry.** OUP Oxford.
- Silverman, W. K., & Field, A. P. (Eds.). (2011). **Anxiety disorders in children and adolescents.** Cambridge University Press.
- Skaggs, R. (1997). *The bonny method of guided imagery and music in the treatment of terminal illness: A private practice setting.* **Music Therapy Perspectives**, 15(1), 39-44.
- Scott, M. and Straddling, S. (2006). **Counseling for Posttraumatic Stress Disorders, SAGE Publications:** London.
- Stein, D. J., Zungu-Dirwayi, N., Van der Linden, G. J. H., & Seedat, S. (2000). **Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD).** Cochrane Database Syst Rev.
- Suvak, M. K., & Barrett, L. F. (2011). *Considering PTSD from the perspective of brain processes: Apsychological construction approach.* **Journal of Traumatic Stress**, 24(1), 3-24.

- Van der Kolk, B. A. (1994). *The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress*. **Harvard Review of Psychiatry**, 1(5), 253-265.
- Vostanis, P. (2007). *Exposure to War Trauma and PTSD among Parents and Children in the Gaza Strip*. **Euro Child Adolescent Psychiatry**, 21 (8), 779-787.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines**.

الملاحق

الملاحق

الملحق (I)

مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) في صورته الاولية:

الرقم	العبرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	إطلا قاً
1	تسيطر صور وتكريات الأحداث التي مررت بها على حياتي.					
2	تراودني أفكار عن الحدث الذي واجهته.					
3	تقتحم ذهني تخیلات مرتبطة بالخبرة التي مررت بها.					
4	أعاني من أحلام مزعجة بعد تعرضي لذلك الحدث.					
5	أعاني من السرحان بعد الحدث الذي واجهته.					
6	لا أستطيع منع نفسي من التفكير بالخبرة التي مررت بها.					
7	أتجنب الأشياء التي تذكرني بالخبرة التي مررت بها.					
8	أغلق التلفاز أو المذياع عندما يبث شيء يتعلق بالحدث الذي مررت به					
9	امنع نفسي من التفكير بالحدث الذي واجهته.					
10	اشعر بالعزلة بعد تعرضي لتلك الخبرة.					
11	أصبحت اقل اهتماماً بالآخرين بعد ما مررت بها.					
12	أصبحت اقل تواصلًا مع الآخرين بعد الحدث الذي مررت بها.					
13	فقدت الاهتمام بالأنشطة التي كنت استمتع بها بعد الحدث الذي تعرضت له.					
14	اشعر بالقلق من المستقبل بعد الحدث الذي واجهني.					
15	أتجنب الأماكن التي تذكرني بالخبرة التي مررت بها.					
16	أتجنب الأشخاص الذين يذكرونني بالحدث الذي واجهني.					
17	اشعر أنني بلا مشاعر بعد الخبرة التي مررت بها.					

					أحزن بسهولة بعد الخبرة التي مررت بها.	18
					اغضب بسهولة بعد الحدث الذي تعرضت له.	19
					أجد صعوبة في التركيز بعد تلك الخبرة.	20
					أجد صعوبة في تذكر المعلومات بعد ذلك الحدث.	21
					يتشتت انتباهي بسهولة بعد الحدث الذي تعرضت له.	22
					أجد صعوبة في النوم بعد الخبرة التي مررت بها.	23
					أجد صعوبة في إتمام المهام التي أقوم بها بعد الحدث الذي واجهني.	24
					ترداد دقات قلبي عندما أتذكر ما حدث معي.	25
					اشعر برعشة في أطرافي عندما أتذكر الخبرة التي وأجهتني.	26
					أعاني من فقدان الشهية بعد ذلك الحدث.	27
					أعاني من الصداع بعد ذلك الحدث.	28
					أعاني من الأم في البطن بعد ذلك الحدث.	29
					اشعر بضيق في التنفس عندما أتذكر ذلك الحدث.	30
					العب ألعاباً تذكرني بالخبرة التي مررت بها.	31
					اشعر بفقدان المتعة فيما أقوم به من العاب.	32
					أتعامل بعنف مع ألعابي.	33
					أفضل اللعب لوحدي بعد ما حدث معي.	34
					أجد نفسي اكرر ما حدث معي أثناء اللعب.	35
					أفضل الألعاب العنيفة على بقية الألعاب.	36
					اشعر برغبة في البكاء أثناء اللعب.	37
					أعاني من مشكلات في التذكر بعد الحدث الذي واجهني.	38
					ألوم نفسي بعد الحدث المؤلم الذي مررت بها.	39
					اشعر بعدم الرضا عن نفسي بعد تلك الخبرة.	40
					اشعر بعدم القدرة على القيام بالأشياء بعد الخبرة التي مررت بها.	41
					فقدت ثقتي بنفسي بعد الحدث المؤلم الذي واجهني.	42
					اشعر بالرعب بعد الخبرة المؤلمة التي حدثت معي.	43

					اشعر بالذنب بعد الذي حدث معي.	44
					اشعر بالحزن بعد الخبرة التي مررت بها.	45
					اشعر بفقدان الأمل بعد الخبرة التي واجهتني.	46
					أتعامل بعدوانية مع الآخرين بعد الحدث الذي واجهني.	47

الملحق (2)

مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) في صورته النهائية:

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	إطلاقاً
1	تسيطر صور وذكريات الأحداث المؤلمة التي مررت بها على حياتي.					
2	تراودني أفكار وذكريات مؤلمة عن الحدث الذي واجهته.					
3	تقتحم ذهني تخيلات وصور مرتبطة بالخبرة المؤلمة التي مررت بها.					
4	أعاني من أحلام مزعجة بعد تعرضي لذلك الحدث المؤلم.					
5	أعاني من السرحان بعد الحدث المؤلم الذي واجهته.					
6	لا أستطيع منع نفسي من التفكير بالخبرة المؤلمة التي مررت بها.					
7	أبتعد عن الأشياء التي تذكرني بالخبرة المؤلمة التي مررت بها.					
8	أغلق التلفاز أو المذياع عندما يبث شيء يتعلق بالحدث المؤلم الذي مررت به					
9	امنع نفسي من التفكير بالحدث المؤلم الذي واجهته.					
10	اشعر بالعزلة بعد تعرضي لتلك الخبرة المؤلمة.					
11	أصبحت اقل اهتماماً بالآخرين بعد الخبرة المؤلمة التي مررت بها.					
12	أصبحت اقل تواصلًا مع الآخرين بعد الحدث المؤلم الذي مررت به.					
13	فقدت الاهتمام بالأنشطة التي كنت استمتع بها بعد الحدث المؤلم الذي تعرضت له.					

					اشعر بالقلق من المستقبل بعد الحدث المؤلم الذي واجهني.	14
					أتجنب الأماكن التي تذكرني بالخبرة المؤلمة التي مررت بها.	15
					أبتعد عن الأشخاص الذين يذكرونني بالحدث المؤلم الذي واجهني.	16
					اشعر أنني بلا مشاعر بعد الخبرة المؤلم التي مررت بها.	17
					أحزن بسهولة بعد الخبرة المؤلمة التي مررت بها.	18
					اغضب بسهولة بعد الحدث المؤلم الذي تعرضت له	19
					أجد صعوبة في التركيز بعد تلك الخبرة المؤلمة.	20
					أجد صعوبة في تذكر المعلومات بعد ذلك الحدث المؤلم.	21
					يتشتت انتباهي بسهولة بعد الحدث المؤلم الذي تعرضت له.	22
					أجد صعوبة في النوم بعد الخبرة المؤلم التي مررت بها.	23
					أجد صعوبة في إتمام المهام التي أقوم بها بعد الحدث المؤلم الذي واجهني.	24
					تزداد دقات قلبي عندما أتذكر ما حدث معي.	25
					اشعر برعشة في أطرافي عندما أتذكر الخبرة المؤلمة التي واجهتني.	26
					أعاني من فقدان الشهية بعد ذلك الحدث المؤلمة.	27
					أعاني من الصداع بعد ذلك الحدث المؤلمة.	28
					أعاني من الأم في البطن بعد ذلك الحدث المؤلم.	29

					اشعر بضيق في التنفس عندما أتذكر ذلك الحدث المؤلم.	30
					العب ألعاباً تذكرني بالخبرة المؤلمة التي مررت بها.	31
					اشعر بفقدان المتعة فيما أقوم به من العاب.	32
					أتعامل بعنف مع أعابي.	33
					أفضل اللعب لوحدي بعد ما حدث معي.	34
					أجد نفسي اكرر ما حدث معي أثناء اللعب.	35
					أفضل الألعاب العنيفة على بقية الألعاب.	36
					اشعر برغبة في البكاء أثناء اللعب.	37
					أعاني من مشكلات في التذكر بعد الحدث المؤلم الذي واجهني.	38
					ألوم نفسي بعد الحدث المؤلم الذي مررت بها.	39
					اشعر بعدم الرضا عن نفسي بعد تلك الخبرة المؤلمة	40
					اشعر بعدم القدرة على القيام بالأشياء بعد الخبرة المؤلمة التي مررت بها.	41
					فقدت ثقتي بنفسي بعد الحدث المؤلم الذي واجهني.	42
					اشعر بالرعب بعد الخبرة المؤلمة التي حدثت معه.	43
					اشعر بالذنب بعد الذي حدث معي.	44
					اشعر بالحزن بعد الخبرات المؤلمة التي مررت بها.	45
					اشعر بفقدان الأمل بعد الخبرة المؤلمة التي واجهتني	46
					أتعامل بعدوانية مع الآخرين بعد الحدث المؤلم الذي واجهني.	47

ملحق (3)

برنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية

الهدف العام للبرنامج:

خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين.

الأهداف الخاصة للبرنامج:

- توفير فرصة التواصل والتفاعل الاجتماعي للمشاركين بالبرنامج (الأطفال المصدومين).
- مساعدة المشاركين بالبرنامج على تطوير أساليب مختلفة تساعدهم في التعامل مع الضغوطات التالية للصدمة.
- مساعدة المشاركين بالبرنامج على زيادة توافقهم وصحتهم النفسية.

الافتراضات حول البرنامج والجلسات:

- يفترض الباحث السرية التامة لكل ما يدور في الجلسات.
- يفترض الباحث أن المشاركة في البرنامج برغبة شخصية وطوعية لجميع أفراد الدراسة.
- يفترض الباحث أن أفراد المجموعة التجريبية سوف يلتزمون بحضور الجلسات في موعدها ومكانها المتفق عليهما.

حقوق المشاركين وواجباتهم:

- يسمح لأعضاء المجموعة الإرشادية بتبديل مقاعدهم والانتقال من مقعد لآخر أثناء الجلسة.
- يلتزم أعضاء المجموعة الإرشادية بحضور الجلسات في الموعد والمكان المحددين.
- يلتزم أعضاء المجموعة الإرشادية بطرح مشكلاتهم بشكل صريح وواضح أثناء الجلسات.

- يلتزم أعضاء المجموعة الإرشادية بالمحافظة على السرية التامة لكل ما يتم طرحه في الجلسات.
- يلتزم أعضاء المجموعة الإرشادية باحترام كل منهم الآخر أثناء الجلسات.
- تناقش تلك الحقوق والواجبات مع المجموعة الإرشادية قبل بدأ تطبيق البرنامج.

العوامل العلاجية وقواعد العمل المستخدمة مع المجموعة الإرشادية:

- الاهتمام بالثقة وقبول الاعضاء في كافة مراحل المجموعة وفي مرحلة العمل.
- التعاطف والرعاية وفهم مشاعر الآخرين من خلال تعزيز المشاركة الحقيقية في المشاعر.
- تعزيز وتطوير العلاقات القائمة على الثقة والأمان داخل المجموعة من خلال المشاركة في المشاعر والحاجات والمخاوف والرغبات والأهداف التي يسعون لتحقيقها.
- إحداث الأمل في التغيير وان لا يظلوا محاصرين في ماضيهم.
- تجربة أنماط مختلفة من السلوك والتعبير عن المشاعر والأفكار القائم على العفوية والإبداع في مرحلة العمل وهو جوهر العلاج السيكودرامي.
- التعبير عن المشاعر والإفراج العاطفي لجعل الأعضاء أكثر حرية.
- إعادة الهيكلية المعرفية لدى الأعضاء.
- الالتزام بالتغيير من اجل إحداث التغيير والذي يتطلب عزم قوي والقيام بكل ما هو ضروري.
- الإفصاح الذاتي وهو ليس غاية بل وسيلة والذي يحدث من خلاله التواصل المفتوح داخل المجموعة.
- الأنشطة ليست غاية بل هي وسيلة علاجية من خلال تكنيكات ذات طابع علاجي لتحقيق الأهداف.
- الاستفادة من ردود الفعل داخل المجموعة والتفاعل الذي يحقق الهدف.
- تبادل التغذية الراجعة بين أفراد المجموعة الإرشادية.
- التركيز على الفرد (بطل الرواية) يهدف إلى تعميق التركيز على الموضوع ومن ثم الانتقال إلى التركيز على المجموعة.

