

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

فاعلية برنامج علاج جمعي روائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين

إعداد
أحمد إبراهيم منصور

إشراف
الدكتور 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.

2018

" فاعلية برنامج علاج جمعي روائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين "

إعداد

أحمد إبراهيم منصور

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2018/5/24، وأُجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة

التوقيع

1. د. فايز محاميد / مشرفاً ورئيساً

2. د. فاخر الخليلي / ممتحناً داخلياً

3. د. وائل أبو الحسن / ممتحناً خارجياً

شكر وتقدير

الحمد لك ربّي حمداً دائماً مع خلودك ومع عدد نعمك، إذ أنعمت عليّ ومددتني بالقوة لاستكمال هذه الأطروحة، والصلاة والسلام على معلم الناس الخير، محمد صلى الله عليه وسلم.

إن الإنسان في هذه اللحظات السعيدة يقف عاجزاً عما ينتقيه من كلمات تعبر عن شكره وامتنانه لكل من ساعده للوصول إلى أهدافه، وإنجّاه ما يصبو إليه، لذلك أتقدم أولاً بالشكر الجزيل المعطر برائحة الياسمين إلى أستاذي ومشرّي الدكتور (فايز محاميد) على ما بذله معي من متابعة وتدقيق لإنجّاء هذه الأطروحة.

ويسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى:

معلمي الأخ الفاضل الدكتور (فاخر الخليلي) لما بذله من جهد عظيم في مسيرتي التعليمية.

لجنة المناقشة على ما بذلوه من جهد في قراءة وتقويم هذه الأطروحة.

مدرسي تخصص الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة النجاح الوطنية.

أساتذتي الأعزاء كافة في قسم علم النفس والإرشاد في جامعة النجاح الوطنية.

إقرار

أنا الموقع أدناه، مقدم الأطروحة التي تحمل عنوان:

فاعلية برنامج علاج جمعي روائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين.

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الأطروحة إنما هو نتاج جهدي الشخصي، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الأطروحة كاملة، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أي درجة أو لقب علمي أو بحثي 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 qualification.

Student's Name:

اسم الطالب: أحمد إبراهيم أحمد منصور

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	إقرار
و	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
ي	قائمة الملاحق
ك	الملخص
الفصل الأول: مقدمة الدراسة وخلفيتها	
2	مقدمة الدراسة
6	مشكلة الدراسة وأسئلتها
8	أهداف الدراسة
8	أهمية الدراسة
9	المفاهيم الاصطلاحية والإجرائية للدراسة
10	حدود ومحددات الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
12	الإطار النظري للدراسة
12	الأسرى
14	أرقام وحقائق حول الأسرى
15	ظروف الأسرى داخل السجون
16	الآثار الناتجة عن تعرض الأسرى للتعذيب
19	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
19	مفهوم الصدمة
20	التطور التاريخي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
21	التعديلات على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الأدلة التشخيصية (DSM)
23	انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

الموضوع	الصفحة
تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	25
أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	28
النظريات المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	31
العوامل المؤثرة باستجابة الأفراد للخبرة الصادمة	35
الأمور المساعدة في تجاوز الصدمات النفسية	38
علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	38
العلاج الروائي	41
التطور التاريخي للعلاج الروائي	41
المفاهيم الرئيسية في العلاج الروائي	44
الأسس والافتراضات للعلاج الروائي	46
أهداف العلاج الروائي	48
العملية العلاجية	50
الأدوات المستخدمة من قبل المعالجين الروائيين	53
مراحل العلاج الروائي	59
فاعلية العلاج الروائي	62
الدراسات السابقة	68
دراسات اهتمت بفاعلية العلاج الروائي في علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة	68
دراسات اهتمت بفحص فاعلية العلاج الروائي في علاج الاضطرابات المختلفة	82
دراسات اهتمت بعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	84
التعليق على الدراسات السابقة	87
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	
منهجية الدّراسة	89
أفراد الدّراسة	89
أدوات الدّراسة ودلالات صدقها وثباتها	89
وصف برنامج العلاج الروائي	91
إجراءات الدّراسة	93
تصميم الدراسة	93

الموضوع	الصفحة
المعالجة الإحصائية	94
الفصل الرابع: النتائج	
النتائج المتعلقة بالسؤال الأول	96
النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني	98
الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات	
مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول	101
مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني	102
الاستنتاجات	103
التوصيات	104
الصعوبات	105
قائمة المصادر المراجع	
المراجع العربية	106
المراجع الأجنبية	113
الملاحق	152
Abstract	b

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1.	معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	90
2.	الإحصاءات الوصفية لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة	96
3.	نتائج اختبار مان ويتني لفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة.	97
4.	نتائج اختبار مان ويتني لفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة.	98
5.	نتائج اختبار ولكوكسون لفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي	99

قائمة الملاحق

الصفحة	الملحق	الرقم
153	مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	1.
155	برنامج العلاج الروائي	2.
178	كتاب تسهيل مهمة الباحث	3.

فاعلية برنامج علاج جمعي روائي في خفض
أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين

إعداد

أحمد إبراهيم منصور

إشراف

الدكتور فايز عزيز محاميد

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى فحص فاعلية برنامج علاجي، قائم على العلاج الروائي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين، حيث تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (20) أسيراً محرراً من مختلف محافظات الضفة الغربية، ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وقد تم توزيع المشاركين عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية مكونة من (10) أسرى محررين، تلقوا برنامجاً علاجياً روائياً مكوناً من (15) جلسة إرشادية، بواقع جلستين أسبوعياً، ومجموعة ضابطة لم تتلق البرنامج العلاجي، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة نُفذَ قياس بعدي لكتلتا المجموعتين.

واستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon Test) لفحص الفروق بين متوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية. كما استخدم اختبار مان ويتني (Man Whitney) لفحص الفروق بين متوسطات رتب القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة، وقد أظهرت النتائج وجود فروق في متوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وأيضاً وجود فروق في متوسطات رتب القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية العلاج الروائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وبناءً على نتائج الدراسة فإن البحث يوصي بمجموعة من التوصيات أهمها: الاهتمام بتقديم الخدمات النفسية للأسرى المحررين عبر تطبيق البرنامج العلاجي على الأسرى المحررين من قبل المختصين النفسيين في هيئة شؤون الأسرى والمحررين، أو المؤسسات ذات الصلة، وإجراء دراسات عربية أخرى

تتناول العلاج الروائي مع اضطرابات ومشكلات نفسية مختلفة، وكذلك إجراء برامج علاجية مستندة على العلاج الروائي مع فئات مختلفة.

كلمات مفتاحية: العلاج الروائي، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، الأسرى المحررين.

الفصل الأول مقدمة الدّراسة وخلفيتها

الفصل الأول

مقدمة الدراسة وخلفيتها

المقدمة

إن الحياة الإنسانية عرضة دائماً للتهديدات والمخاطر، سواء المتوقعة أو المفاجئة، وسواء كانت هذه التهديدات مصدرها البيئة الطبيعية مثل: الزلازل والفيضانات والأعاصير، أو مصدرها البيئة الاجتماعية من صنع البشر، كالحروب، والاعتصاب، والتعرض للاعتداء البدني وغير ذلك، وهذه المخاطر والتهديدات، ولما تتركه من آثار على من يتعرض لها، قد اتخذت تسميات متعددة مثل: الشدة والإجهاد، والكروب والصدمات (يعقوب، 1999).

وقد أصبحت حياة الإنسان مليئة بالمواقف الضاغطة التي يصعب عليه تجنبها، وتعد الحروب والأزمات من أهم العوامل المسببة للضغط (آل دهام، 2012). ويطلق على المواقف الضاغطة (Stressors)، وقد تكون ايجابية أو سلبية. لكن ترجمة مصطلح الضغط من الأجنبية جاء بحذف حرفي (di) وهو المقطع الأول من مصطلح (Distress) الذي يعني الكرب، (يوسف، 2007).

وينظر إلى الضغط على أنه مجموعة من المواقف التي تستدعي تنشيط آليات التكيف، ويؤدّ عملية تفاعلية تشمل مجمل العوامل بين المثير والاستجابة، وتعمل على تقييم لوضعية التهديد؛ وذلك لتنظيم آليات للمواجهة (فياض، 2000). فالأحداث الضاغطة تشكل خطراً على صحة الفرد، وعلى توازنه، وتقوم بتهديد كيانه النفسي، وذلك لما تتركه من آثار سلبية تضعف قدرته على التكيف، وتجعله يشعر بالإرهاك النفسي.

وتتأثر شخصية الفرد بالمواقف من حوله، حسب شدتها، ومكان حدوثها، وزمنها، سواء كانت هذه المواقف والأحداث اجتماعية، أو اقتصادية، أو ثقافية. كما أن استجابة الفرد للحدث الصادم تختلف باختلاف الفروق الفردية بين الأفراد، وتكون هذه الاستجابة متأثرة بالعوامل الاجتماعية، والشخصية، والذاتية للفرد (الطريحي، 1994). وعند تعرض الفرد إلى حدث صادم تكون الأعراض التي ترافقه تكون أقرب إلى تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وبالرغم من عدم تكرار

الحدث، إلا أن هذه الاعراض غالبا ما تكون مرتبطة بتذكر الصدمة، وقد تكون مستمرة (van der Kolk, 2005).

وكلمة (Post) الواردة في مصطلح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder، والذي يرمز له اختصاراً بـ (PTSD)، تعني بعد أو عقب، وتدخل في التعبير عن الحالات المرضية التي تحدث بعد الولادة، أو عند البلوغ، أو ما بعد الصدمات النفسية، كما أن الضغوط النفسية المسببة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تكون هائلة تفوق احتمال الفرد، وتتميز أعراضه باستعادة الخبرة الصادمة من خلال الحلم، أو اليقظة، أو التجنب، وتكون الأعراض مصحوبة بالقلق والاكتئاب والاضطراب النفسي (الشرييني، 2007). وهذه الأعراض تؤثر على الصحة النفسية، وقد تستمر في بعض الأحيان لسنوات عديدة بعد وقوع الكوارث، أو الأحداث الصادمة واسعة النطاق (Celebi & Metindogan, 2010).

ولا شك أن الأحداث الصادمة تؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل: القلق، والاكتئاب، واضطرابات النوم، واضطرابات الأكل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأعراض أخرى كضعف التركيز (ثابت والسراج وأبو طواحينة، 2008). ويظهر اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كرد فعل متأخر عقب تعرض الفرد للإجهاد، أو لحدث يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، ويتوقع أن يؤدي الاجهاد إلى أي ضيق عام للشخص، ومن الأمثلة على الأحداث المجهدة: الحروب، ومشاهدة الموت العنيف، والكوارث الطبيعية، والأسر والتعذيب (عكاشة وعكاشة، 2009).

وبعد الأسر ظاهرة وجدت منذ فجر التاريخ، إذ استخدمت لمحاولة العقاب وترهيب الأفراد، وتعدّ ظروف الأسر، وطريقة الاعتقال ذات أهمية بالغة في التأثير على الفرد، وكلما كانت قاسية زادت من تأثير الخبرة الصادمة على الفرد، ففي دراسة قام بها رصرص وسحويل وسحويل عام (2011)، أشارت نتائجها إلى أن (92%) من الاعتقال يحدث بعد منتصف الليل، وهذا يؤدي إلى حدوث ضرر ومعاانة نفسية مضاعفة لدى الفرد، إذ يصاحب عملية الاعتقال صدمة نفسية مباشرة نتيجة للانتهاكات المختلفة: كالضرب، والشتيم، وتدمير ممتلكات المنزل. ويؤكد كل من الزبيث واكباما (Elizabeth & Akbama, 2013) أن فترة الاعتقال من أشد الظروف التي يمر بها الفرد،

وأصعبها؛ بسبب ظروف التحقيق، والعزل الانفرادي، وانعدام الحرية الشخصية، حيث يبقى الأسرى بلباس محدد اللون، ويتناولون الوجبات الغذائية في وقت محددة مع الأشخاص أنفسهم. وتعتبر الظروف التي يمر بها الأسير أحياناً متفقة مع ما يقصد بالحدث الصادم، والذي يعدّ تهديداً للحياة، أو الصحة الجسمية للفرد، أو الاستجابة بالخوف الشديد، أو العجز، أو الرعب (Balrow, 2002).

وتؤكد خميس (Khamis, 2013) أن المعرضين لتجربة الاعتقال غالباً ما يطورون أعراض الصدمة. إذ قام أيش (Each, 1980) المشار إليه في (لأفي، 2005) بدراسة اشارت أن الأسرى طوروا كمّاً من المشكلات النفسية الناتجة عن ظروف الأسر، والاعتقال، والقمع داخل السجن، وأكثرها شيوعاً: الاكتئاب، وأيضاً ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD). كما أشار هلفمان وأندرسون ودافسون وكينر (Heffernan, Andersen, Davidson, & Kinner, 2015) في برنامجهم المتعلق بتحسين الوعي لدى السجينات المشخصات ضمن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إن أكثر اضطراب يمكن أن يعاني منه السجناء هو اضطراب ضغوطات ما بعد الصدمة. ويضيف سينغلون وملتزور وجتورد (Singleton, Meltzer, & Gatward, 1998) بأن حوالي (90%) من السجناء يتم تشخيصهم ضمن اضطراب نفسي واحد على الأقل مثل: الاكتئاب، والقلق، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وبالإضافة لما سبق تشير الدراسات الحديثة أن الصدمة النفسية ترافق السجناء مدى الحياة بعد الافراج عنهم (Boxer, Schappell, Middlemass, & Mercado, 2011). إذ قام غولدستون (Goldstein, 1987) بدراسة مشار إليها في (يعقوب، 1999) على (41 أسيراً أمريكياً) في السجون اليابانية، وقد وجد بعد انقضاء سجنهم بأربعين عاماً أن (50%) من الأسرى الجنود ظهرت لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة (كوابيس، وأفكار سوداوية وصعوبة في التركيز، وانطواء). وفي دراسة أخرى أجراها سبيد (Speed, 1988) مشار إليها في (يعقوب، 1999) على (62 أسيراً من الحرب العالمية الثانية) وجد أن (50%) منهم عانوا من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأن (26%) منهم استمر في اضطرابه أكثر من أربعين عاماً.

ومازال الشعب الفلسطيني يعيش تحت الاحتلال الإسرائيلي، ويُمارس ضده الاختطاف والسجن (Abu-Rayyan, 2009). إذ بلغ عدد الفلسطينيين الذين تعرضوا للاعتقال منذ بداية الاحتلال عام (1948) حتى عام (2016) قرابة (1000000 شخص) بينهم أكثر من (15 ألف فتاة فلسطينية)، وعشرات الآلاف من الأطفال (هيئة شؤون الأسرى، 2016).

ويعيش الأسرى الفلسطينيون حياة قاسية داخل السجون الإسرائيلية لما يتعرضون له من تعذيب، حيث تُعدّ إسرائيل الكيان الوحيد في العالم الذي يستخدم قوانين تعسفية داخل المعتقلات؛ ومنها شرعة التعذيب الذي أُقرَّ (عام 1987) بتوصيات من لجنة (لنداو) التي صادق عليها الكنيست الإسرائيلي (مؤسسة عامل الدولية، 2011). وتعدّ معاناة الأسير الفلسطيني مستمرة حتى بعد الإفراج عنه؛ بسبب ما يخلفه التعذيب من آثار نفسية تنعكس على أبعاد شخصيته السلوكية والانفعالية والعقلية (أبو هين، 1991). وأكد تك (Tek, 1992) المشار إليه في (سويطي، 2013) أن المعتقلين الذين يتعرضون للتعذيب يعانون من ضعف التركيز، والكوابيس، ودرجة عالية من القلق، والاكتئاب، واضطرابات سيكوسوماتية متعددة الأعراض (اضطرابات جسدية الشكل)، والتي تكون ناتجة عن تعرض الأسرى لأحداث التحقيق والتعذيب والصدمة، وهذه التأثيرات والأحداث تترك آثاراً بعيدة المدى تشمل الشخصية، والصحة النفسية للفرد.

وبناء على الظروف التي يمر بها الأسرى، وما أكدته الدراسات السابقة الذكر، والتي تؤكد أن أكثر الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأسرى والمحررين هو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ولقلة الدراسات العربية التي ركزت على العلاج الروائي، فقد ارتأى الباحث القيام بدراسة لفحص مدى فاعلية برنامج علاج روائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة للأسرى المحررين في فلسطين.

وبعد العلاج الروائي علاجاً حديثاً نسبياً، وكان بأن ابتُكر في الفترة ما بين (1970 - 1980)، على يد الأسترالي (مايكل وايت)، والنيوزيلندي (دافيد إيستون)، وأصبح هذا النهج منتشراً في أمريكا الشمالية منذ عام (1990) عندما نشر كتاب "Narrative Means to Therapeutic Ends" (الوسائل الروائية لغايات علاجية)، فهو نهج علاجي يقوم على تشجيع الأفراد على توضيح

وتفكيك القصص المهيمنة التي يفترض أنها تتأثر بالثقافة، والمجتمع والعائلة والسياسة، وبذلك يفترض هذا العلاج أن الأفراد هم أخبر في شؤون حياتهم الخاصة، ففي حين يواجه الفرد صدمة سيكون وصفه لأنفسه، بحسب الحالة التي شكلتها آثار تلك الصدمة عليه، وذلك عبر وروايته للموقف الصادم تشمل وصفاً لما حدث وكيف شعر (White, 2007).

وبعد العلاج الروائي فعالاً لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ لما أكدته أيريس و ستلمان و ولينج و بيار و ليزكيلا (Erbes, Still man, Wiling, Bear, & Leskela, 2014) عبر تطبيق العلاج الروائي على من تم تشخيصهم باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من المحاربين القدامى، إذ أشارت نتائج دراستهم إلى خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للمجموعة المشاركة، وقد أوصى هؤلاء الباحثون بإمكانية استخدام العلاج الروائي علاجاً بديلاً لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ لأنه يساعد الأفراد على التخلص من الخبرات الصادمة والمؤلمة وتكوين خبرات إيجابية بديلة يتم من خلالها التخلص من أعراض الصدمة.

مشكلة الدراسة:

يتعرض الشعب الفلسطيني باستمرار لصدمات نفسية؛ لما يواجهه يومياً من قمع وتشريد، ومداومة للبيوت، واعتقال مستمر للفئات العمرية كافة، ذكوراً كانوا أو إناثاً. وبعد الاعتقال بعينه أسوأ ما يتعرضون إليه، إذ لا يقتصر مصطلح الاعتقال على الحرمان من الحرية، بل يشمل أيضاً ما هو أشد قسوة مثل: التعذيب، والحرمان من النوم، والعزل الانفرادي، والتحقيق النفسي والجسدي، وذكر المشايخ (2005) بما أفادته إحدى إحصائيات مؤسسة التضامن الدولي لحقوق الأسرى أن (98%) من الأسرى يتعرضون للتعذيب أثناء فترة الاعتقال والتحقيق، و(86%) منهم يعزلون انفرادياً في غرف باردة، و(87%) من الأسرى يتعرضون للشبح وربط اليدين من الخلف، و(88%) من الأسرى يجبرون على طويلاً مع وضع كيس ذي رائحة كريهة على الرأس، و(92%) من الأسرى يحرمون من النوم في فترات التحقيق الأولية. وفي دراسة نشرها سرور (2006) أشارت نتائجها أن (56.25%) من الأسرى المحررين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وهذه النتيجة أعلى من تلك التي وجدها السراج وبوناميكي وسلامي وسومرفيلد (Sarraj, Punamaki, Salmi,)

(Summerfield, 1996 &) والذين أشاروا إلى أن (40%) فقط يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD). وقد يبدأ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالبروز عند الفرد بعد الإفراج عنه من السجن حيث وصفها وناس (2013) بصدمة الإفراج لما طرأ على الأسير المحرر من تغيرات اقتصادية واجتماعية وثقافية، وللظروف النفسية التي عاشها الأسير، ويعود سببها منذ البدايات إلى ظروف الاعتقال.

وجاء الإحساس بمشكلة الدراسة بناءً على ما سبق ذكره من دراسات تبين ضرورة الاهتمام بالصحة النفسية للأسرى المحررين ومن خلال مشاهدات وملاحظات الباحث الميدانية أثناء عمله كمرشد نفسي؛ إذ تظهر العديد من الأعراض السلوكية على الأسرى المحررين مثل: قلة النشاط، الاستثارة الزائدة، والخوف، واللامبالاة، وفقدان التركيز، والغضب وغيرها من السلوكيات التي تكون أقرب في اعتبارها أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) وفق الأدلة التشخيصية العالمية.

ونظراً للنُدرة في الدراسات التجريبية التي تتناول خفض ضغوط ما بعد الصدمة للأسرى المحررين، يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التعرف على فاعلية برنامج علاج جمعي روائي في خفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين، ومن هنا جاءت مشكلة الدراسة الراهنة لتطوير برنامج علاجي روائي مأمول منه خفض ضغوط ما بعد الصدمة للأسرى المحررين.

ومن هنا فان مشكلة الدراسة حاولت الإجابة عن التساؤلات الآتية:

1. هل يوجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة؟
2. هل يوجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يأتي:

1. بناء برنامج علاجي قائم على العلاج الروائي لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
2. الكشف عن فاعلية برنامج علاجي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

للأسرى المحررين

أهمية الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية لخفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة من خلال تطبيق برنامج علاجي روائي يستهدف فئة الأسرى المحررين؛ لذا فإن أهمية الدراسة تظهر في العديد من الاعتبارات النظرية والعلمية والعملية التطبيقية (لاحقاً) على النحو الآتي:

1. موضوع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من الموضوعات المهمة؛ كونه مرتبطاً بفئة الأسرى المحررين.

2. تركز هذه الدراسة على الأسرى المحررين، وهم من الفئات التي يجب أن يسلط عليها الضوء في البحوث والدراسات؛ بسبب الضغط الواقع عليهم أثناء الاعتقال وبعده.

3. تسعى الدراسة الحالية إلى اقتراح برنامج علاجي يساعد في خفض ضغوطات ما بعد الصدمة يفيد العاملين في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي.

4. يعد وجود برنامج علاجي مستند لنظرية العلاج الروائي ذا أهمية بالغة لافتقار البحوث والدراسات العربية حول موضوع العلاج الروائي.

5. مساعدة العاملين في الإرشاد والعلاج النفسي في التعامل مع ضغوطات ما بعد الصدمة.

6. مساعدة المتدربين في الحقل النفسي والإرشادي على الاستفادة من تطبيقات الدراسة الحالية.

المفاهيم الاصطلاحية والإجرائية للدراسة:

تشتمل الدراسة الحالية عدداً من المفاهيم، والتي تحمل التعريفات الاصطلاحية والإجرائية وهي العلاج الروائي واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأسرى بالإضافة إلى البرنامج العلاجي.

العلاج الروائي (Narrative Therapy):

لقد عرف وايت (White, 2007) العلاج الروائي أنه نهج علاجي، يقوم على إشراك الناس في إعادة التأليف لمحن وشدائد الحياة بقصص أخرى بديلة أكثر قوة وتفضيلاً، وذلك عبر إثارة الفضول وحب الاستطلاع حول إمكانياتهم وقدراتهم. ويعرف إجرائياً على أنه مجموعة من الجلسات العلاجية التي تم بناؤها استناداً إلى العلاج الروائي، ويتضمن عدداً من التقنيات العلاجية، والتمارين، والواجبات المنزلية، ويتكون من (15) جلسة، مدة كل جلسة ساعة ونصف، بواقع جلستين في الأسبوع، وتتضمن كل جلسة مجموعة الأهداف والتمارين العلاجية الروائية.

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder):

وتعرفه الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5): أنه اضطراب نفسي يسبب للفرد ردود فعل غير طبيعية نتيجة تعرضه لصدمة شديدة مثل: تعرض الشخص للموت أو للتهديد بالموت أو لجرح حقيقي أو عنف جنسي في واحدة من عدة أشكال: سواء بالتعرض مباشرة للحدث الصادم أو مشاهدة شخص في الحدث أو العلم بأن عضو من العائلة أو صديق مقرب تعرض لموت حقيقي أو تهديد بالموت سواء بالمصادفة أو بانتهاك مقصود أو التعرض المتكرر بتفاصيل منفرة للحدث الصادم "مثل تكرار رجل الشرطة لتفاصيل الانتهاك الواقع على الطفل أو جمع بقايا الإنسان" (APA, 2013, P.271).

وتعرف المراجعة العاشرة من دليل تصنيف الأمراض الدولي (ICD10) International Classification of Diseases 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) Health Organization، الصدمة النفسية أنها استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جداً،

تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، وتكون الكارثة طبيعية أو من صنع إنسان، أو نتيجة لمعركة أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر، أو حادثة عنف، أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب أو إرهاب أو اغتصاب أو جريمة أخرى (WHO، 1992). ويعرف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأسرى على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة المستخدم في الدراسة الحالية الذي طوره الباحث، والمكون من (20) فقرة تضم أربعة أبعاد رئيسية وهي: إعادة التذكر والتطفل الداخلي، والتجنب، والاستثارة الزائدة، والتغيرات في الإدراك والمزاج.

الأسرى: Prisoners

الأسير: كل من يقبع في سجون الاحتلال، على خلفية مشاركته في النضال الوطني ضد الاحتلال، والأسير المحرر: هو كل أسير تم تحريره من سجون الاحتلال (قانون الأسرى والمحررين، 2004).

حدود ومحددات الدراسة:

تقتصر الدراسة التالية على الحدود والمحددات التالية:

- الحدود البشرية: تقتصر الدراسة الحالية على الأسرى المحررين والذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
- الحدود المكانية: تقتصر الدراسة على الأسرى المحررين في المحافظات الشمالية، والذين تم لقائهم في وحدة الدعم النفسي والاجتماعي التابعة لقوات الامن الوطني في قيادة منطقة نابلس، بحيث تكونت العينة من الأفراد الذين تعرضوا لخبرة الاسر في سجون الاحتلال.
- الحدود الزمانية: اجريت الدراسة بين تشرين الثاني/2017 و شباط/2018.
- أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية: تتحدد نتائج الدراسة بأدواتها المستخدمة وخصائصها السيكمترية

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد

يتناول هذا الفصل الإطار النظري والدراسات السابقة، حيث يشمل الأسرى، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والعلاج الروائي وهذه الموضوعات سيتم تناولها من عدة جوانب، وبعد ذلك سيتم عرض للدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.

الإطار النظري للدراسة

الأسرى: Prisoners

لعل المجتمع الفلسطيني من المجتمعات التي تتميز بواقع مأساوي مستمر، لما يمثله هذا الواقع من احتلال، وقهر، وحرمان، وهدم بيوت وقتل، واعتقالات مستمرة، بأساليب عنيفة تمارس على الفرد والجماعة (نشوان، 1998). إذ يعد الشعب الفلسطيني من أكثر الشعوب تعرضاً للضغط النفسي والصدمات النفسية سواء بالتنكيل، وهدم البيوت، والتعرض للقتل والاعتقال والأسر (أبو عطوان، 2007). وتؤكد دراسة ثابت وعابد وفوستانيس (2001) أن ما يمر به الفلسطينيون من خبرات مؤلمة تجعلهم يعانون من مشكلات واضطرابات نفسية ومنها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وتؤكد سعادة (2006) بدراستها على الطلبة الجامعيين في محافظة رام الله والبيرة أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بلغ لديهم حوالي (47.2%) وكانت نسبته لدى الذكور (50.7%)، ولدى الإناث (43.6%). وتشير مؤسسة أطباء بلا حدود الفرنسية أن الاقترحات والاعتقالات التي تمارسها قوات الاحتلال الاسرائيلي بشكل يومي، تقود إلى صدمات نفسية وقلق، والأطفال هم أكثر فئات المجتمع تأثراً بهذه الاعتداءات، ومن الأعراض الشائعة: اضطرابات النوم، والقلق والحزن، والصعوبات في التركيز والعنف، والتبول اللاإرادي (Cone, 2015).

فمن خلال ما تستخدمه السلطات الإسرائيلية من ممارسات قمعية ضد المواطنين الفلسطينيين، لم تكد تخلو مدينة فلسطينية محتلة من سجن أو معتقل للاستجواب أو التحقيق والاعتقال (مؤسسة التضامن الدولي لحقوق الإنسان، 1999). كما تميزت سياسة الاعتقال الإسرائيلية بالعشوائية دون تمييز بين صغير أو كبير، ورجل أو امرأة، حيث تجري مظاهرات واعتقالات جماعية، وأحياناً يجري اعتقال الفلسطينيين أثناء تنقلهم بين المدن، ومن الجدير ذكره أن الاعتقالات يصاحبها إطلاق نار وقنابل الصوت وتكسير للبيوت (لافي، 2005). فمنذ عام 2000 تم اعتقال أكثر من (7500) طفل فلسطيني، أي أن عدد المعتقلين من الأطفال يبلغ سنوياً (700) تقريباً. ويفيد معظم المعتقلين أنهم عانوا أثناء القبض عليهم من سوء المعاملة، وذلك حسب ما أقرته المنظمة الدولية للدفاع عن الطفل في دراستها للعام 2012 (تونس، 2013). وهؤلاء الأسرى يتم فصلهم كلياً عن أسرهم، وغالباً ما يتم حجزهم انفرادياً دون أدنى تواصل مع العالم الخارجي، وبعدها يمرون بعملية الاحتجاز لقضاء حكم معين أصدر بحقهم، وما بين تلك المراحل يمر الأسير بصراعات كبيرة، ونقص بالتواصل مع الآخرين والأسرة؛ مما يضطر الأسير للبحث عن طرق خاصة بالتكيف مع بقائه بالأسر طيلة فترة الحكم (Abu-Rayyan، 2009).

الأسر في اللغة :

الأسر في اللغة: مأخوذ من الإِسار، وهو القيد الذي يُشدُّ به الشيء، كالحبل والسلسلة، فيقال أسره يأسره أسراً: أي شده بالإسار، لكي لا يفلت، وهو في الأصل يدل على الإمساك والحبس، ومنه سمي الأسير، لأنه كان يشد بالقيد، والأسير مصطلح يطلق على كل أخيد، حتى وإن لم يُشدَّ بالإسار، كما يطلق على كل محبوس في سجن، ويطلق على الرجل والمرأة فيقال: رجل أسير، وامرأه أسيرة، ويمكن جمع الأسير على أسارى، وأسرى (ابن منظور، 2003).

الأسر في الاصطلاح :

الأسرى هم الأشخاص الذين وقعوا في قبضة الاحتلال خلال عمليات عسكرية. ويُعدّون أسرى حرب. أما السجناء فهم الأشخاص المدانون بارتكاب أفعال يعاقب عليها القانون الجنائي

الخاص بقانون الدولة الداخلي، وليس بقانون دولة الاحتلال. أما المعتقلون فهم المحتجزون ويتشابه المصطلح مع الأسرى إلا أنهم محتجزون دون إثبات إدانتهم بأعمال يعاقب عليها القانون وإنما احترازياً كما هو في الاعتقال الإداري (البرغوثي، 2013).

الأسير: كل من يقبع في سجون الاحتلال، على خلفية مشاركته في النضال ضد الاحتلال (قانون الأسرى والمحررين، 2004). ويعرف سرمك (1995، ص.13) الأسير " انه شخص يتم أسره أو يُعتقل من قِبَل قُوّةٍ مُحاربةٍ مُناوئةٍ خلال الحرب ". أما الأسرى في القانون الدولي العام المعاصر، يعتبر أسير حرب كل شخص يقع في يد العدو بسبب عسكري، لا بسبب جريمة ارتكبتها (جواد، 2005).

أرقام وحقائق حول الأسرى

إن قضية الأسرى الفلسطينيين محصلة طبيعية لرفض الاحتلال الإسرائيلي، وتعد نسبة اعتقال الفلسطينيين نسبة كبيرة جداً، بل الأكبر عالمياً مقارنة بعدد السكان (لافي، 2005). حيث بلغ عدد الفلسطينيين الذين تعرضوا للاعتقال منذ بدء انتفاضة الأقصى أيلول/ 2000، وحتى نيسان/ 2016 أكثر من (90000) حالة اعتقال للفلسطينيين، بينهم أكثر من (11000) طفل نقل أعمارهم عن الثامنة عشرة، ونحو ألف وثلاثمائة امرأة (هيئة شؤون الأسرى والمحررين، 2016).

ومنذ عام (2011) حتى نهاية عام (2015) كان هنالك حوالي 24 ألف حالة اعتقال (هيئة شؤون الأسرى والمحررين، 2015). وقد بلغت حصيلة الأسرى في عام (2016) وحده (6440) أسير فلسطيني بينهم (164 امرأة، و1332 طفلاً، و1742 معتقلاً إدارياً)، ومع نهاية عام (2016) ارتفع عدد الأسرى في السجون الإسرائيلية إلى (7000) أسير (هيئة شؤون الأسرى والمحررين، ب2016). وما تزال الاعتقالات مستمرة، إذ اعتقلت قوات الاحتلال في شهر حزيران/ 2017 أكثر من (388) شخصاً من بينهم 70 طفلاً و6 نساء من مختلف المناطق (هيئة شؤون الأسرى والمحررين، 2017).

ظروف الأسرى داخل السجون:

إن بيئة السجن تتألف من أسرى ذوي أوضاع اجتماعية واقتصادية مختلفة، فبعض الأسرى متعلمون تعليماً عالياً في حين أن البعض الآخر غير متعلم، ويعتبر وجود هؤلاء الأسرى في غرف مزدحمة داخل الاسر مسبباً لدخولهم في مشكلات عاطفية ونفسية تقودهم الى عدم التكيف، والصدمات النفسية (Haney، 2003). كما أن السجن يعتبر بيئة تشكل ضغطاً كبيراً على الأسرى بسبب ما تحتويه هذه البيئة من خصائص تتفاعل مع الظروف الخاصة بالأسير من نواح اجتماعية واقتصادية تجعل لدى الأسرى اضطرابات نفسية تختلف شدتها من شخص لأخر (عثمان، 2016).

ويُعدّ السجن شاقاً نفسياً بسبب ظروفه غير الطبيعية، وغير الإنسانية، فعندما يصبح الشخص مسجوناً فإنه ملزم بالعيش في مساحة صغيرة تحرمه من الخصوصية، ويفقد السيطرة على الأنشطة الدنيوية، كما تفرض على السجناء قيوداً وأنظمة خاصة (Haney, 2003). فمن خلال فترات سابقة من عمر الاحتلال وظفت سلطات الاحتلال الإسرائيلي أنماط تعذيب تعتمد على الضغط الجسدي أكثر من اعتمادها على الضغط النفسي الذي يتم استخدامه بشكل أكبر في الوقت الحالي، وعلى أي حال مهما كان شكل لتعذيب سواء أكان جسدياً أو نفسياً، فإن هناك حظراً على استخدام التعذيب بمختلف أشكاله كما لا يوجد ظروف استثنائية تبرر استخدام التعذيب (الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال، 2007). فمعظم المعتقلين يتعرضون للعنف الجسدي وأكثر من نصفهم يتعرض للتهديد المباشر، وأن أغلب الاعتقالات تتم وسط الليل (تونس، 2013). وهذه الظروف القاسية المرافقة لأساليب متنوعة من التحقيق تهدف لزيادة الضغط النفسي على الأسير (قراقع والمطور، 1999).

ومنذ بداية الانتفاضة في العام 2000 يتعرض الأسرى الفلسطينيون لأشكال مختلفة من التعذيب في مراكز التحقيق الإسرائيلية المختلفة (مركز تأهيل ضحايا التعذيب، 2011). و ذكرت المنطار (2005)، أن (85%) من الأسرى الفلسطينيين تعرضوا للتعذيب عبر عدة أساليب منها: الشبح، والحرمان من الطعام والشراب، والحرمان من النوم لساعات طويلة، وحرمان المعتقل من قضاء حاجته، وحرمان المعتقل من لقاء أهله أو محاميه، وتسليط الإضاءة القوية على المعتقل، وتغطية الرأس والوجه بغطاء ذي رائحة عفنة يؤدي إلى الشعور بالاختناق، بالإضافة إلى تهديد

المعتقل والضغط عليه نفسياً، وسكب الماء البارد أو الساخن عليه ، ووضع المعتقل في ثلاجة، والحرق بأعقاب السجائر، والهز العنيف، وإجبار المعتقل على الجلوس فترات طويلة في أوضاع غير مريحة، وحرمان المعتقل من النظافة الشخصية، والعزل. ونتيجة لظروف الأسر والمؤثرات التي تدل على تعرض الأسرى لكثير من الانتهاكات والاضغوطات والتي بمجملها تسبب لهم صعوبة في التكيف والتوافق النفسي وما ينتج عنها من اضطرابات نفسية، تعد فئة الأسرى المحررين من الفئات المهمة والتي يجب التعامل معها عبر أساليب التدخل النفسي (أبو عطوان، 2007).