- استخدم المعالج العبارات والتدخلات المهنية والعلاجية أثناء تنفيذ النشاط الدرامي بهدف تعميق التركيز.
- التدخل بكل لقاء يتم من خلال ثلاث مراحل رئيسية وهي مرحلة الإحماء ومرحلة التركيز ومرحلة المناقشة الجماعية وهي المراحل الرئيسية التي يعتمد عليها العلاج السيكودرامي.
- استخدم المعالج المهارات والطرق الإرشادية لإغراء الأعضاء بالكلام وتعزيز التلقائية والعفوية لديهم.
- استخدم المعالج مهارات الإرشاد المختلفة بهدف تحقيق أقصى درجة ممكنة من التفاعل والتواصل داخل المجموعة.
- مناقشة المجموعة بشكل مستمر بمشاعرهم تجاه المجموعة من حيث الثقة وشعورهم بالأمان داخل المجموعة.
- استخدام مهارات الإرشاد المختلفة مثل عكس المشاعر والتلخيص وعكس المعنى بهدف تعميق العمل الإرشادي والعلاجي.
- التزم المعالج بأقصى درجات المهنية وأخلاقيات ومبادئ العمل الإرشادي داخل المجموعة.
- ركز المعالج على موضوع الواجب البيئي كوسيلة أساسية من وسائل تحقيق الأهداف الخاصة بالبرنامج.

جلسات البرنامج:

يتكون البرنامج من ثلاث عشر جلسة إرشادية، مدة كل جلسة تسعون دقيقة بمعدل جلستين أسبوعياً، يستخدم البرنامج السيكودراما لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال المصدومين، حيث تضمنت كل جلسة مجموعة من الأهداف، وأنشطة إحماء، وفنيات تدخل في العلاج السيكودرامي، وواجباً بيتياً، وفيما يلي وصف مفصل لتلك الجلسات.

رقم اللقاء : الأول (جلسة افتتاحية للمجموعة).

تعد الجلسة الأولى جلسة بنائية تسهم في بناء علاقات جيدة وإيجاد نوع من الألفة بين المرشد وأعضاء المجموعة الإرشادية، وتأتي هذه الجلسة بعد تطبيق مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على الأطفال المصدومين. في مدرستين من مدارس قرية دوما في جنوب نابلس.

وقام المرشد بعد ذلك بمقابلة كل عضو من الأعضاء بشكل منفرد وقام باطلاعه على نتيجته على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ثم عرض عليه المشاركة في البرنامج، حيث أن البرنامج سيوفر له فرصة جيدة حتى يخفف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لديه، وإضافة خبرة معلوماتية جيدة يتيح له التعرف على أشياء جديدة، إن هو وافق على ذلك يقوم المرشد باطلاعه على شروط المشاركة في البرنامج والمتمثلة في السرية التامة لكل ما يدور في الجلسات والمحافظة على معايير الجماعة مثل الالتزام بمواعيد الجلسات وعدم التغيب والتقبل غير المشروط للآخرين واحترامهم .

أهم أهداف اللقاء :

- التعرف بين أعضاء المجموعة والباحث وكسر الجليد.
- تعريف المشتركين بالبرنامج وأهدافه
- مناقشة توقعات المشتركين من البرنامج وتعزيز التوقعات الإيجابية
- الاتفاق على مكان عقد الجلسات وهو (عبارة عن قاعة تتوافر فيها مواصفات جيدة للإرشاد الجمعي من حيث أنها بعيدة عن الضوضاء والصخب، وإضاءة وتهوية جيدة، وهي تتيح فرصة الاتصال البصري واللغوي).
- إحماء الأعضاء وبناء المجموعة وخلق الثقة والتماسك بين أفراد المجموعة.
- خلق أدوار تعزز من إمكانيات الفرد الذاتية
- إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

سير الجلسة:

التعارف بين أعضاء المجموعة وبناء الألفة: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج وأعضاء المجموعة الإرشادية بالوقوف في دائرة ويطلب المعالج من كل فرد بالمجموعة بالتعريف عن نفسه من خلال ذكر اسمه مع إصدار صوت أو حركة تعبر عنه، ثم يقوم أفراد المجموعة في الدائرة المحيطة بالترحيب بالعضو ويذكرون اسمه ويقلدون حركته الإيمائية، ويتأكد المعالج أن كافة أعضاء المجموعة قد شاركوا بالنشاط.

التعريف بالبرنامج وأهدافه: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج بتعريف المشتركين بالبرنامج الجمعي القائم على السيكدوراما، قائلاً إن البرنامج يتكون من اثنتي عشرة جلسة إرشادية مدة كل جلسة تسعون دقيقة، وإن كل جلسة ستتضمن مجموعة من الأهداف التي سنعمل عليها سوياً من خلال مجموعة الأنشطة والتمارين التي سنطبقها هنا في القاعة والواجبات البيتية، كما يتم الإشارة إلى أن البرنامج الإرشادي يهدف إلى خفض أعراض الضغوطات التالية للصدمة من خلال هذه التمارين والأنشطة والتي تتعلق بمواقف ومشكلات نواجهها في حياتنا اليومية والذي يؤدي بدورها إلى تحسين صحتنا وحياتنا وتوافقنا مع أنفسنا والمحيطين بنا، بعد ذلك يقوم المعالج بإعطاء المجموعة فكرة عن الإرشاد النفسي قائلاً إن الإرشاد النفسي هو عملية بناءة تتم بشكل واع تهدف إلى مساعدة الفرد وتشجيعه لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ومشاعره وأفكاره ويفهم خبراته ويحدد من خلالها مشكلاته وحاجاته، وكما ويعرف الفرص المتاحة أمامه، وأن يستخدم وينمي إمكانياته ويحدد اختياراته، والتي تساعده في أن يتخذ قراراته ويحل مشكلاته، ويتم التعريف بالسيكدوراما بحيث يتم الإشارة إلى أنها أسلوب يعتمد على الحركة والاداء التلقائي، والتي يمكن أن تساعدنا على التخلص من المشاعر السلبية وبنفس الوقت يمكن أن تساعدنا في فهم أفضل لأنفسنا وللعالم من حولنا، كل هذا من خلال بناء تمارين درامية تتعلق ببعض المشكلات لدينا يتم التعبير عنها بشكل تلقائي، ودون تقييم لأداء الفرد. يقوم المرشد باحتواء جميع الملاحظات ويدعم الافكار الايجابية ويعدل الافكار الخاطئة.

التعرف على توقعات المشاركين من البرنامج وتعزيز التوقعات الإيجابية: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج بسؤال المجموعة حول توقعاتهم حول البرنامج، قائلاً لأعضاء المجموعة الإرشادية: أريد الاستماع إلى آرائكم وتوقعاتكم فيما يتعلق بالبرنامج الإرشادي والجلسات، ويقوم المعالج بتقسيم المجموعة إلى ثنائيات وتوزيع قلم وورقة ملونة على كل ثنائي ويطلب منهم كتابة توقعاتهم من البرنامج والجلسات من خلال كلمة أو رسم، ويطلب منهم تعليق هذه الأوراق على لوح مخصص داخل الغرفة، ومن ثم يطلب المعالج من أفراد المجموعة العودة إلى الجلوس المشترك مع المجموعة، ويطلب المعالج من كل مجموعة الحديث عن توقعاتهم، ومناقشة المجموعة بتوقعاتهم حول البرنامج الإرشادي والجلسات. يقوم المرشد باحتواء جميع التوقعات ويدعم الأفكار الإيجابية.

ومن ثم يطلب المعالج من المجموعة ذكر القوانين التي تخص المجموعة قائلاً: ما هي القوانين التي ترغبون في أن تكون موجودة في المجموعة وملتزم بها جميعاً، والتي ناقشت بعضها معكم عندما قابلتكم، ويقوم المعالج بالاستماع للمجموعة، ومناقشة وتوضيح قوانين المجموعة، وكتابة هذه القوانين على لوحة كرتونية وتعليقها بمكان واضح أمام المجموعة، قائلاً: هذه القوانين التي سنلتزم بها جميعاً طول فترة اللقاءات وسنضعها هنا لنتذكرها دائماً.

- إحماء الأعضاء " منجاة النفس " (مدة التمرين 30 دقيقة).

يقوم المرشد بالتوضيح لأعضاء المجموعة الإرشادية قائلاً: نواجه في حياتنا اليومية العديد من المواقف التي لا تتيح لنا المجال للتعبير عما نشعر به، أو أي مواقف أخرى تجعلنا نشعر بالضيق أو الخسارة. ثم يطلب المرشد من الأعضاء أن يفكروا ببعض هذه المواقف، ويتخللوا أنفسهم يسيرون على شاطئ وهم يتحدثون عن هذه المواقف على أن يتكلموا عنها بلغة الحاضر (هنا والآن) ومن ثم يتم النقاش حول هذه المواقف ومشاعر الشخص صاحب الموقف ومشاعر أعضاء المجموعة.

ويعتبر هذا النشاط نشاط إحماء للمجموعة الإرشادية لتعزيز قدرتهم على التعبير وزيادة الالفة، والتحرر من الخوف والقلق، وتعزيز التعاطف والتماسك بين افراد المجموعة، كما أنه نشاط إحماء يرتبط بالجلسة القادمة من خلال التركيز على استخدام الطاقة والعفوية لدى الفرد، وذلك بهدف خلق أدوار تعزز من إمكانيات الفرد الذاتية وتعزز من قدرته على التواصل.

إنهاء الجلسة وتقديم الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لكل ما تم في الجلسة الإرشادية بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين الذي تم استخدامه والهدف منه، ومن ثم يقوم المعالج بالاستماع إلى مشاعر أفراد المجموعة الإرشادية وأراءها حول الجلسة وما تضمنه من خطة عمل وأهداف البرنامج الإرشادي وذلك من خلال كلمة واحدة ويقول المعالج: أريد الاستماع إلى آرائكم ومشاعركم عن هذا اللقاء ما تضمنه بكلمة واحدة مع تشجيع المجموعة وتقديم الشكر لكل فرد، ويقوم المعالج بعد ذلك بإعطاء المشتركين الواجب البيتي والمتمثل، تذكر موقف أو حدث يمثل خبرة مؤلمة، كيف تصرفت في حينه، وكيف كانت مشاعرك في حينه، وكيف تتمنى لو كنت تصرفت في حينه، مع تذكيرهم بأنهم يستطيعون التحضير للواجب بشكل شفهي لمن لا يستطيع الكتابة.

الموقف	كيف تصرفت في حينه	كيف تتمنى لو تصرفت	ما هي مشاعرك تجاه الموقف

رقم اللقاء : الثاني

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- تحسين الوعي بالأعمال غير المنجزة المتعلقة بالأحداث المؤلمة.
- تحسين الوعي بالأفكار والمشاعر الناتجة عن الحدث الصادم.
- تلخيص وإنهاء الجلسة وتقديم الواجب البيتي.

سير الجلسة:

مناقشة الواجب البيتي السابق: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء الثاني، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم.

فعالية حركية لتهيئة الأعضاء: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يطلب المعالج من أعضاء المجموعة الإرشادية السير في الغرفة بشكل عشوائي، يقوم المعالج بإعطاء مجموعة من التعليمات لأفراد المجموعة وعليهم الاستماع لها وتنفيذها أثناء سيرهم بالغرفة، وهذا النشاط لتهيئة الأعضاء وتعزيز التواصل وبناء الألفة بين أفراد المجموعة، مثلاً، يقول المعالج: عندما يتقابل كل شخصين يقول للأخر مرحباً أنا اسمي ...، ونستمر بالسير حتى نقابل شخصاً آخر، وعندما نتقابل مرة أخرى نعطي معلومة جديدة عن أنفسنا، مثلاً، يقول مرحباً أنا اسمي أحمد أحب اللون الأخضر... وهكذا، ويمكنك جمع معلومات عن أفراد المجموعة ومن ثم العودة إلى الجلوس بشكل جماعي ومناقشة ما استطعنا أن نجعله عن زملائنا من معلومات.

النشاط السيكودرامي: لعب الادوار (مدة التمرين 40 دقيقة).

يقوم المرشد بالتوضيح لأعضاء المجموعة الإرشادية معنى الأعمال غير المنتهية، قائلاً: إن الأعمال غير المنتهية ما هي إلا إخفاقات سابقة في حياتنا، ومواقف لم نستطع التصرف في حينها، كلمات كنا نريد قولها لكن لم نقلها، تبدأ هذه الاعمال غير المنتهية في الظهور على شكل إحساسات وأفكار مزعجة تراودنا من وقت لآخر وأن هذه الأفكار والإحساسات المزعجة تبدأ في الظهور في حاضر كل منا الأمر الذي يعيق تواصلنا مع ذاتنا ومع الآخرين. ثم يعطي المعالج مثالا على الأعمال غير المنتهية قائلاً: محمد طالب في الصف الثامن يعاني من الخوف والقلق والحزن وقد تراجع أداؤه بالمدرسة، وذلك بسبب خبرة سابقة حدثت معه قبل عام عندما تعرض لحادث سير وهو برفقة عمه وأبوية نتيجة رشق المستوطنين لسيارتهم بالحجارة أثناء عودتهم إلى منزلهم ما أدى إلى تكسير الزجاج الأمامي للسيارة وإصابة أبيه بإحدى هذه الحجارة وفقدانه السيطرة على السيارة، بعد هذه الخبرة التي مر بها احمد وبعد مرور فترة من الزمن بدأ محمد يشعر بالخوف والتوتر والقلق الشديد وعدم رغبة بالمشاركة بالأنشطة وحتى الركوب في السيارة والخروج إلى أي مكان، بسبب خوفه من تكرار الأمر، وأصبح دائم القلق على وأهله من التوجه إلى أي مكان كما فقد الاهتمام بالأشياء وتدنى تحصيله الأكاديمي وأصبح عدوانيا تجاه الآخرين.

وبعد أن يعطي المعالج المثال ويُظهر للمجموعة مجموعة الأعراض التي ظهرت في المثال، ثم يقول المعالج كل شخص فينا لديه خبراته وحاجاته ومشاعره الخاصة فيه، وان تلك الخبرات والمشاعر والطريقة التي نستجيب بها، لها دور كبير في فهم هذه الخبرة وأثرها في سلوكنا وحياتنا وعلينا أن نكون على وعي بطرق استجابتنا لهذه الخبرات، ويطلب المعالج من أفراد المجموعة أن يغمضوا أعينهم لمدة دقيقتين ويستذكر كل منهم قصة من ذاكرته تعبر عن تجربة أو موقف شخصي مشابه سبب لهم وشعروا خلاله بألم وحزن..الخ، ولم يستطيعوا التعبير عن ذلك، وما هي مشاعرهم الحاضرة نحوها، ومن ثم يطلب المعالج من الأعضاء الحديث عن هذه التجارب قائلاً: من يريد مشاركة المجموعة بهذه الخبرة التي تذكرها على أن يتكلموا عنها بلغة الحاضر (هنا والآن). وبعد ذلك يشجع المعالج أفراد المجموعة ليتطوع أحدهم (بطل الرواية) بشكل طوعي وليس

إجباري في تجسيد هذه الخبرة التي مر بها بشكل درامي، ويختار عناصر المشهد، ثم يقوم بطل الرواية بمساندة الأعضاء بتمثيل بعض تلك المواقف وذلك حتى يتم إكمال تلك الأعمال غير المنتهية على أن يتكلموا عنها بلغة الحاضر (هنا والآن) ويتم النقاش حول مشاعر الشخص صاحب الموقف ومشاعر أعضاء المجموعة.

الهدف من استخدام فنية المشهد الدرامي هو مساعدة الأفراد في زيادة وعيهم لمشاعرهم وأفكارهم وخاصة المشاعر والأفكار غير المنتهية ولتعزيز من إحساسهم بالسيطرة على الموقف في لحظات كانوا عاجزين عنها فيما مضى للتعبير عن مشاعرهم، كما أنها تساعد أفراد المجموعة على الوعي بطريقة ردود أفعالهم، كما أنها تعمل على زيادة التركيز على الإشارات والسلوكيات غير اللفظية، وعلى الرغم من التركيز في هذا النشاط على فرد من المجموعة إلى أنه وعند عودة المجموعة للنقاش يعتبر هو تدخل جماعي بإشراك المجموعة وتفاعلهم أثناء النقاش وزيادة وعيهم بالأعمال غير المنتهية لكل منهم وطرق استجابتهم لهذه المواقف، من خلال إعادة إحياء الأحداث والمشاعر غير المنتهية للحدث الصادم في بيئة آمنة، وبالتالي يعمل المعالج مع المجموعة من خلال التجربة النشطة للوعي والأحاسيس والتصورات، والسلوكيات غير اللفظية، والأعمال غير المنجزة، والأفكار المشوهة، وتغيرات الجسم، بحيث يتم تنظيم المشاعر حتى لا تطفئ على الفرد وتتحرك دون رقابة.

النشاط الختامي تلخيص الجلسة وإنهاؤها وتقديم الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المرشد بعمل تلخيص لكل ما دار في الجلسة الإرشادية بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين الذي تم استخدامه والهدف منه، ويقوم بإعطاء المشتركين الواجب البيتي والمتمثل في الطلب من أعضاء المجموعة الإرشادية من خلال الرسم وصف الحالة النفسية التي يشعروا بها الآن والحالة التي يطمنون ان يكون عليها في المستقبل.

كيف تتمنى ان يكون شعورك مستقبلاً

كيف تشعر الآن



رقم اللقاء : الثالث

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.

- أن يعي الفرد مصادر الدعم والقوة الموجودة لديه.

- التغلب على مشاعر الحزن المتعلقة بالحدث الصادم.

- إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

سير الجلسة:

مناقشة الواجب البيتي السابق: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم على الحضور في المكان والزمان المتفق عليهما، ثم يقوم المعالج بتذكير أعضاء المجموعة الإرشادية بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ويتم إعطاء الفرصة لكل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ثم يقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة حول الأداء.

نشاط افتتاحي: فعالية حركية لتهيئة الأعضاء: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج بالوقوف مع المجموعة على شكل دائرة، وتقوم المجموعة بمسك أيدي بعضهم بعضاً، ويقف شخص في وسط الدائرة وشخص آخر خارج الدائرة، وعلى الشخص الموجود خارج الدائرة أن يمسك بالشخص الموجود في وسط الدائرة، على أن تقوم المجموعة بحماية الشخص الموجود في وسط الدائرة ومنع الشخص الموجود خارج الدائرة من الدخول والإمساك به. في نهاية النشاط يسأل المرشد أعضاء المجموعة الإرشادية عن مشاعرهم حول النشاط، بما يتعلق بمشاعر المجموعة وهي تقوم بحماية الشخص الموجود بالوسط، ومشاعر الشخص الذي يتم حمايته. يهدف اللقاء الى زيادة الثقة والالفة بين أفراد المجموعة مما يسهم في بناء المجموعة بهدف زيادة فاعلية العمليات العلاجية داخل المجموعة وتعزيز تماسك المجموعة.

نشاط السيكودرامي (الكرسي الخالي): (مدة التمرين 40 دقيقة).

يبدأ المعالج بالإحماء مع المجموعة بالتمهيد لهذا التمرين قائلاً أثناء الخبرات المؤلمة التي تواجهنا في حياتنا هناك مجموعة من الأشخاص، أصدقاء، وزملاء، وأعضاء في أسرنا، أشخاص في محيطنا يقدمون لنا الدعم والمواساة، كما أنهم يساعدونا على تجاوز تلك الخبرات. يطلب المعالج من الأطفال أن يختار كل طفل مكاناً داخل القاعة يجد فيه الراحة، ثم يطلب المعالج من الأطفال إغماض أعينهم، ويقول: أنتم الآن في رحلة في قطار الحياة، هذا القطار أنتم من تحددون وجهته وسيأخذكم إلى أكثر مكان تحبونه، سيأخذكم إلى ذلك المكان الجميل الذي نشعر فيه بالاطمئنان والراحة، وفي الطريق هناك محطات يتوقف عندها القطار والتي تمثل خبراتنا المؤلمة، وهناك أشخاص يساعدونا على تجاوز هذه المحطات للوصول إلى المكان الآمن فنحن بحاجة إلى من يشاركنا هذا المكان ويركب معنا في القطار لأن قطار الحياة لا يسير إلا عندما يشاركنا أشخاص آخرون في رحلتنا ويجلسون معنا في القطار فهؤلاء هم من يساعدونا على تجاوز كل الصعاب، وكما قلنا هؤلاء الأشخاص هم، أصدقاء، وزملاء، وأعضاء في أسرنا، أشخاص في محيطنا يقدمون لنا الدعم والمواساة يساعدوننا على تجاوز تلك الخبرات، ثم يترك المجال للأطفال لتخيل رحلتهم ومحطاتهم مع الإيحاء لهم ببدء الرحلة والمحطات التي قد نتوقف فيها، ثم يتحدث

المعالج عن لحظات الوصول إلى ذلك المكان والأنشطة التي نتشارك فيها مع أصدقائنا، ويترك المعالج لهم فرصة للتخيل في لحظات صمت، ومن ثم يبدأ المعالج بإخبار الأطفال على انتهاء الرحلة مع هؤلاء الاصدقاء والاشخاص ووداعهم والعودة إلى القاعة ومن ثم يبدأ المعالج بمناقشة الطلاب في المحاور التالية:

- من يريد الحديث عن الرحلة التي قام بها؟
- ما هي المحطات التي وقفتم بها؟ ومن أخذتم معكم من هذه المحطات؟
- كيف ساعدكم وجود هذا الشخص على تجاوز الصعاب في حياتكم.
- هل تستطيع إجراء حوار مع ذلك الشخص.

ومن ثم يقوم المعالج بتشجيع أفراد المجموعة لإجراء حوار مع الأشخاص الذين شاركونا الرحلة من خلال فنية (الكرسي الخالي) وكيف ساعدنا ذلك الشخص على تجاوز هذه المحطات، ويوضح المعالج للمجموعة أهمية هذا النشاط وأهمية إجراء الحوار مع هؤلاء الأشخاص الداعمين لنا وكيف يسهم ذلك في رفع وعيهم لأهمية الأشخاص الداعمين لنا ودورهم في حياتنا. ويقوم المعالج بتحسين التفسير لدى اعضاء المجموعة والمتعلق ببعض ردود الفعل المتشائمة لدى بعض اعضاء المجموعة الارشادية.

نشاط ختامي إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة الإرشادية بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ويقوم المعالج بإعطاء المشتركين الواجب البيتي والمتمثل في كتابة رسالة الى شخص تشكره فيها كونه موجوداً في حياتك، مع العلم أنه بإمكان افراد المجموعة التحضير الشفهي لهذا النشاط.

رقم اللقاء : الرابع

أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- تحسين الذاكرة فيما يتعلق بالخبرات الصادمة التي مر بها اعضاء المجموعة الارشادية.
- إعادة المعالجة المعرفية لتوفير فهم جديد لما حدث.
- زيادة وعي اعضاء المجموعة بمشاعر الخسارة والغضب الموجودة لديهم.
- إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

سير اللقاء :

الواجب البيتي: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء الرابع، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم والتي تعزز من تحقيق تعميق التركيز على الهدف الذي أعطي من أجله الواجب البيتي.

فعالية لتهيئة الأعضاء : (مدة التمرين 20 دقيقة).

تقسم المجموعة الإرشادية إلى مجموعات زوجية "أ"، "ب"، وقبل البدء بالتمرين تقف كل مجموعة زوجية مقابل بعضها البعض ويعرّف كل مشارك/ة زميلة بصوته وبالكلمات التي سيكررها أثناء التمرين، وبعد ذلك يغلق "أ" عينيه بينما يقوده "ب" بصوت خافت أثناء تحركه في أرجاء

الغرفة، وعندما يصدر "ب" الصوت يتحرك "أ" باتجاهه وإذا توقف القائد عن إصدار الصوت يتوقف "أ" في مكانة لحين سماع الصوت من جديد، ولا يتحرك حتى يسمع صوت القائد من جديد.