الاثار الناتجة عن تعرض الأسرى للتعذيب:

لقد حاولت العديد من الدراسات تناول قضية الأسير المحرر وقدرته على التكيف النفسي والاجتماعي (أبو قاعود، 2008)، وتؤكد الدراسات التي أجريت على أسرى الحرب أن شخصية الأسير تتميز بعدد من الخصائص السلبية كقلة النشاط وضعف التركيز؛ ويعزى ذلك لظروف الاعتقال والقهر؟؟؟ والشدة في المعاملة، وطول مدة الاعتقال (دحلان، 2001). وأضاف عليان (2013) أن (78%) من الأسرى المشاركين بدراسته يعانون من الاغتراب النفسي المتمثل في الشعور بالعجز، والعزلة الاجتماعية، واللامعيارية واللامعنى.

وتؤدي الظروف القاسية إلى المزيد من تفاقم الاضطرابات النفسية لدى السجناء ويسبب غياب التشخيص والعلاج النفسي للأسرى خلف القضبان يؤدي إلى حالات مزمنة وأكثر حدة من المرض (كوبرز، 2015). وتعتبر شخصية الأسير الفلسطيني عاملاً تابعاً لظروف الاعتقال متأثرة بارتفاع مستوى القلق والخوف الشديد والحيرة والتمرد (الطلاع، 2004). فمن خلال ما يشهده الأسير من عذاب ومعاناة منذ لحظة اعتقاله حتى تعرضه للتعذيب اثناء التحقيق يمر الأسير بحالة نفسية سيئة تتمثل بتكرار أفكار وذكريات مرتبطة بتجربة التعذيب واحلام مزعجة يرافقها صعوبة في النوم، وعلى صعيد آخر يحاول الأسير تجنب كل ما يتعلق بتجربة التعذيب والانشطة والأشخاص المرتبطين بها، ومن الأعراض المزمنة التي ترافق الأسير: الغضب وضعف التركيز، وزيادة الحذر والشك وأيضاً. ناهيك عن أعراض فسيولوجية كالتعرق والصداع وصعوبة التنفس (لافي، 2005). ووجد سرمك (1995) أن تجربة الاعتقال تخلف آثاراً نفسية منها: القلق والكآبة والأحلام المتكررة

واللامبالاة، وأحيانا اضطرابات ذهانية. وترافق الأسرى اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب، واضطرابات الأكل، وأعراض أخرى كضعف التركيز (ثابت وآخرون، 2008).

وبالإضافة إلى ذلك أعلنت وزارة شؤون الأسرى والمحررين (2009) في مؤتمرها الدولي لمناصرة الأسرى الفلسطينيين والعرب في سجون الاحتلال أن هناك مجموعة من الآثار الصحية والاجتماعية الناتجة عن ظروف التحقيق منها: مشاكل في الأمعاء والقولون والجهاز الهضمي والتنفسي، والآلام في المفاصل، وتشنجات بالجسم، وفقدان جزئي للسمع والبصر، وانخفاض الوزن، والشعور بعدم الرغبة بالاختلاط بالآخرين، واستخدام العنف، وفقدان الشعور بالأمان. كما أشار راندال ولوتر (Randall & Lutz, 1991) إلى أن التعذيب يؤدي إلى صدمة نفسية تتضمن الشعور بالعجز عند الإنسان. ويُعدّ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة شائعاً بين الأسرى نتيجة الظروف الصعبة كالتحقيق والأسر لفترة طويلة (Engdahl, Dikel, Eblerly, & Blank, 1997). فالتعذيب النفسي كالتهديد بالاعتصاف والإهانة الجنسية أو مشاهدة أحد أفراد الأسرة وهو يُعذب، أو الإكراه على الاعمال (العبودية) أثناء الاعتقال يقود إلى الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Keller et al., 2006). وما هو أخطر وجود أعراض ذهانية بسبب الحرمان الحسي الذي يستمر لمدة 48 ساعة، وذلك باستخدام مقومات نظرية (دونالد هيب) المبنية على وسائل التعذيب وقمع الشخصية إذ تبدأ لدى الفرد أعراض هلوسة وانهايار نفسي وجسدي (Mausfeld, 2009). وكما يؤدي العزل الذي قد يستمر لأشهر وسنوات لآثار نفسية منها: القلق والاكتئاب والشك ونوبات الهلع (Weir, 2012). بالإضافة إلى أن (8.9%) من الأسرى المعرضين للعزل ظهر لديهم أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Keller et al., 2006).

وأكد اسنمان دي (2003) في دراسته على عدد من الأسرى الفلسطينيين أن (36%) منهم يعانون من الاكتئاب وأن (18%) يعانون من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مشار إليه في (العيسي، 2017). ويعدّ تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو أعلى بين الذكور الذين عانوا من تاريخ الحبس، إذ يشكل (21%) مقارنة بنسبة الاضطراب لدى الذكور في عموم السكان والذي يشكل بين (4-5%) (Wolff, Huening, Shi, & Frueh, 2014).

كما يعد اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من أكثر الاضطرابات النفسية التي ترافق الأسرى حتى بعد تحررهم (Boxer, et al., 2011). إذ ذكر يعقوب (1999) بأن الدراسات التي أجريت على الناجين من الحرب العالمية الثانية وحرب كوريا توصلت إلى أن (20%) من الأسرى عانوا من الاعراض النفسية، والتي استمرت معهم وقتاً طويلاً وهذه الاعراض يمكن تصنيفها اليوم تحت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وإن (36%) منهم ظهرت لديهم أعراض (الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة) بعد انقضاء عدة سنوات من الحرية، وإن (17%) ظهرت لديهم الأعراض النفسية ولكنها تلاشت مع الوقت، وأن (20%) استمرت معهم الأعراض طيلة الحياة.

وكثيراً من الأسرى المحررين لا يستطيعون تجاوز خبراتهم الصادمة والمضي قدماً في الحياة العامة، وذلك في محاولة منهم لتجنب المستقبل غير المضمون، أو لخوفهم القيام بأي التزامات أو اتصالات جديدة قد لا يستطيعون التحكم فيها (أبو طواحينة، 1999). إذ أكد الزير (2001) بدراسته على الأسرى المحررين أن (35%) من أفراد عينته لديهم أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بسبب التعذيب النفسي وإن هناك علاقة ارتباطية بين التعذيب والآثار بعيدة المدى الناتجة عن اضطرابات الصدمة. ويؤكد أبو إسحاق (2000)، إن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو الأعلى نسبة بين عينة داسته التي شملت (150 أسيراً محرراً)، إذ كان منهم (33%) يعاني من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD).

تقديم الخدمات النفسية للأسرى المحررين:

نتيجة لما يمر فيه الأسرى من المثيرات المرتبطة بالإجهاد والقلق والتوتر، يستلزم إعادة توافقهم النفسي (عثمان، 2001). ويحتاج الأسرى إلى الاستقرار النفسي للارتداد والعيش حياة مجدية ومنتجة بعد قضاء مدة أسره، وينبغي أن توفر بيئة الأسر تدريباً عاطفياً ونفسياً لتحسين التكيف النفسي للأسرى، إذ يواجه معظم الأسرى مشاكل في التكيف؛ بسبب قضاء وقتهم في التفكير والشعور بالاكتئاب (Melgosa, 2007).

واستنتج أبو عطوان (2007) بتناوله حياة الأسرى الفلسطينيين داخل السجون الإسرائيلية، بأن الأسرى المحررين بحاجة لدراسات مستمرة تماشياً مع التحولات والتغيرات العقابية المتواصلة بحقهم. كما يوصي محمود (1997) على ضرورة تقديم الخدمات النفسية والإرشادية لكل أسير محرر يعاني من صعوبة التكيف. وتشير قطيط (2008) إلى أهمية متابعة الأسرى المحررين وتقديم الدعم النفسي لهم وذلك من خلال دراستها لمستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين شمال الضفة الغربية.

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder):

مفهوم الصدمة:

إن مفهوم الصدمة قد رافق مصطلح الضغوط في كثير من الكتب والدراسات، ويمكن تعريف الصدمة لغةً: بأن مصدر كلمة الصدمة أتت من صدم، والصدم هو ضرب الشيء الصلب بمثله، وصدمه أي ضربه، وصدّمهم أي أصابهم، أما التصادم فهو التزاحم، وفي حديث الناس إنما الصبر عند الصدمة الأولى؛ أي عند فورة المصيبة وحموتها (ابن منظور، 2003). أما في اللغة الانجليزية فإن الصدمة تعني (Trauma) ويمكن جمعها صدمات (Traumata) وهو بالأصل مصطلح يوناني والمقصود به إصابة جسدية سببتها قوة خارجية مباشرة، أو نفسية تسبب بها ضغط انفعالي متطرف (عبد الخالق، 1998).

وتعرف الصدمة اصطلاحاً أنها عبارة عن حدث خارجي يتأثر به الشخص ويعتبر خارج خبرة الانسان المعتادة ويشعر فيه الشخص بالعجز وسرعة التأثر ولا تتجح في مواجهته الميكانيزمات الدفاعية المعتادة (Dochhorn & Becker, 2014). ويعرفها تير (Terr, 1990) أنها حالة نفسية ناتجة عن ضربة خارجية مفاجئة أو عدة ضربات تجعل الشخص عاجزاً مؤقتاً، ولديه خلل في التعامل مع طرق التكيف المعتادة والعمليات الدفاعية.

ويعرفها باثل (2008): أنها حالة تنتج عن حدث يتعرض فيه الانسان للموت أو يكون مخيفاً للغاية. ويعرفها سموكر (2010): أنها حادث مؤسف أو مؤقت مرهق، واقع خارج مجال الخبرة

الإنسانية المعتادة تتضمن إرهاباً استثنائياً، قد تستمر لفترة قصيرة وقد تطول، ويمكن أن تحدث مرة واحدة أو تتكرر. وما يميزها وجود خطر أو تهديد حاد للحياة أو لصحة الشخص نفسه أو للآخرين من حوله.

أما الرابطة الأمريكية للطب النفسي فتعرف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) أنه اضطراب نفسي يسبب للفرد ردود فعل غير طبيعية نتيجة تعرضه لصدمة شديدة مثل: تعرض الشخص للموت أو للتهديد بالموت أو لجرح حقيقي أو عنف جنسي في واحدة من عدة أشكال: سواء بالتعرض مباشرة للحدث الصادم أو مشاهدة شخص في الحدث أو العلم بأن عضو من العائلة أو صديق مقرب تعرض لموت حقيقي أو تهديد بالموت سواء بالمصادفة أو بانتهاك مقصود أو تعرض لتكرار للخبرة بتفاصيل منفرة للحدث الصادم "مثل تكرار رجل الشرطة لتفاصيل الانتهاك الواقع على الطفل أو جمع بقايا الانسان" (APA, 2013, P: 271).

التطور التاريخي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

ويشير عودة (2010) أن ابن سينا أول من حاول دراسة العصاب الصدمي دراسة معمقة عبر دراسة آثاره النفسية والجسدية، ويعود الفضل لإطلاق تسمية العصاب الصدمي إلى أوبهايم عام (Oppenheim, 1884)، حيث وصفه بحالة من الشعور بتهديد الحياة وبالموت.

وكان اهتمام علماء النفس بالضغوط كإطار عام للتفكير في الأمراض النفسية وخاصة بما كتبه فرويد ورفاقه في النظرية الدينامية، ولكن المصطلح المستخدم كان هو القلق وليس الضغوط، ولم تظهر كلمة الضغوط في مصطلح السيكولوجيا حتى عام (1949) أي بعد الحرب العالمية الثانية، وقد ساعد ظهور مصطلح الضغوط بما كتبه جنكر وسنجل (Grunker & Spiegel) تحت عنوان (البشر تحت الضغوط) وفي الستينات من القرن الماضي زاد الاهتمام بمصطلح الضغوط ضمن أحد الحقائق التي لا يمكن إهمالها (يوسف، 2007).

وتاريخيا قبل عام (1980) فإن مصطلح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لم يكن موجودا ضمن مصطلحات الطب النفسي ولكن ظهوره كان تدريجيا عقب الحرب العالمية الثانية، إذ تمت ملاحظة مجموعة من الأعراض المشتركة على الجنود المشاركين في الحرب، وقد ظهرت الأعراض نفسها على من يشاهد القتل، والتعذيب، والاغتصاب، والنزوح، وفيما بعد عمم المصطلح على من يشهد الكوارث الطبيعية: كالزلازل والفيضانات والاعاصير والبراكين التي من شأنها ان تهدد حياة الانسان وتفق قدرته على احتمالها وتجعله بحالة من الرعب والعجز والهلع (الغازي، 2011).

ويذكر أن اهتمام علماء النفس بالآثار النفسية الناتجة عن الصدمة هو الأساس لاكتشاف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مجيد، 2011). ويعود الفضل في اكتشاف بداية الاضطراب إلى الحرب الفيتنامية في سبعينيات القرن الماضي، فقد كشفت الدراسات النفسية عن وجود نصف مليون محارب أمريكي يعانون من الاضطراب بعد مرور 15 سنة على انتهاء الحرب، وتوصلت الدراسات إلى أن أكثر من (25%) من سكان يوغسلافيا السابقة الذين شهدوا الحرب العرقية يعانون من الصدمات النفسية (غانم، 2005).

التعديلات على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الأدلة التشخيصية (DSM):

إن مصطلح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) أُدخل للأدلة التشخيصية بعد عام 1980، نتيجة للتغير المستمر في الدلائل العلمية، وكان لأول مرة ضمن الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III) (الغازي، 2011).

ويؤكد بارلو (Barlow, 2002) أن الطبقات السابقة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، قد أشارت لردود الفعل للضغوط بمصطلحات عدة مثل: رد الفعل الواضح، الاضطراب الموقفي العابر، وذلك كصورة من اضطرابات القلق بدون تأييد بيانات علمية أو معايير محددة، لكن (DSM-III) وصف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بناءً على وجود بحوث علمية، استمد معظمها من دراسات أجريت على الجنود في الحرب، ولكن كان من المعترف به أن التعرض لصور أخرى من الصدمات يمكن أن يؤدي إلى أعراض مماثلة. وذلك بوصفه اضطراب ضغوط ما

بعد الصدمة نتاج أي حادثة تكون خارج استجابة مدى الخبرة المعتادة للفرد، وتسبب له الكرب النفسي (Distress) (صالح، 2002).

وفي الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، فقد صُنفت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ضمن المحور السابع الخاص باضطرابات القلق (Anxiety Disorders)، لكنها أُدخلت تشخيصاً جديداً إليه وهو اضطراب الضغط الحاد والذي يستمر لأقل من 4 أسابيع، حيث دعت هذه الطبعة إلى التمييز بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وبين اضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder) الذي يتماثل صاحبه إلى الشفاء السريع (Barlow، 2002). كما تطور تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الطبعة الرابعة، حيث وصفت الأعراض نتيجة لتعرض الفرد لصدمة حادة أو تهديد بالموت، أو حتى مشاهدة للحدث وأيضاً تعرض أفراد الأسرة للمواقف الصادمة وهي تعد كافية للتشخيص وعلى الفرد المتعرض للحدث الصادم أن يكون تعرض للهلع الشديد والخوف وشعر بالعجز والاستسلام. وقد جاء في الطبعة الرابعة أيضاً أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة متلازمة مكونة من ثلاث مؤشرات من الأعراض هي: التجنب والخدر، والاستثارة الزائدة، وإعادة معايشة الصدمة من خلال تذكرها بصورة مستمرة (إبراهيم، 2000). وعند صدور الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) جاء فيها بعض التعديلات حيث وضعت الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد في سياق منفصل تلي اضطرابات القلق، وتم التعديل مع ما ورد في الدليل الرابع في بعض المعايير التشخيصية، حيث في النسخة الخامسة تعتبر أكثر وضوحاً فيما يتعلق بالأحداث الصادمة، إذ قامت بالتعديل من معيار الإجهاد (A1) بحيث يتطلب وجود حدث يسبب الخوف والعجز والرعب، كما قامت بإنهاء المعيار الثاني الموجود في الدليل الرابع المتعلق بالتفاعل الشخصي، وأيضاً خفضت العتبة التشخيصية للأطفال إلى ما قبل 6 سنوات وأصبحت الأعراض الرئيسية أربعة فئات، حيث فصلت التجنب والشروع لفئتين (APA, 2013).

انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

فبالرغم من تعدد العلاجات لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إلا أنّ هناك زيادة بانتشار الاضطراب (Scott, 2008). ويعتبر اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من الاضطرابات السائدة والذي قد يرتبط مع اضطرابات نفسية أخرى (Stein, Friedman, & Blanco, 2011). وقد يكون ارتفاع العنف مؤشراً على زيادة انتشار الاضطراب، إذ هناك ارتباط بين وجود العنف وزيادة انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Phillips, Rosen, Zoellner, & Feeny, 2006). وبحسب برومان-فولكس وآخرون (Broman-Fulks et al., 2006) إن العنف متزايد العنف متزايد ويتوسع نطاقه بين الأشخاص باستمرار.

وتعد نسبة (89.7%) من عامة الناس يتعرضون لحدث صادم واحد على الأقل خلال مراحل حياتهم (Kilpatrick et al., 2013). ويُعد حوالي (75%) ممن نجوا من التجارب المؤلمة هم غير قادرين على الصمود، ويحتاجون إلى الدعم النفسي والتدخلات الرسمية في الصحة النفسية (Zoellner & Feeny, 2014). في المقابل، حوالي (25%) من الافراد الذين يتعرضون للأحداث الصادمة يطورون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Friedman, Keane & Resick, 2014). ووفقاً لأكاديمية الخبراء الأمريكية المعلقة في الإجهاد والصدمة (2009)، تشير إلى أن (5.2 مليون) شخص أمريكي تتراوح أعمارهم بين (18 و 54 عاماً) يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Lindblom & Gray, 2010).

وكما ذكر سابقاً على الرغم من أن ليس كل الأشخاص الذين يتعرضون إلى صدمات يطورون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، لكن التحقيقات حول الانتشار تشير بارتفاع المصابين بالاضطراب حول العالم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية أشار مسح الأمراض المشتركة أن معدلات انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الرجال بنسبة (5%) وبنسبة (10%) لدى النساء (Norris et al., 2001). وترتفع معدلات انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في أوضاع ما بعد النزاع مثلاً: في الجزائر كانت بنسبة (37%)، وفي كمبوديا بنسبة (28%)، وفي إثيوبيا بنسبة (16%)، وفي غزة بنسبة (18%) (Friedman, 2008). أما في العراق عام (2003) كان

يصنف أربعة من خمسة أشخاص لديهم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ بسبب القصف والخطف وملاحظة الجثث. (Ali & Snel, 2008).

وقد أورد الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة (DSM-5)، أن نسبة انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الولايات المتحدة هي (8.7%) وفي أوروبا تنحصر بنسبة (3.5%)، أما في دول شرق آسيا وإفريقيا وأمريكا اللاتينية فإن نسبة انتشار الاضطراب بين (5 إلى 10%) (APA, 2013).

أما بالنسبة للأسرى الفلسطينيين فإن مركز تأهيل ضحايا التعذيب، حاول معرفة نسبة انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى الفلسطينيين، إذ وجدت الدراسة أن انتشار الاضطراب بين الأسرى الرجال بلغ حوالي (27.5%)، وبين النساء الأسيرات كان بنسبة (50%) أما من حيث الفئة العمرية لمن هم أقل من (18 عاماً) كانت نسبة الاضطراب تشكل (30.7%) ولمن هم أكبر من (18 عاماً) كانت نسبته تشكل (31.4%). (مركز تأهيل ضحايا التعذيب، 2011).

ويعد العثور على معلومات قاطعة وإحصاءات متعلقة بنسبة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) أمراً صعباً، إذ غالباً ما تختلف معايير تحديد درجات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتشخيصها من معتدل إلى شديد بحسب الأدوات المستخدمة، وليس كل الدراسات تستخدم معايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة (DSM-5) لتشخيص الاضطراب (APA, 2013).

أنواع الصدمات النفسية:

1. الصدمة العرضية الواحدة: وتحدث عند تعرض الفرد إلى حدث عرضي واحد مثل التهديد بالموت، أو حدوث الكوارث الطبيعية، وتكون الأعراض التي ترافقه أقرب إلى تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بالرغم من عدم تكرار الحدث، إلا أن الأعراض المرتبطة بتذكر الصدمة تكون مستمرة (van der Kolk, 2005).

2. الصدمة المتكررة: تحدث لفترة طويلة من حياة الفرد وغالباً ما تتعلق بالعنف، أو التعرض للحرب، أو الجراحة الطبية، أو حتى المخاطر المهنية (LeighWills, & Schuldberg, 2016). ومع ارتفاع معدلات الحوادث يكون هناك احتمال أكبر ان يطور الفرد اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (Kilpatrick et al., 2013). إذ تشير الأدبيات إلى وجود علاقة بين ما يتعرض إليه الافراد من صدمات متعددة وتطويرهم لأعراض أكثر شدة (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002)

3. الصدمة المركبة: تتشابه مع الصدمة المتكررة، وتتلازم الصدمات هنا مع مراحل النمو في الطفولة، وتكون الخبرات المؤلمة مرتبطة بحياة الشخص (van der Kolk, 2005). ويمكن أن تؤدي إلى تناقص العديد من المهام المتعلقة بالعوامل العصبية الحيوية (Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009).

تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

يورد دليل تصنيف الأمراض الدولي الخاص بالاضطرابات العقلية والسلوكية (ICD-10) اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) ضمن الفئة (F40-F48) وهي الخاصة بالعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بضغوط ما بعد الصدمة والاضرابات الجسدية الشكل (Neurotic Stress-related and Somatoform Disorders) ويضع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ضمن الفئة الفرعية الخاصة بردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف. ويكون الاضطراب حاداً إذا كانت مدة ظهور الأعراض أقل من ثلاثة أشهر، ويكون مزمناً إذا كانت مدة الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر. وبعد ستة أشهر من التعرض للحدث الصادم قد تظهر أعراض متأخرة أخرى، ولا تشخص الحالة بهذا الاضطراب إلا: إذا توافر دليل على حدوث الأعراض خلال ستة أشهر من وقوع حدث ويكون التشخيص محتملاً إذا كانت الفترة بين الحدث وبداية الحالة أطول من ستة أشهر بشرط أن تكون المظاهر السريرية واضحة. وإن لا يكون هناك تشخيص بديل للاضطراب بالإضافة إلى وجود دليل على الحدث الصادم. وينبغي أن يكون هناك تذكر متكرر للحدث أو إعادة تمثّل له من خلال الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام. وكثيراً ما يوجد تجنب وخدر في الأحاسيس واضطراب

في المزاج والسلوك وكلها تعتبر عوامل مساعدة في التشخيص ولكنها ليست ذات أهمية أساسية (WHO, 1992).

أما في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية فقد أورد معايير محددة لتشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (DSM-5, 2013):

A-التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
2. المشاهدة الشخصية للحدث، عند حدوثه للآخرين.
3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم العنيف لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين.
4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية).

B-وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة المرتبطة بالحدث الصادم التالية:

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية.
2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم بالحدث الصادم.
3. ردود فعل تفارقيه، على سبيل المثال: [flashbacks] ومضات الذاكرة (حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).
4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.
5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

C- تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يأتي أو من كليهما:

1. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يأتي.

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم.

2. وجود معتقدات أو توقعات سلبية ثابتة حول الذات، والآخرين، أو العالم.

3. المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب الحدث الصادم أو عواقبه التي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه أو غيره.

4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة.

5. تضاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

6. مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.

7. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية.

E- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يأتي:

1. سلوك متوتر ونوبات الغضب.

2. التهور أو سلوك تدميري للذات.

3. التيقظ المبالغ فيه.

4. استجابة الجفلة المبالغ بها.

5. مشاكل في التركيز.

6. اضطراب النوم.

F-مدة الاضطراب (معايير E، D، C، B) أكثر من شهر واحد.

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

H- لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثل: (الأدوية، والكحول) ، أو حالة طبية أخرى.

ومن خلال معايير التشخيص نجد أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يسبب معاناة وعجزاً في السياق الاجتماعي والوظيفي للفرد، ويلعب في التأثير على أربعة مجالات مهمة في شخصية الفرد: الاجتماعية والمعرفية والعاطفية والمهنية (McHugh & Treisman, 2007). وهناك شرطان أساسيان لتشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الأول: خبرة الفرد، أو مجابهته بحدث أو أحداث تتضمن الموت المحقق، أو تهديد بالموت أو تهديد سلامة الآخرين الجسدية، مثل التعرض للاغتصاب، أو الكوارث الطبيعية، أو الأسر، أو السطو المسلح...الخ، والثاني: وجود ردة فعل تضمن خوفاً شديداً أو رعباً وعجزاً (Bremner, 2005). ويكون العجز مسبباً لضاقة سريرية أو ضعف في المجالات الاجتماعية، أو لمجالات مهنية أو غيرها من مجالات العمل الهامة مع استمرار الأعراض لمدة شهر (APA, 2013).

أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

يذكر مكتب الانماء الاجتماعي (2001)، أن أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد تظهر بعد الحدث مباشرة، أو قد تتأخر لأسابيع أو سنوات، وقد وصفها بحالة من الكمون، ولا يمنع ظهورها بعد فترة طويلة دون سابق انذار، حتى لو تعامل الفرد بشكل بطولي مع الموقف. ففي دراسة طولية على عينة عددها (1083) شخصاً هولندي ممن نجوا من كارثة واسعة النطاق وجدت أن (6.7%) من العينة لديها أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد عشر سنوات من وقوع

الكارثة (Van der Velden, Wong, Boshuizen, & Grievink, 2013). وتتغير أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة باستمرار، إذ وجد حوالي (30%) من المرضى يشفون تمامًا، و (40%) تبقى لديهم أعراض خفيفة، وحوالي (10%) تبقى لديهم أعراض متوسطة الشدة، في حين (20%) تستمر معهم الأعراض (مكتب الانماء الاجتماعي، 2001).

وقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة أربعة تقسيمات لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأشخاص الذين يستوفون معايير التشخيص وهي (APA, 2013, p. 271):

1. إعادة تذكر الحدث الصادم (Re Experiencing the Traumatic Events): وهي عبارة عن ذكريات إقحامية متكررة والتخيلات والكوابيس، أي حالة من التكرار والاسترجاع المتواصل للحدث (APA, 2000, p. 428). ويكون باستمرار معاودة الشخص (إعادة معاشية) للحدث الصادم، فكثيرا ما يستدعي إلى ذاكرته الأحداث الصادمة التي تكون على شكل ذكريات متكررة ومقحمة، بالإضافة إلى الكوابيس المستمرة والتوتر الانفعالي عند تعرضه إلى اشارات ترمز إلى الحدث الصادم (Nolen-Hoeksema, 2015). وتعد الكوابيس من الأعراض الشائعة البالغة بنسبة (60%) للذين شخصوا باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والكوابيس بطبيعتها تعزز مشاعر العجز والارق للفرد (Kilpatrick et al., 2013). وفي السياق نفسه يذكر عبد الخالق (1998)، أن إعادة التجربة تتخذ أحيانا شكلاً من الهلوس حول الخبرة الصادمة. ووصفها بركات (2007)، بتصورات مختزنة تحدث رغماً عن الشخص وتسبب له القلق والخوف. إن الأعراض السابقة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالذاكرة لما وصف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة باضطراب الذاكرة من قبل مختلف المُنظِّرين (McNally, 2005 ; van der Kolk, 2005). ويتم الاسترجاع عبر إعادة التجربة للحدث بوحدة على الأقل من الطرق السابقة الذكر (Schiraldi, 2016).

2. التجنب (Avoidance): نفور من الذكريات والمحفزات الحسية / البيئية / المادية التي تثير ذكريات الصدمة. ويعد التجنب للحدث (Avoidance Reactions) من الأعراض المرافقة

لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ويتم بالابتعاد عن كل ما يرمز للحدث سواء أشخاص، أو أماكن، أو حتى أفكار (Ahmad, 2010 ; Hijazi, 2012 ; Nolen-Hoeksema, 2015). ويكون التجنب وسيلة للتخلص من أعراض الحدث (يعقوب، 1999)، ويضيف عبد الخالق (1998): إن من أعراض التجنب النسيان النفسي. ويكون أحياناً بفقدان ذاكرة- جزئي أو كلي- لطبيعة الحدث (McNally, 2005) ويكون التجنب بالتهرب المستمر من المحفزات المرتبطة بالصدمة والتي تنطبق بوحدة على الأقل مما سبق ذكره (Schiraldi, 2016).

3. التغيرات في الإدراك والمزاج (Changes in Perception and Mood): وتتضمن أفكاراً مشوهة حول النفس، والآخرين، والعالم، والمزاج المكتئب، والبلادة بالإضافة للوم الذات والآخرين مع فقدان الاهتمام بالأنشطة والهويات كما من قبل. ويكون تناقص الاهتمام بالأنشطة التي تعد مهمة للشخص (عبد الخالق، 1998). وتؤدي إلى تقلص في شعور الفرد نحو هويته وتعمل على ابطال الفرد نحو أعراض الحياة فيصعب عليه المضي قدماً نحو الاستجابة لظروف المعيشة الطبيعية (White, 2004) ويشير نولين (Nolen-Hoeksema, 2015) إلى تناقص الاهتمام بالآخرين والشعور بالانفصال أو الغربة عنهم، كما أنه قد يكون لديه إحساس بمستقبل غير واعد (كأن لا يحصل على مهنة، أو ألا تسير حياته على نحو عادي). ومن الأحداث المرافقة لهذا العرض نطاق محدود للمشاعر عند الفرد حول العلاقات الحميمة والجنس (Schiraldi, 2016).

4. الاستثارة الزائدة (Over Arousal): كالعدوان، واضطرابات النوم، وزيادة الحساسية للمؤثرات البيئية كردود الفعل المفاجئة والمبالغ بها (Nolen-Hoeksema, 2015). ويشير النابلسي (1995)، إلى أن محاولة الفرد للسيطرة على الموقف تحكمه مشاعر القلق والخوف وما يلزم ذلك من أعراض كزيادة دقات القلب والتنفس السريع وتصيب العرق. ويضيف عليها بركات (2007)، عرض فرط الحركة. كما قد يكون هناك أحياناً صعوبة في التركيز (Hijazi, 2012). وحتى يتم الحكم على الفرد باستيفاء معيار التشخيص المتعلق بالإثارة والتفاعل يجب ان يكون هناك عرضان من الأعراض السابقة الذكر (Schiraldi, 2016).

النظريات المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

يجب علينا ان نفهم سيكولوجية الصدمات النفسية للوقاية من اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة وعلاجها (Allen, 2008). لذلك هناك الكثير من النظريات والنماذج التي حاولت ان تفسر اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ لمحاولة السيطرة على الاضطراب وعلاجه، ومنها: نظرية التحليل النفسي، والنموذج السيكولوجي، ونظرية التعلم والأشراط، والنظرية المعرفية، ونظرية العلاج الروائي. وسيتم الحديث عنها بشيء من التفصيل كما يأتي:

نظرية التحليل النفسي:

قبل التعرف على مصطلح الضغوط الناجمة عن الصدمة قامت نظرية التحليل النفسي، وبالأخص فرويد بدراسة على المحاربين القدامى في الحرب العالمية الأولى. إذ أشارت إلى اثنين من الأعراض التي تعرف حاليا من أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وهي: الإنكار (التجنب) والتكرار (إعادة التجربة) (Balrow, 2002)، ولكن النظرية التحليلية وخاصة فرويد تمسك بمفهوم صدمة الميلاد التي تحدث عنها العالم أوتوراثك، وبالتالي تم تفسير الاضطراب على أنه حالة لا شعورية جذورها منذ الطفولة. وعند تعرض الفرد لحدث صادم يحاول الإنكار أو الكبت وهذا يتعارض مع معلوماته التي تشكل الإحساس بذاته (صالح، 2002). ويستند فرويد في ذلك على صدمة الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق، ويعدها التجربة الأولى للقلق، ولأن تطور هذا الإحساس يربك الفرد فيسعى لكبته (العدل، 2013). إن الشدة التي يحدثها الحدث الصادم تعيد تنشيط صراع نفسي قديم لم يحل، وقد يتجدد انبعاث طفولي ينتج عنه النكوص أو استخدام آليات دفاعية كالكبت أو الإلغاء أو الإنكار ونتيجة انبعاث الصراع من جديد تحاول الأنا أن تسيطر على الموقف لتخفيف القلق (أبو نجيلة، 2001). وفرويد صاغ عبارة "الصدمة النفسية" للإشارة إلى طوفان من الأنا وذلك من قبل المحفزات المنبثقة من الداخل أو الخارج في حالة الخطر (Blum, 2002). وفي الواقع هذا التوجه لا يفسر الاضطراب بقدر ما يركز على الأعراض (العدل، 2013).

النموذج السيكلوجي:

حاول كل من جرين، ويلسون، وليندسي (Green, Wilson, Lindsey, 1985) وضع نموذج نفسي واجتماعي لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة، حيث إن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية الفرد المصدوم ودور البيئة، أي كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة؛ كلما كان الفرد المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول (يعقوب، 1999).

نظرية معالجة المعلومات:

تعتبر نظرية معالجة المعلومات من أهم النظريات التي حاولت تفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، باعتبار أن المنبهات التي نحصل عليها قسم منها يقوم الدماغ باستيعابه ومعالجته بالترميز وحل الترميز والسلوك، بينما القسم الآخر لا يقوم الدماغ بمعالجته بشكل صحيح؛ بسبب نقص المعلومات في المنبه نفسه، أو بسبب شدة المنبه التي تفوق قدرة الدماغ (الجهاز العصبي). ويكون الحال كذلك في الأحداث الصادمة التي لا تتلاءم فيها المنبهات مع خبرة الشخص ونموذجه المعرفي؛ مما يؤدي إلى تشويه واضطراب في معالجة المعلومات القادمة من المنبه مما يؤدي لبقاء المنبهات نشطة تضغط على الشخص ويحاول هنا الشخص أن يبعدها عن عتبة الوعي عبر أساليب منها النكرات والتبليد والتجنب والتي تعتبر سمات بارزة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

النظرية البيولوجية:

وفي دراسات قام بها كرسنال، وبويد، وفان، وجيرنبرك (Krystal, Boyd, Van & Greenberg, 1984) بهدف تطوير نموذج درسوا من خلاله الضغوط التالية للصدمة من خلال الحيوانات إزاء تعرضها لصدمة حادة، وقد أرجعوا السبب إلى الخلل الناتج عن التغيرات في الناقلات العصبية. حيث اعتقدوا أن النشاط الزائد والانفعال ينتج عن الإفرازات في هرمون الأدرنالين وأن الانسحاب والتجنب ينتجان عن استهلاك الجسم الكيماويات الطبيعية في الجسم ونقص في الأدرنالين

المشار إليها في (Balrow, 2002). وفي دراسة أخرى لكرستال وآخرين (Krystal et al., 1989) تبين أن التعرض لحادث صادم يؤدي إلى إلحاق الضرر بنظام إفراز الغدة الكظرية مما يتم زيادة في مستويات النورادرينالين (Noradrenaline) والدوبامين (Dopamine)، وينتج عنها الخوف والجفلة بسبب الزيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية المشار إليها في (صالح، 2002). ويضيف يعقوب (1999)، أن بعض الباحثين البيولوجيين حاولوا ربط التبدلات الكيميائية في الدماغ، كأن من يتعرض لصدمة يفرز دماغه مواد مخدرة، وبعد مرور الحدث الصادم يظهر الفرد كحالة انسحاب شبيهة بمن انقطع فجائيا عن تناول المواد المخدرة.

النظرية السلوكية:

إن أصحاب النظرية السلوكية يهتمون الجانب الوراثي ويرون بأن أساس السلوك متعلم فقط، وهناك تفسيران للاضطراب قائمان على الإشرط (أسعد، 1994):

1. الإشرط الإجرائي (سكنر): حيث يكون الفرد قادرا على التحرك والرد على المنبهات بما يراه مناسباً، وكلما كان الرد صحيحاً يعدّ مكافئة (تعزيز)، والعكس بالعكس أي تعرض الفرد للحدث الصادم يجعله يهرب ويتجنب المنبهات المؤلمة والتي بدورها تكون أشرطاً مع الحدث الصادم.
2. الإشرط الكلاسيكي (إيفان بافلوف): يؤكد أن الفرد بتعرضه للضغوط (منبهات) يتجاوب معها ولا سبيل لديه في تبديلها.

وإن هذين النموذجين من التعلم يفسران لنا كيف يتشكل اضطراب ما بعد الصدمة، بما في ذلك استجابة الفرد، وسلوك التجنب، وتعميم المنبه المؤلم على منبهات أو أشياء أخرى غير مؤلمة أصلاً. بمعنى أن المنبهات الحيادية تصبح فيما بعد شرطية. وبذلك يحاول الشخص المصدوم الهروب من المنبهات التي أصبحت شرطية (التجنب) وبذلك تصبح الصدمة قد طغت على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم (يعقوب، 1999).

النظرية المعرفية:

إن النموذج المعرفي يسلط الضوء على كيفية إدراك الفرد للحدث، وكيف تظهر المعاناة عليه، وبطبيعة الحال فإن الأمر يتوقف حسب نظرة الفرد لنفسه وللعالم من حوله (يعقوب، 1999). وتذكر النظرية أن الفرد يحاول إدراك الحدث الصادم وكيف أثر عليه، ولكن سرعان ما يتوقف في إدراك ذاته والعالم من حوله؛ لأن الصدمة تزعزع بياناته الشخصية (أبو شريفة، 2010). وترجع النظرية السبب إلى بقاء الحدث نشطا في الذاكرة وهو التكرار، أو حاجة الفرد لتطوير الإنكار (Balrow, 2002). وتُعد نظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف التالية:

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

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

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

وإن المعتقدات المذكورة موجودة عند الشخص السوي أو العادي والذي يثق بنفسه ويبني آماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه وبالتالي لا يتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن نطاق المعقول (مكتب الانماء الاجتماعي، 2001).

المنهج الروائي:

يستخدم العلاج الروائي مع ضحايا التعذيب والمدمنين والناجين من الحروب حيث يمكنهم من تطوير رواية عن حياتهم تمتد من الطفولة إلى الوقت الحاضر مع التركيز على العواطف والأفكار المرتبطة بالأحداث من خلال عمليتين: أولهما التعزيز عبر التعود على سرد الحدث المؤلم، والثانية

عبر تطوير أفكار جديدة ترتبط بالذاكرة (Australia, 2013). ويعتقد المنهج الروائي أن هويتنا تتشكل من خلال الروايات أو القصص، سواء بشكل شخصي، أو من خلال الثقافة العامة، وتقوم افتراضات النظرية حول الاستنتاج بشأن كيف نعيش، وما نقوم به، وما هو المعنى المعطى لكل شيء؛ أي نحن نعطي معنى لحياتنا والعالم من خلال القصص التي يمكننا أن نقولها في أنفسنا، ولبعضنا البعض، ومن ثم نحدد موقعنا من خلال الخبرات والأعمال، ويمكن أن تعكس قصص الحياة التي تعطى أربع أنواع من الروايات للواقع:

أولاً: نمط عاطفي: وينظر بها الفرد للحياة انها مغامرة وهو البطل الفائر الذي يتغلب على جميع الصعوبات

ثانياً: النمط الساخر: وينظر بها الفرد للحياة بخيبة الامل والأوهام في المثل العاطفية وتكون قصص الفرد ساخرة من الواقع مع التركيز على صعوبات الحياة.

ثالثاً: نمط مأساوي: يعبر الفرد عن حياته بقصص مأساوية مليئة بخيبة الأمل.

رابعاً: نمط فكاهي: قصص هزلية ينتقل بها الشخص من السيئ إلى الأفضل للتحكم بالحياة ولعب الدور الاجتماعي لاعتقاده ان الأشياء السيئة ذاهبة ويمكن السيطرة على الحياة.

وهنا غالبا ما يكون اضطراب ما بعد الصدمة بالقصص المأساوية "رغبة متجمدة بالذاكرة" والشخص المصدوم يقول قصص يائسة من الوجود وذات سخرية من الحياة، وبالتالي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يكون ذا صلة بحياة المريض بقصة حزينة وهزيمة محددة تهدم السلوك الذاتي وبصورة غير واعية تركز على الخسارة بمخطوطات الحياة للفرد (Hoyt, 2005).

العوامل المؤثرة باستجابة الافراد للخبرة الصادمة:

ويرتبط موضوع الصدمة النفسية بعدد من المتغيرات، فالعمر يمكن النظر اليه بشكل مختلف إذ يتأثر بعدد من العوامل منها: نوع الخبرة الصادمة، وأداة القياس، وأيضا عامل تقسيم الفئات العمرية حسب الباحثين، وإن كبار السن يشعرون بتأزم أكثر عقب الأحداث الصادمة ولكن يستفيدون من

خبراتهم السابقة بخفض دة التأزم، أما بالنسبة لنوع الجنس فيشار إلى أن النساء تتأثر بشكل أكبر من الرجال عقب وقوع حدث صادم، أما بالنسبة لمستوى التعليم فيرى العلماء أن استجابة الأفراد للمواقف المختلفة تكون لصالح الأرقى تعليماً؛ وذلك بسبب القدرة العالية على جمع معلومات كافية عن المواقف ومسوغاتها (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001). كما أن استجابة الفرد للخبرة الصادمة يمكن تقسيمها إلى ثلاث عوامل رئيسية وهي: عامل يتعلق بالحدث الصادم وعوامل تتعلق بالشخصية وعوامل تتعلق بالمحيط الخارجي (عودة، 2010).

1. طبيعة الحدث الصادم:

يمكن أن تكون طبيعة الحدث الصادم مختلفة من حيث أبعاد الحدث نفسه، فعند تعرض فرد للموت الفعلي، أو التهديد بالموت وينجو من هذا الموقف، يكون أكثر تأثراً من الفرد الذي يشاهد حدثاً صادمًا متعلقاً بالموت أو التهديد للغير (Wenar, & Kerig, 2000). ويؤكد شعث (2005)، أن درجة قرب الفرد من الحدث الصادم تلعب دوراً هاماً على درجة تأثر الفرد واستجابته، كما أن استمرار الحدث لفته زمنية أطول تزيد من شدة الصدمة النفسية للفرد. وتعد شدة الحدث الصادم مؤثراً قوياً في تشكيل الخبرة الصادمة (Bryant, 2014).

2. عوامل تتعلق بشخصية الفرد:

إن الأفراد الذين يكون بالأساس عندهم علاقة بين سمات الشخصية والمزاج واحتمالية الإصابة باضطرابات نفسية مستقبلية، يكونون عرضةً لتطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أكثر من غيرهم (Thabet, Abed, & Vostanos, 2001). ووجد الباحثون أن أولئك الذين لديهم تجارب صادمة في مرحلة الطفولة، تزيد من مخاطر أمراض الكبد، وانخفاض الصحة الإنجابية، وارتفاع خطر الإصابة بالأمراض العقلية كما أشارت الأبحاث إلى زيادة احتمال التدخين والكحول والبدانة (Edwards et al., 2001).

3. عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي:

تعتمد استجابة الفرد فيما يتعرض له من خبرات صادمة لما يتلقاه من دعم من المحيط الذي يتواجد فيه، فتلقي الدعم من الأسرة والزملاء وغيرهم من المحيط يقلل من احتمالية الإصابة بالاضطراب النفسي الناتج عن خبرة صادمة (Turner, 1999). وعلى العكس فإن نقص الدعم الاجتماعي ينبئ بحدوث اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الفرد (Feeny, Rytwinski, & Zoellner, 2014).

وعندما يحدث حدث صادم للفرد يبدو أن العالم توقف مؤقتاً، كما يؤدي لصراعات فردية لفهم وقبول ما حدث (Pack, 2008). وقد ذكر النابلسي (1995)، ثلاثة تقسيمات لردود الفعل المتوقعة عند تعرض الفرد لخبرة صادمة وهي:

1. ردود الفعل القصيرة الأمد مثل: الإحساس باللاواقعية، وصعوبة التفكير المنطقي.: الإحساس باللاواقعية، وصعوبة بالتفكير المنطقي. وغالباً ما يصاحب المصدومين إحساس أن ما حدث ليس حقيقياً ويبدأ الشخص بالشعور: انه قد تجمد، أو مشحون بالمشاعر. وبعدها يكون الشخص بحالة من التيقظ والانتباه لما سيحدث أنه الأسوأ، ويمتاز هنا الشخص بسوء الإدراك، ويبدأ بتفسير الأمور بطريقة مغايرة، وتكون انشطته اليومية روتينية أبسط مما اعتاد عليه ومقيدة، وتظهر عليه مظاهر من القلق وعدم المبادرة بالإضافة لاضطرابات النوم وأحياناً الكوابيس.
2. ردود الفعل المتوسطة الأمد: يمتاز الشخص هنا بالخوف الشديد واليقظة الزائدة، والتجنب لما يتصل بالحدث، والاسترجاع للحدث بكافة جوانبه، بالإضافة لبعض الأعراض الجسدية، وقد يرافق الشخص مشاعر الذنب.
3. ردود الفعل طويلة الأمد: ويعتمد هنا ظهور هذه الأعراض على عدة عوامل منها شدة الحدث الصادم، ومدة التعرض له، أو إصابة شخص عزيز، ومن أهم ردود الفعل طويلة الأمد هي الإصابة بالاكنتاب أو القلق والذي سوف يؤدي بدوره إلى ظهور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الأمر المساعدة في تجاوز الصدمات النفسية:

يجب على الافراد أن يحاولوا تجنب المواقف والاحداث التي تؤدي لصدمات نفسية، ولكن أحياناً البيئة التي يتواجد بها هؤلاء الافراد تكون أصلاً محور صراع ونزاع، مما يجعلهم عرضة بشكل جبري للمواقف الصادمة، لذلك يوصى بعمل تنقيف نفسي للأفراد كنوع وقائي أولي لتفادي حدوث اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Feldner, Monson, & Friedman, 2007). يوضح عبد المجيد (2002)، أن الخبرة هي أهم المصادر لبناء الذات ولسلامتها وصحتها النفسية وفعاليتها لمواجهة الضغوط والتحديات. وتمثل الخبرة الايجابية ما يكتسبه الفرد من مهارات وخصائص تتكامل وتتوازن في شخصيته الفردية والجماعية بالشكل الذي يحقق التوافق مع متطلبات نمو الأفراد والجماعات ومع قضايا العالم المعاصر. ويرى "Lazarus" أن هناك أساسين للتكيف مع الصدمات والأحداث الضاغطة، الأول: عبر التكيف باستخدام أساليب حل المشكلات وذلك بمحاولة الفرد لفك الحدث الضاغط والتغلب عليه. والثاني: عبر التكيف العاطفي ويشمل محاولة الشخص لإحداث التوازن العاطفي المفقود إثر الحدث الصادم. ويعتقد "Lazarus" أن الشخص يمكنه استخدام كلا الطرفين للحفاظ على التوازن النفسي، مشار إليه في (Taylor & Sirois, 1995). ويؤكد بركات (2007)، إلى أهمية القدرة على التعبير عن المشاعر المرافقة للصدمة واسترجاع الموقف بكامله، عبر إتاحة الفرصة للفرد برواية الحدث امام الآخرين محاولاً ان يفهم ويركب تفاصيل جديدة لروايته مما يعطيه الفرصة لاستعادة السيطرة بشكل تدريجي على مجال الضبط المفقود، وهذا يبدأ ربما بمهمات بسيطة إلى ان يصل للتفاعل مع الآخرين واضفاء معنى للحياة وزيادة المهارات الشخصية وخاصة القدرة على إدارة الانفعالات.

علاج اضطراب ضغوط ما الصدمة:

إن الحدث الصادم المسؤول عن تطوير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يشكل طابعاً فريداً لكل حالة (Brandt, & Hautzinger, 2012). وتشير البحوث الواسعة النطاق إلى أن العلاج الجماعي هو وسيلة فعالة للمساعدة في التعامل مع الناجين من حدوث كارثة، والمتعرضين للصدمات النفسية؛ لأنه يمكن إشراك شرائح كبيرة من المجتمع المتضرر، وإعطاء قوة في الوصول للعلاج بأقل

وقت مقارنة مع العلاج الفردي (Jarero & Artigas, 2012). واستخدام العلاج الجماعي كوسيلة توفر الدعم والتشجيع للأشخاص الذين مروا بتجارب مماثلة، حيث إن وجود الشخص الذي تعرض لخبرة صادمة مع تلك المجموعة التي عانت معاناته نفسها يشعره بالارتياح، ويخفف من شعوره بالوحدة، ويكون أسرع في التكيف النفسي والاجتماعي (Rice, 1999). وهناك نماذج علاجية أكثر فعالية من غيرها حسب تأثير الصدمة على الفرد والذي هو أصلاً حالة فريدة، وبالتالي ليس هناك نموذج علاجي واحد أفضل من غيره يمكن تطبيقه لعلاج أو خفض أعراض الصدمة بشكل عام (Bicknell- Hentges, & Lynch, 2009). وتعد الطرائق العلاجية التي يستخدمها المختصون في علاج أعراض ما بعد الصدمة واسعة وممتدة لمجموعة من الأطر النظرية الهادفة إلى مساعدة الناجين في خفض الأعراض، وإعادة بناء وتطوير توقعات واقعية نحو الذات والآخرين والعالم (Brierr & Scott, 2006). ومن هذه الطرائق العلاجية:

- العلاج المعرفي:

المعالجة المعرفية فعالة في الحد من نوبات الهلع، وأعراض الصدمة، والتشوهات المعرفية، والاكنتاب (Resick, Monson, & Chard, 2006). إذ يركز على تصحيح انماط تفكير الفرد عبر تعليمه أساليب علاجية ويتم التطرق للمعتقدات الخاصة بالمريض (APA, 2002).

- العلاج السيكودينامي:

يركز العلاج السيكودينامي على عدد من المفاهيم مثل: الإنكار والتنفيس والتجنب المستخدمة في منهج التحليل النفسي (Rice, 1999). ويركز على تعرف المريض للقيم الشخصية وأساليب السلوك وطرق المواجهة بهدف الوعي بالآثار الواعية وغير الواعية للصدمة والقدرة على بناء مفهوم الذات واستعادة الثقة بالنفس (Gelder, Gath, Mayon & Philip, 1997).

- العلاج السلوكي:

يركز على الأنماط الخاصة بالسلوك ويقوم على تعليم المريض بأساليب السيطرة على القلق والتحدث مع الذات إيجابيا (APA, 2002). إذ يعتبر الاسترخاء التنفسي والعضلي تقنيات مهمة يمكن تعلمها بسهولة وتعطى كواجبات بيتية تسهل عملية خفض التوتر وتحقق قدر من الراحة (Rice, 1999) بالإضافة إلى العلاج بالتعرض وتقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization) عبر الصور، أو التخيل، أو التعريض الحي، والهدف منهما خفض قلق الفرد مع مرور الوقت (Amstadter, McCart, & Ruggiero, 2007).

- العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي من الطرائق السائدة في الأدبيات والدراسات والسيكولوجية (Amstadter et al., 2007). إذ يعمل على تغيير أنماط التفكير غير الملائمة لتحسين ردود الفعل العاطفية والسلوكية المرتبطة بتجربة الصدمة (Satcher, Friel, & Bell, 2007). ويشمل العلاج السلوكي المعرفي على أسلوب تقليل الحساسية بحركة العين (EMDR)، ويستخدم هذا الأسلوب من خلال حركات العين التي تتبع إصبع المعالج بشكل متوازن من الشمال إلى اليمين، حيث يطلب من المريض تخيل أحداث الموقف الصادم مع النطق وتقدير لردود الأفعال والحالة الانفعالية السلبية (Taylor & Weems, 2011). وقد أثبت هذا الأسلوب فاعليته في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة (Chen et al., 2014).

- العلاج الديني والعلاج الجماعي:

ويتم من خلال إعادة تكيف المريض واندماجه مع المجتمع (Gelder et al., 1997). والعلاج الديني الذي يقوم على تعزيز الايمان وتقوية الإرادة وتصحيح التصورات الخاطئة عن الموت والحياة (Hasanovic, 2002).

- العلاج الروائي:

العلاج الروائي منهج قائم على القوة ويؤكد على التمكين البين شخصي للفرد (Costa, 2007). فيساعد الأخصائيين في توليد المعرفة وتقييم احتياجات العملاء، وتعزيز الشفاء من الصدمة وتمكين الفئات المهمشة، والسعي لتحقيق العدالة الاجتماعية (Calhoun, 2006). ويشجع العملاء على توضيح القصص المهيمنة التي يفترض أنها تتأثر بالثقافة، والمجتمع، والعائلة، والسياسية، والماضي (Monk, 1997; White & Epston, 1990). ويعطي العملاء القدرة على تفكيك السرد المنطوي على الصدمة حيث يبدأ المعالج والعميل بفهم تأثير الصدمة على حالتهم الراهنة (Erbes et al., 2014). وإن عمليات السرد القائمة على المعنى تساعد العملاء في إعادة بناء الروايات الشخصية بعد الصدمة (Calhoun, 2006). ولذلك يعتبر العلاج للصدمة مرتبط بشكل متنامي مع المنهج الروائي (Brierr & Scott, 2006)، إذ بدوره يساعد في خفض أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة (Amir, Stafford, Freshman, & Foa, 1998)، وزيادة الرفاهية العامة (Stanton et al., 2002). ويندرج تحت العلاج الروائي نماذج منها نموذج التدريب على المهارات في التنظيم العاطفي والبين شخصي Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) الذي يركز على تنظيم العاطفة، والعلاقات الشخصية ورواية قصص الحدث الصادم (Gudiño, Leonard, & Cliotre, 2016).

العلاج الروائي (Narrative Therapy):

التطور التاريخي للعلاج الروائي:

يعتبر العلاج الروائي وليد أفكار معالجي الأسرة الأسترالي مايكل وايت (Michael White) والنيوزيلاندي ديفيد إبستون (David Epston)، إذ تشكلت هذه الشراكة في أواخر السبعينيات (White, 2009). وقد بدأ تطبيق الأساليب الأولية للعلاج الروائي من قبل وايت وإبستون على علاج نظم الأسرة الذي رأوا فيه أن الناس يفهمون على أفضل وجه من خلال تقييم تفاعلاتهم داخل الأسرة، وإن تطور سلوك أحد أفراد الأسرة مترابط مع الآخرين داخل أسرته (Corey, 2013). وكان

بداية ظهور العلاج الروائي تأثر وايت وابستون بحركة ما بعد الحداثة في الفلسفة والأنثروبولوجيا وعلم النفس (Carr, 2006) وتأثرهم أيضاً بشكل أخص بالفكر الفلسفي لكل من (ديريدا وفوكو (Derrida and Foucault (Madigan, 2011). حيث كتب فوكو عن العلاقة بين القوة والحقيقة واعتبر أن القيم والأفكار والتقاليد تستخدم وتناقش باستمرار لوضع الحقيقة، ونتيجة للحقيقة الموضوعية فإن الأفكار والقيم تصبح قوية وتخلق معايير ثقافية قوية، وبمعنى آخر تساهم بتعريف الناس حول الآخرين وكيفية العيش معهم (Duba, Kindsvatter, & Priddy, 2010).

وتعتبر النظرية الروائية من نظريات ما بعد الحداثة (Corey, 2005). أو ما بعد البنائية (Akinyela, 2002)، وهي حركة في الفلسفة، وخاصة في الفلسفة الفرنسية. ويعرفها بلسي (Belsey, 2002) بأنها: "نظرية أو مجموعة من النظريات التي تهتم بشأن العلاقة بين البشر والعالم، وبين ممارسة وإعادة إنتاج المعاني" (Belsey, 2002, p. 5). ويشير البنائيون إلى أن المعرفة يتم إنشاؤها من خلال اللغة والكلمات لكي تعطي معنى للتجارب والتفاعلات البشرية (Ponterotto, 2005). وتشير نظريات ما بعد الحداثة إلى أن اللغويات تساهم بمساعدة المعالجين للأفراد على تحديد المعنى في كلامهم والعالم الذي يشغلونه (Besley, 2002). وهذا متصل بالتركز على المعنى وليس النص، أي أن المعنى يتم إنتاجه بتفاعل القارئ مع النص (Grenz, 1996). لما جعل مايكل وايت وديفيد إيبستون مهتمين أيضاً بأهمية اللغة والمعنى؛ لأنه يمكن للغة تغيير أو تشويه تلك الخبرات المروية (White, 1995). وقد أشارا إلى أن الحديث في المجتمعات يسهم في تشكيل هوياتنا، ومن خلال الروايات يعبر الناس عن المعنى الذي يعلقونه على تفسير تجارب حياتهم (White, 2008). فلا يمكن إيجاد مجموعة من البشر ليس لديهم روايات، وإن تاريخ الإنسان ذاته هو قصة مليئة بالقصص، كما أن التقاليد الدينية غنية بالقصص، ونحن نعيش في (ومن خلال) القصص: كالخرافات الأسرية والتقاليد، والحكايات. نحن تقع في الحب من خلال القصص، القصص هي نسيج حياتنا الخاصة، شبكاتنا العلائقية تقايدنا الاجتماعية وعادتنا الثقافية والتاريخية (Botella, Herrero, Pacheco, Corbella, & Sergi, 2004). ولهذا يفترض مسبقاً أن جميع البشر -ولدت في عالم من معنى- ومع مهمة النمو يتم بناء المعاني الشخصية والمشاركة

لأنها تفسر العالم من حولهم (McLean & Pratt, 2006). والتي من خلالها الأفراد ينظرون بشكل فريد حياتهم وظروفهم (Launer, 2006). ويعتقد أن القصص التي نقولها عن أنفسنا غالباً ما تقوم على الرسائل الواردة من المجتمع أو عائلتنا، وإن لدى الناس مرشحات فريدة من نوعها تساعدهم على معالجة الرسائل التي يتلقونها من المجتمع (Nelson, 2014).

وقد استخدم العلاج الروائي كأساس لفهم الذات، وأحداث الحياة، وكذلك الحصول على فهم حول التغييرات في النفس مع مرور الوقت (Pasupathi, Mansour & Brubaker, 2007). لذلك ركز وايت حول تمكين الأفراد من تطوير طرق ملموسة وفعالة للتغلب على الصعوبات التي يواجهونها وزيادة سلطتهم الداخلية من خلال التركيز على التغييرات المخفية والتفصيلية في حياتهم (Seligman & Gibb, 2001). ويعتبر العلاج الروائي علاجاً عصرياً لأنه ينظر باتجاه المعرفة، ويعتبر العالم ككل حكواتي (Hermans, 2004). وبذلك يفترض أن حياة الناس مبنية اجتماعياً من خلال القصص المتعددة التي يقولونها، وأن هذه القصص ملونة بالسياقات الثقافية والتاريخية التي تحدث فيها، وتؤثر هذه القصص في صقل حياة الأفراد وتساهم في فهمهم للعالم من حولهم (Hilker, 2005). لذلك يقترح العلاج الروائي طرقاً جديدة للتواصل مع الأشخاص الذين يتلقون المشورة والعلاج النفسي من خلال التركيز على السياق الثقافي، والروايات الشخصية وتقييم العلاقات (Besley, 2002). وهذه الروايات تتكون من خليط من المكونات الثقافية والأسرية والتاريخية والقصص مع المتكونة من تجارب الآخرين (Osatuke et al., 2004). و تساعد الروايات في جعل معنى لحياتنا، وتكمن وراء أي نشاط هادف، وتساعدنا في تشكيل الهوية الفردية والهويات الجماعية (Booker, 2004). لذلك يساعد المعالجون الروائيون الناس بصنع معنى لحياتهم من خلال القصص التي يعيشون فيها، ويعطي العلاج الروائي الأولوية للمهمشين عبر تمكينهم من أن يكونوا خبراء في حياتهم الخاصة لذلك العلاج الروائي يهتم بأولوية العلاقة لنجاح العلاج بدل من التركيز على التقنيات (White & Epston, 1990). كما أن التركيز على المعنى مقابل النظر للمشاكل أو الحلول اجتناب بعض الأخصائيين لتبني العلاج الروائي؛ لأنه وينظر إلى المشاكل في

السياق الثقافي، وأنه يركز على العدالة الاجتماعية، وتمكين العملاء، ويدعو لاحترام العميل والاستماع له ومراعاة فرديته (Hoffman, 1993).

المفاهيم الرئيسية في العلاج الروائي:

لقد شمل العلاج الروائي على العديد من المفاهيم الفلسفية الخاصة بما يهدف إليه نحو تمكين الأفراد لفهم هوياتهم، من خلال التغلب على مشكلاتهم عبر تحديد هذه المشكلات، ورسم خريطة لآثار المشكلات في سياقها، والتقييم لآثار النفسية والاجتماعية لهذه المشكلات، حتى الوصول الى النتائج التي تحفز إعادة التفكير، وإعادة التأليف للروايات الجديدة (Shapiro & Ross, 2002). لذلك يمكن التعبير عن العلاج الروائي بأنه: العمليات المساهمة في توليد تفسيرات لأحداث الحياة وتنظيم التجارب الشخصية في شكل هوية أو قصة حياة متماسكة (Bragin, 2010). ويتكون العلاج الروائي من مجموعة من المفاهيم وهي:

أولاً: القصص

هي نسيج حياتنا الخاصة، وشبكاتنا العلائقية وتقاليدنا الاجتماعية، وعاداتنا الثقافية والتاريخية (Botella et al., 2004). وقد عرفها هايدن (Hydén, 2008) انها شكل من أشكال التواصل مع الآخرين وأنفسنا التي تتغلل الدراما البشرية في حياتنا .

ثانياً: الخطابات (القصص) المهيمنة

هي عبارة عن قصص ولدت ثقافيا وهي ما ينبغي القيام به في الحياة متناسقا مع السلوك الاجتماعي مثل: كيف يتصرف الناس المتزوجون، أو ما هو شكل السعادة، أو كيف تكون ناجحاً (White & Epston, 1990).

ثالثاً: الروايات

هي قصص اجتماعية حدثت بالماضي أو تحدث بالحاضر أو بالسياق المستقبلي ولا تقتصر على القصة نفسها، بل الأهم من ذلك المعاني المنسوبة للقصة من قبل الفرد أو العائلة وتشمل المعتقدات والتصورات والمشكلات والنجاحات (Fish, 1993). ويعزى مصطلح الرواية عموماً إلى جيروم برونر ويعرفها بأنها سلسلة من الأحداث التي ترتبط معا في تسلسل معين، من خلال الوقت، وفقا لحبكة قصص محددة (Bruner, 1991).

رابعاً: التخرّيج

يتم تخرّيج المشكلة عبر إضفاء الطابع الخارجي على المشكلة عبر إطلاق اسم مجازي عليها، وذلك باعتبار المشكلة كيان منفصل عن الشخص، ويتم التفاوض على هذه التسمية بين المعالج والعميل (Payne, 2006). وحينها يبدأ العميل برؤية هويته كشيء منفصل عن المشكلة (White, 2007). مما يسهل تقييم المشكلة ويجعلها أقل تعقيداً (Payne, 2006). وقد عرفه بيرد التخرّيج (Bird, 2008) أنه عملية تساعد لخلق مساحة لغوية أو شعور في الفصل بين الشخص والمشكلة من خلال الانخراط في المحادثات التي تعزز علاقة الذات مع الأفكار والمشاعر والخبرة والإجراءات.

خامساً: النتائج الفريدة

هي استثناءات ايجابية للقصة المهيمنة. وهذه الاستثناءات عبارة عن أجزاء تخلو من المشكلة، وتم استبعادها من القصة الرئيسية في حياة الشخص، وكونها ايجابية تستحق أن يتم استكشافها وإبرازها (White & Epston, 1990). وعرفها مورغان (Morgan, 2000) أنها لحظة تألق، تتميز بعدم وجود المشكلة ويكون فيها قدر من الكفاءة، وقد تكون خطة أو عملاً أو شعوراً أو بياناً أو رغبةً أو حلمًا أو فكرةً أو اعتقاداً أو قدرةً أو التزاماً. وعرفها بارنارد كويل: أنها أمثلة من التجارب السابقة التي كان للمشكلة تأثير ضئيل أو معدوم على الشخص (Barnard & Kuehl, 1995).

سادساً: إعادة التأليف

وهو مفهوم يصور العلاقة المشتركة بين المعالج والعميل لخلق قصة حياة بديلة تكون أكثر قوة وقبولاً من القصة الأساسية المشبعة بالمشكلة، بحيث يكون دور المعالج بمساعدة العميل على إيجاد أدلة تاريخية تتعلق بهويته، والتي من شأنها أن تساعد في عدم تأثره بالمشكلة التي يواجهها، ويمكنها أن تعزز قصته الجديدة بشكل أكثر تماسكاً (Besley, 2001).

الأسس والافتراضات التي يقوم عليها العلاج الروائي:

يعتمد العلاج الروائي على افتراضات ما بعد الحداثة، حيث يعتبر الواقع مبنياً اجتماعياً، ويتأثر باللغة ويتكون من شكل روايات وأن المعتقدات، يتم الحفاظ عليها من خلال التفاعل الاجتماعي (Afuafe, 2006). ويعتبر سرد القصص بشكل معين هو طريقة من خلالها يفسر بها الناس الواقع (Schiff, 2006). ولذلك يستند على فكرة مفادها أن الناس عبارة عن "قصص" يتم خلقهم لمعاني الحياة باستخدام الخطابات السائدة ومن خلال الممارسات المجتمعية والثقافية، ولكن عندما لا تتناسب حياتهم الشخصية مع هذه الخطابات والتوقعات المجتمعية المهيمنة يواجه الناس "مشاكل" ولذلك يفترض العلاج الروائي أن كل الناس لديهم نقاط قوة، وأن المشاكل هي التي تفرض على الناس بسبب الممارسات الثقافية المجتمعية غير المفيدة أو الضارة (Gehart, 2009). ويميل المعالجون إلى التركيز على آثار المشكلة وليس إلى السبب، باعتبار أن القصص تنظم تجربتنا وتشكل سلوكنا، والمشكلة هي المشكلة وأن الشخص ليس هو المشكلة (Nelson, 2014). وذلك بمساعدة العملاء على كيفية الانفصال عن مشكلاتهم واستكشاف أثر الثقافة والبيئة الاجتماعية عليها، وما هو أثر العادات اللغوية الخاصة بالعميل والتي تساهم بالمحافظة على بقاء هذه المشكلات White & (Epston, 1990). والهدف من فصل العميل عن المشكلة بتقييم العميل لنفسه واكتشاف طرق بديلة للتصرف والتفاعل في الحياة اليومية (Gehart, 2009). وذلك على أساس أن الناس لديهم العديد من المهارات والقدرات والقيم والالتزامات والمعتقدات والكفاءات التي ستساعدهم على تغيير علاقتهم بالمشاكل التي تؤثر على حياتهم (NTCT, 2013).

وكون العلاج الروائي يؤمن أن الناس يعيشون وفقاً للقصص المتعددة (Morgan, 2000). فقد ذكر كاري وروشيل (Carey & Russell, 2004) أن الأفراد ينظمون تفاعلهم من خلال الروايات التي تكون معتمدة بالأصل على خبراتهم وقيمهم السابقة والحاضرة، وتكون هذه الروايات عاكسة للمعنى الذي يدركونه، ومرتبطة بالسياق الثقافي والديمقراطي الموجود فيه الشخص؛ مما يجعلها تتغير عند تفاعله مع أفراد ومجموعات مختلفة. والعلاج الروائي يركز على ستة مبادئ أساسية حول العملية العلاجية (Afuape, 2012).

1. يعتبر العلاقة بين المعالج والعميل علاقة تعاونية غير صادرة لإطلاق الأحكام والتشخيص،

وهدفها تمكين العملاء تقييم محادثاتهم، وحشد نقاط القوة بها.

2. الاهتمام بوجهات النظر المختلفة بدل من التركيز على ما هو محدد.

3. الاهتمام بالعدالة الاجتماعية.

4. يركز به المعالج على الفضول والمعرفة.

5. العميل له افتراضاته الخاصة التي تجعله قوياً وتزيد من فهمه للأحداث.

6. يؤمن أن للعميل حرية الاختيار، دون تحيز من المعالج.

وقد حدد فردمان ووكمبوس (Freedman & Combs, 1996) مجموعة من الافتراضات الرئيسية للعلاج الروائي حول الطبيعة الإنسانية، كون الناس لديهم النوايا الحسنة، ويتأثرون بشكل عميق بالخطابات من حولهم، وهم ليسوا المشاكل لذا يمكنهم تطوير قصص منفصلة عن مشكلاتهم. وبناء عليه يفترض العلاج الروائي أن البشر كائنات تفسيرية - تعطي معنى لتجاربها الحية، والعلاج يكمن في مجال اللغة والفهم كعملية مستمرة، فنحن لا نفسر حياتنا في فراغ، بل نتأثر ونؤثر على السياق الذي نعيش فيه، وأن التسميات والتشخيصات مفيدة عندما تساعد على توليد قصص جديدة، وتعد أفكار المتعالج والتحييزات هي جزء من العلاج وبالتالي ينبغي مناقشتها.

تشابه العلاج الروائي واختلافه مع العلاجات الأخرى:

جميع نماذج العلاج النفسي تشترك بهدف واحد وهو جعل الفرد يفهم ذاته (Nelson, 2014). ويتشابه للعلاج النسائي و العلاج الروائي في افتراض خاص حول التصور الأساسي للبيئة الاجتماعية والثقافية في تشكيل المشكلات وتصميمها، حيث يؤكد المعالجون الروائيون أن المشكلات لا تتولد منفصلة عن البيئة الاجتماعية والثقافية (White & Epston, 1990). ويتشابه العلاج الروائي مع العلاج القائم على الحل من حيث أن الاثنين يسعيان الى تمكين العملاء ومساعدتهم على إيجاد نقاط القوة. فالعلاج القائم على الحل يطلب من العملاء البحث عن الأوقات عندما لا تحدث بها المشكلة، ويسمىها "الاستثناءات" أما العلاج الروائي يسميها "نتائج فريدة". ولكن العلاج القائم على الحل يطلب استثناء مباشر للمشكلة، وهذا على عكس العلاج الروائي الذي يحاول الاستماع والاستجواب للعميل بعناية عن الماضي، فضلا عن الحاضر والمستقبل المرتقب. (Kelley, 2013).

ويختلف العلاج الروائي عن السلوكي المعرفي، اذا يفترض العلاج الروائي أن المشكلة هي المشكلة وليست طريقة تفكير وإدراك الفرد كما هو في مفترض في السلوكي المعرفي، أما من حيث دور المعالج فالعلاج الروائي يعتبره مطمئن ومستمع والمتعالج هو الخبير بحياته، وهذا على عكس العلاج السلوكي المعرفي الذي يعتبر المعالج هو الخبير، وكذلك الامر العلاج الروائي يركز على القصص والمعارف بدلاً من الاستماع للأفكار كما هو في العلاج السلوكي المعرفي، وبالتالي عملية التحسن تكون ببناء القصة وليس تغيير الأفكار كما في السلوكي المعرفي (Vromans, 2008).

أهداف العلاج الروائي:

ووفقا للمنهج الروائي فإن الفرد المتمتع بالصحة النفسية قادر على نسج قصص متماسكة، وذات مغزى، والشخص الذي لديه مشكلة نفسية تكون قصصه غير متوفرة، معيبة، أو جزئية تتخللها الصعوبات النفسية والعاطفية (Howard, 1991). فعملية العلاج الروائي تركز على مساعدة المرضى في إيجاد طرق فريدة يتفاعلون معها للرد على المشاكل في حياتهم من خلال إعادة تعريف دور المشاكل فيها (White, 2007).

ويهدف العلاج الروائي الى إعادة تحرير رواية الفرد حتى يتمكن من السيطرة على القصص المهيمنة المشبعة بالمشكلات وفصل المشكلة عن هويته (Freeman, Epston, & Lobovits 1997). فأهمية قول قصص الحياة تمكن الناجين من مراقبة حياتهم، لبناء جسر من الماضي إلى الحاضر، وتعزيز التكامل والاتساق (Bad-Winterstein, 2007). كما يهدف إلى تفكيك القصص المشبعة بالمشكلة وإعادة كتابة الروايات التي تدعم النتائج المفضلة (West & Bubenzer, 2002). أي يساعد الفرد على إدراج قصة بديلة غير مشبعة بالمشكلات (Nelson, 2012). كما يركز المنهج السردي على مساعدة الناس على تحديد مهاراتهم الحالية، والكفاءات، والمعتقدات، والقيم والقدرات واستخدامها لمعالجة المشاكل، فالعلاج الروائي يسهل قول القصص التي من خلالها يتم التعرف على الشخصية والسياق التاريخي، والاجتماعي، والثقافي والسياسي لتجارب الناس (Poole, 2010) وتغيير الطريقة التي ينظر بها إليه الافراد ليساعدهم في إعادة تفويض قصتهم في ضوء ايجابي (Nelson, 2012) .

أسباب المشكلات حسب المنهج الروائي:

إن المشاكل تتبع من قصص مهيمنة تدير حياة الناس (Carr, 1998). وهذه القصص المهيمنة مولودة ثقافيا، وتحدد لنا ما ينبغي القيام به في الحياة؛ ليكون متناسقا مع السلوك الاجتماعي مثل: كيف يتصرف الناس المتزوجون، أو ما هو شكل السعادة، أو كيف تكون ناجحاً (White & Epston, 1990). وقد ذكر فردمان ووكمبوس (Freedman & Combs, 1996) مجموعة من العوامل التي تسبب المشكلات للناس:

1. عندما تقود القصص الناس إلى تفسير تجاربهم بطرق غير مفيدة.

2. ترديد قصص مشبعة بالمشكلات.

3. السرد المهيمن المتبادل بين الناس.

4. السرد الجامد الذي يجعل الناس يعيشون المشاعر المدمرة.

5. الفردية، عدم المساواة بين الجنسين، والعرق، والطبقة، الخ.

6. الآثار السلبية للروايات الثقافية.