النشاط السيكودراما الظل أو (صوت الذات): (مدة التمرين 40 دقيقة)

يقوم المعالج بالتمهيد لهذا التمرين قائلاً أن لكل شخص خبراته وتجاربه، وقد نمر بالعديد من الخبرات المؤلمة في هذه الحياة، والتي تسبب لنا الألم والإحباط والمشاعر السلبية، وتعكس المشاعر المختلفة التي نحملها نحو الأشخاص والأشياء حجم شعورنا بالغضب تجاه هذه الخبرات، ولكي نكون أكثر وعياً وأكثر فعالية وإيجابية بالتعامل مع هذه المشاعر والأفكار السلبية المرتبطة بالخبرة الصادمة لا بد أن يكون لدينا فهم وعي ذاتي واضح عن هذه الأفكار والمشاعر، ولذلك دعونا نقوم بهذا التمرين، سيكون هناك شخص ظل لك يعمل معك بشكل مزدوج كأنه ذاتك الداخلية التي لا نراها وهذه الذات الداخلية قد تتحدث في بعض الأحيان عما هو في داخلك، وقد تقول الأشياء التي تتردد في قولها تجاه هذه الخبرة، وإذا كانت هذه الأشياء تمثل مشاعرك الحقيقية كرر ذلك في كلامك وتفاعلك وإن كانت لا تمثل مشاعرك يمكنك أن تقول لا وتصحح لها ومن ثم ستحاول هذه الذات مره أخرى لتعكس أفكارك ومشاعرك، وأنت حر في الاستمرار مع هذه الذات أو اختيار شخص آخر ليكون ذاتك الداخلية التي تشعر بها حقاً، وبعد ذلك يقوم المعالج بتشجيع احد أفراد المجموعة الإرشادية بالحديث عن قصته (بطل الرواية) وترك الحرية ليختاره الشخص الذي يمثل صوته الداخلي، ومن ثم يقوم المعالج بسؤال بطل الرواية.

هل شعرت أن صوتك الذاتي عبر عن مشاعرك؟

كيف ساعدك ذلك في التعبير عن غضبك ومشاعرك؟

هل ساعدك ذلك في الوعي الذاتي بمشاعر الغضب الموجودة لديك؟

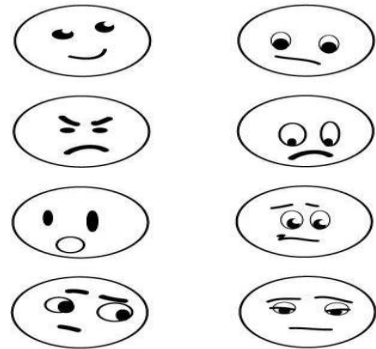
هل ساعدك بالوعي بالأفكار والصراعات الموجودة لديك؟

ومن ثم يعمل المعالج على تحسين التفسير لدى أعضاء المجموعة الإرشادية حول اللغة والأفكار والمشاعر التي نحملها تجاه خبراتنا، ويوضح المعالج لأعضاء المجموعة الإرشادية ضرورة الوعي بهذه المشاعر سبل التعامل معها.

ويستخدم المعالج هذا النشاط بالمجموعة بهدف استثارة أحاسيس البطل ومشاعره حول هذه الخبرة (كالتعبير عن مشاعر الخوف أو اتجاهات البطل العدائية) وقد يتفق البطل أو لا يتفق مع العديد من المشاعر والأفكار التي يعبر عنها ظلّه أو صوت الذات، وهنا تظهر فائدة صوت الذات أو الظل في معاونة بطل الرواية على أنتاج دلالات جديدة وسبل لمزيد من الفهم وزيادة الوعي الذاتي للأفكار والمشاعر الموجودة لديه ولدى أفراد المجموعة والفهم الأعمق بمشاعر الغضب وسبل التعامل معها.

نشاط ختامي تلخيص وإنهاء الجلسة وتقديم الواجب البيتي (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم يقوم بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية الواجب البيتي والمتمثل، إعطاء المجموعة مجموعة من الوجوه التالية، ويطلب من أعضاء المجموعة الإرشادية كتابة الانفعال المرتبط بكل وجه من تلك الوجوه والسبب وراء تلك الحالات الانفعالية من وجهة نظرهم. ثم يقوم المرشد بتذكيرهم بمكان وموعد الجلسة القادمة.



رقم اللقاء : الخامس .

هدف الجلسة:

- مناقشة الواجب البيتي السابق .

- التخلص من مشاعر الذنب والخجل المرتبطة بالخبرة الصادمة والتعبير عنها .

- الوعي بتوقعات الإخفاق والفشل والتخلص منها .

- إنها الجلسة وإعطاء المشتركين واجباً بيتياً .

سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي (مدة التمرين 20 دقيقة)

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء الخامس، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم.

فعالية حركية لتهيئة الأعضاء : (مدة التمرين 20 دقيقة).

يطلب المعالج من المجموعة الانتشار بالغرفة بشكل عشوائي على مسافات متباعدة نسبياً ثم يبدأ المعالج بإعطاء تعليمات للمجموعة وعلى أفراد المجموعة التركيز على ما يقوله المعالج وتجسيده من خلال لعب الأدوار ويقوم المعالج من خلال العبارات التي يطلبها من المجموعة بالتركيز على مختلف الحواس في تجسيد المشهد الدرامي مثل انتم الآن تسيرون فوق الرمال الساخنة، تشعرون بحرارة الأرض تحتكم، استمروا بالسير، والآن يقف أمامكم جدار، فلنتسلق هذا الجدار إلى الجهة الأخرى، لتخلص من حر الرمال، ونذهب إلى الجهة المقابلة، والآن بعد أن صعدنا الجدار إلى الجهة المقابلة تخيلوا أنكم شجرة مزروعة في الأرض ومن ثم تأتي الرياح على

هذه الشجرة وتحرك أغصانها، كيف تشعرين بالريح وهي تجعلك تتمايلون؟ والآن سنقوم بأخذ حبة ليمون عن الشجرة ونمسكها بأيدينا. عليكم أن تشعرنا بذلك بين أيديكم، تحسسوا حبة الليمون، سنقوم بتقشيرها، أنتم الآن تقومون بتقشير حبة الليمون، الآن لنتذوق حبة الليمون، أنتم الآن تأكلون قطعة من الليمون وتشعرون بعموضته...، ويقوم هذه التمرين برصد تفاصيل الجسد ردود الفعل والحواس وبعد إنهاء التمرين يتم سماع مشاعر المجموعة حول التمرين والهدف منه إدراك لغة الجسد ودورها في ردود أفعالنا.

ملاحظة: يقوم المعالج بإعطاء تجسيد كل مشهد الوقت الكافي لإعطاء الفرصة لأفراد المجموعة للإحساس بالمشهد.

نشاط السيكودراما: (أسلوب واقع فائض (كما لو) (مدة التمرين 40 دقيقة)

يقوم المعالج بتنفيذ هذا التمرين من خلال البدء مع المجموعة قائلاً: لكل منا تجاربه وخبراته في الحياة وكل منا تعامل مع هذه الخبرات بطرق مختلفة وردود أفعال مختلفة، والآن سنقوم بنشاط يعتمد على التخيل، وهذا التمرين القائم على التخيل يعتمد على تغير الواقع إلى ما كنا نرغب في حدوثه في تجارب ومواقف حدثت معنا، ويقدم توضيح النشاط للمجموعة وهو إعادة تمثيل الخبرة الصادمة بتغير تلك الخبرة الصادمة وتغير الأحداث الصادمة إلى (كما لو) أي كما يريدنا بطل الرواية، وهو تمرين يساعدنا على تجاوز هذه الخبرات وأثرها في حياتنا، ومن ثم يتم تشجيع أحد أفراد المجموعة الإرشادية للتطوع بشكل اختياري على المشاركة (بطل القصة)، و يقوم المعالج بإعادة تمثيل الخبرة الصادمة الخاصة ببطل الرواية من جديد ولكن بتفاصيل كما يريدنا بطل الرواية، ومن ثم يناقش مشاعر البطل حول التجربة المؤلمة قبل التمرين وبعده، وهذا يعطي للفرد فرصة لاستجابات عاطفية مختلفة، كما يعمل على تحسين عملية تغيير الذاكرة فيما يتعلق بالحدث الصادم، وبعد ذلك يتم العودة بالتركيز مع المجموعة والعمل على مناقشة:

كيفية تحويل الخسارة إلى خبرة إنجاز؟

ماذا يمكن ان يفعلوا ليخففوا من شعورهم بالذنب والالام؟

ما هي الخبرات الإيجابية التي اكتسبتها من خبرتي المؤلمة؟

ملاحظة: هذا التمرين ليس تشوييه الواقع بل يعتمد على " كما لو " بحيث يستخدم بدلا من التوصل إلى اتفاق مع الواقع الخارجي المستحيل (التجربة المؤلمة) فإنه يتوصل إلى تصالح وتعزيز العالم الذاتي للفرد من الخبرات الصادمة، ويعمل على تأكيد الحقيقة الشخصية ويؤكد على إظهار التصور الذاتي للأفراد الذين يعانون من صدمات وخبرات مؤلمة، والتركيز على الحقيقة الشخصية للفرد على حساب الحقيقة الموضوعية، من خلال إعادة المعالجة المعرفية وهو واحد من مساهمات مورينو في علاج الصدمة النفسية.

الإنهاء وتقديم الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم يقوم بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية الواجب البيتي والمتمثل في كتابة قصة في المستقبل تحتوي قصة نجاح في المستقبل وقد تغلب على الصعوبات وكأنه حققها، من خلال استخدام لغة هنا والآن وهذا التمرين يركز على اسلوب الاسقاط على المستقبل في السيكودراما.

<p>قصتي في المستقبل</p> <p>قصة نجاحي:</p> <p>كيف تغلبت على الصعوبات؟:</p>

رقم اللقاء : السادس

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- العمل على إطلاق المشاعر المكبوتة والمتعلقة بالحدث الصادم.
- مساعدة المسترشد على الوعي بالتغيرات التي حدثت في حياته.

- تحسين استبصارهم بالجوانب الإيجابية الموجودة لدية.
- مساعد الفرد في إعادة كتابة وسرد أدوار ايجابية في حياته
- إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء السادس، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق، بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم والتي تعزز من تحقيق تعميق التركيز على الهدف الذي أعطي من أجله الواجب البيتي.

فعالية حركية لتهيئة الأعضاء: نفذ ما تسمع (مدة التمرين 20 دقيقة).

يطلب المعالج من المجموعة التجول بالمكان والاستماع إلى عبارات يقولها المعالج وعلى المجموعة تنفيذها، ويركز المعالج في هذه اللقاء على التعبير عن لغة الجسد ومساعدة أعضاء المجموعة على التحرر والعفوية، مثلا يطلب المعالج من المجموعة السير بشكل سريع في أرجاء الغرفة ومرة اخرى كأنهم يسيرون في العرض البطني، ومرة أن يسيروا وكأنهم يحملون على رؤوسهم صندوق، وان يتخللوا أنفسهم يسيرون على الجليد، وان يسيروا على حبل بخط مستقيم، وفي أثناء تأدية الحركات يقول المعالج للمجموعة كلمة (تجمد) وعلى كل فرد في المجموعة أن يقف ويحافظ على الشكل الذي يقوم بادئته، ومن ثم يستمر المعالج في ذلك ليعطي المجموعة الفرصة في التحرر من الجسد والشعور بالاستماع والعفوية.

نشاط السيكودراما: (مناجاة النفس): (مدة التمرين 40 دقيقة).