العملية العلاجية:

الفكرة المركزية في العلاج الروائي هو أن البشر لديهم معنى لحياتهم وعالمهم من خلال قول القصص (Schauer, Neuner, & Elbert, 2011). ففي العلاج النفسي الروائي غالباً ما يقدم العملاء قصصاً تعبر عن الأحداث المدمرة أو المحزنة، تظل هذه التجارب الصعبة بارزة عاطفياً في بعض الأحيان لشهور أو سنوات بعد حدوثها، والهدف من سرد العملاء للتجارب المؤلمة هو مساعدتهم على العمل بشكل أفضل لتماسك رواياتهم في قصة حياتهم الأوسع (Elliott, Davis, & Slatick, 1998). وقد استخدم العلاج الروائي كأساس لفهم استمرارية الذات، وأحداث الحياة فهو طريقة للحصول على فهم جيد حول التغييرات في الذات مع مرور الوقت (Pasupathi et al., 2007). ولا ينطوي في العلاج الروائي التركيز على القصة التاريخية فحسب، بل على التفكير النقدي في تأثير المشكلة، وفكرة خلق قصة مستقبلية إيجابية من خلال تضمين التركيز على القصة في المستقبلية، ويمكن تمكين العميل التحرر من معضلة خاصة، وبالتالي مساعدته في عملية تحديد الأهداف والاعتراف بأن المشكلة يمكن فصلها عنه (McLeod, 2006). ولا توجد اتفاقية محددة لطول الجلسات الروائية فالبعض يميل لجعل الجلسة بحدود خمسين دقيقة، لكن مايكل وايت يرى ان الجلسة تستمر أكثر من ساعتين، وتختلف الفترات الفاصلة بين الجلسات، فلا يوجد افتراض بجلسات أسبوعية، ولكن في أي فترة زمنية محددة سلفاً، وإن العلاج الروائي ليس "العلاج القصير"، ولكن تقنياته وممارساته يمكن أن تجعل الطول الكلي للعلاج أقصر بكثير مما كانت عليه في بعض العلاجات الأخرى (Morgan, & Brosi & Brosi, 2011). من خلال مرحلة بناء الثقة يضع المعالج نفسه كمشارك مع العميل (علاقة تعاونية) (Carlson, 1997; Carr, 1998). وذلك من أجل تفكيك القصص وسحبها بعيداً عن العميل (Lewis, 2011). وتكون العلاقة تعاونية غير تشخيصية (NTCT, 2013) والتعاون يمكن للمعالج أن يساعد العميل في استخراج المشكلة والبحث عن قصص مفضلة ونتائج فريدة ويعزز المعني التي تم إنشاؤها حديثاً دون التقيد في سياق ثقافي

(Richert, 2003). وفي هذا الصدد لم يستخدم مايكل وايت مصطلحات حالة أو العميل؛ بل أشار إلى العميل بأنه "الشخص" (Besley, 2002).

دور المعالج الروائي:

ويسعى المعالج الروائي إلى إعطاء الاحترام للعميل دون لوم أثناء العملية العلاجية فهو يعد الناس خبراء في حياتهم الخاصة، وأن الناس لديهم العديد من المهارات والكفاءات والمعتقدات والقيم والالتزامات والقدرات التي من شأنها أن تساعدهم للحد من تأثير المشاكل في حياتهم Morgan, (2000). ويمكن توضيح أدوار المعالج الروائي بالتالي:

1. ميسر: فهو يشرح الفائدة من العلاج (White, 2000). كما هو ميسر ومنشئ لمحتوى الجلسة حتى يصل العميل للروايات البديلة (NTCT, 2013). ويعمل على تسهيل تطوير العملاء للغة جديدة من خلالها يروون قصصهم بمعنى آخر جديد (Corey, 2012). كما يساعد العملاء على ملاحظة مهاراتهم والكفاءات والإنجازات وراء مشاكلهم أو الصعوبات التي قد تواجهها ويساعدهم على إضفاء الطابع الخارجي على المشاكل وأحداث الحياة وإيجاد النقاط الممكنة (Sharf, 2004).

2. متعاون: المعالجون الروائيون يعدّون العلاقة العلاجية (NTCT, 2013). وتكون هذه العلاقة تعاونية هدفها: فحص القصص التي تنظم حياة العميل، وأيضاً تمكن العميل من إيجاد قصص بديلة مفضلة تقدم له خدمات أفضل في الحياة (White, 2000).

3. مشارك: إذ يساعد المعالج الأفراد على البحث بداخلهم عن قصص تكون أكثر كثافة (Morgan, 2000). ويقوم على مساعدتهم على بناء رواية بديلة (White, 2000). فالعميل والمعالج في شراكة في التأليف والتمكين لإيجاد القصص البديلة ذات المغزى والتي تكون على عكس قصص الفشل (Semmler & Williams, 2000).

4. مستمع نشط: يعد المعالج الروائي مستمع إلى الخلافات والأحداث التي لا تتوافق مع المشكلة المهيمنة المشبعة بالرواية ويلاحظ المعتقدات والأفكار، أو السياقات التي تدعم الأوصاف المشبعة بالمشكلة (Freedman and Combs, 1996). والاستماع الفعال هذا يشمل مراقبة المعالج

لغة غير اللفظية (الجسم) للعميل؛ لأنه سيمنحه بعض البصيرة والمعنى لما يقوله العميل (Murdock, 2009). ويجب ان يكون الاستماع بعقل مفتوح اي يعلق المعالجون حكمهم الشخصي عند الاستماع إلى العميل لأن ذلك سيساعد المعالجين في التحقق من المعلومات الهامة عن وكفاءات العملاء، والمساعدة الفعالة في تشكيل الحواجز أمام مشاكلهم (Corey, 2013).

5. فضولي: يقوم المعالج الروائي بدور فضولي مبني على الاحترام والتعاطف (White, 2000) ويشجع العميل على إيجاد نتائج فريدة عبر الأسئلة (Nelson, 2012). وذلك للكشف عن قصصهم المهمة إلى المعالج لأنهم من يملكون قصصهم أو تجارب الحياة (Murdock, 2009) ويكون فضولياً بالأسئلة للحصول على مزيد من التبصر في القصص وتشجيع العملاء على الكشف عن مزيد من المعلومات من أجل فهم أفضل للتأثيرات الأساسية للسلوك (Sharf, 2004).

دور المتعالج في العلاج الروائي:

إن الغايات في العلاج الروائي هي أن يحدد العميل القصص المهيمنة عليه وتأثيره السلبي، ويمكنه من إعادة صياغة القصة التي تناسبه ونقاط قوتها (Angus & McLeod, 2004). العميل مشارك في نشاط في العلاقة العلاجية لاستكشاف مصادر سلوكيات معينة ومواقف معينة حول القصص الذاتية التي تؤثر عليه (Payne, 2011). وهو مشارك في نشاط الجلسات وفي التمارين المنزلية (Ribeiro, Bento, Goncalves, & Salgado 2010)؛ وذلك جنباً إلى جنب مع المعالج حتى يصل لإيجاد النتائج المفضلة لقصصه وإعادة تأليفها من جديد (Murdock, 2009).

العلاج الروائي الفردي والجماعي:

العملاء غالباً ما يطورون روايات شخصية من خلال تفسير قصة حياتهم، التي تتشكل من تجارب الطفولة الخاصة بهم في المدرسة ومع العائلة، أو في مجتمعهم (Lambie & Milsom, 2010). وفي العلاج الروائي الفردي يتم العمل مع العملاء لتحريـر القصص التي يقولونها عن

أنفسهم لتعزيز التكيف الاجتماعي (Cashin, 2008). ويكون العمل مع العملاء حول ترتيب قصص حياتهم من البداية والوسط والنهاية، إذ يقوم العملاء بفحص تاريخهم وما حدث في الماضي كما يفحصون حياتهم الحالية ومستقبلهم. والغرض العام من العلاج الروائي مساعدة العملاء على معرفة قصصهم وإعادة روايتها (Phipps & Vorster, 2009). وعلى الرغم من أن القليل من البحوث قد أنجزت دراسة فعالية العلاج الروائي في سياق المجموعة، لكن الدراسات الحديثة تبين الدعم لهذه المنهجية (Duba et al., 2010). وتؤكد بأنها مفيدة وفعالة (Denborough, 2008; Nasim, 2007; Ncube, 2010). فالعلاج الجماعي ساعد الناس على مواجهة القصص الداخلية السلبية حول قيمهم وقيمتهم (Rapley, 2004). كما توفر المجموعة إطاراً لتقاسم المشاكل، وتساعد على استكشاف البدائل وتطوير معاني جديدة، وإيجاد شاهد على التغيير والشعور بالخبرة بين أعضاء المجموعة (Dean, 1998; Laube, 1998). إذ يعد بناء الهوية المشبعة بالمشكلة يحدث ضمن السياق الاجتماعي (Grimm, 2003) وسيكون من المنطقي اختبار القصص البديلة ضمن بيئة اجتماعية (Hill, 2011). ويمكن أعضاء المجموعة التحقق من صحة التجارب ويشجعون بعضهم بتطوير الروايات البديلة (White & Epston, 1990). فالعمل الجماعي يوفر جمهوراً يمكن العميل من مناقشة التطورات الجديدة في حياته ويساعده على التمرن على هويته الجديدة في ظل المجموعة العلاجية (Corey, 2016).

الأدوات المستخدمة من قبل المعالجين الروائيين:

العلاج الروائي يستخدم تقنيات لتسهيل قول القصص ولتحديد المشكلة ورسم خرائط لآثار المشكلة، وتقييم ما يبرر آثار المشكلة، وتحديد النتائج الفريدة التي تؤدي في نهاية المطاف إلى إعادة تأليف قصص حياة العميل (White, 2007). ويمكن استخدام التقنيات عند العمل مع متعددي الثقافات، أو بالإرشاد الفردي أو الجماعي (White & Epston, 1990). والتقنيات العلاجية هدفها زيادة تمكين الأشخاص لممارسة أنشطتهم بكل قوة وإيجابية (Graham, 2010).

1. الأسئلة: تُعدّ الأسئلة من أسس التقنيات الروائية لأنها تساعد العميل على التواصل مع القصة وتحديد القصص المهيمنة وتخريجها (Murdock, 2013). وتستخدم الأسئلة من أجل فهم

العلاقة بين الشخص والحدث، وكيف يصف العملاء أنفسهم والأشياء التي تحدث لهم (Schram, 2006). فهي تستخدم لتوليد الخبرة بدلاً من جمع المعلومات (Corey, 2016). ويتم تشجيع العملاء بالسؤال عن القصص العائلية والثقافية التي قيدهم والحقت بهم الأذى ويتم سؤالهم عن ردودهم (White & Epston, 1990). فالأسئلة تساعد في تفكيك القصص المشبعة بالمشكلة (Corey, 2016). كما تساعد في كشف تأثير المشكلة على حياة الفرد والاهم من ذلك علاقته مع الآخرين ومعرفة سلطة العميل على المشكلة (White & Epston, 1990).

2. تخريج المشكلة: ويكون بمثابة اضعاف الطابع الخارجي على المشكلة، أو فصل الشخص عن قصته المشبعة بالمشكلة، هو نهج مركزي في العلاج الروائي (White, 2006). ويتم ذلك بإعطاء المشكلة اسماً مجازياً - يتم التفاوض على هذا التسمية بين المعالج والعميل (Payne, 2006). ويعتبر أساساً في أحداث التغير (Weber, Davis, & McPhie, 2006). والتخريج عملية لخلق مساحة لغوية أو شعور الفرد بالفصل بينه وبين المشكلة من خلال الانخراط في المحادثات التي تعزز العلاقة في موقف الذات مع الأفكار والمشاعر والخبرة والإجراءات . (Bird, 2008) وهذه المسافة تسمح بإعطاء فرصة للعميل لاستكشاف جوانب مختلفة من تجاربه (Kamali & Yoosefi Looyeh, 2013). واستخدام موارده لتغيير علاقته بالمشكلة (Cobb, 2010). بواسطة الاستخراج يمكن للعملاء فصل أنفسهم عن المشكلة (Bradley, Whiting, Hendricks, Parr, & Jones, 2008). وعبر التخريج يكون لدى الناس الفرصة للتفكير في مشاكل الحياة وإعادة تأليف حياتهم من الروايات المشبعة بالمشكلات إلى قصص أكثر نجاحاً وثراءً. (White, 2008).

3. الاستماع المزدوج: يشير العلاج الروائي إلى أن الافراد يعيشون وفق قصص متعددة، بعض هذه القصص تهيمن على شعور الفرد نحو ذاته وتؤثر على هويته (Walther & Carey, 2009). ويعتبر الاستماع المزدوج من أحد المهارات والمفاتيح في العلاج الروائي للدخول إلى القصص الإيجابية عبر تركيز انتباه المعالجين للطرق التي يتم بها تقسيم العملاء القصص التي تشكل هوياتهم (Freedman & Combs, 2009). ويستخدم للكشف عن المعنى أو الأهمية التي

قد تكون غير واضحة اثناء الرواية الأولية لقصة الشخص (Payne, 2006). حتى يتم الوصول لبدايات القصص المفضلة (Carey, Walther, & Russell, 2009).

4. التفكير: يعتبر العلاج الروائي انه إن من الصعوبة حل المشاكل عندما تكون أكثر عمومية. فيتم استخدام هذه الطريقة تجعل المسألة محددة، ولتتمكن العميل التحكم فيها، وايضاً تساعد المعالج على فهم ما تعنيه المشكلة بالنسبة للعميل، فعند ممارسة التفكير يجب على المعالجين طرح أسئلة مثل: قل لي ما تراه؟ (Drewery & Winslade, 1997). والتفكير يتكون من استكشاف المعنى الخاص بالقصة والتخلص من الافتراضات التي تكمن وراء الممارسات الاجتماعية الموصوفة بالحقائق مما يساعد المتعالجين على حل المشاكل بطريقة فعالة، وذلك من خلال تفكير معنى واقع حياتهم وعلاقاتهم، والوعي بالفرق بين الواقع والوضع الداخلي للذات (Besley, 2001). ويحدث التفكير في ثلاث مراحل (Payne, 2006) :

- 1) فصل الشخص عن المشكلة وعن التصورات السلبية المهيمنة.
 - 2) زيادة وعي الشخص نحو البدائل الإيجابية والبناءة.
 - 3) استكشاف المنطق الأصيل في قصة الشخص، بوجود شهود خارجيين.
5. البحث عن نتائج فريدة: يمكن التعبير عن النتائج الفريدة على أنها لحظات تألق لا يوجد فيها مشكلة تعيق حياة الفرد، وهي الوقت الذي استخدم الفرد وسائله لمعالجة الاحداث بفاعلية (Murdock, 2009). ويتم اكتشاف هذه النتائج من خلال مناقشة المشكلة بطريقة الأسئلة المعتمدة على استخراج المشكلة: بكيف، ومتى، وماذا (Barnard & Kuehl, 1995). بحيث أن اكتشافها يساعد العميل على التركيز على قصص الحياة التي تتعارض مع القصة المشبعة بالمشكلة (Drewery & Winslade, 1997). إذ أكد مورجان (Morgan, 2000) من أجل تحديد نتيجة فريدة من نوعها يجب ان يُشجع العملاء على تحديد الغموض في القصة المشبعة بالمشكلة عن طريق حل هذا الغموض أو التعامل معه كما يجب تشجيعهم على سد الثغرات في الروايات عن طريق إعادة الصياغة وتشكيل التغييرات السردية في التفاصيل.

6. إعادة العضوية: تساعد هذه التقنية في عملية تطوير القصة المفضلة، بحيث يمكن اعتبار إعادة العضوية كجزء من إعادة التأليف. وتساعد تقنية إعادة العضوية الشخص بدمج نفسه في عملية تجديد العلاقة المفقودة، فعبّر إعادة تعيين العضوية يتم ثخن القصة المفضلة من خلال ربطها مع الآخرين في حياة الشخص وذلك إما باسترجاع تأثير ومساهمات الآخرين على هويته أو إما بتخليص نفسه من العلاقات التي لم يعد يريدّها من الآخرين (Guilfoyle, 2014).

7. إعادة التأليف: يعتبر إعادة التأليف للمحادثات من أهم جوانب العلاج الروائي والذي يدعو الناس إلى مواصلة قول القصص وتطويرها (Shapiro & Ross, 2002). و تبدأ عملية إعادة التأليف بطلب المعالجون الروائيون القصص والأدلة من ماضي العميل؛ وذلك لإثبات أنه كان فعالاً حقاً وقوياً؛ ولكنه لم يستطع إدراك ذلك دائماً (Drewery & Winslade, 1997). وذلك ينسجم مع افتراض إنه لا يوجد قصة واحدة تغلف كافة تجارب الشخص، وإنما من خلال القصص المتعددة يمكن أن يصل إلى قصة أكثر تفضيل (Carey & Russel, 2003).

8. التوثيق: ويمكن استخدامه في العلاج الروائي لزيادة العملاء وعياً بخبراتهم القمعية، ويمكن أن تكون الكتابات بمثابة محفوظات لقصص بديلة (Keeling & Bermudez, 2006). كما يمكن كتابة المذكرات لاستكشاف نقاط القوة والقصص الشخصية (Young, 2009). ويمكن استخدام التوثيق لتعزيز الإنجازات باعتبار أن الكلمة المكتوبة أقوى من المنطوقة (Murdock, 2009). كما أيضاً يستخدم التوثيق الجماعي لمعالجة آثار الصدمة الجماعية، عبر طرح الأسئلة لتحديد مهارات المجموعة، ومعارفهم، وقيمهم التي يستخدمونها في الأوقات الصعبة (Denborough, 2008).

9. الشاهد الخارجي: إن ممارسة الشاهد الخارجي تنطوي على دعوة شخص أو مجموعة خاصة من الأشخاص للمشاركة في المحادثات، ويبدأ العميل بسرد قصة من اختياره، والشهود يستمعون إليه بعناية، ويقوم المعالج بدعوة الشهود إلى إعادة رواية ما كان أكثر وضوحاً بالنسبة لهم في قصة العميل ويقوم بأخذ رأيهم حول الآثار التي تم سحبها من القصة، ويلقي المعالج بعدها مجموعة من الأسئلة على العميل حول رواية الشهود (Carey & Russell, 2004). وهذه

التقنية هدفها تعزيز المعاني في الروايات المفضلة والتأكيد على القصص الغنية والجديدة (Headman, 2004).

أدوات وتقنيات أخرى يمكن استخدامها في العلاج الروائي:

بالإضافة لما سبق من تقنيات رئيسية في العلاج الروائي. هناك أيضا الكثير من التمارين والأنشطة والوسائل التي يمكن دمجها مع هذه التقنيات. وهناك وسائل إبداعية تكمن في الاستخراج العاطفي للمشكلة، والفهم العميق للقصة. (Bradley et al., 2008) فتقنيات العلاج الروائي مع الأطفال والمراهقين يمكن أن تشمل كلاً من النهج غير اللفظي واللفظي. ولكن التقنيات المستخدمة على وجه التحديد مع الأطفال تشمل العمل بالدمى، واللعب بالرمل، والدراما، والعلاج بالفن. (Bennett, 2008).

1. التمثيل التصويري: تعتبر من إحدى الطرق للمساعدة للعملاء على استخراج المشكلة هي استخدام الصور الذهنية، ومثال على ذلك: كانت امرأة تكافح مع قضايا العنصرية، وكانت تتصور أن العنصرية مثل قطع الطوب التي تُلقى في طريقها، وتتخيل أنها تمسك الطوب وتعيده على من يلقونه (Semmler & Williams, 2000).

2. ممارسات المسؤولية: تقوم هذه الفنية اما بعكس ادوار المعالجون مع العملاء ويطلبون منهم أن يجروا مقابلة حول العلاج أو بالطلب من العملاء اجرائها مع بعضهم البعض (Zimmerman & Dickerson, 1996).

3. العلاج بالصور: العلاج بالصور: هي أداة تعبيرية في العلاج الروائي، بحيث تساعد العملاء في الاستكشاف الذاتي (Ramsay & Sweet, 2008). حيث يحضر العملاء صورههم الخاصة الى الجلسات العلاجية لتكون أداة تستخدم لإيقاظ الذاكرة وإعطاء فرصة للدخول الى عالمهم، وذلك عبر التعبير عن المواقف التي التقطت بها الصور مما يمكنهم من استكشاف أفكارهم ومشاعرهم المتعلقة بها (Blackbeard & Lindegger, 2007). كما يمكن من خلال الصور أن يجد المعالج فرصة مع العملاء لاستكشاف النتائج الفريدة والبدء في عملية إعادة التأليف (Phipps & Vorster, 2009).

4. العلاج بالفيديو: تقوم هذه التقنية من خلال عرض أفلام العملاء الخاصة ومناقشة ما تحتويه من عواطف ومشاعر وتحليل للشخصيات الظاهرة، ومن خلال ذلك يمكن للعملاء التفكير رمزيا في إخراج فلم حياتهم الخاصة، مما يساعدهم ذلك في استكشاف وإعادة صياغة القصص الخاصة بهم (Phipps & Vorster, 2009) .
5. العلاج بالموسيقى: باستخدام الموسيقى في العلاج الروائي، يمكن أن يطلب من العملاء العثور على كلمات الأغاني التي تعكس تجاربهم ومن ثم مناقشة هذه الكلمات، للمساعدة في تسهيل عملية إعادة التأليف (Semmler & Williams, 2000).
6. تمارين شجرة الحياة وفريق الحياة: هي من إحدى التمارين التي يمكن أن تستخدم مع المجموعات (Poole, 2010). مجموعة "شجرة الحياة" وهي الممارسة العلاجية السردية الجماعية التي ابتكرها (Ncube-Millo & Denborough) وتستخدم مجازا لتسهيل قول، ووضع قصص قائمة على القوة. والهدف منها إعطاء الناس فرصة للتواصل مع قدراتهم والتعرف على أحلامهم، وبالتالي وضعهم على "أسس أكثر حزما" لبدء الحديث عن الخسائر أو الصدمات النفسية وتجنب إعادة الصدمة، ويقوم كل عضو من أعضاء المجموعة برسم شجرة خاصة به، بما في ذلك الجذور والمهارات والروابط المفيدة والأمل والأحلام قبل انضمام الأشجار إلى "غابة"؛ لاستكشاف نقاط القوة والمهارات الجماعية. وتستخدم هذه القصة الجماعية كأساس لمناقشة كيفية الوقوف بقوة في مواجهة التحديات الجماعية (Ncube-Millo & Denborough, 2007). أما مجموعة "فريق الحياة" فهي ممارسة العلاج الروائي الجماعي المتقدم (Denborough, 2008) وتستخدم الاستعارة الرياضية لخلق فضاء للعملاء يمكنهم استكشاف قصصهم الشخصية والمرونة في مواجهة الشدائد، والمشاركة في خلق قصص بديلة حول القوة والقدرة على الصمود. وكل عضو في المجموعة يطور "فريق الحياة" الذي يحدد الأدوار التي قد تلعبها العائلة والأصدقاء في دعم بعضهم البعض خلال الأوقات الصعبة. وتناقش هذه الأدوار من حيث المواقف الرياضية على أرض الملعب (مثل دور حارس المرمى كحامي الأسرة). وينتهي الفريق بحفل تعريف يشارك فيه أعضاء المجموعة خبراتهم في المجموعة مع أعضاء "فريق الحياة".

مراحل العلاج الروائي

هناك خمس مراحل أساسية للعلاج الروائي (Gehart, 2009):

1. لقاء الشخص والتعرف على الناس بشكل منفصل للوقوف على مشاكلهم، والتعرف على الهويات والقيم، والجوانب اليومية لحياتهم.
 2. فصل الأشخاص عن المشاكل عبر تخريج المشكلة لخلق مساحة للهويات الجديدة ولقصص الحياة في الظهور.
 3. الاستماع لآثار الروايات والقصص المهيمنة وتحديد الأوقات التي تخلق من مشاكل.
 4. تحديد آثار المشكلات والقصص البديلة وتحديد طرق جديدة للتواصل مع المشاكل التي تحدث، والحد من آثارها السلبية على حياة جميع المعنيين.
 5. التماسك وتعزيز القصص والهويات المفضلة من خلال مشاهدتها من قبل الآخرين ولها قيمة كبيرة في حياة الشخص.
- في حين ذكر مرجان (Morgan, 2000) خطوات للممارسة العلاجية الروائية:

1. إجراء المحادثات الخارجية، وذلك بتسمية المشكلة وفصل هوية الشخص عنها.
2. تتبع تاريخ المشكلة.
3. استكشاف آثار المشكلة.
4. تفكيك المشكلة.
5. اكتشاف نتائج فريدة من نوعها كالاستماع إلى الأوقات التي كانت بها المشكلة معدومة أو أقل تأثيراً.
6. تتبع تاريخ النتيجة الفريدة من نوعها، وإعطاء قصص بديلة.
7. تضخيم القصص البديلة وإعادة روايتها.

وقد حدد وايت (White, 2007) أربعة خرائط للعلاج الروائي، وهي:

الخارطة الأولى المحادثات الخارجية (externalizing conversations) خارطة بيان المواقع الأول:

وتقوم هذه الخارطة على أربعة أقسام رئيسية:

القسم الأول: تسمية المشكلة ووصفها خارجياً

بعد بناء العلاقة يبدأ العلاج الروائي مع تخريج المشكلة؛ لإضفاء الطابع الخارجي على المشكلة المهيمنة، حتى يسمح بتفكيكها من خلال هذه العملية، ويتم فصل المشكلة أو الحدث من هوية الشخص؛ مما يقلل من قبضة القصة المهيمنة على مفهوم من الذات للفرد (Murdock, 2009). ويتم التفاوض بين المعالج والعميل على إعطاء المشكلة اسماً مجازياً (Payne, 2006). واستخراج المشكلة يساعد العملاء في (White, 2007):

1. الخروج من المشكلة وذلك بخلق مساحة بين الشخص والمشكلة، مما يمكنه من استخدام قدرات ومهارات محجوبة سابقاً.
 2. ترويض المشكلة والشرع في كفاح ضدها.
 3. تحدي متطلبات المشكلة بالتخلص من أن المشكلة هي المسؤولة عن آثارها وأن الشخص مسؤول عن الاستجابة لردود المشكلة ودحض ادعاءات المشكلة.
 4. التنقيف حول المشكلة يوفر وسيلة لتقسيم المشكلة والتركيز على حلها.
 5. التفكير الثنائي واستعادة مواقف حول المشكلة وإصلاحها.
- القسم الثاني: وصف تأثيرات وعواقب المشكلة.

تسمى بالعمل المبكر، وتتطوي على تحديد كيفية تأثير المشكلة على مختلف مجالات حياة العميل في: المنزل والعمل، والمدرسة، والسياقات الاجتماعية. العلاقات مع العائلة والأصدقاء، والنفس؛ وهوية الشخص وإمكانياته المستقبلية (White & Epston, 1990).

القسم الثالث: تقييم تأثيرات المشكلة.

ويكون تقييم آثار المشكلة بمثابة خطوة تالية لتحديد العميل آثار المشكلة، بحيث يطلب المعالج من العميل بهذه المرحلة أن يبدأ بتقييم التأثيرات للمشكلة مستخدماً عدد من الأسئلة الفاحصة (White, 2007):

- كيف تدرك تأثيرات المشكلة على حياتك؟
 - كيف تشعر حيال هذه التأثيرات؟
 - ما هو موقعك من هذه التأثيرات؟
 - هل تجد ان هنالك تطوراً إيجابياً ام سلبياً ام كليهما أم بينهما قد حصل بحياتك؟
 - ما هو وضع المشكلة الان عما كانت عليه لحظتها؟
- القسم الرابع: فهم الفرد لموقعه وعلاقته بالمشكلة.

ويكون فهم الفرد لموقعه من المشكلة عبر تبريره لتقييم آثار المشكلة، وفي المرحلة النهائية يسأل المعالج:

- لماذا قيمت الحدث بهذه الطريقة؟
 - ما هو السبب وراء عدم سعادتك؟ هل هناك قصة تدعم ذلك؟
 - لماذا تشعر بهذه الطريقة حول الموقف؟ ماذا سيتغير بحياتك ان لم يستمر تأثير المشكلة؟
 - هل هناك من يعلم بأحلامك وآمالك؟
- ان هذه الأسئلة تكون فرصة للأفراد للتعبير عن أنفسهم دون اصدار احكام أخلاقية وهذه الاسئلة يجب ان تفتح محادثات حول ما يهم العملاء ما يدفعهم، وكيف انهم يريدون صياغة هويتهم المستقبلية.

الخارطة الثانية إعادة التأليف (Re-authoring Conversations):

ويستخدم المعالج هنا الاستماع المزدوج مع أسئلة صيغتها (ماذا، أين، متى، من، كيف) تساهم في خلق هوية، الفرد، وتبعث إدراكه نحو نقاط القوة والتي تضم (النوايا والقيم والمعتقدات

والآمال والأحلام والالتزامات) والتي تساهم في إعادة تأليف الروايات البديلة المساعدة في خلق إمكانيات جديدة لحياة الشخص (White & Epston, 1990).

الخارطة الثالثة إعادة العضوية "التذكر" (Re-Membering Conversations):

وتركز هذه التقنية على عملية تطوير القصة المفضلة للعميل عبر عملية تعزيزها وثحنها من خلال ربطها مع الآخرين في حياة الشخص (Guilfoyle, 2014).

الخارطة الرابعة الشاهد الخارجي (Outsider Witness Responses):

ويبدأ العميل بقول قصة من اختياره، والشهود يستمعون إليه بعناية، ويقوم المعالج بدعوة الشهود إلى إعادة رواية ما كان أكثر وضوحاً بالنسبة لهم في قصة العميل، ويأخذ رأيهم حول الآثار التي تم سحبها من القصة، ويلقي المعالج بعدها مجموعة من الأسئلة على العميل حول رواية الشهود (Carey & Russell, 2004).

فاعلية العلاج الروائي:

أولاً: مع الاضطرابات النفسية والمشكلات المختلفة.

إن الروايات تعكس هويات الناس، وكيف يعيشون حياتهم فبعض الروايات لها تأثير إيجابي، في حين أن البعض الآخر له تأثير سلبي على طريقة التصرف، وإدارة أنفسهم في هذه الروايات السلبية تفتقر إلى القوة وتحدد من خيارات الفرد لإدارة المشاكل وتساهم في الاختلال الوظيفي . فتكون روايات الناس في حال المرض مملوءة باللوم (Theron & Bruwer, 2008). وعليه أصبح العلاج الروائي مطبقاً في ممارسات العديد من الأطباء، ويستخدم على نطاق واسع كأساس لمختلف التدخلات مثل: الشخصية، والأسر، والجماعات، ويساعد في علاج مجموعة من القضايا، بما في ذلك فقدان الشهية والاكتئاب، والربو وغيرها من الأمراض (Murdock, 2009). كما يعمل المعالجون الروائيون مع قضايا الصحة النفسية السائدة التي ينظر على أنها صعبة العلاج، بما في ذلك مشاكل سلوك الطفولة، والمشاكل الزوجية، والتكيف مع الإيدز (Carr, 1998). بالإضافة لما سبق فإن العلاج

الروائي ثبتت فاعليته مع الكثير من الاضطرابات والمشاكل: فهو فعال مع الامراض العقلية الحادة (Yanos, Roe, West, Smith, & Lysaker, 2012). ومع اضطراب الفصام (schizophrenia) (Vaskinn, Sele, EftevågLarsen, & Dal, 2011). واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Aielo, 2009; Morie, Haynes, & Chance, 2011). ومع اضطرابات الاكتئاب (Bello, 2011; Vromans & Schweitzer, 2011). ومع مدمنين الكحول والمخدرات (Chan, Ngai, & Wong, 2012). ومع الأفراد الناجين من الاحداث والمواقف الصادمة والعنف (Day, 2009; Witney, 2012). وايضاً العلاج الروائي فعالاً من الذين يعانون من فقدان الشهية (Robbins & Pehrsson, 2009; Scott, Hanstock, & Patterson-Kane, 2013) كما تم استخدامه مع للحد من تأثير الكثير من المشكلات كالربو (Murdock, 2009). ولوم الذات (Hannen & Woods, 2012). والتكيف مع فقدان السمع التدريجي (Onyut et al., 2005). و فهم المرضى لآثار الألم المزمن (Brown, Dick & Berry, 2010). وتعليم الأشخاص المعاقين إدارة الغضب (Harvey, 2009).

ثانياً: مع الفئات المختلفة.

1. الأطفال والمراهقين:

العلاج الروائي يمكن أن يسهل تحقيق الهدف العلاجي من خلال مساعدة الأطفال والمراهقين في بناء قصص الحياة الإيجابية التي تؤثر عليهم بتشكيل الهوية (DeSocio, 2005). ومساعدة المراهقين على التعامل مع فقدان، و ما يتعرضون إليه من صدمات نفسية في محيط المجتمع الذي يعيشون فيه (Umbers, 2011). ويمكن مساعدة المراهقين في التواصل من خلال كتابة الرسائل التي تحررهم من الخوف من المحادثة المباشرة، وتساعدهم على تذكر المحادثات وتمكنهم من التفكير بعناية قبل الاستجابة (Kress, Hinkle, Protivnak, 2011). وخصوصاً لمن عانوا من الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة المبكرة (Miller, Parra-Cardona, & Hardin 2007). ويمكن أن يعمل بشكل جيد مع الذين يعانون من مشاكل سلوك الطفولة وفقدان الشهية، والجنوح، والبلطجة (Polkinghorne, 1991). ومع صعوبات التعلم (Foster & Banes, 2009).

(Lambie & Milsom, 2010) . بالإضافة إلى ذلك يمكن استخدامه مع اضطرابات النمو مثل التوحد وأسبرجر (Cashin, 2008; Johnson, 2012) وفي قصور الانتباه وفرط الحركة (Waters, 2011; Looyeh, Kamali, & Shafieian, 2012).

2. كبار السن

ويعدّ العلاج الروائي فعالاً مع فئة كبار السن وخصوصاً الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب (Poole, Gardner, Flower, & Cooper, 2009). كما هو فعال مع الذين لديهم الاعتماد الكيميائي (Gardner & Poole, 2009; Morgan et al., 2011).

3. الأسرة والازواج

ويعدّ العلاج الروائي فعالاً في علاج مشكلات الأزواج (Hibel & Polanco, 2010). وأيضاً المشكلات الأسرية (Lander, 2008). وذلك عبر كتابة أفراد الأسرة قصصهم، من خلال التركيز أفضل على الحلول، بدلاً من التركيز على مشاكلهم، وفي هذا الصدد تم الاعتراف بالعلاج الروائي ليكون خارجاً عن العلاجات التقليدية (Gonclaves & Machado, 1999).

ثالثاً: مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

إن الناس دائماً يتخذون خطوات لمحاولة التعرض للصدمة، وعندما يكون منع الصدمة مستحيلاً، فإنها تتخذ خطوات لمحاولة تعديل الحدث الصادم بطريقة ما، أو تعديل تأثيره على حياتهم (White, 2006). ويعتمد نمو ما بعد الصدمة على الطريقة التي يستجيب بها الناس لتحدي الهوية التي يفرضها الحدث الصادم (Baumeister & Vohs, 2002). إذ طرح عديد من العلماء صلة وثيقة بين تنظيم الصدمة في ذاكرة الفرد وفي روايته، وأن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يشير إلى سوء معالجة الفرد للموقف الصادم (Ehlers & Clark, 2000). لأن معاني الكلمات التي نستخدمها، والقصص التي نتعلمها لنقولها عن أنفسنا وعن غيرنا هي التي تخلق واقعنا النفسي والاجتماعي (Van Den Bergh, 1995). وإن المعنى الذي يضيفه الفرد بروايته يمكن أن يلعب

تأثير قوي في تحقيق الرفاه النفسي ومواجهة الصدمات النفسية (Bauer & Periful, 2009). ويُعد نقل الخبرة من خلال القصص بمثابة تشجيع لأفراد على الاندماج مع جوانب الأحداث الصادمة للوصول إلى قصة متماسكة (Alexander, 2004). وينظر لسرد الفرد للقصة أنه آلية مركزية لتفسير المعاناة وتفاعله مع العالم وينظر إلى الصدمة على أنها تؤدي إلى روايات سلبية بشكل مفرط، وتهدد وتعزل خبرات الفرد السابقة والحالية؛ إذ يركز الفرد على الصدمة مستبعداً أي شيء آخر مما يؤدي إلى الشدة، وظهور الأعراض لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Stillman, 2010).

يعتبر العلاج الروائي كنهج ناجح للعمل مع الناجين من الصدمة (White, 2005). فهو نهجاً علاجياً يركز على العميل، ويبدو كعلاج مختصر ومرن لأولئك الذين يواجهون آثاراً سلبية للصدمة (Erbes et al., 2014). كما يلعب دوراً في الحد من آثار الصدمة وسوء المعاملة، ولوم النفس، ويساعد على بناء الثقة من خلال إضفاء الطابع الخارجي على المشكلات (White, 2007). فهناك تقليد عريق للعلاج الروائي، بالعمل مع المجتمعات المحرومة والأشخاص المهمشين والمضطهدين على أساس الطبقة الاجتماعية أو العرق أو نوع الجنس أو الأصل العرقي أو التوجه الجنسي أو المرض الطبي والصدمات النفسية أو الهجرة (Madsen, 2007). وقد تبين أن تفكيك العملاء للروايات الصادمة يمكنهم في معالجة تجاربهم العاطفية ويسهل لهم التقدم نحو الشعور بالقبول أو انحلال آثار الصدمة (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

والعلاج الروائي يوفر محادثات تعاونية بين المعالج والعميل للاستيضاح عن الروايات المتأثرة بالصدمات النفسية وفحص البدائل، أي روايات بديلة من تفسير الماضي والحاضر، والتي تقلل احتمال أن تؤدي أحداثها إلى محنة أو اعتلال، وبالتالي يتم تشجيع التجارب والأحداث التي تتفق مع الروايات البديلة التي تتعارض مع تأثير الصدمة والرواية المتعلقة بها (Stillman, 2010). ويركز على الأمل والكفاءة (Poole, 2010). وهذا يساعد في إعمار روايات بعد الصدمة، ويساعد الناس على إعادة بناء الروايات المفككة وجسر الانفصال بين حياتهم قبل وبعد تجارب الصدمات النفسية (Elliott et al. 2004). فمن خلال إعادة بناء الرواية الصادمة يتم إعادة الاتصال مع

الهوية ويتم تشجيع الفرد لمعرفة كيف أن هذه الهوية لا تعرف ما فعله الآخرون لها، ولكن تمتلك الاستجابة والنية والتطابق مع القيم الأساسية (Beaudoin, 2005).

وفي العلاج الروائي مع المصدومين يختار العملاء طبيعة النقاشات، والتي قد تحتوي جوانب حياتهم المختلفة وعلاقتها بالأحداث الصادمة وآثار تلك الأحداث عليهم، وتقييمهم لتأثير المواقف الصادم، وبالإضافة لذلك تبنى جلسات العلاج على تسع مبادئ رئيسية في العلاج الروائي والتي تضمن (Stillman, 2010):

- 1) إعادة التموضع والذي يشتمل على تحديد وتطوير كل من الأحداث والأشخاص والمبادرات في حياة العميل والتي هي خارج نطاق تأثير الصدمة.
- 2) القصد والنية من خلال فحص وتطوير القيم الشخصية والقرارات والمبادرات.
- 3) الإعلان عن الهوية وذلك بفحص الصدمة والروايات البديلة من خلال سياق العلاقات الشخصية.
- 4) وضع الشخص القائم على المقابلة بالنظر الى العميل كأنه الشخص الخبير في حياته وخبراته الخاصة، وذلك باعتبار المعالج كشخص متعاون وليس كقائد او موجه.
- 5) الوكالة الشخصية، بتحديد واحترام القرارات الصريحة التي يتخذها المنتفع في جميع السياقات.
- 6) الاستخراج بالنظر إلى المشكلات على أنها خارجية وليست من داخل الشخص الذي واجهته، وأنها هي أيضاً وسائل لتحفيز التحكم والاستكشاف والتصرف.
- 7) غائب ولكنه ضمني، وذلك من خلال فحص السياقات الخاصة باتخاذ القرار وإصدار الأحكام. مثال على ذلك: الاسباب التي يحكم من خلالها على الاحداث بانها غير مقبولة أو مؤلمة.
- 8) الاستعارة السردية، عبر مراجعة كل الخبرة المتعلقة بالصدمة كما تم تفسيرها من خلال الرواية، وفحص تلك الروايات من خلال الحوار مع العميل.

9) التفكيك والتبسيط، ويتم عبر الفحص الناقد للأصول وتأثيرات الروايات المشبعة بالمشكلة من وجهات النظر الثقافية والشخصية.

وفي سياق علاج الأسرى المفرج عنهم، والذي يعانون من صدمات نفسية فقد طور فيشر وترافيس (Visher & Travis 2003) نموذجاً مفاهيمياً للتدخل في الصدمة متعددة المراحل للرجال المفرج عنهم من السجن. وقد شمل النموذج عدداً من النظريات والنماذج: نموذج المعاملات من الإجهاد والتكيف والدعم الاجتماعي نظرية التخزين المؤقت للإجهاد، ونظرية العلائقية، ونظرية الصدمة، كما ركز على روايات الأسرى بمراحله الثلاث:

المرحلة الأولى (أثناء الاحتجاز): شملت التعليم النفسي، ومقدمة لتنظيم العاطفة، ومهارات التكيف تبدأ المرحلة الأولى من ثلاثة إلى أربعة أشهر قبل الإفراج عن الشخص من السجن.

المرحلة الثانية (العائدة): تكون في الأيام والأسابيع الأولى من العودة من السجن إلى المجتمع المحلي، وهذه المرحلة تشمل إعادة التوجيه الذي يمتد من ثلاثة إلى أربعة أشهر بعد الإفراج عنهم، وتشمل مكونات التدخل الرئيسية خلال المرحلة الثانية ممارسة مهارات التكيف وصقلها، وتنظيم العاطفة.

المرحلة الثالثة (مرحلة ما بعد الحبس): وهي فترة الاستقرار في المجتمع والتي تبدأ بعد حوالي خمسة أو ستة أشهر بعد الإفراج من السجن. وخلالها تكثف مكونات التدخل لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة باستخدام عدة أساليب مثل: المعالجة المعرفية، أو العلاج الروائي، وفي الوقت نفسه فإن الجهود المركزة على العلاقات الشخصية تهدف إلى بناء علاقات وشبكات دعم قوية من شأنها أن تعزز التقدم في العلاج أثناء توقف العلاج وبعده (Visher & Travis, 2003). وبعد سرد القصص خلال هذه المرحلة عاملاً مهماً لمساعدة الأسرى المفرج عنهم على إعطاء لغة لتجاربيهم، والحصول على المساعدة في التغلب عليها بطريقة تعزز الشفاء والنمو (Resick et al., 2006).

الدراسات السابقة

سيتم عرض لأهم الدراسات السابقة التي تناولت فاعلية العلاج الروائي مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأهم الدراسات التي تناولت العلاجات المختلفة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وسيتم ترتيب تلك الدراسات من الأقدم إلى الاحداث وفق ثلاث محاور أساسية الأول: دراسات اهتمت بالعلاج الروائي مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والثاني: دراسات اهتمت بالعلاج الروائي مع الاضطرابات المختلفة، والثالث: دراسات اهتمت بعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

أولاً: دراسات اهتمت بفحص مدى فاعلية العلاج الروائي في علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

أجرت فان مينن ويسل وديكسترا ورويلوفس (Van Minnen, Wessel, Dijkstra, & Roelofs, 2002) دراسة هدفت إلى فحص فاعلية برنامج علاجي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة مكونة (14) شخص ممن يراجعون العيادات الخارجية في هولندا، وقد بلغ متوسط أعمارهم (38.4) سنة، إذ طُبّق عليهم مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المكون من (17) بند، ومقياس (SCL-90) للتأكد من استيفائهم معايير التشخيص، ومن ثم تم توزيعهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة تكون كل منهما من (7) اشخاص، بحيث خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج علاجي مكون من (9) جلسات بواقع (60) دقيقة لكل جلسة، والذي يحتوي على الاستماع إلى روايتهم حول الحدث الصادم وتسجيلها، كما يتألف من تكرار لقصصهم وتجزئتها وتفكيكها، ومن ثم تم تحليل النتائج بين المجموعتين باستخدام اختبار (ت) إذ أظهرت النتائج انخفاض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة بنسبة (50%) نهاية العلاج، مما يؤكد فاعلية البرنامج في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، وكان هناك تحسن في روايتهم حول الحدث الصادم عبر ما يسمى تنظيم الذاكرة حول الخبرة الصادمة.

كما قامت ألكسندر (Alexander, 2004) بدراسة هدفت لفحص أثر السرد المطول في خفض أعراض الإضرابات النفسية (الاكتئاب و PTSD) لدى المراهقات التي تعرضن للاعتداء الجنسي في ولاية واشنطن، بحيث تكونت عينة الدراسة من (163) مراهقة، وقد قامت الدارسة بترميز

روايات المراهقات أثناء سردهم للأحداث لأول مرة ومن ثم إعادة الترميز للروايات بعد السرد المطول عن كل حدث. وأفادت الدراسة أن السرد المطول يساعد في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب.

وفي دراسة نيونر وسيشور وكالشييك وكرانكرا وألبرت (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Elbert 2004) هدفت إلى فحص فاعلية العلاج التعرض الروائي والإرشاد الداعم والتعليم النفسي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على المهاجرين السودانيين في أوغندا، وقد تكونت عينة الدراسة من (43) شخص تم توزيعهم عشوائياً على ثلاث مجموعات علاجية: مجموعة العلاج بالتعرض الروائي وعددها (17) مشاركاً، استخدم معها قصص السيرة الذاتية، ورواية القصص المتماسكة، واستخراج المشاعر والأفكار المرافقة لحدث الصادم، ومجموعة الإرشاد الداعم، عددها (14) مشاركاً، استخدم معها أساليب حل المشكلات، واتخاذ القرارات الشخصية نحو آمال المستقبل، ومجموعة التعليم النفسي، وعددها (12) مشاركاً، وقد طبق على المجموعة الأولى والثانية برنامج من أربع جلسات علاجية، أما الثالثة كان بمقدار جلسة علاجية واحدة، وبعد عام من العلاج تم عمل متابعة للمجموعات الثلاث فوجد أن نسبة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند المجموعة الأولى (29%)، ونسبة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند المجموعة الثانية (79%)، ونسبة الاضطراب عند المجموعة الثالثة (80%)، مما يدل على فاعلية العلاج التعرض الروائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

أما في دراسة كونزل (Kunzle, 2005) التي هدفت إلى تحسين مستوى الوعي الذاتي والحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال للناجين من الاعتداء في مقاطعة ألبرتا، فقد كان عددهم (37) طفلاً، إذ تم قياس الأداء قبل وبعد العلاج الروائي الذي استخدم فيه الروايات والموضوعات المكتوبة، بحيث أظهرت النتائج زيادة معنوية في الكلمات العاطفية الإيجابية والوعي الذاتي، وخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين أولئك الذين تلقوا التدخل العلاجي.

وقد أجرى أونيويت وآخرون (Onyut & et al (2005) دراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج التعرض الروائي المعد خصيصاً للأطفال في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، إذ تم

تطبيق الدراسة على (6) أطفال صوماليين تراوحت أعمارهم بين (12-17) عام. وتم تطبيق عليهم مقياس التشخيص ما بعد الصدمة (PDS) وقائمة فحص الأعراض Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)، وأيضاً مقابلة تشخيصه لفحص الاكتئاب المشترك مع الصدمة، وقد خضع المشاركون لبرنامج مكون من (6) أطفال بواقع ساعة إلى ساعتين كل جلسة، ووقد أظهرت النتائج انخفاض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نهاية العلاج، وكان هناك استقرار بالنتائج بعد تسعة أشهر من المتابعة.

وفي دراسة أجرتها بيترسن وبول وبرويست وديتجر وديتولير (Petersen, Bull, Propst,) (Dettinger, & Detwiler 2005). وهدفت إلى فحص فاعلية برنامج علاجي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على مجموعة من الأشخاص المصابين بالسرطان، إذ خضع المشاركون لبرنامج مكون من ثلاث جلسات متضمنة عدداً من الأنشطة، وينتقي منها المشاركون ما يناسبه ليعبر عن روايته، كالتعبير الكتابي، والموسيقى، ومن ثم تم مناقشة روايات المشاركين وتوضيح ما يعلق بها من مخططات معرفية، كما تم التركيز على روايات تبعث الأمل وتتحدى المرض، وفي الجلسة الأولى تركزت على وجود المرضى وحدهم، أما الثانية فقد تم الجمع بين المرضى وأسرهم، وفي الجلسة الثالثة تم الجمع بين المرض وأسرهم وأصدقائهم، وأدت نتائج الدراسة بتحسّن ملحوظ على الحالة النفسية للمرضى، وبالأخص خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

أما في دراسة فان دير فيلدن وكوبس (van der Velden & Koops 2005) فقد هدفت إلى فحص مدى فاعلية العلاج الروائي والفن وأثرها على الأحداث الصادمة، وذلك عبر استخراج الذكريات الصادمة سواء اللفظية وغير اللفظية، لعينة مكونة من (6) أشخاص ممن عانوا من صدمات نفسية عقب الحرب العالمية الثانية في هولندا، وتتراوح أعمارهم من (60-70 عام)، واستمر العلاج ثمانية أشهر بقاء واحد أسبوعياً، عبر استخدام أربعة أجزاء رئيسية من العلاج وهي: تحديد المجموعة ورسم الأهداف، والتدريب على التعامل مع المساوئ الجسمية لكبار السن، والتدريب على المهارات الاجتماعية، ثم التركيز على الصدمة النفسية من خلال الدمج بين الفن والسرد كأسلوب علاجي،

حيث تم سرد القصص الصادمة وصعوبات الحياة، وكيف يتم التعامل معها، وأكدت الدراسة على نتائج إيجابية بفاعلية الأسلوب الروائي المدمج بالفن مع من يعانون من صدمات نفسية.

وكما أعدت بيكسو ونونير وسشور وألبرت (Bichescu, Neuner, Schauer, & Elbert 2007) دراسة هدفت إلى مقارنة بين التعليم النفسي psychoeducation (PED)، والعلاج التعرض الروائي narrative exposure therapy (NET)؛ لخفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة والاكتئاب، على عينة من (18) شخصا من المعتقلين السياسيين في رومانيا، تم توزيعهم عشوائيا على مجموعتين: المجموعة الأولى عددها (9) أشخاص، واستخدم معها العلاج التعرض الروائي ببرنامج مكون من خمس جلسات، واستخدم فيه فنيات مثل التقرير الزمني للسيرة الذاتية مع التركيز بشكل خاص على التجارب المؤلمة، والرواية لقصص متماسكة مع الشهود. والمجموعة الثانية، عددها (9) أشخاص استخدم معها التعليم النفسي بجلسة واحدة فقط، وكانت نتائج الدراسة تفيد بانخفاض أعراض كل من ضغوط ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى المجموعتين، ولكن بشكل أكبر لدى المجموعة الأولى التي تلقت علاج التعرض الروائي، وبعد المتابعة لمدة ستة أشهر تم عمل (ANOVA) لمقارنة المتوسطات، فوجد أن النتيجة كانت لصالح المجموعة التي تلقت علاج التعرض الروائي.

كما قامت فريدريش (Friedrich, 2008) بدراسة هدفت الدراسة لمعرفة أثر اللعب القائم على الروايات في وقاية الأطفال من آثار الصدمة النفسية في فلوريدا، إذ تكونت عينة الدراسة من (9) أطفال بعمر ما قبل المدرسة استخدم معهم برنامج مكون من (8) لقاءات تخلله أنشطة والعب والاستماع لروايات الأطفال عبر أسئلة يمكن لطفل ان يفهموها والاجابة نحوها، وكانت نتائج الدراسة تفيد بتحسين العلاقات بين الأقران، وتحسن مستوى احترام الذات، وتحسن ملحوظ بالتعامل مع الأحداث الصادمة من خلال العاب الأطفال وروايتهم للقصص من خلال اللعب.

وأظهرت دراسة بريسبا (Bresba, 2009) التي هدفت بها إلى خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الاطفال اللاجئين في مونتريال، عبر استخدام العلاج الروائي. إذ تم بحث مستوى وعي الأطفال بذواتهم ردا على الصدمات التي تعرضوا لها وذلك من خلال العلاج

الروائي المعرب عنه، بحيث أظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً في وعيهم الذاتي وعلاقتهم بعائلاتهم. وقد أكدت هذه الدراسة كيف يمكن للعلاج التعبيري أن يساعد الأطفال المصابين بالصدمة على التعامل مع المشاكل النفسية الاجتماعية، ووجود علاقة بين الصدمة والوعي الذاتي.

أما الدراسة التي أجرتها كاتاني وآخرون (Catani et al., 2009) والتي هدفت إلى المقارنة بين التأمل والاسترخاء وبين التعرض الروائي للأطفال، لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة مكونة من (31) طفلاً، ناجين من كارثة تسونامي في سريلانكا، وتتراوح أعمارهم بين (8-14) سنة، وتم توزيع المشاركين إلى مجموعة علاج بالتعرض الروائي للأطفال، وعددها (16) طفلاً، ومجموعة العلاج بالتأمل والاسترخاء، وعددها (15) طفلاً، وقد خضعت كلا المجموعتين لبرنامج مكون من ست جلسات حسب منج العلاج المذكور لكل مجموعة، وبعد العلاج وجد تحسن لكلا المجموعتين في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بنسبة (71%) لمجموعة العلاج بالتأمل والاسترخاء، ونسبة (81%) لمجموعة التعرض الروائي للأطفال.

وفي دراسة أجرتها سشال والبيرت ونيونر (Schaal, Elbert, & Neuner, 2009) هدفت الدراسة للمقارنة بين العلاج القائم على العلاقات الشخصية group interpersonal therapy (IPT)، وبين التعرض الروائي (NET)، لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة مكونة من (26) مراهقاً من الأيتام في رواندا، طُبق عليهم مقياس تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (CAPS) ومقياس هاملتون للاكتئاب، ومن ثم تم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة العلاج بالتعرض وعددها (14) مراهقاً، ومجموعة العلاج القائم على العلاقات الشخصية وعددها (12) مراهقاً، وتلقت كل مجموعة التدخل المناسب بواقع أربع جلسات أسبوعياً لمدة شهر، وبعد العلاج والمتابعة بستة أشهر وجد أن نسبة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى مجموعة العلاج القائم على العلاقات الشخصية حوالي (71%)، بينما نسبة الأعراض لدى مجموعة العلاج بالتعرض الروائي (25%).

وأعد هالفورسن وستنمارك (Halvorsen & Stenmark, 2010) دراسة هدفت إلى خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأعراض الاكتئاب لدى عينة مكونة من (16) لاجئاً في

النرويج، ممن استوفوا معايير التشخيص لمقياس (CAPS)، ومعايير تشخيص الاكتئاب بمقياس هاميلتون للاكتئاب Hamilton Rating Scale for Depression ، إذ خضع المشاركون لبرنامج علاجي وفق النموذج التعرض الروائي المكون من عشر جلسات استخدم فيه التعليم النفسي ووصف ردود الفعل حول الصدمة ورواية الناجين من العنف والتعذيب من الطفولة المبكرة إلى الحاضر، وذلك لبناء سرد مفضل ومتناسك للسيرة الذاتية، بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي تم فحص فاعليته بالمقياس البعدي وكانت النتيجة إيجابية بانخفاض أعراض الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

كما قام نيونر وآخرون (Neuner et al., 2010) بدراسة هدفت إلى المقارنة بين العلاج العادي وبين التعرض الروائي (NET)، لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة مكونة من (32) لاجئاً في ألمانيا. طبق عليهم مقياس تشخيص الاجهاد وقائمة فحص الأعراض Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) ومقابلة تشخيصية وفق (CIDI)، وتم توزيعهم لمجموعتين تلقت كل مجموعة التدخل الخاص بها، وبعد ستة أشهر من المتابعة وجد أن مجموعة العلاج بالتعرض الروائي لم تستوفِ معايير تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بينما مجموعة العلاج العادي وجد عندها انخفاض في أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

وقامت هينسيل- ديتمان (Hensel-Dittmann, 2011) بدراسة هدفت للمقارنة بين التدريب لمواجهة الضغوط stress inoculation training (SIT) وبين التعرض الروائي (NET)، لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة مكونة من (28) لاجئاً في ألمانيا، وطُبق عليهم مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (CAPS) ومقياس هاميلتون للاكتئاب ، ثم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة علاج بالتعرض الروائي عددها (15) شخصاً، ومجموعة العلاج بالتدريب على مواجهة الضغوط عددها (13) شخصاً، وقد استخدم مع كلتا المجموعتين برنامجاً مكوناً من عشر جلسات معد حسب منهجية الدخول مع كل مجموعة، وتم فحص النتائج بالمقياس البعدي بعد أربعة أسابيع من التدخل وبعد ستة أشهر وسنة أخرى، فوجد أن الأعراض كانت أكثر انخفاضاً في مجموعة العلاج بالتعرض الروائي مقارنة مع مجموعة التدريب لمواجهة الضغوط .

وقامت ماتيس-لوي (Matthes-Loy, 2011) بدراسة هدفت إلى تحليل رواية (25) شخص من المصدومين في مقاطعة فلوريدا في محاولة لتفسير سردهم والحد من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما هدفت الدراسة إلى استكمال البيانات الكمية على صعيد نوعي، بحيث طُبّق عليهم مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس أعراض ضغوط ما بعد الصدمة على العينة، وطبق برنامج روائي لمدة خمسة أسابيع، وتم تحليل الروايات مع الترابط اللغوي لعدد من الفئات الرئيسية (القلق والغضب والحزن والمشاعر الإيجابية، والمشاعر السلبية)، وفي نهاية البرنامج وجد في روايات الأشخاص زيادة كبيرة في وصف الذات بالإيجابية، وانخفاض كبير لكلمات الحزن والكلمات العاطفية السلبية وسرد الصدمة بصورة أكثر إيجابية.

وأشارت دراسة كلوتر وبيتكوف ووانغ (Cloitre, Petkova, & Wang, 2012) التي هدفت للمقارنة بين ثلاث نماذج لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة عددها (104) امرأة في نيويورك، وطُبّق عليهن مقياس (CAPS) لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إذ تم توزيع العينة الكلية إلى ثلاث مجموعات: الأولى طُبّق عليها برنامج تدريب العاطفة والمهارات للبين شخصية مدمج معه العلاج الروائي، بحيث تناول التدريب على المهارات وتحسين الوعي العاطفي، ورسم مخططات العلاقات الشخصية الناتجة عن الصدمة، وتقييم المخططات الشخصية المتضمنة في السرد، والثانية: طُبّق عليها برنامج تدريب العاطفة والمهارات للبين شخصية مدمج معه الإرشاد التدميمي، والثالثة: طُبّق تطبيق عليها برنامج العلاج الروائي والإرشاد التدميمي، وقد استمر العلاج لثلاثة أشهر بواقع (16) جلسة، وتم قياس أثر العلاج في وسطه ونهايته، وقد وجد انخفاض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى المجموعات الثلاثة، وبصورة أعلى لدى المجموعة الأولى، وبعد المتابعة بستة أشهر من العلاج، لوحظ بالنتائج الاستقرار في انخفاض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة للمجموعة الأولى بصورة أكبر من المجموعة الثانية، في حين كان هناك استقرار لدى المجموعة الثالثة.

وأعدت اسبينوزا (Espinosa, 2012) دراسة هدفت الدراسة إلى إضفاء الطابع الخارجي على الأحداث الصادمة، من أجل التغلب على الاضطرابات النفسية والعاطفية للنساء المتاجر بهن

جنسيا في لوس أنجلوس، إذ كانت العينة تتكون (25) فتاه يعانين من الاتجار الجنسي، تراوحت اعمارهن بين (18-26 عام)، وقد استخدم مقياس لقياس شدة الصدمة قبل وبعد تنفيذ الجلسات التي استمرت لمدة (12) أسبوع، بجلسة واحدة اسبوعيا مدتها ساعة ، تناولت جلسات البرنامج الحديث عن القصص المهيمنة، و تخريج المشكلة واضفاء الطابع الخارجي عليها، و الحديث عن النتائج الفريدة، وإعادة تأليف رواية حياة جديدة، وأوصت نتائج الدراسة إيجابياً، بأن العلاج الروائي هو طريقة من شأنها معالجة القضايا الكامنة وراء الصدمة وتمكين العملاء لاستعادة الاستقرار.

كما قام حجازي (Hijazi, 2012) بدراسة هدفت إلى خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة للاجئين الناجين من الحرب في العراق، على عينة من (53) لاجئاً ممن هم فوق (18) عاماً من كلا الجنسين، وهم (26) رجلاً و (27) امرأة، إذ استخدمت الدراسة عدد من المقاييس لاختيار العينة مثل: استبيان هارفارد للصدمة (Harvard Trauma Questionnaire)، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس مؤشر الرفاهية النفسية المستخدم بمنظمة الصحة العالمية، ومقياس الأعراض الجسدية المترجم للعربية (PHQ-15 Physical Symptoms)، ومقياس النمو لما بعد الصدمة، ومؤشر جودة النوم (Sleep Questionnaire)، ومقياس الأداء اليومي (Questions about Daily Functioning). تم توزيع (53) مشاركاً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية عددها (35) تلقت برنامجاً علاجياً مكون من ثلاث جلسات علاجية، حيث استمر البرنامج لمدة شهرين بواقع جلسة كل أسبوع مدتها (60-90) دقيقة، ومجموعة ضابطة عددها (18) مشاركاً، ولم تتلق أي معالجة، وقد استخدمت الدراسة تحليل التباين (ANOVA) للمقارنة بين المجموعات، وأيضاً استخدمت تحليل التباين (ANCOVA) لاختبار فرضية الدراسة بعد المعالجة وتم أيضاً قياس المتابعة للمجموعة التجريبية بعد 3 أشهر، وأفادت النتائج بتحسّن ملحوظ على المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج مقارنة مع المجموعة الضابطة، وأوصت الدراسة بضرورة عمل أبحاث ودراسات مماثلة على اللاجئين في الشرق الأوسط.

وأشار مورينا وآخرون (Morina et al., 2012) بدراستهم التي هدفت الدراسة لمعرفة فاعلية الدمج بين أسلوب الارتجاع البيولوجي والتعرض الروائي على من شهدوا أحداثاً صادمة تتمثل

بالحرب والتعذيب، إذ أجريت الدراسة على عينة من (15) شخصا في عيادة جامعة زيوريخ في سويسرا، وكانت متوسط أعمارهم (43.1) سنة، تم تطبيق عليهم مقياس قبلي للاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والمبني على DSM-IV، ومقياس درجة الألم اللفظي المكون من سبعة بنود، ثم خضعوا لبرنامج إرشادي مكون من عشرة جلسات، تناول أسلوب الارتجاع البيولوجي لتدريب المشاركين حول التحكم بالألم، و العلاج التعرض الروائي، وعند الانتهاء منه تم عمل قياس بعدي إذ وجد أن الأعراض المبلغ عنها في مقياس الألم انخفضت، في حين كان هناك انخفاض في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، كما أظهرت المتابعة بعد ثلاثة أشهر استقرار في نتائج الدراسة .

وقامت أديناور وآخرون (Adenauer et al., 2014) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر العلاج التعرض الروائي في تغير مؤشرات الشبكة العصبية وخفض آثار الاجهاد الناشئ عن الصدمة، وقد أجريت الدراسة في جامعة كونستانز في ألمانيا حيث تكونت العينة من (29) شخصا ممن تعرضوا لصدمات، طبقت عليهم عدة اختبارات وهي: مقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (CAPS)، كما تم عرض صور صدمة وأخرى محايدة لمعرفة ردود فعل الأشخاص تجاه الموقف الصادم، وتم بعدها تشكيل مجموعة تجريبية عددها (11) شخصا، وأخرى ضابطة عددها (8) أشخاص، وخضعت المجموعة التجريبية لبرنامج تعرض روائي مكون من (12) جلسة، تم التركيز به على روايات الحدث الصادم والسيرة الذاتية، وإعادة كتابة السيرة الذاتية بصورة أكثر تماسكا، وتمت المتابعة بقياس بعدي بعد أربعة أشهر، وقد خفضت أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب، وكان هناك تغير في صور الدماغ (مؤشرات الشبكة العصبية) نحو الأفضل لدى المجموعة التجريبية، مما يشير لفاعلية برنامج التعرض الروائي.

كما قام دراسة يربيس وآخرون (Erbes et al., 2014) هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، لدى المحاربين القدامى المراجعين في إحدى العيادات الخارجية في مدينة مينابولس (شرق أمريكا)، وكانت عينة الدراسة مكونة من (11) شخصا، طبق عليهم مقياس تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (CAPS)، ومقياس بيك الاكتئاب، ومقياس تقدير الالتزام بالعلاج الروائي (Stillman, 2010)، ومقياس العمل

لتقييم الخدمات الإرشادية، وقد خضع المشاركون لبرنامج علاجي مكون من (12) جلسة إرشادية، استمر لمدة ثلاث أشهر، وبعد المعالجة تم إيجاد فاعلية البرنامج في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، حيث إن ثلاثة مشاركين لم يعودوا يستوفوا معايير الاضطراب، والسبعة الآخرين كان لديهم انخفاضا كبيرا في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

كما قامت بابست وآخرون (Pabst et al., 2014) بدراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية العلاج التعرض الروائي للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في مدينة كيل، إذ استخدمت الدراسة عددا من المقاييس لتحديد العينة وهي: مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PSSI/PDS)، ومقياس شدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية (BSL-23)، وتقييم هاملتون للاكتئاب (HAMD) وقد طبقت المقاييس السابقة على (28) امرأة، استوفت منهن (22) امرأة معايير التشخيص كعينة نهائية للدراسة، وتم توزيعهن عشوائيا: (11) امرأة مجموعة تجريبية تلقت برنامج تعرض روائي مكون من (17) جلسة، بمعدل جلستين أسبوعيا مدة كل جلسة (90) دقيقة، و(11) امرأة مجموعة ضابطة لم تتلق أي معالجة. وبعد تحليل النتائج لإيجاد الفروق في المتوسطات بين المجموعتين، وجد أن علاج التعرض الروائي فعال في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وكذلك في تحسين الحالة النفسية للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، وكان هناك استقرار للعلاج حيث تم تقييم الأعراض بالمتابعة بعد ستة أشهر وبعد مضي سنة من العلاج.

وأعدت زانك وهونت وكوكس (Zang, Hunt, Cox, 2014) دراسة هدفت الدراسة لفحص فاعلية علاج التعرض الروائي مع الناجين من الزلزال الصيني الذي حدث عام (2008) في مقاطعة بينتشوان. إذ تكونت العينة من (30) شخصا، وقد استوفوا معايير إدراجهم للمشاركة في الدراسة بعدما طُبّق عليهم مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس HADS للقلق والاكتئاب، ومقياس الدعم الاجتماعي، وتم تقسيم المشاركين عشوائيا عبر الحاسوب لثلاث مجموعات، المجموعة الأولى: بلغ عددها (10) أشخاص، استخدم معها العلاج التعرض الروائي دون تعديل بجلساته، بواقع أربع جلسات مدة الجلسة (60-90) دقيقة بواقع جلسة أو جلستين أسبوعيا. المجموعة الثانية: عددها

أيضاً(10) أشخاص، واستخدم معها العلاج التعرض الروائي مع التعديل بجلساته، بواقع أربع جلسات مدة الجلسة (60-120) دقيقة بواقع جلسة كل يومين. المجموعة الثالثة: بلغ عددها(10) أشخاص وهي مجموعة ضابطة. وبعد العلاج تم عمل اختبار بعدي للمجموعات والمقارنة بين متوسطات النتائج باستخدام اختبار (ت)، إذ أفادت النتائج أن هناك انخفاضاً في أعراض الاكتئاب والقلق واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بشكل ملحوظ بين المجموعة الأولى والثانية مع الثالثة، وأنه لا يوجد فرق دال احصائياً بين متوسطات المجموعة الأولى والثانية، وبعد العلاج بثلاث أشهر تم عمل مقياس للمتابعة، ووجد أن هناك استقراراً في نتائج الدراسة.

وأعدّ الحذثي وهنت وغفار وتوماس (AlHadethe, Hunt, Ghaffar,& Thomas, 2015) دراسة هدفت إلى لمقارنة بين تقنية الحرية النفسية (EFT) والعلاج التعرض الروائي (NET) وفي خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب على عينة عددها (60) طالبا من طلاب المدارس الثانوية الذكور في بغداد، والذين تتراوح أعمارهم بين (16-19) سنة، إذ طبق عليهم مقياس بغداد للصدمة النفسية Baghdad Trauma History Screen (BTHS)، ومقياس أعراض ضغوط ما بعد الصدمة (SPTSS) Scale of Posttraumatic Stress Symptoms، ومقياس الدعم الاجتماعي (GNGO) Social support scale، ومقياس استراتيجيات المواجهة Coping strategies، ومقياس التأقلم الديني Religious Coping، ومقياس القلق والاكتئاب (HADS) The Hospital Anxiety and Depression Scale، وقد وزع المشاركون عشوائياً على ثلاث مجموعات، عدد كل مجموعة (20)، طبق على المجموعة الأولى برنامج التعرض الروائي المكون من أربع جلسات بواقع (60-90) دقيقة لكل جلسة، وطبق على المجموعة الثانية برنامج الحرية النفسية أيضاً مكون من أربع جلسات، أما المجموعة الثالثة فكانت ضابطة ولم تتلقَ أي معالجة، وبنهاية المعالجة تم تطبيق قياس بعدي وثلاثة قياسات أخرى بعملية المتابعة بعد ثلاثة أشهر، وست أشهر، واثنى عشر شهراً، وكانت النتائج في القياس البعدي بعدم وجود فروق بين المجموعة الأولى والثانية في حين انخفضت أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للمشاركين في المجموعتين، ولم يكن هناك تغير في استراتيجيات المواجهة والتأقلم الديني وفي قياسات المتابعة

كان هناك استقرار في النتائج، بما يؤكد فاعلية كل من تقنية الحرية النفسية والعلاج التعرض الروائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

وأعدّ الغامدي وهونت وثورماس (Alghamdi, Hunt, Thomas, 2015) دراسة هدفت إلى خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب لدى رجال الإطفاء في مدينة مكة المكرمة (السعودية)، حيث طُبّق مقياس أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة (Scale of Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS)، ومقياس القلق والاكتئاب (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) على (200) رجل إطفاء استوفى منهم (34) رجل إطفاء معايير التشخيص، وتم توزيعهم عشوائياً إلى: مجموعة تجريبية عددها (17)، ومجموعة ضابطة عددها (17)، تلقت المجموعة التجريبية برنامجاً علاجياً قصيراً ضمن منهج التعرض الروائي، وعدد جلساته (4) جلسات لمدة (3) أسابيع، وكانت المدة الزمنية للجلسة (60-90) دقيقة، وقد شمل البرنامج سرد الروايات الصادمة وما يرافقها من مشاعر وأفكار، والبحث عن رواية متماسكة، وبعد الانتهاء تمت المتابعة مرتين: الأولى بعد ثلاثة أشهر، والثانية بعد ستة أشهر، وبعد تحليل النتائج للدراسة باستخدام برنامج (SPSS) تحليل التباين (ANCOVAs) وتحليل التباين (ANOVAs) كانت النتائج إيجابية نحو فاعلية التعرض الروائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب.

وقامت بوشو وأوفرستريت وروشير (Boasso, Overstreet, & Ruscher, 2015) بدراسة هدفت لمعرفة أثر الدعم الاجتماعي المعتمد على تناقل الروايات في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الناجين من إعصار كاترينا، حيث تكونت العينة من (84) شخصاً ممن تعرضوا لفقد أشخاص عزيزين، أو فقد ممتلكات، تراوحت أعمارهم بين (18-75) عاماً، وقد طبق على المشاركين مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90، ومن ثم تم تقسيمهم لمجموعات مكونة من (4-10) أشخاص حسب مكان إقامتهم، وقد شمل البرنامج عدداً من اللقاءات ضم الحديث حول روايتهم للحدث ومشاعرهم أمام بعض، وقد أفادت الدراسة بفاعلية تناقل الروايات بين الأشخاص المعرضين لأحداث صادمة في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

وفي دراسة كلشري (Clacherty, 2015) التي هدفت لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال الناجين من أحداث مؤلمة والذين فقدوا ذويهم من عدة بلدان، وذلك ضمن مشروع حقبة الأمل، إذ بلغت عينة الدراسة (20) طفلاً، تتراوح أعمارهم من (9-17) عاماً، وقد شمل البرنامج العلاجي رواية القصص عن الماضي الصادم، والانتقال للذكريات الجيدة؛ وذلك للمساعدة بتحديد الهوية، وإبراز نقاط القوة في الحاضر، وقد أبرز المشروع عن نتيجة إيجابية بما فيه الكفاية مؤكداً أهمية قصص الحياة في شفاء المعرضين للصدمة وإيجاد الهوية.

وفي دراسة قام بها جراستي وآخرون (Grassetti et al., 2015) هدفت إلى فحص استخراج الأعراض المتوسطة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى طلاب المدرسة، إذ تكونت العينة (33) طالباً من الصف الثامن والتاسع من ثلاث مدارس في ولاية كاليفورنيا، وطُبق عليهم مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وخضعوا لبرنامج استمر (17) أسبوع، تخلله موضوعات رئيسية: تعلم مهارات حياتية ورواية القصص الصادمة ومشاركتها، وتعزيز التقدم، وقد أفادت نتائج الدراسة في فاعلية البرنامج في خفض الأعراض المترتبة على الصدمة كما انخفضت أعراض الحزن على الخسارة لدى المشاركين بحوالي (61%).

أما دراسة كونومبلس وسميث وشميت (Ikonomopoulos, Smith, & Schmidt, 2015) التي هدفت إلى إعادة تأهيل الأحداث النزل بإحدى دور الأحداث في منطقة جنوب تكساس (الولايات المتحدة الأمريكية)، فقد أجريت الدراسة على (8) مراهقين تتراوح أعمارهم بين (15-17) عاماً، خضعوا لبرنامج إرشادي روائي من (10) جلسات مبني على ممارسة الخرائط الروائية، بواقع جلسة أسبوعياً لمدة (50-60) دقيقة، واستخدم معهم العديد من التقنيات شملت المحادثات الخارجية، ورسم خرائط لآثار المشكلة، وتقييم آثار المشكلة، وتبرير آثار المشكلة، واستكشاف ونتائج فريدة من نوعها، وإعادة تفويض المحادثات وقد أفادت نتائج الدراسة بفاعلية العلاج الروائي لتأهيل المسجونين في خفض أعراض المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية كالقلق، والاكتئاب، والفوبيا، واضطراب ما بعد الصدمة، وزيادة التكيف النفسي.