يبدأ المعالج بدمج فنية مناجاة النفسي مع نشاط مساند، وفي البداية يقوم المعالج بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية فكرة عن هذا التمرين قائلاً نمر بحياتنا بالعديد من الخبرات منها ما هو سار ومفرح ومنها ما يسبب لنا الألم والإحباط، وتحدث في حياتنا الكثير من التغيرات بسبب هذه الخبرات، وقد تقيدنا هذه الاحداث المؤلمة ونصبح عاجزين عن تأدية الكثير من الأشياء في هذه الحياة، ولكن لا بد أن نبحث عن الجوانب الإيجابية في حياتنا والتي تشكل مصادر قوه لنا حيث تساعدنا النجاحات والجوانب الإيجابية في حياتنا على تجاوز خبرات الألم والصدمات في حياتنا وهذا مثل حياة الفراشة، هل تعرفون ما هي المراحل التي تمر فيها حياة الفراشة قبل أن يتشكل لها أجنحة وتطير بين الورود؟، ويقوم المعالج بعد ذلك بشرح هذه المرحلة بقولة تتكون في البداية داخل غشاء صغير مثل كيس صغير وتسمى الفراشة في هذه المرحلة (الشرنقة)، ومن ثم تبدأ بالحركة والتمدد والنمو ومحاولة الخروج من داخل هذا الكيس لكي تتحرر وتبدأ بتمزيق هذا الغشاء شيئاً فشيئاً حتى تخرج منه وتبدأ بالطيران بحرية وهذا ما سنفعله في هذا النشاط ولنتخيل أنفسنا مثل الفراشة وذلك الكيس الذي تخرج منه يمثل ضغوطاتنا، فحياتنا مليئة بالتجارب والخبرات والتي تمثل هذا الغشاء من حولنا والتي يجب أن نتغلب عليها مثل الفراشة، لنتمكن من التحرك بحرية.

ويطلب المعالج من المجموعة أن يقوم كل فرد فيها بالجلوس في مكان مستقل في القاعة (ويقوم المعالج بتقليد الجلسة مثل الشرنقة داخل الكيس) للتوضيح للمجموعة ومن ثم يبدأ المعالج بقولة لنتخيل أنفسنا داخل هذا الغشاء والذي يمثل خبراتنا وتجاربنا المؤلمة في الحياة، ولنتذكر كل منا اصعب المواقف التي مر بها، وما هي هذه المواقف، وكيف تحاصره، وتمنعه من تأدية أنشطته اليومية وممارسة حياته بحرية وتلقائية، ويترك المعالج وقت للمجموعة ليتمكن أفراد المجموعة من تخيل وتذكر هذه الاحداث والتي تمثل خبراتهم المؤلمة وكيف أثرت على حياتهم، ومن ثم يبدأ المعالج الحديث مع المجموعة بقولة والآن، سنحاول الخروج من داخل هذا الكيس وندفعه بعيداً عنا، لنبدأ بإبعاده عنا بأيدينا، ومن ثم نخرج رأسنا منه، وبعدها يدنا اليمنى وهكذا يستمر المعالج

بإعطاء التعليمات ويعمل المعالج على تعزيز المجموعة أثناء ذلك من خلال تذكيرهم بالجوانب الإيجابية لكل منا، ويساعدهم على تحرير الجسد من داخل الكيس حتى يتحرر الجسد بشكل كامل، ومن ثم يقول المعالج ها نحن نطير في أرجاء الغرفة، ويتنقل أعضاء المجموعة في أرجاء الغرفة كأنهم يطيرون مثل الفراشة بين الإزهار والأشجار، ثم يطلب المعالج من المجموعة في هذا النشاط بالتعبير عن مشاعره بتلقائية، بحيث يفكر بصوت مرتفع حول قصة نجاحه والتي مكنته من الخروج من داخل الكيس (الشرنقة) والتي تمثل الخبرات المؤلمة والطيران بحرية كتعبير عن التحرر منها، على أن تستمر المجموعة بالمشي أثناء ذلك، ومن المهم أن يتحدث افراد المجموعة بلغة هنا والآن.

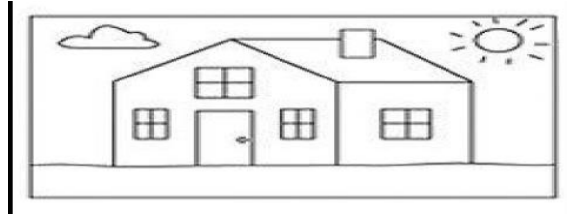
وبعد الانتهاء من النشاط يطلب المعالج من المجموعة العودة إلى الدائرة، يقوم المعالج بالحديث مع المجموعة وتحسين التركيز بهدف النشاط، قائلا:

ما هي أكثر الخبرات المؤلمة التي مررت بها في حياتك والتي كانت تحاصرك داخل هذا الكيس؟
كيف أثرت هذه الخبرات على حياتك ومنعتك من العودة الى أنشطتك وحياتك الطبيعية؟
كيف استطعت الخروج من داخل الكيس(الشرنقة)؟ كيف يمكن أن تساعدنا النجاحات التي حققناها في الحياة في التغلب على خبرات الألم والحزن والألم التي مررنا بها؟
ما هي مشاعركم وأنتم تشعرون أنفسكم تتحررون من صعوباتكم؟

ويسعى المعالج من خلال هذا النشاط الى إطلاق المشاعر المكبوتة والمتعلقة بالحدث الصادم، ومساعدة المسترشد على الوعي بالتغيرات التي حدثت في حياته، وتحسين استبصارهم بالجوانب الإيجابية التي حدثت في حياتهم، وتحسين استبصارهم بجوانب القوة لديهم واستبصارهم بأدوارهم، وزيادة العفوية لديهم وزيادة التعاطف داخل المجموعة وتصحيح أفكار مشوهة لديهم من خلال التغذية الراجعة.

نشاط ختامي تلخيص وإنهاء الجلسة وتقديم الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم يقوم بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية الواجب البيتي والمتمثل في المنزل الخاص فينا والذي يمثل المستقبل بحيث تمثل جدران هذا المنزل مصادر القوة لدينا ويمثل سقف المنزل الأشخاص المهمين في حياتنا. ثم يقوم المرشد بتذكيرهم بمكان وموعد الجلسة القادمة.



رقم اللقاء : السابع

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- تحسين وعيهم بالجوانب الجسمية ومناطق الألم.
- استيعاب الخبرات والاحداث الصادمة التي مر بها الفرد بشكل أكثر فاعلية
- تحسين قدرهم على الاسترخاء وإحساسهم بأجسادهم.
- إنها الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي (مدة التمرين 20 دقيقة)

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء السابع، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم.

نشاط الافتتاح تمرين إحماء والتركيز: (نفذ عكس ما تسمع): (مدة التمرين 15 دقيقة).

يبين المعالج للمجموعة أن النشاط هو تنفيذ كعس المعنى لكل كلمة يقولها المعالج للمجموعة، فمثلاً قف معناها مختلف في هذه الفعالية وهو اجلس، وعلى العكس من ذلك فإن كلمة اجلس تعني قف، وهكذا مع باقي التعليمات من قبل المعالج، ثم يبدأ المعالج بإعطاء التعليمات للمجموعة وعليهم تنفيذ عكسها ويركز المعالج على لغة الجسد وردود الفعل الجسدية في حياتنا، وفي نهاية النشاط يتم نقاش ردود أفعالنا الجسدية في حياتنا وخبراتنا.

تمرين مساند: (تمرين المرأة): (مدة التمرين 15 دقيقة).

يقوم المعالج بإعطاء المجموعة فكرة عن النشاط وهو أن نقف في صفتين متقابلين، أي أن يقف كل شخص مقابل للآخر على أن يمثل الشخص المقابل دور المرأة، لما سيقوم به الشخص المقابل له والذي سيقوم بتعبيرات من خلال كلمات وحركات في الوجه يقوم المرشد بتزويد المجموعة بها، على أن نقوم بتبديل الأدوار بيننا عندما يطلب المعالج ذلك، ومن ثم يبدأ المعالج بإعطاء تعليمات للصف الأول بالتعبير عن مشاعر معينة من خلال قول كلمة واحدة، مثلاً كلمة شكراً، وتفضل، وأنا سعيد، وأنا حزين، وأنا غضبان (وذلك من خلال أن تقولوها مره وانتم غضبين ومرة وانتم تضحكون ومرة تقولونها بحب وهذوء وهكذا) وعلى الصف الثاني تقليد الصف الأول في تعبيراته كأنه مرآة له، ومن ثم يتم تبادل الأدوار بينهم، ويقوم المعالج بعمل نقاش حول أهمية لغة جسدنا في التعبير عن مشاعرنا وكيف يساعد التمرين على زيادة وعي المجموعة بلغة الجسد .

تمرين سيكودرامي: (التركيز واسترخاء): (مدة التمرين 30 دقيقة).

يبدأ المعالج بالحديث عن التمرين وهو الاسترخاء قائلاً: نقصد بالاسترخاء التمارين التي تؤدي إلى مساعدة الجسم على الاسترخاء بهدف تخفيف التوترات الجسدية، والتنفس الصحيح، والتركيز على كافة أعضاء الجسم، وابتداء من الرأس وانتهاء بأخمص القدم، إضافة إلى استخدام الخيال من أجل الاسترخاء الذهني وكل ذلك يهدف إلى خلق نوع من التغير والخروج من حالات التوتر والضغط.

ثم يطلب المعالج من المجموعة الجلوس في وضع استرخاء، حيث يجلس الأعضاء في أي جزء من القاعة وبالطريقة التي يشعرون بها بالراحة، على مسافة متباعدة نسبياً ثم يتم الإيحاء لهم بما يلي، ومن ثم يبدأ المعالج بتنفيذ النشاط مع المجموعة، قائلاً: أنا الآن أسمع أصواتاً داخل جسمي، أنني أتجول داخل جسمي، إن جسمي مدينة صغيرة وأنا الآن أتجول بداخله، ومن ثم يبدأ المعالج بالتنقل بين أعضاء الجسم ويذكرها واحدة تلو الأخرى ذاكراً ما يحمله هذا العضو من تعب وإرهاق وما يحتاجه للراحة والاسترخاء، ويبدأ المعالجة من الرأس، وصولاً إلى أخمص القدمين، ومن ثم يقول المعالج هنالك منطقة في أجسامنا تختلف من شخص لآخر نشعر دائماً فيها بالتعب والإرهاق وتؤلّمننا عندما نشعر بالخوف، فلنضع يدينا عليها ونخرج منها هذا الألم وهذا الخوف، وإثناء ذلك يراعي المعالج نغمة الصوت والتي تشعر المجموعة بالدفء والاسترخاء، ويقوم المرشد أثناء الاسترخاء بالإيحاء لأعضاء المجموعة الإرشادية بالتواجد في أماكن بعيدة عن الصخب، مثل وأنهار، وبحيرات، أشجار، وأزهار كثيفة، ويتم الطلب من افراد المجموعة وهم يتخيلون انفسهم متواجدين في هذا المكان استعمال حواسهم الخمسة، بقولة مثلاً انتم الان تشتمون رائحة المكان، انتم تلمسون ما حولكم، انظروا الى هذا المكان وجمالة، استمعوا جيداً الى تلك الاصوات الجميلة، ويقوم المرشد باستخدام أسلوب قصصي لضمان نجاح التمرين، وبعد ذلك يترك المعالج المجال للمجموعة للبقاء بحالة استرخاء مع صوت موسيقى هادئة اعدّها لغرض التمرين، ثم يتم الإيحاء لهم بالنهوض، ثم يتاح النقاش بين أفراد المجموعة حول مشاعرهم وإحساسهم بالجسم، كما يقوم المعالج بالحديث عن منطقة الألم التي يشعر بها كل فرد، فمن المهم أن يتعلم الطفل استراتيجية إدارة التوتر في أي وقت. وقد تم استخدام موسيقى إيحائية في النشاط وهي موسيقى (MOZART).

الإنهاء وتقديم الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم يقوم بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية الواجب البيتي والمتمثل في كتابة قصة عن ماذا سيقول كل عضو في جسديك لو تكلم مثلاً ماذا ستقول يداك لو تمكنت من

الحديث ...؟، ومن لا يستطيع الكتابة يطلب منهم ذكر ذلك بشكل شفوي، ثم يقوم المرشد بتذكيرهم بمكان وموعد الجلسة القادمة.

رقم اللقاء : الثامن

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق
- تحسين وعيهم بالجوانب المتناقضة الموجودة لديهم، كجوانب القوة والضعف
- تحسين شعورهم بالأمان واحترام الذات.
- التخفيف من عزلتهم ونقلهم من كونهم ضحايا عاجزين إلى أشخاص قادرين على التكيف.
- إنها الجلسة وإعطاء الواجب البيتي

سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي (مدة التمرين 20 دقيقة)

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء الثامن، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم.

فعالية حركية لتهيئة الأعضاء : (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج بجلب عدد من الأغراض ووضعها أمام المجموعة ويطلب من كل فرد في المجموعة الإرشادية التقاط أحد الأغراض الموجودة أمامهم ومن ثم يطلب المعالج من كل فرد من أفراد المجموعة الإرشادية تأليف قصة تكون حول هذا الغرض الذي أخذه الفرد من المجموعة ثم يقوم المعالج مع المجموعة بدمج القصص التي خرجت من أفراد المجموعة الإرشادية في قصة واحدة.