وفي دراسة قامت بها كارينتر وانجوس ووفافيو وبرايبتوك (Carpenter, Angus, Paivio, & Bryntwick, 2016) والتي هدفت إلى فحص فاعلية دمج العلاجي العاطفي مع الروائي لخفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة عبر التغيير في العاطفة المتلازمة مع الرواية، وقد أجريت الدراسة في جامعة وندسور في كندا على عينة مكونة من أربعة اشخاص، تتراوح أعمارهم بين (26-41) عاما، وقد خضع المشاركون إلى عدد من الاختبارات التي تكشف وجود أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، ومن ثم خضع المشاركون لجلسات قدرها (24) جلسة، تم بها رواية القصص القديمة، والقصص التي تشكل هيمنة في حياتهم، حتى تم الوصول إلى اكتشاف لقصص جديدة، وكانت نتائج الدراسة تؤكد على أهمية دمج النموذجين العاطفي والروائي لعلاج حالات مماثلة.

كما أجرى لان ومايرز وهل ولان (Lane, Myers, Hill, & Lane, 2016) دراسة هدفت إلى خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى المتضررين من زلزال هايتي، إذ تكونت عينة الدراسة من (85) شخصا ممن استوفوا معايير تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على مقياس دافيدسون PTSD Scale according to DSM--IV . ومن ثم طبق عليهم برنامج علاجي روائي موجز مكون من (6) جلسات، تمحور حول قص المشاركين لأربعة مراحل من حياتهم: القصة الأولى حياة الشخص قبل وقوع الصدمة، والقصة الثانية قصة الشخص للحدث الصادم بتفاصيله، والقصة الثالثة قص الشخص لحياته منذ وقوع الصدمة، والقصة الرابعة تتمحور بإعادة قص الشخص لرواية جديدة تحدد مستقبه، وبعد تحليل النتائج باختبار (t) كانت نتائج الدراسة تؤكد بفاعلية العلاج الروائي لخفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وذلك بوجود فرق دال إحصائيا بين الاختبار القبلي والبعدي المطبق على المجموعة الإرشادية.

وقامت كلوتر وجافيرت وويزر (Cloitre, Garvert, & Weiss, 2017) دراسة هدفت إلى المقارنة بين ثلاث نماذج لعلاج الناجيات من العنف، والمشخصات بالاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إذ كانت العينة عددها (105) امرأة، طُبّق عليهن مقياس بيك للاكتئاب ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المكون من (17) بند والمبني على DSM-IV، إذ تم تقسيم العينة الكلية إلى ثلاث مجموعات: الأولى وعددها (33) طُبّق عليها برنامج تدريب العاطفة والمهارات البين

شخصية مدمج معه العلاج الروائي، والثانية عددها 38 طُبِّقَ عليها برنامج تدريب العاطفة والمهارات البين شخصية مدمج معه الإرشاد التدعيمي، والثالثة عددها (33) تم طُبِّقَ عليها برنامج تدريب العاطفة والمهارات البين شخصية مدمج معه العلاج الروائي والإرشاد التدعيمي، إذ استمرت الجلسات ثلاث أشهر مع الثلاث مجموعات، بواقع (16) جلسة، وبعد المتابعة بست أشهر من العلاج، قد لوحظ بالنتائج انخفاض لأعراض ضغوط ما بعد الصدمة والاكتئاب بشكل أكبر لدى المجموعة الأولى والتي تمثل برنامج تدريب العاطفة والمهارات البين شخصية مدمج معه العلاج الروائي.

ثانياً: دراسات اهتمت بفحص مدى فاعلية العلاج الروائي في علاج الاضطرابات المختلفة.

أجرت ويبر وآخرون (Weber et al., 2006) دراسة هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج الروائي مع النساء اللتين يعانين من اضطرابات الأكل والاكتئاب، حيث أجريت الدراسة في إحدى مراكز شمال نيوساوث ويلز، على عينة من سبع نساء مصنفات ضمن اضطرابات الأكل المختلفة ولديهن أعراض اكتئاب، تم تطبيق عليهم برنامج من عشر جلسات مدة كل جلسة ساعتين ونصف على مدار عشرة أسابيع، وفي نهاية البرنامج تم عمل مقارنة لمتوسطات الدرجات للاختبارين: القبلي والبعدي، فوجد هناك تحسن ملحوظ في خفض أعراض لاكتئاب واضطرابات الأكل، مما يؤكد فاعلية العلاج الروائي مع اضطرابات الأكل.

وأجرى رحمانى (Rahmani, 2011) دراسة هدفت إلى فحص فاعلية العلاج الروائي للحد من أخطاء عسر القراءة، حيث طبقت الدراسة على أطفال الصف الثالث الذين يعانون من عسر القراءة في مدينة تبريز الإيرانية، وتم اختيار عينة قدرها ثلاثون طالب ممن يعانون من عسر القراءة، بعد تطبيق مقياس وكسلر لنكاء الأطفال (WISC-R, 1974) واختبار القراءة التشخيصية (Bihari, 2006). وتم توزيعهم لمجموعتين: واحدة وتجريبية وأخرى ضابطة، بحث تلقت المجموعة التجريبية (25) جلسة، استخدم بها روايات الأطفال حول موضوعات ودروس ورسومات متعلقة بالمواد التعليمية، في حين المجموعة الضابطة لم تتلقَ أي معالجة، وبعد الانتهاء من البرنامج تم مقارنة المتوسطات بين المجموعتين بواسطة ANCOVA، وكانت النتيجة بانخفاض أخطاء القراءة بنسبة (60%) لصالح المجموعة التجريبية.

كما قام كاشن وبراون وبرادبري ومولدر (Cashin, Browne, Bradbury, & Mulder, 2013) بدراسة هدفت إلى تحسين الحالة النفسية والعاطفية لدى الشباب المصابين بالتوحد، لعينة مكونة من (10) أطفال يعانون من اضطراب أسبرجر في استراليا، تتراوح أعمارهم من (10-16) سنة، وقد استخدمت الدراسة عدة أدوات: استبيان نقاط القوة والصعوبات للوالدين Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ومقياس الضائقة النفسية Scale of Psychological Distress ومقياس بيك للاكتئاب ومؤشر بيولوجي للإجهاد، وتكون البرنامج العلاجي من خمس جلسات، مدة كل جلسة ساعة واحدة، على مدى (10) أسابيع. وبعد ذلك تم فحص فاعلية البرنامج فكانت اتجاهات البيانات موحية بتحسين المشاكل العاطفية والنفسية لدى الشباب المصابين بالتوحد.

وقد أعد غفامي وصادقي ومحمدي (Ghavami, Sadeghi, & Mohammadi, 2014) دراسة هدفت لمعرفة فعالية العلاج الروائي في خفض أعراض الرهاب الاجتماعي لدى طالبات المدارس الثانوية في أصفهان، حيث استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي على عينة من (30) طالبة تم توزيعهن عشوائيا إلى مجموعتين: الأولى ضابطة عددها (15) لم تتلق أي معالجة. والثانية مجموعة تجريبية عددها (15)، تلقت برنامجا علاجيا روائيا مكونا من (8) جلسات تناولت تخريج المشكلة، والبحث عن قصص مفضلة، وإعادة رواية قصة الحياة، أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك وجود فرق معنوي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في انخفاض الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية.

وأجرى لويح وكاملي وقاسمي وتونونك (Looyeh, Kamali, Ghasemi, & Tonawanik, 2014) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج الروائي مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، وكانت عينة الدراسة من (24) طالبا من طلاب الصف الرابع، أخذوا من أربع مدارس مختلفة في مدينة طهران، وهم ممن انطبقت عليهم معايير التشخيص لاضطراب القلق الاجتماعي، إذ تم توزيعهم عشوائيا لمجموعة تجريبية مكونة من (12) طالب، ومجموعة ضابطة أيضا من (12) طالب، تلقت المجموعة التجريبية برنامجا علاجيا مكونا من (14) جلسة علاجية بواقع (90) دقيقة كل جلسة على مدى ثلاثين يوما، تركزت الجلسات حول قول

القصص الاجتماعية، والتدريب نحو التعبير عن المشاعر من خلال قصص يعبر بها كل فرد عن مشاعر محددة، والعمل على تشكيل قصص فريدة نحو التفاعل الاجتماعي. أما المجموعة الضابطة لم تتلقَ أي معالجة، وباستخدام المعالجة الإحصائية (ANOVA) كانت النتائج تفيد بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الأعراض بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وكان هناك تغير ملموس من قبل إدارة المدرسة والمعلمين لصالح المجموعة التجريبية.

وأجرت سيو وكانج ولي وكاي (Seo, Kang, Lee, & Chae, 2015) دراسة هدفت إلى معرفة أثر العلاج الروائي في خفض أعراض الاكتئاب، حيث طبقت الدراسة في إحدى مراكز كوريا الجنوبية في مدينة سول على عينة من (51) شخص، تتراوح أعمارهم بين (16-65) عاماً، خضع المشاركون لعدد من المقاييس القبلية وهي مقياس الأمل النسخة الكورية، ومقياس المشاعر الإيجابية والسلبية، ومقياس الاكتئاب، ومقياس الوعي الذاتي، وحسب تصميم الدراسة شبه التجريبي، وزع المشاركين إلى مجموعة تجريبية عددها (25)، والضابطة عددها (26)، بحيث خضعت المجموعة التجريبية إلى (8) جلسات علاجية، كل أسبوع جلستان، ومدة كل جلسة (90) دقيقة، والمجموعة الضابطة لم تخضع لأي معالجة، وبعد المعالجة تم تحليل النتائج التي أفادت وقد أثبتت النتائج أن العلاج الروائي يمكن أن يكون مفيداً مع الاكتئاب من خلال التركيز على التجارب الإيجابية وخلق هوية جديدة مليئة بالأمل.

ثالثاً: دراسات اهتمت بعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

أعدت كلوتر واخرون (Cloitre et al., 2002) دراسة هدفت إلى معرفة أثر التدريب على المهارات وتنظيم العلاقات البين شخصية والتعرض في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، على عينة من (58) امرأة من النساء المعنفات واللاتي يعانين من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث تم تقييمهم بالمقابلة الشخصية، والتقارير الذاتية، والتشخيص وفق معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM IV)، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية تلقت العلاج على مرحلتين، المرحلة الأولى تم التدريب على المهارات وتنظيم العلاقات البين شخصية

واستمرت على مدى ثماني جلسات، أما المرحلة الثانية طُبِّق عليها استراتيجية التعرض المطول على مدى ثماني جلسات أيضاً، أما المجموعة الضابطة فلم تتلق أية معالجة. أظهرت النتائج فاعلية العلاج للمجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة، كما أظهرت تحسن مهارات حل المشكلات والعلاقات البين شخصية، وانخفضت أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، بحيث المرحلة الأولى من العلاج ساعدت في تنظيم المزاج، أما المرحلة الثانية فقد ساهمت في الحد من تطور أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واستمر التحسن على مدى (3 - 9) أشهر من المتابعة.

كما أجرى ستن وآخرون (Stein et al., 2003) دراسة هدفت إلى تقييم العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، لدى مجموعة من طلاب الصف السادس، لمدرسين إعداديتين في الحي اللاتيني في لوس انجلس، وقد طبق مقياس أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة للأطفال (Child PTSD symptom scale) على (159) طالب تم اختيار (126) ممن استوفوا معايير الدراسة، وقد تم توزيعهم لمجموعة تجريبية عددها (61)، ومجموعة ضابطة عددها (64)، وكان التدخل عبارة عن عشر جلسات من العلاج السلوكي المعرفي الجماعي، ثم بعد ذلك تم إجراء القياس البعدي بعد ثلاثة أشهر، ثم بعد ستة أشهر، باستخدام المقياس نفسه، بالإضافة إلى قائمة جرد اكتئاب الأطفال (Child Depression Inventory) وقائمة فحص الأعراض للأطفال (Pediatric Symptom Checklist). وأظهرت النتائج أن الأطفال في المجموعة التجريبية أظهروا تحسناً جيداً في كل الأعراض علي حساب المجموعة الضابطة، حيث أظهرت النتائج تحسناً في أعراض الصدمة كانت نسبته (86%) بعد ثلاث أشهر، ونسبة (88%)، وبعد ست أشهر كذلك تحسنت أعراض الاكتئاب بنسبة (67%)، وبعد ثلاث أشهر، ونسبة (78%)، وبعد ست أشهر، وبذلك خلصت الدراسة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في تخفيف حدة الاكتئاب وأعراض ما بعد الصدمة عند الأطفال.

وقام كلارك (Clark, 2004) بدراسة هدفت إلى خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة على الأشخاص الذين طورو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نتيجة تعرضهم لحوادث سير في أكسفورد، إذ تكونت عينة الدراسة من (20) شخص تراوحت أعمارهم بين (18-65) عاماً، وقد تم

استيفاء عينة الدراسة لمعايير تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عبر تطبيق عليهم مقياس (Post traumatic Diagnostic Scale)، وتم توزيعهم لمجموعة تجريبية عددها (10) أشخاص، تلقت العلاج المعرفي على مدار ثلاثة أشهر بواقع جلسة أسبوعية، ومجموعة ضابطة عددها أيضا (10) أشخاص، وقد تلقت كتاب يشير لمساعدة الذات اسمه (Self Help Booklet)، وبعد فحص متوسطات الفروق بين المجموعتين لخصت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي أكثر فاعلية من كتاب مساعدة الذات

وقامت كموبمان وآخرون (Koopman, 2005) بدراسة هدفت إلى التعرف على أثر الكتابة التعبيرية في خفض الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة من (47) امرأة من النساء المعنفات من قبل الزوج في منطقة كاليفورنيا، حيث استخدم معهن استراتيجية السرد للأحداث الصادمة بأسلوب كتابي تعبيرى، ومن ثم التعبير كتابيا عن موضوعات محايدة لمدة أربع جلسات ولمدة أربعة أشهر، وتلخصت نتائج الدراسة في خفض أعراض الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نتيجة التفريغ الانفعالي للخبرات الصادمة.

وأجرى محاميد (Mahamid, 2013) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على الأنشطة التعبيرية في تحسين مستوى الوعي الذاتي وخفض أعراض الضغوط التالية للصدمة، لدى عينة من (30) طفلا وطفلة ممن تعرضوا لصدمات نفسية ويتلقون خدمات إرشادية في مركز مديد للإرشاد والصحة النفسية في مدينة نابلس، تتراوح أعمارهم من (9-12) عاماً، تم توزيع أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وعدد أفرادها (15) طفلا وطفلة، وقد تلقى أفرادها برنامج إرشاد جمعي قائم على الأنشطة التعبيرية لمدة (16) أسبوعاً، وبواقع جلستين أسبوعياً، ومجموعة ضابطة تكونت من (15) طفلاً وطفلة، والتي لم يتلق أفرادها البرنامج الإرشادي التعبيري، وقد تم قياس أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط التالية للصدمة، ومقياس الوعي الذاتي قبل وبعد التدخل الإرشادي، كما تم أخذ قياس المتابعة بعد ثلاثة أسابيع من انتهاء البرنامج الإرشادي للمجموعة التجريبية فقط. أظهرت نتائج الدراسة الحالية فاعلية

البرنامج الإرشادي في تحسين مستوى الوعي الذاتي، وخفض أعراض الضغوطات التالية للصدمة ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة المتتالية منهجية العلاج الروائي مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أن العلاج الروائي يمكن استخدامه بفاعلية لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، حيث أفادت جميع الدراسات السابقة المستخدمة للعلاج الروائي، انه ساهم في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة سواء كان الاضطراب ناتجاً عن الاعتداء الجنسي مثل دراسة: (Espinosa, 2012)، أو بسبب التهجير مثل دراسة: (Neuner et al., 2004)، أو الكوارث الطبيعية مثل دراسة: (Catani et al., 2009)، أو كان ناتجاً عن أحداث وأسباب أخرى. كما أفادت الدراسات السابقة بفاعلية العلاج الروائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مع فئات عمرية مختلفة: كالمراهقين مثل دراسة: (Alexander, 2004)، ومع كبار السن مثل دراسة: (van der Velden & Koops, 2005)، ومع الأطفال مثل دراسة: (Bresba, 2009)، كما منها دمج بين المراهقين وكبار السن مثل دراسة: (Boasso et al., 2015).

ويتضح من الدراسات السابقة المتتالية موضوع العلاج الروائي مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أنها جميعها دراسات أجنبية، لذلك تأتي الدراسة الحالية إضافة الى الدراسات السابقة في تناولها أو فحصها لمدى فاعلية العلاج الروائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، وتتميز هذه الدراسة كونها من الدراسات النادرة عربياً في تناول العلاج الروائي في خفض ضغوط ما بعد الصدمة، وعليه قام الباحث ببناء برنامج علاجي روائي لخفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين في فلسطين.

الفصل الثالث المنهجية والإجراءات

الفصل الثالث

المنهجية والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهجية الدراسة من حيث: عينتها وطرق اختيارها، وأدواتها وطرق استخراج صدقها وثباتتها، ومتغيراتها المستقلة والتابعة، والتحليل الإحصائية المستخدمة.

منهجية الدراسة:

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

أفراد الدراسة:

تم تطبيق مقياس ضغوط ما بعد الصدمة على مجتمع دراسي يتألف من (60) أسيراً محرراً، من مختلف محافظات الضفة الغربية بتاريخ 2017/11/15، وبعد جمع النتائج تم حصر أعلى الدرجات لعينة أولية مكونة من (27) أسيراً محرراً ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقد تكونت عينة الدراسة النهائية من (20) أسيراً محرراً، يعانون من ضغوط ما بعد الصدمة وهم الذين وافقوا على المشاركة في الدراسة، إذ تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تكونت من (10) أسرى محررين ومجموعة ضابطة تكونت كذلك من (10) أسرى محررين.

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف هذه الدراسة، تم استخدام الأدوات التالية:

أولاً: مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأسرى المحررين (ملحق رقم 1).

لبناء مقياس ضغوط ما بعد الصدمة قام الباحث بمراجعة الأدب السيكولوجي المتعلق باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب الواردة في الدليل التشخيص والإحصائي

الخامس DSM-5 ، بالإضافة لذلك قام الباحث بالاطلاع على عدد من المقاييس الخاصة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وهي: (Davidson, ; Mahamid, 2013; Weathers et al., 2015). وتكون المقياس من (20) فقرة في صورته الأولى.

صدق المقياس:

لاستخراج صدق المقياس قام الباحث باستخدام طريقة صدق البناء، وذلك من خلال توزيع المقياس على عينة استطلاعية مكونة (51) اسيراً محرراً، ومن ثم حساب معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والدرجة الكلية. الجدول (1) يوضح معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس:

الجدول (1) معامل ارتباط فقرات المقياس بالدرجة الكلية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	0.738**	0.01	11.	0.747**	0.01
2.	0.685**	0.01	12.	0.663**	0.01
3.	0.638**	0.01	13.	0.724**	0.01
4.	0.515**	0.01	14.	0.690**	0.01
5.	0.761**	0.01	15.	0.733**	0.01
6.	0.708**	0.01	16.	0.662**	0.01
7.	0.663**	0.01	17.	0.731**	0.01
8.	0.487**	0.01	18.	0.679**	0.01
9.	0.484**	0.01	19.	0.717**	0.01
10.	0.615**	0.01	20.	0.504**	0.01

** داله عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول السابق ان ارتباط فقرات مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بدرجة الكلية كان دالاً احصائياً عن مستوى الدالة (0.01)، وهذا يشير أن المقياس يتمتع بصدق مرتفع وملائم بحثياً.

ثبات المقياس:

لاستخراج ثبات المقياس قام الباحث باستخدام معادلة كرونباخ الفا للاتساق الداخلي (Cronbach Alpha Formula for internal consistency) حيث كان معامل الثبات الكلي للمقياس (0.931)، وهو معامل ثبات جيد وبفي أغراض الدراسة.

تصحيح المقياس:

تتضمن الإجابة عن المقياس خمسة بدائل وهي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، ابداً) وتمثل هذه البدائل التصحيح الخماسي للمقياس من (1-5)، حيث يساوي الخيار دائماً (5) درجات، ويساوي الخيار ابداً (1) درجة، وبهذا تتراوح الدرجات لاستجابة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين (100-20) درجة، حيث الدرجة (100) تشير إلى ارتفاع مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومن جهة أخرى الدرجة (20) تشير إلى انخفاض مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ثانياً: البرنامج العلاجي الروائي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (ملحق رقم 2):

بعد اطلاع الباحث على الادب المتعلق بالعلاج الروائي وتقنياته العلاجية، وبالأخص حول الخرائط الأربعة التي اضافها ما يكل وايت (White, 2007)، قام الباحث ببناء برنامج علاجي مستنداً إلى المنهج الروائي لخفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين، إذ يتكون البرنامج من (15) جلسة علاجية، مدة كل جلسة ساعة ونصف بواقع جلستين أسبوعياً.

وصف مختصر لجلسات البرنامج:

الجلسة الأولى: جلسة بنائية تهدف إلى التأكيد والاتفاق على قوانين المجموعة الإرشادية وكسر الجليد وشرح اهداف للبرنامج.

الجلسة الثانية: تهدف إلى التعرف على المقصود بالخبرات الصادمة وكيف تؤثر على حياتنا الخاصة وما هي أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الجلسة الثالثة: تهدف إلى وصف المشكلة وإعطائها اسم خاص بها، وتقييم آثار المشكلة والقدرة على فهم الشخص لموقعه وعلاقته بالمشكلة.

الجلستان الرابعة والخامسة: تهدفان إلى القيام بتحديد تأثيرات المشكلة ومن ثم حصرها وتمكين الفرد من إيجاد نظرة أخرى لتأثيرات المشكلة.

الجلسة السادسة: تهدف إلى جعل الفرد يفهم موقعه من المشكلة والقدرة على إعطاء تقييم متناسب مع المشكلة.

الجلستان السابعة والثامنة: تهدفان إلى إعطاء الفرد قصة تعبر عن قيم الحياة وتقديرهم للذات عبر تمرين فصول الحياة (الخريف والشتاء والربيع والصيف).

الجلستان التاسعة والعاشر: تهدفان إلى تطوير قصة مفضلة والقدرة على استكشاف مناطق الهوية غير المعروفة وزيادة إمكانيات الفرد وقدرته.

الجلسة الحادية عشر: تهدف إلى استكشاف المهارات ومعرفة الفرد لما يمتلكه من مهارات والتخلص من الشعور بالعجز.

الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر: تتناول إعادة التذكر والذي يهدف إلى رفع مستوى قدرة الفرد للتعامل مع الآخرين واسترجاع مساهمات الآخرين في حياته وتعزيز الارتباط بهم.

الجلسة الرابعة عشر: تتناول الشاهد الخارجي والذي يهدف إلى إيجاد الدعم الخارجي للفرد لسماع قصته الجديدة ومعرفة الفرد ان غيره قد كان يعاني مثله.

الجلسة الخامسة عشر: تهدف إلى نشر القصص الجديدة والتعامل مع مشاعر الانهاء.

إجراءات الدراسة

قام الباحث ببناء مخطط أطروحة بالعنوان المذكور ، وقدم لمادة الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية للبت في قبوله، وبعد أن تم قبوله وأخذ الموافقة للبدء بإجراءات الدراسة التجريبية قام الباحث ببناء البرنامج العلاجي الروائي الخاص بالدراسة وعرضه على مشرف الدراسة، من ثم قام الباحث بتطوير مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأسرى المحررين، وتم تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (51) اسيراً محرراً للاستخراج صدقه وثباته. وبعد ذلك بتاريخ 15/11/2017 تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة المكونة من (60) اسيراً محرراً وتم جمع اعلى المتوسطات ل (27) اسيراً محرراً، قد وافق منهم (20) اسيراً محرراً المشاركة في البرنامج، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: المجموعة الأولى تجريبية يبلغ عدد أفرادها (10) أسرى محررين تلقت البرنامج العلاجي المكون من (15) جلسة، بواقع جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة ساعة ونصف لمدة شهر ونصف، والمجموعة الثانية ضابطة يبلغ عدد أفرادها (10) أسرى محررين لم تتلق البرنامج العلاجي. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج تم إعادة تطبيق المقياس على عينة الدراسة؛ لقياس أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لديها.

تصميم الدراسة:

اعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي لمجموعتين بتصميم قبلي بعدي؛ وذلك بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة، وتوضيح الرموز أدناه تصميم الدراسة.

r G1 O1 X O2

r G2 O1 – O2

حيث تمثل الرموز:

r: التوزيع العشوائي Random Assignment.

G1 : المجموعة التجريبية Experimental Group.

G2 : المجموعة الضابطة Controlled Group.

O1: القياس القبلي Pre- Test.

O2 : القياس البعدي Post- Test .

متغيرات الدراسة:

1. المتغير المستقل: برنامج العلاج الروائي

2. المتغير التابع: ضغوط ما بعد الصدمة

الأساليب الإحصائية:

1. اختبار كولمجروف - سمرنوف "One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test"

لمعرفة ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه.

2. معامل ارتباط "بيرسون" Pearson لمعرفة صدق البناء لأداة الدراسة.

3. معادلة كرونباخ الفا Cronbach Alpha لاستخراج ثبات أداة الدراسة.

4. اختبار ولكوكسون "Wilcoxon (W)" لحساب قيمة (Z) ودلالة الفروق لمتوسط الرتب

ومجموع الرتب للمجموعات المرتبطة.

5. اختبار ومان - ويتني "Mann- Whitney (U)" لحساب قيمة (Z) بين متوسط الرتب

ومجموع الرتب للمجموعات غير المرتبطة.

الفصل الرابع نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وذلك من خلال استخدام المعالجة الإحصائية الملائمة لإجابة على سؤالي الدراسة.

ولصحة اختيار الاختبارات الإحصائية المناسبة والملائمة لاستخراج نتائج الدراسة تم التأكد من التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة بواسطة اختبار كولمجروف - سمرنوف، وكانت نتائج الاختبار بأن البيانات لا تتوزع طبيعياً، وهذا يدل أن الاختبارات اللامعلمية هي الأنسب لتحليل بيانات الدراسة. ويُظهر الجدول (2) نتائج الإحصاءات الوصفية الممثلة في المتوسطات والانحرافات المعيارية للقياسيين القبلي والبعدي لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة.

جدول (2) المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلا المجموعتين

المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
التجريبية	3.525	0.421	2.505	0.240
الضابطة	3.460	0.464	3.230	0.391

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي ينص: هل يوجد فروق بين القياسيين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس ضغط ما بعد الصدمة؟
وللإجابة عن هذا السؤال تمت معالجة البيانات باستخدام اختبار مان ويتي (Man Whitney) للعينات الغير مرتبطة، وذلك بهدف التعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس القبلي، وكذلك دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي.

1. النتائج المتعلقة بفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة.

وللإجابة عن هذا السؤال تمت معالجة البيانات باستخدام اختبار مان ويتي لفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة كما هو موضوع في الجدول (3).

جدول (3) نتائج اختبار مان ويتي لفحص الفروق في متوسطات رتب درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل u	w	قيمة z	مستوى الدلالة
تجريبية	10	10.85	108.50	46.5	101.50	-0.266	0.790
ضابطة	10	10.15	101.50				

يتضح من السابق، أن قيمة Z بلغت (-0.266)، وبلغ معامل (U=46.5) وبلغت قيمة (P = 0.790)، وهي أكبر من (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق في متوسطات رتب درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

2. النتائج المتعلقة بفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة.

وللإجابة عن هذا السؤال تمت معالجة البيانات باستخدام اختبار مان ويتي لفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة كما هو موضوع في الجدول (4).

جدول (4) نتائج اختبار مان ويتني لفحص الفروق في متوسطات رتب درجات القياس البعدي

للمجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل u	w	قيمة z	مستوى الدلالة
تجريبية	10	6.00	60.0	5.0	60	-3.407	0.001
ضابطة	10	15.00	150.0				

دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$

يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية عند مستوى دلالة (0.01) في متوسطات رتب درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حيث بلغت قيمة $(Z = -3.407)$ ، وبلغ معامل $(U = 5.0)$ وبلغت قيمة $(P = 0.001)$. كما أنه يوجد فرق في متوسطات القياس البعدي للمجموعتين، إذ يظهر من الجدول أن متوسط رتب الدرجات للقياس البعدي للمجموعة التجريبية (6.00) وهو أدنى من متوسط رتب الدرجات للقياس البعدي للمجموعة الضابطة البالغة (15.00).

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني والذي ينص: هل يوجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة؟

ولإجابة عن هذا السؤال تمت معالجة البيانات باستخدام اختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة، وذلك بهدف فحص دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات المرتبطة، ويوضح الجدول (5) نتائج اختبار ولوكوكسون لفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للقياسين القبلي والبعدي.

جدول (5) نتائج اختبار ولكوكسون لفحص الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة

التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للقياسيين القبلي والبعدي

المجموعة التجريبية	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
قبلي	السالبة	10	5.50	55.00	-2.812	0.005
بعدي	الموجبة	0	.00	.00		
	التساوي	0				

دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في متوسطات رتب درجات القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وذلك لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة $(Z = -2.812)$ ، وبلغت قيمة $(P = 0.005)$. كما أنه توجد فروق في المتوسطات للقياسيين القبلي والبعدي، إذ يظهر أن متوسط رتب الدرجات للقياس القبلي (5.50)، بينما متوسط رتب الدرجات للقياس البعدي (0.00) وهو أقل من متوسط القياس القبلي.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى فحص فاعلية العلاج الروائي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين في الضفة الغربية في فلسطين، وقد اشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج الروائي في خفض الأعراض لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشاركين وفيما يلي مناقشة لنتائج الدراسة:

أولاً: اظهرت نتائج السؤال الأول والذي ينص: هل يوجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة؟

1. عدم وجود فروق في متوسطات رتب درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث بلغت قيمة Z (-0.266)، وبلغ معامل $U=46.5$ وبلغت قيمة $(P = 0.790)$ ، وهي أكبر من (0.05) .

2. أظهر فحص الفروق لمتوسطات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة بوجود فرق بين متوسطات رتب درجات القياس للمجموعتين حيث بلغت قيمة Z (-3.407)، وبلغ معامل $U=5.0$ وبلغت قيمة $(P = 0.001)$. كما انه يوجد فرق في المتوسطات للقياسيين البعديين للمجموعتين، إذ بلغ متوسط رتب الدرجات للقياس البعدي للمجموعة التجريبية (6.00) وهو أدنى من متوسط رتب الدرجات للقياس البعدي للمجموعة الضابطة البالغة (15.00). مما يدل على انخفاض متوسط رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية هو بانخفاض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لديها، وذلك بتلقيها البرنامج العلاجي الروائي مقارنة بالمجموعة الضابطة التي يتضح أن متوسط رتب درجات القياس البعدي لديها أعلى وذلك لعدم تلقيها أي تدخل علاجي.

ثانياً: أظهرت نتائج السؤال الثاني والذي ينص: هل يوجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة؟

بوجود فرق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة $(Z = -2812)$ ، وبلغت قيمة $(P = 0.005)$. كما أنه يوجد فرق في المتوسطات للقياسين القبلي والبعدي، إذ يظهر أن متوسط رتب الدرجات للقياس القبلي (5.50) ، بينما متوسط رتب الدرجات للقياس البعدي (0.00) وهو أقل من متوسط القياس القبلي.

وتعزى الفروق في متوسطات رتب درجات القياسات القبلية والبعدية للمجموعة التجريبية والفروق في متوسطات رتب درجات القياسات البعدية لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة؛ لتلقي المجموعة التجريبية البرنامج العلاجي الروائي الذي ساهم في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين، وتتفق الدراسة الحالية بنتائجها مع العديد من الدراسات، فقد اتفقت مع دراسة (Van Minnen et al., 2002) التي فحصت فاعلية برنامج علاجي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أظهرت نتائجها انخفاض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة بنسبة (50%) لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة مما يؤكد على فاعلية البرنامج في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

كما تتسجم مع دراسة أجرتها بيترسن وآخرون (Petersen et al., 2005) والتي هدفت إلى فحص فاعلية برنامج علاجي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على مجموعة من الأشخاص المصابين بالسرطان، وأدت نتائجها إلى تحسن ملحوظ على الحالة النفسية للمرضى، وبالأخص خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وتتسق هذه الدراسة أيضاً مع دراسة إيريس وآخرون (Erbes et al., 2014) التي هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المحاربين القدامى، وأكدت نتائجها بفاعلية البرنامج في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة،

بحيث أن ثلاثة مشاركين لم يعودوا مستوفين معايير الاضطراب، والسبعة الآخرين كان لديهم انخفاض كبير في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

كما تتسجم مع دراسة اكونومبليس وآخرون (Ikonomopoulos et al., 2015) التي هدفت إلى إعادة تأهيل الأحداث النزلاء بإحدى دور الأحداث الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عبر اخضاعهم لبرنامج إرشادي روائي مبني على ممارسة الخرائط الروائية، حيث أفادت نتائج الدراسة بفاعلية العلاج الروائي لتأهيل المسجونين في خفض أعراض المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية كالقلق، والاكتئاب، والفوبيا، واضطراب ما بعد الصدمة، وزيادة التكيف النفسي.

وربما تعود نتائج الدراسة الحالية إلى ما تضمنه البرنامج العلاجي من أساليب وفنيات وأنشطة تتناسب مع الفئة المستهدفة مثل: استخراج المشكلة عبر وصفها وإعطائها اسماً خاصاً بها بشكل منفصل عن الذات، وكذلك التعرف على آثار خبرة الأسر الصادمة وتقييم أثر هذه الخبرة، وسرد القصص من بداية الأسر حتى الافراج بالبحث عما تحتويه من نتائج فريدة للوصول الى رواية تعبر عن قيم الحياة وتقدير الذات، وأيضاً اكتشاف نقاط القوة في الذات وتدعيمها حتى الوصول للقصص المفضلة التي مكنت الأسرى المحررين من استكشافهم لمناطق الهوية غير المعروفة، وزيادة إمكانياتهم وقدرتهم للتخلص من الشعور بالعجز، وقيام المشاركين بتعزيز القصص والروايات الجديدة المفضلة بشهود خارجيين للإبقاء أثرها يرافقهم في حياتهم المستقبلية. وتعد الأنشطة والتمارين السابقة منبثقة عن الخرائط الأربعة في العلاج الروائي: خريطة بيان الموقع، وخريطة إعادة التأليف، وخريطة إعادة العضوية، وخريطة الشاهد الخارجي، كما تعد التمارين والأنشطة السابقة منسجمة مع افتراضات العلاج الروائي الذي يفترض أن الأشخاص هم الخبراء بحياتهم ولديهم القدرات والقيم والامكانيات التي تساعدهم على تغيير علاقتهم بالمشكلات.

الاستنتاجات:

في ضوء نتائج الدراسة يمكن استنتاج الآتي:

1. أظهر البرنامج العلاج الروائي فاعلية في تحقيق أهداف الدراسة المتمثلة في خفض اعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.
2. ويعتبر الاسرى المحررين من الفئات الهامة التي تحتاج الى رعاية نفسية خاصة، جراء ما يتعرضون اليه من خبرات اعتقالية صادمة.
3. الاسرى المحررين بحاجة ماسة الى مزيد من البرامج الارشادية لإعادة تكيفهم مع متطلبات الحياة.
4. الخبرة الاعتقالية تعتبر من العوامل المرتبطة بظهور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وكلما كانت الخبرة الاعتقالية قاسية كانت اعراض الاضطراب أكثر شدة.
5. البرنامج العلاجي ساعد في تبني أفكار ومهارات إيجابية نحو الذات والآخرين.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة يقدم الباحث التوصيات التالية:

- تطبيق البرنامج العلاجي على الأسرى المحررين من قبل المختصين النفسيين في هيئة شؤون الأسرى والمحررين.
- توسيع الاهتمام بفئة الأسرى المحررين من الناحية النفسية وإعادة تكيفهم مع بيئتهم الاجتماعية والمهنية.
- عمل برامج ودراسات تستهدف الاسيرات الفلسطينيات لقلة الدراسات المرتبطة بالإناث.
- تقديم دراسات أخرى تستند على منهجية العلاج الروائي مع فئات عمرية مختلفة.
- تقديم دراسات أخرى تستند على منهجية العلاج الروائي مع مشكلات واضطرابات نفسية مختلفة.
- عمل دراسات عربية أخرى تتناول المنهج الروائي مع مناهج علاجية أخرى مثل (العلاج النسائي والعلاج السلوكي المعرفي والعلاج التعبيري) لعدم وجود دراسات عربية بموضوعاتها.

- عمل دراسات لفحص نسبة الإضرابات النفسية لدى الأسرى المحررين، وخصوصاً إضراب ضغوط ما بعد الصدمة مع الأخذ بذلك عدد من المتغيرات الهامة (الجنس والعمر، ومدة الاعتقال، ومكان السكن، وفترة التحقيق).

صعوبات واجهت الدراسة الحالية:

1. عدم وجود قواعد بيانات وإحصائيات دقيقة حول الأسرى، من حيث مكان السكن، ووسائل الاتصال، وغيره من المعلومات المطلوبة للتواصل مع فئة الدراسة، مما شكل تحدي وصعوبة في الوصول الى مجتمع الدراسة.
2. المقاومة التي أظهرها بعض الأسرى للمشاركة في البرنامج العلاجي، والذي ظهر خلال التواصل معهم، وذلك كونهم يعتبرون العلاج النفسي لا يتناسب مع شخصياتهم وتضحياتهم كونه يشكل شكل من اشكال الضعف حسب الثقافة السائدة لدى البعض حسب وجهة نظرهم.
3. عدم وجود مراجع باللغة العربية في موضوع العلاج الروائي، مما استدعى الباحث الى العودة الى المراجع الاجنبية في كل ما يتعلق بموضوع العلاج الروائي.
4. فقدان المجموعة الاولى التي تم تشكيلها بسبب اعتقال ثلاث من أعضائها اثناء مشاركتهم بالبرنامج للمرة الثانية، وذلك بعد اللقاء الثالث، مما جعل الباحث يعيد النظر بتشكيل مجموعة ثانية التي تم العمل معها.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

إبراهيم، عبد الستار (2000). *الضغوط اللاحقة للصدمات النفسية والانفعالية: منهج سلوكي متعدد المحاور لفهمها وعلاجها*. دراسة قدمت للمؤتمر الدولي الثالث: الخدمات النفسية والاجتماعية في مجتمع متغير، الكويت، 1-4.

ابن منظور (2003). *لسان العرب*. القاهرة: دار الحديث.

أبو إسحاق، سامي (2000). *دراسة الاضطرابات النفسية والأمراض النفسية التي يعاني منها الأسرى الفلسطينيون المحررون في السجون الإسرائيلية*. غزة: مركز الشرق للصحة النفسية والمجتمعية.

أبو شريفة، ميساء (2011). *اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه بالدعاء لدى عينة من زوجات الشهداء في قطاع غزة*. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

أبو طواحينة، أحمد (1999). *الآثار النفسية للتغيب*. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة عين شمس، مصر.

أبو عطوان، منقذ (2007). *مأساة الحياة الإعتقالية للأسرى الفلسطينيين في السجون الإسرائيلية*. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة بيرزيت، رام الله، فلسطين.

أبو قاعود، زكي (2007). *تجربة التغيب لدى الأسرى الفلسطينيين وعلاقتها بالتفكير الأخلاقي*. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

أبو نجيلة، محمد سفيان (2001). *مقالات في الشخصية والصحة النفسية*، غزة: مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية.

أبو هين، فضل (1991). الآثار النفسية الناجمة عن الأسر وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية في قطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الاقصى، غزة، فلسطين.

الزير، محمد علي (2001). الآثار بعيدة المدى للتعذيب لدى المحررين الفلسطينيين وعلاقتها ببعض المتغيرات. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، فلسطين.

أسعد، ميخائيل (1994). علم الاضطرابات السلوكية. بيروت: دار الجيل.

آل دهام، باسم رسول كريم (2012). الأحداث الضاغطة وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة المرحلة الإعدادية، مجلة الأستاذ، 203، 873-905.

باتل، فيكرام (2008). الصحة النفسية للجميع-حيث لا يوجد طبيب نفسي (غانم بيبي وآخرون، مترجمون). بيروت: ورشة الموارد العربية.

البرغوثي، نداء (2013). أسرى الحرب في القانون الدولي دراسة للقواعد العامة وتطبيقاتها على المعتقلين الفلسطينيين في السجون الإسرائيلية. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة القاهرة، القاهرة.

بركات، مطاع (2007). الإسعاف النفسي الأولي لضحايا الصدمات والكوارث. دمشق.

تونس، منجي (2013). أطفال فلسطين: هدف الاعتقال والتعذيب. البيان، 309، 78-79.

ثابت، عبد العزيز وعابد، يحيى وفوستانيس، بانوس (2001). العلاقة بين الاكتئاب والكرب ما بعد الصدمة النفسية في الأطفال اللاجئين في مناطق استمرار الحرب والنزاعات. في عبد العزيز ثابت (محرر)، دراسات في الصحة النفسية في قطاع غزة (ط17). غزة.

ثابت، عبد العزيز وأبو طواحينة، أحمد والسراج، اياد (2008). تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية، دراسة لبرنامج غزة للصحة النفسية، غزة، فلسطين.

جواد، علي أحمد (2005). أحكام الأسرى في الفقه الإسلامي والقانون الوضعي (ملحق باتفاقية جنيف) (ط1). بيروت: دار المعرفة.

الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال (2007). الأسرى الاطفال الفلسطينيين. فلسطين.

دحلان، جليلة (2001). استقرار وتغير أساليب المواجهة والشخصية لدى أسرى النضال الفلسطيني المحررين بوصفها دالة للاعتقال والتحرر. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الازهر، غزة، فلسطين.

رصرص، خضر وسحويل، محمود وسحويل، وسام (2011). المعتقلين الفلسطينيين في السجون الإسرائيلية تأثير الاعتقال على أسرى رام الله: مركز تأهيل ضحايا التعذيب.

سرمك، حسين (1995). المشكلات النفسية لأسرى الحرب وعائلاتهم (ط1). القاهرة: مكتبة مدبواي.

سرور، عنان (2006). تأثير التعذيب على الصحة النفسية للأسرى الفلسطينيين، المركز الفلسطيني للإرشاد، فلسطين.

سعادة، وفاء (2006). الاضطرابات الناتجة عن ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعين في محافظة رام الله والبيرة وأساليب تكيفهم. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، القدس، فلسطين.

سموكر، ميرفين (2010). علاج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة. في سامر رضوان (محرر) إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة دليل معالجة الصدمة من النوع الأول. الامارات: دار الكتاب الجامعي.

سويطي، جهاد (2013). برنامج إرشادي نفسي أسرى لتحسين التوافق الزوجي للأسرى المحررين في فلسطين. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة نايف الأمنية، الرياض، السعودية.

الشربيني، لطفي (2007). معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية الكويت: سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة، مؤسسة الكويت.

شعث، ناضل (2005). تأثير الصدمة النفسية في تطور كرب ما بعد الصدمة والحزن بين الأطفال. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس بالتعاون مع كلية الصحة العامة، القدس، فلسطين.

صالح، قاسم (2002). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. مجلة الثقافة النفسية، 49(13)، 1-25.

الطريحي، عبد الرحمان (1994). الضغط النفسي (مفهومه ومقوماته وطرق علاجه ومقاومته). الرياض.

الطلاع. عبد الرؤوف أحمد (2004). التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بالانتماء لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عين شمس، القاهرة.

عبد الخالق، أحمد (1998). الصدمة النفسية مع اشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة العراق. الكويت: جامعة الكويت.

عبد المجيد، عبد الرحمن (2002). عوز الرعاية وعلاقته بمتلازمة الطفل المحروم، مجلة دراسات نفسية، العدد الأول، الجمعية النفسية السودانية.

عثمان. فاروق السيد (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.

عثمان، رانيا (2016). الصحة النفسية لدى النزلاء وعلاقتها ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الرباط الوطني، الخرطوم.

العدل، محمد (2013). *ضغوط ما بعد الصدمة وواقع الأداء التربوي لمعلمين التربية الخاصة بعد ثورة 25 يناير*. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العلمي العربي السادس والأول للجمعية المصرية لأصول التربية بالتعاون مع كلية التربية، 1، 53-72.

عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق (2009). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية. عليان، عدوان (2013). *مستوى الاغتراب لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين ضمن صفقة وفاء الأحرار "دراسة تطبيقية على عينة من الأسرى المحررين ضمن صفقة وفاء الأحرار في قطاع غزة*. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 3(21)، 41-73.

عودة، محمد (2010). *الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

العيسى، فردوس (2017). *أساليب التحقيق في مراكز الاعتقال الإسرائيلي بين استخدام نظريات علم النفس والأخلاق المهنية رام الله، فلسطين: هيئة شؤون الأسرى والمحررين*.

الغازي، عبد العزيز (2011). *الآثار النفسية الناتجة عن الاحتلال والاعتداء على المدنيين*. ورقة مقدمة إلى مؤتمر المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، ايسيسكو.

غانم، محمد (2005). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مصر: مكتبة الانجلو*.

فياض، منى (2000). *الضغط النفسي، التهجير، السجين السياسي، العنف والاطفال صور من سيكولوجيا الاحتلال*. جريدة السفير.

قانون الأسرى والمحررين، سنة (2004)، رقم (19)، المادة (1). فلسطين.

قراقع، عيسى والمطور، جميل. (1999). *اقتحام الوعي العالمي في انتفاضة أسرى فلسطين في السجون الاحتلال*. رام الله مركز المشرق للدراسات.

قطيط، فلسطين (2008). المحررين في محافظات شمال الضفة الغربية خلال انتفاضة الأقصى الاضطرابات النفسية لما بعد الصدمة لدى الأسرى. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، القدس، فلسطين.

كوبرز، تيري (2015). الجنوب في غياهب السجون (اميرة عبد الصادق، مترجم). مصر: هنداوي للتعليم والثقافة.

لافي، باسم (2005). الضغوطات النفسية لدى زوجات الأسرى الفلسطينيين وعلاقتها ببعض المتغيرات. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

مجيد، سوسن (2011). اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة التي يعاني منها اعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية. مجلة الفتح، 47(7)، 44-60.

محمود، عاكف (1997). الاضطرابات النفسية التي أفرزتها المعتقلات الإسرائيلية لدى المعتقلين الفلسطينيين. السودان: جامعة أم درمان الإسلامية.

مركز تأهيل ضحايا التعذيب (2011). واقع التعذيب في السجون الإسرائيلية وأثره على المعتقلين الفلسطينيين. رام الله: دار الشروق للنشر والتوزيع.

المشايخ، خضر (2005). واقع الأسرى في السجون الإسرائيلية بين الظروف المأساوية والاضراب. مجلة دراسات شرق أوسطية، 9(30)، 95-107.

مكتب الانماء الاجتماعي (2001). الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية الكويت: مكتب الديوان الاميري.

المنطار (2005). النشرة الإعلامية للمركز الفلسطيني لحقوق الإنسان (ط56). غزة: مطبعة دار الأرقم.

مؤسسة التضامن الدولي لحقوق الانسان (1999). دراسة لواقع الالم والمعاناة (ط 1). الولايات المتحدة الأمريكية.

مؤسسة عامل الدولية (2011). وضعية الأسرى والمعتقلين في السجون الإسرائيلية (يوسف وهبة. محرر). بيروت.

الناقلي، محمد (1995). نحو سيكولوجية عربية. بيروت: دار الطليعة.

نشوان، حسين (1998). الفلسطيني أطفال فلسطين، أثر الاحتلال وممارساته في تشويه النمو النفسي والبدني للطفل. عمان: دار الينابيع.

هيئة شؤون الأسرى والمحررين (2015). عام الإعدام واعتقال الأطفال والجريمة المنظمة. رام الله: هيئة شؤون الأسرى والمحررين

هيئة شؤون الأسرى والمحررين (أ2016). تقرير بمناسبة يوم الأسير الفلسطيني. رام الله.

هيئة شؤون الأسرى والمحررين (ب2016). 2016 عام الاستهداف السياسي والقانوني لمكانة الأسرى وشرعية نضالهم. رام الله.

هيئة شؤون الأسرى والمحررين (2017). التقرير الشهري لهيئة شؤون الأسرى والمحررين، 7/2017، رام الله.

وزارة شؤون الأسرى والمحررين (2009). المؤتمر الدولي لمناصرة الأسرى الفلسطينيين والعرب في سجون الاحتلال الإسرائيلي. اريحا: وزارة شؤون الأسرى والمحررين.

وناس، امزيان (2013). صدمة الافراج عن السجن. مجلة دراسات جامعة الاغواط، 27، 86-109.

يعقوب، غسان (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. بيروت: دار الفارابي.

يوسف، جمعة (2007). إدارة الضغوط. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Abu-Rayyan, N. M. (2009). *Seasons of Life: Ex-detainees reclaiming their lives*. **International Journal of Narrative Therapy & Community Work**, 2009(2), 24 .

Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., & Neuner, F. (2011). *Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli-evidence from a randomized controlled treatment trial*. **BMC Neuroscience**, 12(1), 127 .

Afuape, T. (2012). **Power, resistance and liberation in therapy with survivors of trauma: To have our hearts broken**: Routledge.

Ahmad, A. (2010). *War and Post-Traumatic Stress Disorder in Children: A Review*. **Health and the Environment Journal**, 1(2), 73-79 .

Aiello, T. (2010). *The soldier's tale: A discussion of "Can anyone here know who I am? Co-Constructing meaningful narratives with combat Veterans" by Martha Bragin*. **Clinical Social Work Journal**, 38(3), 327-330 .

Akinyela, M. (2002). *De-colonizing our lives: Divining a post-colonial therapy*. **International Journal of Narrative Therapy & Community Work**, 2002(2), 32 .

- Alexander, A. O. (2004). **Narrative completeness, narrative coherence, and psychological adjustment.** (Doctoral dissertation), Columbia University.
- Alghamdi, M., Hunt, N., & Thomas, S. (2015). *The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study.* **Behaviour Research and Therapy**, 66, 64-71 .
- AlHadethe, A., Hunt, N., Ghaffar, A.-Q., & Thomas, S. A. (2015). *Randomised controlled study comparing two psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD): Emotional Freedom Techniques (EFT) vs. Narrative Exposure Therapy (NET).* **Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment**, 4(4), 1000145 .
- Ali, N., & Snel, T. (2008). *Prevention of Posttraumatic Stress Disorder in the Aftermath of War.* **The Arab Journal of Psychiatry**, 19(2), (164-174).
- Allen, J. G. (2008). **Coping with trauma: Hope through understanding:** American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association. (1994). **Diagnostic & Statistical Manual Of Mental Disorder (DSM-IV).** Washington: DC.

American Psychological Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)**. Washington: DC.

American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologist*. Washington: DC.

American Psychological Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)**. Washington: DC.

Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., & Foa, E. B. (1998). *Relationship between trauma narratives and trauma pathology*. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 385-392 .

Amstadter, A. B., McCart, M. R., & Ruggiero, K. J. (2007). *Psychosocial interventions for adults with crime-related PTSD*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 640 .

Angus, L. E., & McLeod, J. (2004). **The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, Theory and Research**: Sage.

Australia, P. (2013). Centre for Posttraumatic Mental Health. **Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder** .

Bad-Winterstein, T. (2007). *The power of the story: Life stories of the Holocaust survivors as a resource for coping with the Holocaust*. *Gerontology*, 34, 79-88 .

- Barlow, D. H. (2002). **Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition: A Step-by-Step Treatment Manual**: Guilford Publications.
- Barnard, C. P., & Kuehl, B. P. (1995). *Ongoing evaluation: In-session procedures for enhancing the working alliance and therapy effectiveness*. **The American Journal of Family Therapy**, 23(2), 161-172 .
- Bauer, j., & Percifiil, M. (2009). *Constructivism*. In s. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology*. London: Wiley.
- Baumeister, R., & Vohs, K. (2002). *The pursuit of meaningfulness in life*. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), **Handbook of positive psychology** (pp. 608-618). New York, NY: Oxford University Press.
- Beaudoin, M.-N. (2005). *Agency and choice in the face of trauma: A narrative therapy map*. **Journal of Systemic Therapies**, 24(4), 32-50 .
- Becker, E.-M., & Dochhorn, J. (2014). *Trauma and traumatization in individual and collective dimensions: Insights from biblical studies and beyond* (Vol. 2): Vandenhoeck & Ruprecht .
- Bello, N. D. (2011). *Narrative case study: Using the client as her own witness to change*. **Journal of Systemic Therapies**, 30(2), 11-21 .

- Belsey, C. (2002). **Poststructuralism: A very short introduction**: OUP Oxford.
- Bennett, L. (2008). *Narrative methods and children: Theoretical explanations and practice issues*. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 21(1), 13-23 .
- Besley, A. (2002). *Foucault and the turn to narrative therapy*. **British Journal of Guidance and Counselling**, 30(2), 125-143 .
- Besley, T. (2001). *Foucauldian Influences in Narrative Therapy: An Approach for Schools*. **Journal of Educational Enquiry**, 2(2) .
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). *Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression*. **Behaviour Research and Therapy**, 45(9), 2212-2220 .
- Bicknell-Hentges, L., & Lynch, J. J. (2009). *Everything counselors and supervisors need to know about treating trauma*. Paper presented at the Paper based on a presentation at the American Counseling Association Annual Conference and Exposition, Charlotte, NC.
- Bird, J. (2008). *Talk that Sings: Therapy in a New Linguistic Key; [working with Children, Families & Couples]*: Edge Press.
- Blackbeard, D., & Lindegger, G. (2007). *'Building a wall around themselves': exploring adolescent masculinity and abjection with*

- photo-biographical research*. South African Journal of Psychology, 37(1), 25-46 .
- Blum, H. P. (2002). *Psychic trauma and traumatic object loss*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 415-432 .
- Boasso, A., Overstreet, S., & Ruscher, J. B. (2015). *Community Disasters and Shared Trauma: Implications of Listening to Co-Survivor Narratives*. *Journal of Loss and Trauma*, 20(5), 397-409 .
- Booker, C. (2004). *The seven basic plots: Why we tell stories*: A&C Black.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., & Corbella, S. (2004). *Working with Narrative in Psychotherapy. A Relational Constructivist Approach*. In A. Lynne & M. John (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 119-136). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Boxer, P., Schappell, A., Middlemass, K., & Mercado, I. (2011). *Cognitive and emotional covariates of violence exposure among former prisoners: links to antisocial behavior and emotional distress and implications for theory*. *Aggressive behavior*, 37(5), 465-475 .
- Bradley, L. J., Whiting, P., Hendricks, B., Parr, G., & Jones Jr, E. G. (2008). *The use of expressive techniques in counseling*. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(1), 44-59 .

- Bragin, M. (2010). *Can anyone here know who I am? Co-constructing meaningful narratives with combat veterans*. **Clinical Social Work Journal**, 38(3), 316-326 .
- Brandi, G., & Hautzinger, S. (2012). **The Role of Narrative in Alternative Counseling for Soldiers and Veterans with PTSD** .
- Bremner, J. D. (2005). *Effects of traumatic stress on brain structure and function: relevance to early responses to trauma*. **Journal of Trauma & Dissociation**, 6(2), 51-68 .
- Bresba, P. (2009). **Telling stories, making meaning: art therapy as a process for refugee children to make sense of their experiences**. Concordia University .
- Briere, J., & Scott, C. (2006). **Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluations, and treatment**. Newton, MA: Professional Books .
- Broman-Fulks, J. J., Ruggiero, K. J., Green, B. A., Kilpatrick, D. G., Danielson, C. K., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (2006). *Taxometric investigation of PTSD: Data from two nationally representative samples*. **Behavior Therapy**, 37(4), 364-380.
- Brown, C. A., Dick, B. D., & Berry, R. (2010). *How do you write pain? A preliminary study of narrative therapy for people with chronic pain*. **Diversity in Health & Care**, 7(1).

- Bruner, J. (1991). *The narrative construction of reality*. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.
- Bryant, R. A. (2014). *Early interventions for trauma*. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), **Handbook of PTSD: Science and practice**. New York, NY: Guilford Press.
- Calhoun, L. (2006). *The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework*. In LG Calhoun & RG Tedeschi (Eds.), **Handbook of posttraumatic growth: Research and practice** (pp. 3-23): Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Carey, M., & Russell, S. (2003). *Re-authoring: Some answers to commonly asked questions*. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2003(3), 60 .
- Carey, M., & Russell, S. (2004). **Narrative Therapy: Responding to Your Questions**: Dulwich Centre Publications.
- Carey, M., Walther, S., & Russell, S. (2009). *The absent but implicit: A map to support therapeutic enquiry*. *Family Process*, 48(3), 319-331 .
- Carlson, T. D. (1997). *Using art in narrative therapy: Enhancing therapeutic possibilities*. *American Journal of Family Therapy*, 25(3), 271-283 .
- Carpenter, N., Angus, L., Paivio, S., & Bryntwick, E. (2016). *Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for*

- complex trauma: an exploratory process-outcome analysis*. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, 15(2), 67-94 .
- Carr, A. (1998). *Michael White's narrative therapy*. **Contemporary Family Therapy**, 20(4), 485-503 .
- Carr, A. (2006). **Family Therapy: Concepts, Process and Practice**: John Wiley & Sons.
- Cashin, A. (2008). *Narrative therapy: A psychotherapeutic approach in the treatment of adolescents with Asperger's disorder*. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 21(1), 48-56 .
- Cashin, A., Browne, G., Bradbury, J., & Mulder, A. (2013). *The effectiveness of narrative therapy with young people with autism*. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 26(1), 32-41 .
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). *Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka*. **BMC Psychiatry**, 9(1), 22 .
- Celebi Oncu, E., & Metindogan Wise, A. (2010). *The effects of the 1999 Turkish earthquake on young children: Analyzing traumatized children's completion of short stories*. **Child Development**, 81(4), 1161-1175 .

- Chan, C., Ngai, K.-h., & Wong, C.-k. (2012). *Using photographs in narrative therapy to externalize the problem: A substance abuse case*. **Journal of Systemic Therapies**, 31(2), 1-20 .
- Chen, Y.-R., Hung, K.-W., Tsai, J.-C., Chu, H., Chung, M.-H., Chen, S.-R., . . . Chou, K.-R. (2014). *Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials*. **PLOS One**, 9(8), e103676 .
- Clacherty, G. (2015). *The Suitcase Project: Working with Unaccompanied Child Refugees in New Ways*. **Healing and Change in the City of Gold** (pp. 13-30): Springer.
- Clark, E. (2004). *Cognitive Therapy Reduces Symptoms in People with Recent Onset Post-Traumatic Stress Disorder*. **Evid. Based Ment. Health**, 7, 51-55 .
- Cloitre, M., Garvert, D. W., & Weiss, B. J. (2017). *Depression as a moderator of STAIR Narrative Therapy for women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse*. **European Journal of Psych Traumatology**, 8(1), 1377028 .
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). *Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse*. **Journal of consulting and clinical Psychology**, 70(5), 1067 .

- Cloitre, M., Petkova, E., & Wang, J. (2012). *An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. Depression and Anxiety*, 29(8), 709-717 .
- Cobb, R. A., & Negash, S. (2010). *Altered book making as a form of art therapy: A narrative approach. Journal of family Psychotherapy*, 21(1), 54-69 .
- Cone, J. (Producer). (2015). *Aiding & Abetting? The Limits of Humanitarian Aid in the Occupied Palestinian Territories*. Retrieved from <http://www.doctorswithoutborders.org/article/aiding-abetting-limits-humanitarian-aid-occupied-palestinian-territories>
- Corey, G. (2005). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**: Thomson/Brooks/Cole.
- Corey, G. (2012). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**: Cengage Learning.
- Corey, G. (2013). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**: Cengage Learning.
- Corey, G. (2016). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**: Cengage Learning.

- Costa, D. d., Nelson, T. M., Rudes, J., & Guterman, J. T. (2007). *A narrative approach to body dysmorphic disorder*. **Journal of Mental Health Counseling**, 29(1), 67-80 .
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). *Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being*. **Psychological Medicine**, 31(7), 1237-1247 .
- Davidson, J., Book, S., & Colket, J. (1995). **Davidson Self-Rating PTSD Scale**. Available from Multi-Health Systems, Inc, 908.
- Day, K. W. (2009). **Violence survivors with posttraumatic stress disorder: Treatment by integrating existential and narrative therapies**. **Adult Span Journal**, 8(2), 81-91.
- Dean, R. G. (1998). *A narrative approach to groups*. **Clinical Social Work Journal**, 26(1), 23-37.
- Denborough, D. (2008). **Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma**: Dulwich Centre Publications.
- DeSocio, J. E. (2005). *Accessing Self-development through Narrative Approaches in Child and Adolescent Psychotherapy*. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 18(2), 53-61.
- Diagnostic, A. (1994). **statistical manual of mental disorders**. **American Psychiatric Association**. Washington, DC, 886.

- Drewery, W., & Winslade, J. (1997). *The theoretical story of narrative therapy*. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket, & D. Epston (Eds.), **Narrative Therapy in Practice: The Archaeology of Hope**. San Francisco. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Duba, J. D., Kindsvatter, A., & Priddy, C. J. (2010). *Deconstructing the Mirror's Reflection: Narrative Therapy Groups for Women Dissatisfied with Their Body*. **Adult span Journal**, 9(2), 103-116.
- Edwards, V., Anda, R., Nordenberg, D., Felitti, V., Williamson, D., Howard, N., & Wright, J. (2001). *An investigation of response rate bias in an epidemiological study of child abuse*. **Child Abuse & Neglect**, 25, 307-312.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. **Behaviour Research and Therapy**, 38(4), 319-345.
- Elizabeth, M., & Akpama, G. (2013). *The Effect of Cognitive and Behaviour Therapies on Prison and Post-Prison Inmates' Psychological Adjustment, In Afokang Prison, Cross River State, Nigeria*. **IOSR Journal of Research & Method in Education**, 2, 20-25.
- Elliott, R., Davis, K., & Slatick, E. (1998). *Emotion-focused Therapy for Post-Traumatic Stress Difficulties*. In L. Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson (Eds.), **Handbook of experiential psychotherapy** (pp. 249-271). New York: Guilford.

- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2004). **Learning emotion-focused therapy: The Emotion-focused approach to change**. Washington, DC: APA.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R., & Blank Jr, A. (1997). *Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma*. *American journal of psychiatry*, 154(11), 1576-1581.
- Erbes, C. R., Stillman, J. R., Wieling, E., Bera, W., & Leskela, J. (2014). *A pilot examination of the use of narrative therapy with individuals diagnosed with PTSD*. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 730-733.
- Espinosa, P. (2012). **Creating New Stories, Creating New Lives: Applying Narrative Therapy to Survivors of Human Sex Trafficking**.
- Feeny, N. C., Rytwinski, N. K., & Zoellner, L. A. (2014). *The crucial role of social support*. In L. Zoellner & N. Feeny (Eds.), **Facilitating resilience and recovery following trauma** (pp. 291-324). New York: Guilford Press.
- Feldner, M. T., Monson, C. M., & Friedman, M. J. (2007). *A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention: current status and theoretically derived future directions*. *Behavior Modification*, 31(1), 80-116.

- Fish, V. (1993). ***POSTSTRUCTURALISM IN FAMILY THERAPY: INTERROGATING THE NARRATIVE/CONVERSATIONAL MODE***. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(3), 221-232.
- Foster, C., & Banes, J. (2009). ***Use of a narrative therapy approach with a man with a learning disability: an alternative to cognitive behavioural therapy?*** *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 3(1), 52-55.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). **Narrative Therapy: The social construction of preferred real**. WW Norton & Company.
- Freedman, J., & Combs, G. (2009). ***Narrative ideas for consulting with communities and organizations: Ripples from the gatherings***. *Family Process*, 48(3), 347-362 .
- Freeman, J. C., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). **Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families**. WW Norton & Company.
- Friedman, J. (2008). **Posttraumatic stress disorder**: An overview. from http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs_overview.html
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2014). **Handbook of PTSD, Second Edition: Science and Practice**. Guilford Publications.
- Friedrich, J. (2008). ***Children and trauma: A narrative-based playgroup***. *Journal of Poetry Therapy*, 21(4), 203-217 .

Gardner, P. J., & Poole, J. M. (2009). *One story at a time: Narrative therapy, older adults, and addictions*. *Journal of Applied Gerontology*, 28(5), 600-620 .

Gehart, D. R. (2009). *Mastering Competencies in Family Therapy: A Practical Approach to Theory and Clinical Case Documentation*: Cengage Learning.

Gelder, M., Gath, D., Mayon, R., Philip, G. (1997). *Reaction to stressful experiences consis Oxford Textbook- of psychiatry* (pp. 86-88): Oxford University Press.

Ghavami, M., Sadeghi, H., & Mohammadi, E. (2014). *The Effectiveness of Narrative Therapy on the Decrease of Social Phobia in the Female High School Students: Isfahan*. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(9), 469 .

Gonclaves, O., & Machado, P. (1999). *Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations*. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1179-1191 .

Graham, G. (2010). *The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness*: Taylor & Francis.

Grassetti, S. N., Herres, J., Williamson, A. A., Yarger, H. A., Layne, C. M., & Kobak, R. (2015). *Narrative focus predicts symptom change trajectories in group treatment for traumatized and bereaved*

adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44(6), 933-941 .

Grenz, S. J. (1996). **A primer on postmodernism**: Wm. B. Eerdmans Publishing.

Grimm, R. (2003). *Narrative therapy with older adults*. In j. Ronch & j. Goldfield's (Eds.), **Mental Wellness in Aging: Strength-Based Approaches** (pp. 237 - 271). Baltimore, MA: Health Professions Press.

Gudiño, O. G., Leonard, S., & Cloitre, M. (2016). *STAIR-A for girls: A pilot study of a skills-based group for traumatized youth in an urban school setting. Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 67-79 .

Guilfoyle, M. (2014). **The person in narrative therapy: A post-structural, Foucauldian account**: Springer.

Halvorsen, J. Ø., & Stenmark, H. (2010). *Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. Scandinavian Journal of Psychology*, 51(6), 495-502 .

Haney, C. (2003). *The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment. Prisoners once removed: The impact of*

incarceration and reentry on children, families, and communities,
33, 66 .

Hannen, E., & Woods, K. (2012). *Narrative therapy with an adolescent who self-cuts: A case example*. *Educational Psychology in Practice*, 28(2), 187-214 .

Harvey, M. A. (2009). *PREPARING FOR BATTLE AGAINST THE HEARING LOSS: A NARRATIVE THERAPY APPROACH*. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association (JADARA)*, 42(2) .

Hasanovic, M. (2002). *Islamic Perspective of Spiritual Healing of PTSD*. *BIMA Journal*, 3(5-6), 111-123 .

Headman, N. (2004). *In the Use of Narrative Therapy with Couple Affected by Anxiety Disorder*. from
<http://mailer.fsc.edu/~cifley/Book/BTT/Narrative.htm>

Heffernan, E. B., Andersen, K. C., Aboud, A., Scotney, A., & Kinner, S. A. (2015). **The Family Business: Improving the Understanding and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Among Incarcerated Aboriginal and Torres Strait Islander Women: Report: Beyond blue.**

Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). *Treatment of traumatized victims of*

war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. Psychotherapy and psychosomatics, 80(6), 345-352 .

Hermans, H. (2004). *The Innovation of Self-Narratives*. A Dialogical Approach. In A. Lynne & M. John (Eds.), **The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research** (pp. 175-191). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Hibel, J., & Polanco, M. (2010). *Tuning the ear: Listening in narrative therapy. Journal of Systemic Therapies*, 29(1), 51-66 .

Hijazi, A. M. (2012). **Narrative exposure therapy to treat traumatic stress in middle eastern refugees: a clinical Trial**. Wayne State University .

Hilker, C. (2005). **Making trouble for problems: Therapeutic assumptions and research behind the narrative practice of externalizing conversations**. San Francisco, CA: Argosy University .

Hill, N. L. (2011). *Externalizing conversations: Single session narrative group interventions in a partial hospital setting. Clinical Social Work Journal*, 39(3), 279-287 .

Hoffman, L. (1993). **Exchanging voices: A collaborative approach to family therapy**. Karnac Books.

- Howard, G. S. (1991). *Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy*. **American Psychologist**, 46(3), 187 .
- Hoyt, M. F. (2005). *Brief psychotherapies*. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), **Essential Psychotherapies: Theory and Practice** (pp. 350-399). New York & London: The Guilford Press.
- Hydén, L.-C. (2008). *Analys av berättelser i forskningsintervjuer*. I Larsson. Sam, Sjöblom, Yvonne & Lilja, John (red.) **Narrativa Metoder I Socialt Arbete** .(1. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Ikonomopoulos, J., Smith, R. L., & Schmidt, C. (2015). *Integrating narrative therapy within rehabilitative programming for incarcerated adolescents*. **Journal of Counseling & Development**, 93(4), 460-470.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2012). *The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents*. **Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology**, 62(4), 219-222.
- Johnson, J. (2012). *Using externalization as a means to regulate emotion in children with autism spectrum disorders*. **Journal of family psychotherapy**, 23(2), 163-168.

- Kamali, K., & Yoosefi Looyeh, M. (2013). *Narrative intervention: A school-based counseling strategy for students with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Intervention in School and Clinic*, 48(5), 307-312 .
- Keeling, M. L., & Bermudez, M. (2006). *Externalizing problems through art and writing: Experience of process and helpfulness*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 405-419 .
- Keller, A., Lhewa, D., Rosenfeld, B., Sachs, E., Aladjem, A., Cohen, I., . . . Porterfield, K. (2006). *Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services*. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(3), 188-194 .
- Kelley, P. (2013). *Narratives*. *Encyclopedia of Social Work*, 5-10. doi: 10.1093/acrefore/9780199975839.013.259
- Khamis, V. (2013). *Long-term psychological effects of the last Israeli offensive on Gaza on Palestinian children & parents*. Gaza: Gaza Community Mental Health Programme .
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). *National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria*. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547 .

- Koopman, C., Ismailji, T., Holmes, D., Classen, C. C., Palesh, O., & Wales, T. (2005). *The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence*. *Journal of Health psychology*, 10(2), 211-221 .
- Kress, V. E., Hinkle, M. G., & Protivnak, J. J. (2011). *Letters from the future: Suggestions for using letter writing as a school counselling intervention*. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 21(1), 74 .
- Kunzle, E. (2005). *Changes in Narrative Quality Pre – Post emotional Focused Therapy for Childhood Abused Trauma*. (Unpublished Doctoral Dissertation), University of Alberta, Alberta
- Lambie, G. W., & Milsom, A. (2010). *A narrative approach to supporting students diagnosed with learning disabilities*. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 196-203 .
- Lander, I. (2008). *Using family attachment narrative therapy to heal the wounds of twinship: a case study of an 11-year-old boy*. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25(5), 367-383 .
- Lane, W. D., Myers, K. J., Hill, M. C., & Lane, D. E. (2016). *Utilizing Narrative Methodology in Trauma Treatment with Haitian Earthquake Survivors*. *Journal of Loss and Trauma*, 21(6), 560-574 .

Laube, J. J. (1998). *Therapist role in narrative group psychotherapy. Group*, 22(4), 227-243 .

Launer, J. (2006). *New stories for old: Narrative-based primary care in Great Britain. Families, Systems, & Health*, 24(3), 336 .

Leigh Wills, J., & Schuldberg, D. (2016). *Chronic trauma effects on personality traits in police officers. Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 185-189 .

Lewis, B. (2011). *Narrative psychiatry: How stories can shape clinical practice*: JHU Press.

Lindblom, K. M., & Gray, M. J. (2010). *Relationship closeness and trauma narrative detail: A critical analysis of betrayal trauma theory. Applied Cognitive Psychology*, 24(1), 1-19 .

Looyeh, M. Y., Kamali, K., Ghasemi, A., & Tonawanik, P. (2014). *Treating social phobia in children through group narrative therapy. The arts in psychotherapy*, 41(1), 16-20 .

Looyeh, M. Y., Kamali, K., & Shafieian, R. (2012). *An exploratory study of the effectiveness of group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms. Archives of psychiatric Nursing*, 26(5), 404-410.

- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). *Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition*. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445.
- Madigan, S. (2011). **Narrative therapy**: American Psychological Association.
- Madsen, W. C. (2007). **Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families**: Guilford Publications.
- 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**. (Doctoral dissertation), The University of Jordan, Jordan.
- Matthes-Loy, C. (2011). **Narrative therapy for posttraumatic stress disorder: Narrative change and symptom reduction**. Northcentral University.
- Mausfeld, R. (2009). *Psychology, "white torture" and the responsibility of scientists*. *Psychologische Rundschau*, 60, 229-240.
- McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: *A problematic diagnostic category*. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 211-222.

- McLean, K. C., & Pratt, M. W. (2006). *Life's little (and big) lessons: identity statuses and meaning-making in the turning point narratives of emerging adults*. *Developmental psychology*, 42(4), 714.
- Mcleod, J. (2006). *Narrative Approaches to Therapy*. In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*, 2nd edn. London: SAGE.
- McNally, R. J. (2005). **Remembering trauma**: Harvard University Press.
- Melgosa, J. (2007). **Developing a healthy mind: A practical guide for any situation**: Editorial Safeliz.
- Miller, B. J., Cardona, J. R. P., & Hardin, M. (2007). *The use of narrative therapy and internal family systems with survivors of childhood sexual abuse: Examining issues related to loss and oppression*. *Journal of Feminist Family Therapy*, 18(4), 1-27.
- Monk, G. (1997). *How narrative therapy works*. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket, & D. Epston (Eds.), **Narrative therapy in practice: The archaeology of hope** (pp. 3-31). San Francisco, CA: Wiley.
- Morgan, A. (2000). **What is narrative therapy: Adelaide**: Dulwich Centre Publications.
- Morgan, M. L., Brosi, W. A., & Brosi, M. W. (2011). *Restorying older adults' narratives about self and substance abuse*. *The American Journal of Family Therapy*, 39(5), 444-455.