تمرين سيكودرامي: أسلوب الحوار ودمجه مع الكرسي الخالي (مدة التمرين 40 دقيقة).

يقوم المعالج بالتحديث مع المجموعة قائلاً نمر جميعاً بالخبرات المؤلمة في حياتنا كما تحدثنا في اللقاءات السابقة، ولكل منا إمكانياتهم الذاتية وقدراتهم في مواجهة هذه الخبرات والتي تساعدنا على التغلب على خبراتنا المؤلمة وقد تحدثنا كذلك في اللقاءات السابقة عن هذه الإمكانيات، وسنعمل في هذا اللقاء على تأكيد قدراتنا وتعزيزها، ويعطي المعالج المشتركين فكرة التمرين قائلاً: الآن سنقوم بعمل نشاط وهو عبارة عن إجراء حوار مع الذات من خلال التخيل ولعب الأدوار وهو أحد الأساليب الإرشادية التي تهدف إلى زيادة قدرة الشخص على الوعي بما لديه من خصائص إيجابية، مما يتيح لنا رؤية الشيء على حقيقته، سنقوم بإجراء حوار بين جوانب القوة وجوانب الضعف لدينا، ومن ثم يقوم المعالج بتشجيع أفراد المجموعة ويتم البدء بمن تطوع لبدء الحوار بين جوانب القوة وجوانب الضعف لديه، والذي يمثل بطل الرواية (بطل الرواية)، ويقوم المعالج بمساعدة بطل الرواية في هذا التمرين من خلال الوقوف خلف الكرسي الخالي وذلك لمساعدته على القيام بالمشهد، (وهو أسلوب يتبع مع الأطفال عند تنفيذ فنية الكرسي الخالي، بهدف مساعدتهم على أداء الدور)، ويقوم المعالج بإعطاء الفرصة لكافة أعضاء المجموعة في تنفيذ النشاط، ثم يقوم المعالج بالتركيز والحوار ومناقشة المجموعة حول ما تم تنفيذه، وفي نهاية اللقاء يحرص المعالج على إطفاء جو من الاحتفال لدى المجموعة في هذه الجوانب الإيجابية في شخصياتهم والتي ساعدتهم على التكيف في المواقف الضاغطة والتي تأتي تعزيزاً لهذه المواقف لديهم.

ومن خلال هذا النشاط يهدف المعالج لمساعدتهم في تحسين وعيهم بالجوانب المتناقضة الموجودة لديهم، كجوانب القوة والضعف، ومساعدتهم في الحصول على الدعم والتقدير الذاتي وتوفير شعور جيد بالأمان واحترام الذات، وتحسين إحساسهم بالثقة والأمن، والتخفيف من عزلتهم ونقلهم من كونهم ضحايا عاجزين إلى أشخاص قادرين على التكيف.

إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم يقوم بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية الواجب البيتي والمتمثل في تأليف مادة دعائية (بوستر) تسوق فيه الى نفسه، أي وكأنك تريد خوض الانتخابات في مدرستك، تبين فيها أهم صفاتك الشخصية والتي يمكن من خلالها الاعتماد عليك لتساعد زملاءك في المدرسة.

رقم اللقاء : التاسع

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- مساعدة الاطفال في التغلب على مشاعر العجز وفقدان المعنى المرتبطة بالخبرة الصادمة.
- زيادة الوعي بالإمكانيات الذاتية الخاصة بالفرد
- تلخيص وإنهاء الجلسة وتقديم الواجب البيتي.

سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي السابق: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء التاسع، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم والتي تعزز من تحقيق تعميق التركيز على الهدف الذي أعطي من أجله الواجب البيتي.

فعالية حركية لتهيئة الأعضاء : (مدة التمرين 10 دقائق).

يطلب المعالج من المجموعة الجلوس في دائرة ومن ثم يقوم المعالج بتقسيم أفراد المجموعة الى ثلاث مجموعات تعبر كل مجموعة عن نوع معين من الخضار، على أن يكون أحد افراد المجموعة بالوقوف في وسط الدائرة، وعند ذكر أحد انواع الخضار والذي تعبر عنه هذه المجموعة عليهم التنقل وتبادل أماكنهم، ليعود أحد من المجموعة بالوقوف في الوسط ويذكر نوع جديد من الفاكهة، وهكذا وهدف هذا النشاط هو تنشيط حركي للمجموعة وتعزيز التركيز.

نشاط مساند تحسين الوعي الذاتي والتماسك بين أفراد المجموعة الإرشادية من خلال نشاط حقيقتين وأمل: (مدة التمرين 10 دقائق).

تعزيز الوعي الذاتي وتعزيز الثقة والتماسك بين أفراد المجموعة الإرشادية من خلال نشاط حقيقتين وأمل، وذلك بأن يقول الفرد حقيقتين عن نفسه وثالثة يتمنى حدوثها، وعلى باقي أفراد المجموعة الإرشادية أن تحاول تخمين من أين هذه الحقائق موجودة ووأي منها يتمنى زميلهم حدوثه، على أن يتم إعطاء المجال لكافة أفراد المجموعة للمشاركة في النشاط، على أن يقوم المعالج بإعطاء مثال على نفسه قبل بدء التمرين لتوضيح النشاط وإعطاء الشرعية لأفراد المجموعة للبدء في الحديث عن أنفسهم.

النشاط السيكودراما (الدكان السحري): (مدة التمرين 40 دقيقة).

يبدأ المعالج في الحديث بالقول: أننا نملك العديد من الصفات الإيجابية ونقاط القوة في داخلنا والتي تساعدنا في التغلب على الصعوبات والأزمات في حياتنا وقد ننسى هذه الصفات التي تدعمنا وتعزز من فرصنا في النمو والنجاح والتغلب على مشاعر الحزن لدينا، وهذه الصفات تعتبر مصادر قوة لدينا نكتسبها ونتعلمها من خلال حياتنا وتجاربنا، ومن أجل أن تساعدنا هذه الصفات فلا بد أن نكون على وعي بها، ولذلك دعونا نقوم بهذا النشاط لنتعلم ونكتشف هذه الصفات وكم نملك من مصادر قوة في حياتنا، ومن ثم يوضح المعالج للمجموعة طبيعة النشاط بقوله سنتوزع على القاعة ومن ثم لنتخيل أن كل شخص فينا يمتلك دكاناً، هذه الدكان يمكنك أن تضع فيها كل

ما تريد من صفات إيجابية تملكها وتعتقد أنها تشكل مصادر قوة لديك، يتم توزيع أوراق وأقلام على المجموعة ليكتب أفراد المجموعة عليها بضاعتهم وتعطى المجموعة وقتاً كافياً ليحضر كل فرد متجره الخاص، ومن ثم يطلب المعالج من المجموعة العودة إلى الدائرة ، ويخاطب المجموعة قائلاً: الآن سنقوم بجولة على المتجر الخاص بكل فرد فينا بشكل جماعي على أن يقف الفرد صاحب الدكان أمام دكانه يعرض بضاعته من خلال ترويجها والحديث عنها أمام باقي المجموعة، وكل شخص في المجموعة يشعر أنه بحاجة إلى هذه الصفة، يقول أنا سأشتري منك، مع العلم أن كل شخص يمكنه الشراء على أن يسجل كل فرد في المجموعة ما الذي اشتراه، ويتم الانتقال بعد ذلك إلى المتجر الثاني لطفل آخر، ومن ثم إلى الثالث، وهكذا يتم الانتقال إلى كل زاوية من الزوايا (المتجر الخاص بكل مشارك) حتى يتم الانتهاء من كافة أفراد المجموعة الإرشادية، ومن ثم تعود المجموعة للمناقشة، بحيث يثير المعالج مجموعة من الأسئلة على أفراد المجموعة الإرشادية، مثل: ما هي الصفات التي تعتبرها نقاط قوة لديك والتي قمت عرضها؟ وكيف يمكن أن تساعدك؟ ما الذي اشتريته من زميلك؟ ولما تشعر أنك بحاجة إليه؟ كيف تساعدك في التغلب على مشاعر الحزن وجعل الحياة أفضل؟، يقوم المعالج بعد ذلك بتحسين التفسير وتعزيز المشاعر الايجابية لدى أعضاء المجموعة الإرشادية من خلال الوعي بمصادر القوة لديهم إضافة إلى وعيهم بالأفراد المساندين لنا في الحياة والموجودين من حولنا، وتعزيزهم بأنهم من يستطيعون التحكم والسيطرة على مشاعرهم من خلال مصادر القوة هذه، والتي تساعدهم في تحسين حياتهم بالشكل الذي يريدون كما تسهم في تحسين الذاكرة و التخلص من المشاعر السلبية فيما يتعلق بالخبرات والمشاعر الصادمة التي مر بها أعضاء المجموعة الإرشادية، وكيف نستطيع أن نغير الجوانب المؤلمة في حياتنا وجعلها أكثر إيجابية من خلال هذه المصادر الموجودة لدينا، أو محاولة الحصول عليها من مصادر الدعم الموجودة من حولنا (الأسرة والأصدقاء)، لذا على الأفراد الوعي بهذه المصادر من اجل التغيير الإيجابي في حياتهم.

نشاط ختامي تلخيص وإنهاء الجلسة وتقديم الواجب البيتي (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة الإرشادية بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ومن ثم يقوم المعالج بإعطاء المشتركين الواجب البيتي، والمتمثل في الطلب من أعضاء المجموعة الإرشادية تأليف أغنيتي الخاصة والتي أصف فيها نجاحي وصفاتي. ثم يقوم المرشد بتذكيرهم بمكان وموعد الجلسة القادمة.

رقم اللقاء : العاشر

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- الوعي بالأفكار والاتجاهات المرتبطة بالحدث الصادم.
- التعامل مع الحاجات والافكار والمشاعر لدى الاطفال المصدومين.
- مساعدة أفراد المجموعة في استعادة الإحساس بالسيطرة على البيئة المحيطة بهم.
- إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

سير اللقاء

مناقشة الواجب البيتي السابق (20 دقيقة).

يقوم المرشد باستقبال المشتركين ويشكرهم على الحضور في الموعد والمكان المتفق عليهما ثم يذكر المرشد أعضاء المجموعة الإرشادية بما دار في الجلسة السابقة بما في ذلك الواجب البيتي، ويتم إعطاء الفرصة لكل عضو من الأعضاء ليقدم الواجب البيتي، ويتم تقديم التغذية الراجعة المناسبة من قبل المرشد حول الأداء وتعزيز الافراد الذين ادوا الواجب البيتي.

نشاط افتتاحي التنشيط والتركيز (مدة التمرين 20 دقيقة).

يطلب المعالج من كل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية المشي بالغرفة بشكل عشوائي على أن يقوموا بالسير بالسير بالسرعة محددة حسب التعليمات التي يقدمها المعالج،

والتي تتمثل بالسير في سرعات من 1-10 أي كلما زاد الرقم زادت سرعة المشي بالغرفة، ومن ثم يقوم المعالج بالطلب من المجموعة بالوقوف وإصدار صوت بشكل جماعي على أن تكون شدة الصوت من 1-10 حسب التعليمات التي يقدمها المعالج أي كلما زاد الرقم الذي يقوله المعالج زادت قوة الصوت وكلما قل الرقم من 1-10 قل الصوت الذي تخرجه المجموعة.

تمرين السيكودراما (النحات): (مدة التمرين 40 دقيقة).

يقوم المعالج بالتمهيد لهذا التمرين قائلاً أن كل شخص فينا لديه خبراته وحاجاته ومشاعره الخاصة فيه، وإن تلك الخبرات والمشاعر والحاجات تعبر عن نفسها في اختياراتنا المختلفة ومن تلك الاختيارات التي نختلف فيها تشكيل صورنا وأفكارنا الخاصة والتي تعكس الخبرات التي مررنا بها والمشاعر المختلفة التي نحملها نحو الأشخاص والأشياء، يقوم المعالج بعد ذلك بتوزيع المجموعة على شكل ثنائيات كل فرد يقابل الآخر، ويقول المعالج سنقوم بنشاط أسمة النحات، سنقوم بصناعة تمثال يمثل أفكارنا وصورنا الخاصة بنا ثم يطلب المعالج من أعضاء المجموعة الإرشادية تشكيل تمثال من خلال خبرات ترتبط بخبرات حياتية معينة أو بحاجاتهم أو بمشاعر يحملونها نحو ذاتهم أو أسرهم أو أصدقائهم، وذلك من خلال أن كل فرد يقف مقابل فرد آخر ويمثل إحداهما دور النحات والآخر يقوم بدور التمثال ومن ثم يقوم كل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية والذي يمثل دور النحات بتشكيل تمثاله الخاص الذي يريد، بعد الانتهاء من ذلك يقوم المعالج بعمل جولة مع الأفراد الذين قاموا بدور النحات مع الطلب من باقي الأفراد البقاء كما تم تشكيلهم من قبل النحات بحيث يتحدث كل فرد عن تمثاله من خلال وصفة بكلمة أو بجملته واحدة، ومن ثم تقوم المجموعة بقلب الأدوار بين النحات والتمثال ويتم إعادة الجولة مع المجموعة الأخرى وعند الانتهاء تعود المجموعة إلى الدائرة ويقوم المعالج بطرح مجموعة من الأسئلة على أعضاء المجموعة الإرشادية منها، لماذا اخترت هذا الشكل للتمثال؟، ولماذا أطلقت عليه هذه الاسم؟ ما هي المواقف الحياتية التي تذكرك بهذا الشكل؟ ما الذي تشعر فيه عند الحديث عندما نتحدث عن ذلك الشكل؟ هل يمكن أن تربط هذا الشكل الذي شكلته بقصة معينة؟ يقوم المعالج بعد ذلك بتحسين التفسير لدى أعضاء المجموعة الإرشادية، تسهم في تحسين الذاكرة فيما يتعلق

بالخبرات الصادمة التي مر بها أعضاء المجموعة الإرشادية وتمكينهم من الوعي بمشاعرهم، وأنهم هم من يستطيعون التحكم فيها، والسيطرة عليها من خلال تشكيل حياتهم بالشكل الذي يريدون، وأننا نستطيع أن نغير الجوانب المؤلمة في حياتنا وجعلها أكثر ايجابية، لذا على الأفراد التفكير بإيجابية لأحداث التغيير الايجابي في حياتهم.

محاذير: من الممكن أن يتغير شكل الجسم من قبل الأطفال، بسبب التعب أو لأي سبب آخر فعلى المعالج أن يتعامل مع ذلك بمهنية ومرونة، وهذا ما ابداه المعالج وحاول اعطاه الشرعية للأطفال بذلك.

نشاط ختامي إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

في نهاية الجلسة يقوم المرشد بعمل تلخيص لما دار في الجلسة الإرشادية كما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم يقوم بإعطاء المشتركين واجباً بيتياً وهو عبارة عن قائمة المشاعر (كيف تشعر اليوم) على ان يقوم اعضاء المجموعة الارشادية باختيار حالتهم الانفعالية في كل يوم من ايام الاسبوع حتى موعد الجلسة القادمة. مع اعطائهم قائمة بالمشاعر ويمكنهم اختيار مشاعر أخرى غير موجودة.



رقم اللقاء : الحادي عشر

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- تحسين التواصل مع الذات والبيئة المحيطة.
- مساعدة المسترشدين على تطوير الثقة بالعالم الخارجي بعد التعرض للخبرات الصادمة
- تعزيز الجوانب الاجتماعية لمنع العزلة وعدم المشاركة الاجتماعية.
- تحديدا الأدوار التي تحتوي على السلامة وقوة الشخصية لدى الافراد
- إنها الجلسة وإعطاء الواجب البيتي

سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي (مدة التمرين 20 دقيقة)

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم في اللقاء الحادي عشر، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم.

نشاط افتتاحي: تهيئة الاعضاء للنشاط السيكودرامي: (مدة التمرين 15 دقيقة).

يتم الانتقال إلى لعبة الثقة بهدف تعزيز الثقة بين أفراد المجموعة حيث يقول المعالج للمجموعة أننا نحتاج إلى أشخاص نثق فيهم في حياتنا ليساعدونا إلى الوصول إلى المكان الآمن رغم وجود الصعوبات فلنتخيل هذا المكان بالغرفة هو مكان امن نسعى إلى الوصول إليه بمساعدة احد أفراد المجموعة ونحن نغمض أعيننا وبعد تطوع احد الأطفال يطلب من الطفل اختيار احد

أفراد المجموعة ليساعده في الوصول إلى المكان الآمن وتخطي الحواجز ومن ثم يطلب منهم تبديل الأدوار، وهكذا يتم أكثر من مشاركة مع الأطفال ومن ثم يناقش المعالج مع المجموعة أهمية وجود الأفراد الذين نثق فيهم في حياتنا ودورهم في مساعدتنا على تخطي الصعاب من خلال تجاربنا المختلفة في الحياة ومن الضروري أن نكون على وعي بمن هم هؤلاء الأشخاص الذين نثق فيهم ودور الثقة في حياتنا.

**نشاط مساند تمرين درامي بهدف تعزيز التواصل الجماعي من خلال نشاط الأغنية الجماعية:
(مدة التمرين 15 دقيقة).**

يبدأ المعالج النشاط قائلاً كل منا له أهدافه وطموحة وأحلامه الجميلة التي يسعى إلى تحقيقها ومن خلال قدراتنا وصفاتنا الشخصية ووجود أشخاص داعمين لنا نسعى إلى تحقيق تلك الطموح والأمنيات ونحن دائماً بحاجة إلى أن نقف معاً ونمسك بيد من نحب لنحقق تلك الطموحات و الآن سنؤلف أغنيتنا الخاصة بنا والتي نعكس ذلك المستقبل الجميل يقوم المعالج بتقسيم المجموعة الإرشادية إلى ثلاث مجموعات، ويطلب من كل مجموعة تأليف أغنية خاصة بهم يعبرون فيها عن أمنياتهم الجميلة في أغنية واحدة للمجموعة، ومن ثم يعطي المجموعات خمس دقائق لتأليف الأغنية الخاصة بهم، ثم تقدم كل مجموعة أغنياتها الخاصة مع تأكيد المعالج على الكلمات التي تشمل كل صفة أو سلوك إيجابي، من خلال تكرارها في لحن الأغنية كذلك، وتجسيد كلمات الأغنية في لغة الجسد أثناء تقديم الفقرة الغنائية؛ من خلال التجسد لمشهد الكلمات، وبعد أن تقدم كل مجموعة أغنياتها الخاصة بها يقوم المعالج بتقديم أغنية جماعية للمجموعة الإرشادية تشتمل على كل الأغاني مجتمعة.

نشاط مركزي تمرين درامي أسلوب التخيل والإسقاط على المستقبل: (مدة التمرين 30 دقيقة).

يبدأ المعالج النشاط قائلاً الآن سنقوم بتمرين يعتمد على التخيل والإسقاط على المستقبل، وهو يعتمد على تخيل كيف سيكون المستقبل.

سنسافر عبر الزمن ونرى أنفسنا في المستقبل بعد عشر سنوات، ونحن في المكان الذي نريد أن نكون وهو مكان جميل يشعرنا بالراحة مكان حققنا طموحاتنا وأهدافنا وأحلامنا الجميلة فيه، يتشارك معنا فيه الأشخاص الذين نحبهم، وسنسافر عبر الزمن من خلال بساط الريح، وهذا البساط سننسجه من صفاتنا الشخصية، ومشاعرنا الجميلة، وقدراتنا، والأشخاص الذين يساندوننا في حياتنا من أسرنا وأصدقائنا،

ويبدأ المعالج بالطلب من المجموعة الإرشادية بأن يجلس كل شخص بالشكل الذي يشعر به بالراحة، ولتخيل شكل بساط الريح الخاص به والذي نسجناه بأنفسنا، ومن ثم نغمض أعيننا، ويبدأ المعالج بالإيحاء لأفراد المجموعة: بأنهم يسافرون الآن إلى المستقبل عبر السنين على بساط الريح، يساعد المعالج المجموعة على التخيل والتركيز من خلال الحديث معهم وتشجيعهم لتركيز على مشاعرهم وهم يعيشون هذه اللحظات، ويقوم المعالج بإعطاء المجموعة الإرشادية الوقت الكافي لتخيل المشهد وتنفيذ التمرين من بداية تحضير البساط وأثناء طيرانه وحتى وصوله الى ذلك المكان مع التركيز على مشاعر السعادة واللحظات الجميلة التي نتشارك فيها مع من حولنا، ومن ثم يعطي الإشارة للمجموعة الإرشادية لفتح عيونهم، ويبدأ المعالج حديثاً للمجموعة قائلاً من يريد مشاركتنا في رحلته عبر المستقبل على بساط الريح من خلال حديثهم عن التجربة بلغة هنا والآن.

من ماذا نسجت بساطك؟ أين ذهب بك البساط؟ ما مشاعرك؟ من الذي تشاركت معه تلك اللحظات الجميلة؟، ويقوم المعالج بتعميق التركيز في المناقشة على كل الجوانب الداعمة للفرد والقدرات والصفات الإيجابية ونقاط القوة التي ظهرت لدى أفراد المجموعة الإرشادية، كذلك التأكيد على دور الأصدقاء والأهل ومكانهم في المصادر التي تدعمنا والتي قد تكون أحد القطع التي صنعنا منها بساطنا، والتي تساعد في تعزيز شعور الأفراد بدور المحيطين بنا في مساعدتنا في تحقيق رغباتنا ومواجهة الصعوبات والتأكيد على دور الآخرين كمصادر قوة في حياتنا.

نشاط ختامي إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم يقوم بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية الواجب البيتي والمتمثل في رسالة شكر لصديق على وجوده في حياتك.

رقم اللقاء : الثاني عشر.

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- مساعدة أفراد المجموعة في استعادة الإحساس بالسيطرة على البيئة المحيطة بهم.
- جعل مشاعر أفراد المجموعة تتفق مع الواقع الخارجي وتمنحهم شعوراً بالسيطرة.
- تحسين الكفاءة الذاتية المدركة للفرد.
- إنها الجلسة وإعطاء الواجب البيتي
- سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي السابق (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج باستقبال المشتركين ويشكرهم لحضورهم اللقاء الثاني عشر، ثم يقوم المعالج بتذكيرهم بما دار في اللقاء السابق بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ومن ثم يتم إعطاء الفرصة لكل فرد في المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، ويقوم المعالج بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي وتقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم مع التركيز على ربط الواجب البيتي بأهداف اللقاء، كما يقوم المعالج بتذكير المجموعة بأن هذا اللقاء هو اللقاء قبل الاخير للمجموعة وأن اللقاء القادم هو اللقاء الاخير للمجموعة.

فعالية حركية لتهيئة الأعضاء : (مدة التمرين 20 دقائق).

يقوم المعالج بتوزيع حلوق دائرية على الأرض بعدد الطلبة ومن يشرح النشاط للطلبة قائلاً: الآن لنسر بين هذه الدوائر وعندما تسمعوني أقول واحداً على كل فرد أن يقف في دائرة وحيداً وعندما أقول اثنين يجب أن يقف كل اثنين في دائرة واحدة ومن ثم ثلاثة.. وهكذا، وإذا بقي أحدنا وحيداً سنخسر كلنا في النشاط، ويبدأ المعالج النشاط مع تقليص عدد الحلقات على الأرض وهكذا حتى نهاية النشاط، مع مراعاة وجود ذكور وإناث داخل المجموعة، وذلك من خلال تقسيمهم الى مجموعتين.

نشاط: إعادة المشهد ولعب الدور: (مدة التمرين 40 دقيقة).

يقوم المرشد بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية فكرة عن هذا التمرين قائلاً نمر بحياتنا بالعديد من الخبرات التي نشعر فيها بالإحباط والعجز، فقد نتصرف في حينها بشكل مختلف، وقد نتصرف بعجز، ومن خلال هذا التمرين، سنعمل على إعادة هذه الخبرات، ونقوم بإعادة المشهد بشكل مختلف لهذه الخبرات التي شعرنا فيها بالعجز والاحباط، ولكن ستكون استجابتنا مختلفة في هذا التمرين، ويعمل المعالج على استثارة أعضاء المجموعة للحديث عن مواقف شعروا فيها بالعجز والإحباط، ويتم تشجيع أحد أفراد المجموعة ليكون بطل الرواية من خلال إعادة هذا الحدث، ولكن برد فعل جديد، يجعله يشعر بالسيطرة، وبمشاعر جديدة.

يقوم بطل الرواية باختيار عناصر المشهد، ويقوم بإعادة المشهد الذي شعر فيه بالإحباط والعجز، ولكن بتغير موقفة وردود فعله لتمثل قوة وسيطرة، ويشعر بسيطرته، ويقول ويتصرف ما كان يرغب فيه، ومن ثم يتم العودة للمجموعة والمناقشة حول مشاعره، وأفكاره، ورأي المجموعة، إضافة الى التركيز على كيفية التخلص من مشاعر العجز والقلق، تجاه ما مررنا فيه من خبرات ومواقف في حياتنا، لتعزيز الإحساس بالسيطرة على حياتنا.

نشاط ختامي إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي: (مدة التمرين 10 دقائق).

في نهاية الجلسة يقوم المعالج بعمل تلخيص لما دار في الجلسة الإرشادية من أهداف وتمارين والهدف من هذه التمارين، ويلفت المعالج نظر المجموعة الإرشادية أن الجلسة القادمة هي الجلسة النهائية للمجموعة بهدف تهيئتهم لذلك، ومن ثم يقوم المعالج بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية واجباً بيتياً والمتمثل بنشاط رسالة إلى صديق، ويطلب المعالج من كل فرد كتابة رسالة إلى صديق أو شخص قريب تعبر له فيها عن شكرك وتقديرك ومساعدتك وأثر ذلك في حياتك، ومن لم يستطع الكتابة، يمكنه الحديث بشكل شفهي. تذكير المجموعة أن اللقاء القادم هو اللقاء الأخير وتذكيرهم بموعده ومكانه.

بطاقتي الشخصية

هدفي في الحياة:

اشياء قمت بتحقيقها:

اشياء اريد تغييرها:

الاشخاص المهمين في حياتك

رقم اللقاء : الثالث عشر

أهم أهداف اللقاء :

- مناقشة الواجب البيتي السابق.
- اكمال الأعمال والمشاعر غير المنتهية.
- التعرف على ملاحظات المشتركين في البرنامج.
- شكر الأعضاء لاشتراكهم في البرنامج.

سير اللقاء :

مناقشة الواجب البيتي السابق (مدة التمرين 20 دقيقة).

تعتبر هذه الجلسة جلسة ختامية للبرنامج يقوم المعالج خلالها باستقبال أعضاء المجموعة الإرشادية ويشكرهم على الحضور في المكان والموعود المتفق عليهما في الجلسة النهائية من جلسات البرنامج، ويقوم المعالج بتذكير المجموعة الإرشادية أن هذه الجلسة هي الجلسة النهائية للبرنامج وإن المعالج يأمل أن يكونوا قد استفادوا من البرنامج إلى أقصى قدر ممكن وإن البرنامج قد حقق الأهداف وتوقعات المجموعة الإرشادية، ثم يسأل المعالج أعضاء المجموعة الإرشادية عن الواجب البيتي السابق، ويقدم المعالج التغذية الراجعة المناسبة.

إنجاز أية أعمال غير منتهية (مدة التمرين 20 دقيقة).

يبدأ المعالج هذا النشاط بقولة تحدثنا عن الكثير من المشاعر والأفكار في اللقاءات السابقة ويطلب المعالج من أعضاء المجموعة الإرشادية ذكر أي كلمات أو مشاعر، كانوا يودون قولها أو سلوكيات كانوا يودون فعلها لكنهم لم يفعلوا ذلك لسبب أو لآخر، قائلاً قد يكون لدى أحدكم من يرغب في قولة أو فليقل لكنه لم يقل ذلك تجنباً للإحراج، من كان كذلك، فنحن هنا الآن لنسمعه فليقول ما يريد قولة الآن، ويتم إعطاء الفرصة لكل مشترك من المشتركين في التحدث، ويقوم المعالج بتشجيع المجموعة للبدء بالحديث عن هذه الأفكار والمشاعر، يقوم المعالج بتذكيرهم بالعديد من المشاعر والأفكار التي مرت بها المجموعة، والوصول إلى هذه اللقاء ومشاعرهم الحالية.

تقديم ملخص للجلسات السابقة والواجبات البيتية (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج وأعضاء المجموعة الإرشادية بعمل ملخص سريع لما أنجز في الجلسات السابقة من جلسات البرنامج بما في ذلك التمارين والفنيات التي تم استخدامها مع المجموعة والواجبات البيتية والهدف منها، للتأكيد على ما اكتسبته المجموعة من خلال هذه الأنشطة، حيث

يتم إعطاء الفرصة لكل عضو من الأعضاء في عمل ملخص للجلسات السابقة وتذكير الأعضاء الآخرين بما تم مناقشته في تلك الجلسات.

التعرف على ملاحظات المشتركين حول البرنامج ومدى تلبية توقعاتهم: (مدة التمرين 20 دقيقة).

يقوم المعالج بإعطاء الفرصة لكل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية في التحدث عما كان يتوقعه من البرنامج، وهل كان البرنامج فرصة حقيقية للتغيير، ويقوم المعالج بالطلب من المجموعة الوقوف وان يقومون بمسك أيدي بعضهم البعض والطلب من كل عضو من الأعضاء أن يعبر بجملة يعتبرها تصف شعوره الحقيقي حول البرنامج وكلمة تصف مشاعره حول المجموعة.

شكر الأعضاء وإنهاء اللقاء: (مدة التمرين 10 دقائق).

في نهاية الجلسات ونهاية البرنامج يقدم المعالج الشكر الجزيل لأعضاء المجموعة الإرشادية لاشتراكهم في البرنامج والتزامهم في الجلسات بالزمان والمكان المحددين، كما يشكر المعالج المجموعة على الثقة التي اعطاها كل فرد للمجموعة، وكل الخبرات التي قدمها كل فرد للمجموعة، ويؤكد على إمكانيتهم الاستفادة دائماً مما تعلموه، كما يذكرهم بقدرتهم على التواصل فيما بينهم متى أرادوا مساعدة بعضهم بعضاً، يترك المعالج المجال للمجموعة لقول كلمة شكر أو ما أراد لباقي أفراد المجموعة، ويقوم المعالج بدوره بشكرهم وتعبيره عن مشاعر الامتنان لهم. وفي النهاية يتم تعبئة القياس البعدي ويخبرهم أن ذلك جزء من البرنامج وذلك بهدف معرفة، وقياس التحسن لديهم ويؤكد لهم أنه سيقوم باطلاعهم على النتائج التي حققتها المجموعة.

ملحق (4)

قائمة المحكمين

اسم المحكم	مكان العمل
د. فايز محاميد	محاضر ورئيس قسم الدراسات العليا "للعلوم الانسانية"، جامعة النجاح الوطنية.
د. فاخر الخليلي	محاضر ورئيس قسم علم النفس، جامعة النجاح الوطنية، نابلس
د. بشار العنبوسي	قسم الإرشاد والتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم، رام الله
د. حسن الطهراوي	قسم علم النفس في الجامعة الإسلامية، غزة
د. أنور عبد العزيز	قسم علم النفس بالجامعة الإسلامية، غزة
د. سهير الصباح	قسم علم النفس في جامعة القدس، أبو ديس
د. أمجد أبو جدي	معالج إكلينيكي ممارس كلية اونتااريو للمعالجين النفسيين، كندا
د. فتحي فليفل	مدير دائرة التدريب والصحة والنفسية، جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، رام الله
عبد السلام عواد	خبير ومدرب في الدراما في وزارة التربية والتعليم.

ملحق (5)

كتاب تسهيل مهمة من جامعة النجاح الوطنية

An-Najah
National University
Faculty of Graduate Studies
Dean's Office



جامعة
النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا
مكتب العميد

التاريخ: 2017/3/15

رقم: 3 أذ/ع ص/2017

مدير عام الإدارة العامة في التعليم المحترم
الإدارة العامة للتعليم العام
وزارة التربية والتعليم العالي
فاكس 0097222983222

الموضوع: تسهيل مهمة باحث

تحية طيبة وبعد،،

يرجى من حضرتكم التكرم بتسهيل مهمة الباحث/ أ. م. محمود عيسى مرجان، رقم تسجيلها (11558432)،
تخصص ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي في كلية الدراسات العليا بجامعة النجاح الوطنية، وهي بصدد إعداد
الاطروحة الخاصة به والتي عنوانها: "فعالية برنامج إرشاد جمعي قائم على الدراما النفسية في خفض مستوى ضغوط
ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين"، يرجى من حضرتكم تسهيل مهمته في تطبيق الدراسة عملياً في مدارس
مديرية جنوب نابلس: (مدرسة الشهيد سعد دوابشة، مدرسة أكرم حلوم الثانوية للبنات، مدرسة دوما الثانوية للبنين).

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،

عميد كلية الدراسات العليا


د. محمد سليمان شتيه



فلسطين، نابلس، ص.ب 7-707 هاتف: 2345115، 2345114، 2345113 (09) *فاكسيل: 972 923 42907
Nablus, P. O. Box (7) *Tel. 972 9 2345113, 2345114, 2345115
3200 (S) هاتف داخلي (5) *www.najah.edu - email fgs@najah.edu
* Facsimile 972 923 42907

ملحق (6)

كتاب تسهيل مهمة من مديرية التربية والتعليم جنوب نابلس

State of Palestine Ministry of Education & Higher Edu Directorate of Education - S. Nablus		دولة فلسطين وزارة التربية والتعليم العالي مديرية التربية والتعليم - جنوب نابلس
--	---	--

الرقم: ٩٩٧ / ١ / ٩٠٤٤ م
التاريخ: 2017/3 / 27 م
الموافق: ٢٧ / جمادى الآخرة / 1438 هـ

حضرة المرشد التربوي ايمن معمر المحترم
بواسطة مدير مدرسة عورتا الثانوية للبنين المحترم
أتحية طيبة وبعد...

الموضوع: تسهيل مهمة بحث علمي

نهدبكم أطيب التحيات، ونعلمكم انه لا مانع لدينا من قيام المرشد التربوي بتطبيق برهامج البحث في مدارس
دوما.

مع الاحترام

أ. أحمد صوالحة
مدير التربية والتعليم



نسخة: النائب الفني المحترم

نسخة: مدير مدرسة دوما الثانوية للبنين المحترم
نسخة: مديرية مدرسة أكرم حلوم الثانوية للبنات المحترمة
نسخة: مديرية مدرسة الشهيد علي سعد دوابشة الاساسية المختلطة المحترمة

٢٠١٧/٥٢

تلفون: (+970 2591003) (+970 9-2591010) فاكس: (+970 9-2591006) - سواتح المبرية: www.s-nablus.com

An Najah National University

Faculty of Graduate Studies

**The Efficacy of a Group Counseling Program
Based on Psychodrama in Reducing the level of
Posttraumatic Stress Disorder Among
Traumatized Children**

**Prepared by
Ayman Mahmoud Isa Morgan**

**Supervised by
Dr. Fayez Azez Mahamid**

**This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Psychological and Educational Counseling,
Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus,
Palestine.**

2018

**The Efficacy of a Group Counseling Program Based on Psychodrama
in Reducing the level of Posttraumatic Stress Disorder Among
Traumatized Children**

**Prepared by
Ayman Mahmoud Isa Morgan**

**Supervision by
Dr. Fayez Azez Mahamid**

Abstract

This study tested the effectiveness of a Group counseling program based on psychodrama in reducing the level of Posttraumatic Stress Disorder among traumatized children.

The sample of study consisted of (30) participants aging from (9-12) years, the sample was selected from those who received highest scores on PTSD scale at Doma school in Nablus governorate.

The participants were randomly assigned to two groups: experimental group included (15) participants, who received a group counseling program, last for (13) sessions, two sessions pre-week, and control group included (15) participants, who did not receive group counseling program.

The performance of the two groups on PTSD scales were tested before and after intervention.

Results of this study Indicated effectiveness of a group counseling program in reducing symptom of PTSD in favor of experimental group, whereas the results did not show significant differences between experimental and control group due to gender.

The counseling program improved positive thoughts and abilities among traumatized children which contribute to improve hope and positive interaction. Based on the results of study.

the researcher recommends generalize the psychodrama counseling program to workers who work in the field of psychological and educational counseling and traumatized children, also, Other studies on the efficacy of psychodrama programs with other special populations, such as: battered women, and abused children, grieving People.

Key Word: Group Counseling Program, Psychodrama, Posttraumatic Stress Disorder, Traumatized Children.