- Morie, J. F., Haynes, E., & Chance, E. (2011). **Warriors' journey: a path to healing through narrative exploration**. *International Journal on Disability and Human Development*, 10(1), 17-23.
- Morina, N., Maier, T., Bryant, R., Knaevelsrud, C., Wittmann, L., Rufer, M., . . . Müller, J. (2012). *Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: a pilot study*. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 17660.
- Murdock, N. L. (2009). **Theories of Counseling and Psychotherapy: A Case Approach**: Merrill/Pearson.
- Murdock, N. L. (2013). **Theories of Counseling and Psychotherapy: A Case Approach**: Pearson.
- Nasim, R. (2007). *'A Different Story': Narrative Group Therapy in a Psychiatric Day Centre*. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2007(1), 15.
- Ncube-Mlilo, N., & Denborough, D. (2007). **Tree of Life, mainstreaming psychosocial care and support: a manual for facilitators**. **Randburg, South Africa**: REPSSI.
- Ncube, N. (2010). *The journey of healing: Using narrative therapy and map-making to respond to child abuse in South Africa*. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2010(1), 3.

Nelson, H. L. (2014). **Stories and their limits: Narrative approaches to bioethics**: Routledge.

Nelson, T. (2012). **MFT model Charts**. from http://www.aamft.org/Institutes13/Supervision/Individual_Documents/Saturday/mftmodelchartssup.pdf.

Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). *Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study*. **Cognitive Behaviour Therapy**, 39(2), 81-91.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). *A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement*. **Journal of consulting and clinical psychology**, 72(4), 579.

Nolen-Hoeksema, S. (2015). **Abnormal psychology**: McGraw-Hill Boston.

Norris, F. H., Weisshaar, D. L., Conrad, M. L., Diaz, E. M., Murphy, A. D., & Ibañez, G. E. (2001). *A qualitative analysis of posttraumatic stress among Mexican victims of disaster*. **Journal of Traumatic Stress**, 14(4), 741-756.

NTCT. (2013). **About Narrative Therapy**. from <http://www.narrativetherapycentre.com/narrative.html>

- Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement*. *BMC Psychiatry*, 5(1), 7.
- Osatuke, K., Glick, M., Gray, M., Reynolds, D. A., Humphreys, C., Salvi, L., & Stiles, W. (2004). *Assimilation and Narrative. Stories as Meaning Bridges*. In A. Lynne & M. John (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 193-210). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf-Leuschner, M., Goder, R., Elbert, T., . . . Seeck-Hirschner, M. (2014). *Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder*. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(4), 108-117.
- Pack, M. (2008). *“Back from the Edge of the World”: Re-Authoring a Story of Practice with Stress and Trauma Using Gestalt Theories and Narrative Approaches*. *Journal of Systemic Therapies*, 27(3), 30-44.
- Pasupathi, M., Mansour, E., & Brubaker, J. R. (2007). *Developing a life story: Constructing relations between self and experience in autobiographical narratives*. *Human Development*, 50(2-3), 85-110.

- Payne, M. (2006). **Narrative Therapy**: SAGE Publications.
- Payne, M. (2011). *Narrative Therapy*. In W. Dryden & A. Reeves (Eds.), **The Handbook of Individual Therapy** (pp. 469-495). London: SAGE.
- Petersen, S., Bull, C., Propst, O., Dettinger, S., & Detwiler, L. (2005). *Narrative Therapy to Prevent Illness-Related Stress Disorder*. **Journal of Counseling & Development**, 83(1), 41-47.
- Phillips, K. E., Rosen, G. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2006). *A cross-cultural assessment of posttrauma reactions among Malaysian and US women reporting partner abuse*. **Journal of Family Violence**, 21(4), 259-262.
- Phipps, W. D., & Vorster, C. (2009). *Narrative therapy: a return to the intrapsychic perspective?* **South African Journal of Psychology**, 39(1), 32-45.
- Polkinghorne, D. E. (1991). *Narrative and self-concept*. **Journal of narrative and life history**, 1(2), 135-153.
- Ponterotto, J. G. (2005). *Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science*. **Journal of counseling psychology**, 52(2), 126.
- Poole, G. E. (2010). **Therapies for Refugees, Asylum Seekers, and New Migrants: Best and Promising Practice Guide for Mental Health**

and Addiction Services: National Centre of Mental Health research, Information and Workforce Development.

Poole, J., Gardner, P., Flower, M. C., & Cooper, C. (2009). *Narrative therapy, older adults, and group work? Practice, research, and recommendations*. *Social Work with Groups*, 32(4), 288-302 .

Rahmani, P. (2011). *The efficacy of narrative therapy and storytelling in reducing reading errors of dyslexic children*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29, 780-785.

Ramsay, G., & Sweet, H. (2008). *A Creative Guide to Exploring Your Life: Self-Reflection Using Photography, Art, and Writing*: Jessica Kingsley Publishers.

Randall, G. R., & Lutz, E. L. (1991). *Serving survivors of torture: A practical manual for health professionals and other service providers*. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080218>

Rapley, M. (2004). *The social construction of intellectual disability*: Cambridge University Press.

Resick, P., Monson, C., & Chard, K. (2006). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. *Clinical Psychology*, 74, 898-907.

Ribeiro, A. P., Bento, T., Gonçalves, M. M., & Salgado, J. (2010). *Commentary: Self-narrative reconstruction in psychotherapy*:

- Looking at different levels of narrative development. Culture & Psychology*, 16(2), 195-212.
- Rice, P. L. (1999). **Stress and health**: Brooks/Cole Publishing Pacific Grove, CA.
- Richert, A. J. (2003). *Living stories, telling stories, changing stories: Experiential use of the relationship in narrative therapy*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(2), 188.
- Robbins, J. M., & Pehrsson, D.-E. (2009). *Anorexia nervosa: A synthesis of poetic and narrative therapies in the outpatient treatment of young adult women*. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4(1), 42-56..
- Sarraj, E. E., Punamäki, R. L., Salmi, S., & Summer-field, D. (1996). *Experiences of torture and ill-treatment and posttraumatic stress disorder symptoms among Palestinian political prisoners*. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 595-606.
- Satcher, D., Friel, S., & Bell, R. (2007). *Natural and manmade disasters and mental health*. *JAMA*, 298(21), 2540-2542 .
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). *Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(5), 298-306.

- Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). **Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders**: Hogrefe Publishing.
- Schiff, B. (2006). *The promise (and challenge) of an innovative narrative psychology*. *Narrative Inquiry*, 16(1), 19-27.
- Schiraldi, G. (2016). **The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook, Revised and Expanded Second Edition: A Guide to Healing, Recovery, and Growth: A Guide to Healing, Recovery, and Growth**: McGraw Hill Professional.
- Schram, T. H. (2006). **Conceptualizing and Proposing Qualitative Research**: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Scott, M. J. (2008). **Moving on after trauma: a guide for survivors, family and friends**. Hove: Routledge.
- Scott, N., Hanstock, T. L., & Patterson-Kane, L. (2013). *Using narrative therapy to treat eating disorder not otherwise specified*. *Clinical Case Studies*, 12(4), 307-321.
- Seligman, L., & Gibb, D. S. (2001). **Test Bank and Videotape Handbook to Accompany Systems, Strategies, and Skills of Counseling and Psychotherapy**: Merrill/Prentice Hall.

- Semmler, P. L., & Williams, C. B. (2000). *Narrative therapy: A storied context for multicultural counseling*. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 28(1), 51-62.
- Seo, M., Kang, H., Lee, Y., & Chae, S. (2015). *Narrative therapy with an emotional approach for people with depression: Improved symptom and cognitive-emotional outcomes*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(6), 379-389.
- Shapiro, J., & Ross, V. (2002). *Applications of narrative theory and therapy to the practice of family medicine*. *Family Medicine - Kansas City* -, 34(2), 96-100.
- Sharf, R. S. (2004). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases*: Thomson/Brooks/Cole.
- Singleton, N., Gatward, R., & Meltzer, H. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*: Stationery Office London.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., . . . Austenfeld, J. L. (2002). *Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients*. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 4160-4168.
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., & Fink, A. (2003). *A mental health intervention for schoolchildren*

exposed to violence: A randomized controlled trial. JAMA, 290(5), 603-611 .

Stein, D. J., Friedman, M., & Blanco, C. (2011). **Post-traumatic stress disorder** (Vol. 26): John Wiley & Sons.

Stillman, J. R. (2010). **Narrative therapy trauma manual: A principle-based approach**: Caspersen, LLC.

Taylor, L. K., & Weems, C. F. (2011). *Cognitive-behavior therapy for disaster-exposed youth with posttraumatic stress: results from a multiple-baseline examination. Behavior therapy*, 42(3), 349-363.

Taylor, S. E., & Sirois, F. M. (1995). **Health psychology**: McGraw-Hill New York.

Terr, L. (1990). **Too scared to cry** New York. NY: Harper & Row.

Thabet, A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2001). **Effect of trauma on the mental health of Palestinian children and mothers in the Gaza Strip .Eastern Mediterranean health journal**.7(3), 413-421.

Theron, H., & Bruwer, D. (2008). *Narrative therapy. Continuing Medical Education*, 24(8), 449.

Turner, F. J. (1999). **Adult Psychopathology, Second Edition: A Social Work Perspective**: Free Press.

- Umbers, A. (2011). *The Green Bubble: Narrative, Time Away in the Bush, and Restoring Personal Agency after Hard Times*. **International Journal of Narrative Therapy & Community Work** (2), 23.
- Van Den Bergh, N. (1995). **Feminist Practice in the 21st Century**: NASW Press.
- van der Kolk, B. A. (2005). *Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. **Psychiatric Annals**, 35(5), 401-408.
- van der Velden, I., & Koops, M. (2005). *Structure in word and image: Combining narrative therapy and art therapy in groups of survivors of war*. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 3(1), 57-64.
- Van der Velden, P. G., Wong, A., Boshuizen, H. C., & Grievink, L. (2013). *Persistent mental health disturbances during the 10 years after a disaster: Four-wave longitudinal comparative study*. **Psychiatry and clinical neurosciences**, 67(2), 110-118.
- Van Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., & Roelofs, K. (2002). *Changes in PTSD patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension*. **Journal of Traumatic Stress**, 15(3), 255-258.

- Vaskinn, A., Sele, P., Eftevåg Larsen, F. A., & Dal, A. (2011). *Talk is Not Cheap: A Narrative Approach to the Successful Discharge of a "Dangerous Male with Schizophrenia" From a Medium Security Ward*. *Clinical Case Studies*, 10(3), 247-258.
- Visher, C. A., & Travis, J. (2003). *Transitions from prison to community: Understanding individual pathways*. *Annual review of sociology*, 29(1), 89-113.
- Vromans, L. P. (2008). **Process and outcome of narrative therapy for major depressive disorder in adults: Narrative reflexivity, working alliance and improved symptom and inter-personal outcomes**. Queensland University of Technology.
- Vromans, L. P., & Schweitzer, R. D. (2011). *Narrative therapy for adults with major depressive disorder: improved symptom and interpersonal outcomes*. *Psychotherapy Research*, 21(1), 4-15.
- Walther, S., & Carey, M. (2009). *Narrative therapy, difference and possibility: inviting new becomings*. *Context*, 105, 3-8.
- Waters, K. R. (2011). *The hungry-for-attention metaphor: Integrating narrative and behavioural therapy for families with attention seeking children*. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 208-219.

- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., . . . Marx, B. P. (2017). **The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and Initial Psychometric Evaluation in Military Veterans** <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000486>.
- Weber, M., Davis, K., & McPhie, L. (2006). *Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural NSW*. *Australian Social Work*, 59(4), 391-405.
- Weir, K. (2012). Alone, in ‘the hole’: *Psychologists probe the mental health effects of solitary confinement*. *Monitor on Psychology*, 43(5), 54-56.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2000). **Developmental psychopathology: From infancy through adolescence**: McGraw-Hill.
- West, J. D., & Bubenzer, D. L. (2002). *Narrative family therapy*. In J. Carlson & D. Kjos (Eds.), **Theories and Strategies of Family Therapy**. Boston: Allyn and Bacon.
- White, C. (2009). *Where did it all begin? Reflecting on the collaborative work of Michael White and David Epston*. *Context*, 105, 59-60.
- White, M. (2004). *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective*.

International Journal of Narrative Therapy & Community Work, 2004(1), 45.

White, M. (2005). *Children, trauma and subordinate storyline development*. **International Journal of Narrative Therapy & Community Work**, 2005(3/4), 10.

White, M. (2006). *Externalizing conversations revisited*. In A. Morgan & M. White (Eds.), **Narrative therapy with children and their families** (pp. 2–56). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2007). **Maps of narrative practice**: WW Norton & Company.

White, M. (2008). **Narrative Therapy**. from <http://www.massey.ac.nz/-/virtual/white.htm>

White, M., & Epston, D. (1990). **Narrative means to therapeutic ends**: WW Norton & Company.

White, M. K. (1995). **Re-authoring lives: Interviews & essays**: Dulwich Centre Publications.

White, M. K. (2000). **Reflections on narrative practice: Essays and interviews**: Dulwich Centre Publications.

WHO. (1992). **Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD – IO): Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. WHO Geneve Switzerland.

Witney, M. N. (2012). *Using metaphor and narrative ideas in trauma and family therapy*. **HTS Theological Studies**, 68(2), 99-104.

Wolff, N., Huening, J., Shi, J., & Frueh, B. C. (2014). *Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among incarcerated men*. **Journal of Urban Health**, 91(4), 707-719.

Yanos, P. T., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M., & Lysaker, P. H. (2012). *Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial*. **Psychological Services**, 9(3), 248.

Young, E. (2009). *Memoirs: Rewriting the social construction of mental illness*. **Narrative Inquiry**, 19(1), 52-68.

Zang, Y., Hunt, N., & Cox, T. (2014). *Adapting narrative exposure therapy for Chinese earthquake survivors: A pilot randomised controlled feasibility study*. **BMC psychiatry**, 14(1), 262.

Zimmerman, J. L., & Dickerson, V. C. (1996). **If problems talked: Narrative therapy in action**: Guilford Press.

Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2014). **Facilitating resilience and recovery following trauma**. Guilford Publications.

الملاحق

ملحق رقم (1)

مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

تحية طيبة وبعد،

يسعى الباحث إلى تنفيذ برنامج علاجي جمعي لفئة الأسرى المحررين تحت عنوان "فاعلية برنامج علاج جمعي روائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين" وذلك لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الافراد الذين سيشاركون بالبرنامج ، وبدايةً لحصر أعضاء البرنامج الذين من المأمول مشاركتهم، سيتم تطبيق استبانة متعلقة بتشخيص المشكلة التي يعالجها البرنامج، وعليه أمامك مجموعة من الفقرات التي تسعى إلى تشخيص المشكلة ذات العلاقة بالبرنامج، ففي حال موافقتك مبدئياً على المشاركة في البرنامج يرجى من حضرتك الإجابة على هذه الفقرات بأمانة وموضوعية، وإذا لم ترغب أن تكون مرشحاً كعضو في البرنامج الإرشادي المنوي تنفيذه، فلا داعي لاستكمال قراءة هذه الوثيقة ولا داعي للإجابة على فقرات الاستبانة، كما يرجى منك أن تكتب رقم جوالك أو هاتفك كي يتم التواصل معك في حال كنت مرشحاً كعضو في البرنامج الإرشادي في ضوء نتائج الاستبانة وكي يتم الحصول على موافقتك النهائية للالتحاق بالبرنامج.

الاسم:

رقم الجوال:

أنا الموقع أدناه أرغب في الإجابة على فقرات الاستبانة كمواقفة مبدئية مني للمشاركة في البرنامج الإرشادي الجمعي المعنون بـ " برنامج علاج جمعي روائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين "

التوقيع:

التاريخ:

الباحث / أحمد منصور

جامعة النجاح الوطنية

كلية الدراسات العليا

برنامج ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الأسر. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب على كل الأسئلة. علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات فقط

الرقم	الخبرة الصادمة	5 دائما	4 غالبا	3 احيانا	2 نادرا	1 ابدا
1.	أتخيل صور، وذكريات، أو أفكار عن خبرة الأسر المؤلمة					
2.	احلم أحلام مزعجة تتعلق بخبرة الأسر؟					
3.	تراودني مشاعر فجائية بان خبرة الأسر التي مررت بها ستحدث مرة أخرى					
4.	اتضايق من الأشياء التي تذكرني بما تعرضت له من خبرات اثناء الأسر					
5.	اشعر بضيق تنفس، أو تعرق، أو رعشة عندما اتذكر تجربة الأسر					
6.	ابذل جهد لتتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرني بخبرة السجن					
7.	ابذل جهد لتتجنب المواقف والأنشطة التي تذكرني بتجربة الأسر					
8.	اعاني من فقدان الذاكرة لبعض مواقف الاعتقال التي تعرضت لها (فقدان ناكرة نفسي محدد)					
9.	أجد صعوبة بالعودة لحياتي الطبيعية قبل الاعتقال					
10.	اشعر بالعزلة والبعد عن الآخرين نتيجة ما تعرضت له اثناء الأسر					
11.	أصبحت فاقد الشعور بالحزن والحب بعد خبرة الأسر (متلبس الإحساس)					
12.	اشعر بقصر المستقبل خاصة حول تحقيق اهداف الحياة مثل الزواج والعمل ..					
13.	الوم نفسي جراء ما اصابني من خبرات اثناء الأسر					
14.	اشعر ان تجربة الاعتقال جعلتني أرى الأحداث من حولي بصورة سلبية					
15.	أصبحت أواجه صعوبة في النوم أو البقاء نائما لما تعرضت له من خبرات اثناء الأسر					
16.	اصبحت أكثر بعد غضبا وتوترا بعد خبرة الأسر التي مررت بها					
17.	اصبحت اعاني من صعوبات في التركيز بعد خبرة الأسر التي مررت بها					
18.	اشعر انه السهل تشتيت انتباهي بعد خبرة الأسر التي مررت بها					
19.	أصبحت لدي يقظة مفرطة تجاه ما يدور حولي ومتحفزا متوقع الأسوأ					
20.	بعد خبرة الأسر أصبحت متهورا أقوم بأعمال قد تؤذي نفسي					

ملحق رقم (2)

البرنامج العلاجي الروائي

عناصر البرنامج:

- أ - الهدف العام للبرنامج.
- ب - الأهداف الإجرائية للبرنامج.
- ج - الأساليب المتبعة داخل البرنامج.

أهداف البرنامج:

1. معرفة فاعلية العلاج الروائي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
2. خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين.
3. فصل تأثير المشكلات عن الأشخاص المشاركين.

الأهداف الإجرائية للبرنامج:

يمكن حصر الأهداف الإجرائية للبرنامج فيما يلي:

1. تشجيع المشاركين على إيجاد معنى فريد في روايتهم الخاصة.
2. تبصير المشاركين في البرنامج بنقاط القوة في رواياتهم الخاصة.
3. تناول أثر الخبرات الصادمة على حياة الأشخاص.
4. الوقوف على مدى فاعلية جلسات البرنامج في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

الأساليب الإرشادية المتبعة داخل البرنامج:

يتضمن البرنامج أسلوب الإرشاد الجمعي من خلال عمل جلسات تحتوي على منهجية العلاج الروائي ومدى أثرها في تحقيق أهداف البرنامج.

مراحل تطبيق البرنامج:

1. **مرحلة البدء:** (مرحلة التحضير) يقوم المرشد. بحصر المشاركين الذين يعانون من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ثم البدء في التطبيق للبرنامج، وهي مرحلة الجلسات الأولى التي يتم فيها التعارف والتمهيد للبرنامج، وشرح أهداف البرنامج وإطار العمل، ويتم ذلك في الجلسات الفردية التمهيدية والجلسة الأولى الجماعية.

2. **مرحلة الانتقال:** وتركز على المشكلة الرئيسية وهي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
3. **مرحلة العمل البناء:** وتهدف التي أن يعمل المرشد بتنفيذ جلسات برنامج العلاج الروائي وفق تقنياته المحددة بالبرنامج وضمن تسلسل منظم مع المجموعة العلاجية، ويتم ذلك في الجلسات من (3) إلى (11).
4. **مرحلة الإنهاء:** ويتم في هذه المرحلة بلورة الأهداف المكتسبة ومراجعة ما تم مناقشته من أفكار وماهي القرارات التي تم التوصل إليها، والقيام بنشر الروايات الجديدة التي توصل إليها المشاركون ومن ثم تهيئتهم نفسياً لإنهاء البرنامج ويتم ذلك في الجلسة الأخيرة.

جلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى: جلسة بنائية

أهداف الجلسة

- شرح الأهداف للبرنامج.
- التأكيد والاتفاق على قوانين المجموعة الإرشادية.
- كسر الجليد.

الادوات المستخدمة

السيبورة، أقلام، أوراق

الأسلوب المستخدمة

المحاضرة، المناقشة، العصف الذهني

م	النشاط
1	ترحيب
2	عرض أهداف البرنامج
3	تعارف
4	توقعات الأعضاء من البرنامج
5	قواعد المجموعة
6	شرح المقصود بالعلاج الروائي
7	إنهاء الجلسة

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد باستقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بالمجموعة الإرشادية في الجلسة الأولى وهي بمثابة جلسة بنائية للمجموعة الإرشادية.
2. يقوم المرشد بعرض أهداف البرنامج، والنتائج المترتبة للمشاركة في البرنامج، وذلك باستخدام أسلوب المحاضرة والنقاش وتكون الوسائل والأدوات قلم والسبورة.
3. لتحقيق جو من الثقة والتفاعل لابد من كسر الجليد وذلك عبر تمرين اسمه (واحد لواحد) ويهدف التمرين لكسر الحواجز بين المشاركين ويقوم، بأن يعبر كل شخص عن نفسه ويعرف عنها كما يريد للأخر، مثلاً: اسمه؟ ترتيب الولادة؟ ماذا يحب؟ وماذا يكره؟ ألوانه المفضلة؟ ما هي أكلته المفضلة؟ ويكون سير التمرين عبر أن يذكر كل فرد اسم صديقة وما هي المعلومات التي زوده بها.
4. يقوم المرشد بطرح سؤال ما هي توقعات كل فرد حول البرنامج.
5. المرحلة الأخرى من الجلسة هي التأكيد على الحقوق والواجبات للمجموعة، وذلك بترك المجموعة أن تقرر ما هي الحقوق والواجبات عبر أسلوب العصف الذهني، وتسجيلها على السبورة، والاتفاق عليها.
6. يقوم المرشد بشرح المقصود بالعلاج الروائي.
7. في نهاية الجلسة يؤكد المرشد على ما دار في الجلسة ويلخص مضمونها مع التأكيد للقاء القادم في نفس المكان والزمان.
8. إعطاء واجب، ما هي الأمور التي تحب مناقشتها في الجلسة القادمة؟

الجلسة الثانية: الخبرات الصادمة

أهداف الجلسة

- التعرف على المقصود بالخبرات الصادمة وكيف تؤثر على حياتنا الخاصة.
- التعرف على أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

الادوات المستخدمة

أوراق، أقلام، سبورة

الأسلوب

عصف ذهني، نقاش عبر مجموعات

الفنيات

الايضاح، التدعيم الاجتماعي

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة مع المجموعة الواجب البيتي
3	مناقشة الخبرات الصادمة
4	تقسيم مجموعات كتابة اهم الخبرات الصادمة
5	طرح واجب بيتي وهو ان يكتب كل مشارك قصة تعبر عن أكثر موقف صادم تعرض إليه وما زال يؤثر عليه
6	إنهاء الجلسة

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد بالترحيب بالأعضاء وشكرهم على الالتزام.
2. مناقشة مع الأعضاء أهم النقاط حول الواجب البيتي.
3. طرح سؤال حول المقصود بالخبرة الصادمة.
4. تقسيم مجموعات عبر مناقشة الخبرات الصادمة وما هو تأثيرها المحتمل والقيام بترتيبها تنازليا من اكثرها شدة لأقلها شدة حسب وجهة نظرهم.
5. الانهاء وتلخيص ما دار بالجلسة وإعطاء واجب بيتي بكتابة قصة مفصلة تعبر عن أكثر موقف صادم تعرض اليه وما زال يؤثر عليه.

الجلسة الثالثة: وصف وتسمية المشكلة

أهداف الجلسة

- القدرة على وصف المشكلة واعطائها اسم خاص بها.
- تقييم اثار المشكلة.

- القدرة على فهم الشخص لموقعه وعلاقته بالمشكلة.

الادوات المستخدمة

السيورة، أقلام، أوراق، ألوان

الفنيات

استخراج المشكلة

م	النشاط
1	ترحيب وعرض موضوع الجلسة أهدافها
2	ملخص للجلسة السابقة
3	الطلب من كل عضو بالمجموعة أن يقوم بسرد قصته حول الخبرة الصادمة المتعلقة بالواجب المنزلي
4	تمرين لاستخراج وتسمية المشكلة
5	إنهاء الجلسة

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد باستقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم وعمل تذكير للجلسة السابقة.
2. مناقشة الواجب البيتي حيث كل عضو بالمجموعة يقوم بسرد الخبرة الصادمة ويقوم المرشد وباقي المجموعة بالاستماع والاصغاء لرواية كل عضو.
3. يقوم المرشد بعمل تمرين، وهو ان يلخص كل عضو بالمجموعة قصة زميله الآخر، ويقوم بروايتها بأسلوبه، وبنهاية التمرين يتم مناقشة ردوهم.
4. إعطاء واجب بيتي يتعلق براوية كل عضو ويكون على شكل رسالة يريد كل مشارك أن يبعثها لشخص عزيز، وتشمل الرسالة ما يلي.

- متى لاحظت هذه المشكلة في حياتك لأول مرة؟
- ماذا تعني لك المشكلة؟
- هل من الممكن أن تفكر فيما يحدث لك عندما تكون المشكلة كبيرة جدا (إعطاء كلمات تعبر عن همومك)؟
- هل توجد أوقات تكون فيها المشكلة أقل وليست قوية جدا؟
- إذا أردت أن تصف هذه المشكلة، ما هو اللون الذي يمكن أن تعطيه لهذه المشكلة؟
- قم بإعطاء تسمية للمشكلة؟
- إذا أردت أن ترسم المشكلة فكيف تبدو؟

الجلسة الرابعة: تأثير المشكلة 1

أهداف الجلسة

- القيام بتحديد تأثيرات المشكلة.

الأدوات المستخدمة

السيبورة، أقلام، أوراق

الوسائل المستخدمة

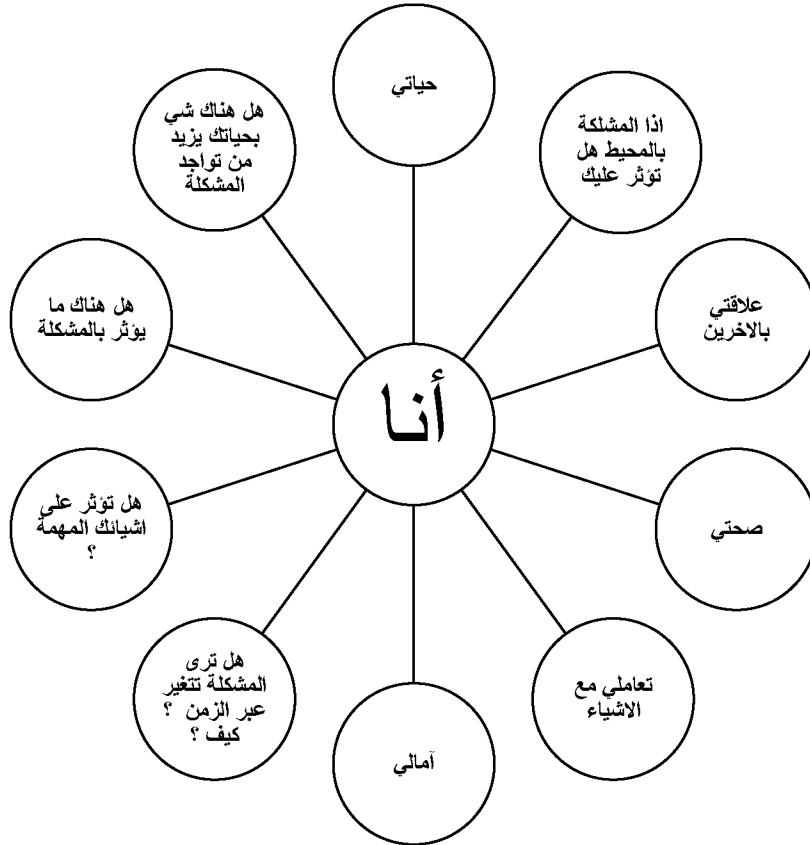
المحاضرة، المناقشة، الرسم

الفنيات: الأسئلة ذات المعنى

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي، ومن ثم عرض موضوع الجلسة أهدافها
3	تمرين رسم تأثيرات المشكلة
4	إنهاء الجلسة وإعطاء واجب منزلي

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد بالترحيب بالمجموعة وشكرهم على الالتزام، ومن ثم يناقش الواجب المنزلي مع أعضاء المجموعة، عبر عرض كل عضو رسالته بالمعنى الخاص فيها.
2. يقوم المرشد بعرض لعنوان الجلسة الحالية وما الهدف منها.
3. يقوم المرشد بتوزيع تمرين مطبوع لتأثير المشكلة كما يراها كل عضو كما في الشكل التالي:



4. يقوم المرشد بمناقشة ردود الأعضاء حول التمرين.
5. الانهاء، وإعطاء واجب وهو أن يكتب كل مشارك تقييم لتأثير المشكلة على حياته، وهل لها آثار جيدة مع توضيحها؟ وما هو وضعها الحالي؟

الجلسة الخامسة: تأثير المشكلة 2

أهداف الجلسة

- قدرة الفرد على حصر آثار المشكلة.
- تمكين الفرد من إيجاد نظرة أخرى لتأثيرات المشكلة.

الأدوات المستخدمة

السيبورة، أقلام، أوراق

الوسائل المستخدمة

المحاضرة، المناقشة

الفنيات

فحص المميزات

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	عرض موضوع الجلسة أهدافها
4	رواية حول الآثار القائمة للمشكلة
5	انهاء

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد بالترحيب بالمجموعة وشكرهم على الالتزام، ومن ثم يناقش معهم الواجب المنزلي.
2. يقوم المرشد بعرض لعنوان الجلسة الحالية وما الهدف منها.
3. يقوم المرشد بالطلب من الأعضاء البدء بكتابة تأثيرات المشكلة القائمة استكمالاً للجلسة السابقة، والبحث في داخلهم عن أسباب قصصية من حياتهم تؤكد هذه التأثيرات.
4. يقوم المرشد بطلب من الأعضاء البحث عن قصص بحياتهم لا تدعم وجود لتأثيرات المشكلة، ومن ثم يختبر مشاعرهم حول الاحتفاظ القصص ذات التأثيرات الإيجابية.
5. تلخيص وانهاء الجلسة، وإعطاء واجب منزلي بكتابه تأثيرات المشكلة وما يوجد بداخل كل فرد من قوة وامكانيات لتحدي هذه التأثيرات.

الجلسة السادسة: فهم الفرد لموقعه وعلاقته بالمشكلة

أهداف الجلسة

- قدرة الفرد على إعطاء تقييم متناسب مع المشكلة.

الأدوات المستخدمة

السيورة، أقلام، أوراق

الوسائل المستخدمة

المحاضرة، المناقشة

الفنيات

لعب دور (ثنائيات)

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	عرض موضوع الجلسة أهدافها
4	تمرين لعب ادوار
5	انهاء

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد باستقبال المشتركين ويشكرهم على الحضور في المكان والزمان المتفق عليهما، ثم

يقوم المرشد بتذكير أعضاء المجموعة الإرشادية بما دار في الجلسة السابقة بما في ذلك سؤالهم

عن الواجب البيتي السابق، ويتم إعطاء الفرصة لكل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية

لتقديم الواجب البيتي.

2. يعرض المرشد أهداف الجلسة وعلاقتها بموضع الواجب البيتي السابق.

3. يقوم المرشد بإعطاء فرصة للأعضاء لعمل ثنائيات حول المشكلات الخاصة بحيث يبدأ كل

عضو بسرد قصة تعبر عن عدم سعادته حول المشكلة، وما هو موقعه الآن من المشكلة؟،

وكيف سوف تكون آماله وأحلامه إن في حال لم يستمر تأثير المشكلة؟ وهل هناك شخص يعرف

بهذه الاحلام والآمال؟ كيف يساعدك لتحصل عليها؟

4. تلخيص الجلسة وإنهائها، ومن ثم إعطاء واجب منزلي حول الأحلام التي كان يحملها كل مشارك وقت المشكلة وما زال يحملها الى الآن.

الجلسة السابعة: فصول الحياة (الخريف والشتاء)

أهداف الجلسة

- إعطاء الفرد قصة تعبر عن قيم الحياة وتقديرهم للذات
- الأدوات المستخدمة
- أوراق وقلم وألوان
- الوسائل المستخدمة

النقاش

الفنيات

الرسم

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي.
3	عرض موضوع الجلسة أهدافها.
4	شرح المقصود بفصول الحياة، وكيف يعبر كل فصل عن مراحل الاعتقال.
5	تمرين فصول الحياة (الخريف والشتاء).
6	إنهاء الجلسة وإعطاء واجب منزلي.

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد باستقبال المجموعة وشكرها على التزامها.
 2. يناقش المرشد مع المجموعة الواجب المنزلي، ومن خلال المناقشة يطرح موضوع الجلسة الحالية وأهدافها.
 3. يقوم المرشد بشرح المقصود بفصول الحياة، وكيف أن كل فصل يعبر عن مراحل الاعتقال
- (1) الخريف: بداية الاعتقال.

(2) الشتاء: مرحلة العزل والتحقيق.

(3) الربيع: مرحلة الأسر.

(4) الصيف: مرحلة الحرية.

ومن خلال ذلك يطلب من الأعضاء البدء بتقسيم الورقة لفصل خريف وآخر شتاء ورسم مظاهر كل فصل معبرين فيها بكلمات عما هو سلبي وإيجابي لكل فصل ويمكن لهذه الكلمات أن تكون أداة مفتاحية لنسج رواية خاصة بكل عضو.

4. يقوم المرشد بالاستماع المزدوج لرواية كل عضو حول الفصول التي مر بها عبر استخدامه الأسئلة الفاحصة ذات المعنى:

فصل الخريف: مرحلة الاعتقال

• الأوراق الخضراء المتساقطة تمثل لحظة الاعتقال.

- (1) ماذا حدث أثناء اعتقالك؟
 - (2) كم كان الوقت؟
 - (3) اين كنت حينها؟
 - (4) كيف تم القبض عليك بصورة ادق ماذا تصرف معك الجنود؟
 - (5) كيف واجهت ذلك؟ ماذا كنت تفكر؟
 - (6) هل استخدمت قدرات تملكها للتخلص من الظروف العصبية؟
 - (7) هل تشعر بوجود مهارات لديك لتخلص من تلك الظروف؟
- ##### • الأوراق البرتقالية المتساقطة لحظة الحجز.

- (1) أين اخذك الجنود؟
 - (2) اوصف المكان؟
 - (3) هل تعرضت للإهانة؟ أوصف ذلك؟
 - (4) هل هناك أفكار كانت تدور بداخلك؟
 - (5) ما هي الأمور الجيدة في تلك المرحلة؟
- ##### • الأوراق الصفراء المتساقطة: المخرجات الفريدة.

- (1) هل شعرت أنك تملك قوة بداخلك وأنت أقوى من الآخرين؟
- (2) هل كان لديك أفكار تساعدك آنذاك؟

(3) ماذا يعني وجود ليك أفكار تشعرك بالقوة في تلك اللحظات؟

(4) هل ما زلت تستخدم هذه الاستثناءات الان؟

فصل الشتاء: مرحلة العزل والتحقيق.

• مرحلة الرياح

(1) أخبرني عن الحالات التي كنت بها مذعورا وخائفا اثناء التحقيق؟

(2) كيف واجهت مشاعرك حينها؟

(3) ما الذي دفعك لمواجهة تلك المشاعر؟

• مرحلة المطر

(1) هل تعرضت للعزل؟

(2) كيف تعاملت مع فكرة الوجوه في تلك المرحلة؟

(3) هل هناك ما فكرت به واشعرتك بالأمان؟

(4) هل قدمت مساعدة لغيرك اثناء العزل؟

(5) ما شعورك بالرضا الان؟

• مرحلة قوس قزح

(1) الأخضر كيف ترى نفسك وانت بالأسر؟

(2) الأزرق هل لديك أي نوايا للمستقبل حينها؟

(3) الأزرق القاتم: هل التزمت بتعهداتك؟

(4) الأصفر: هل حافظت على القيم؟

(5) البرتقالي: ما هي احلامك حينها؟

(6) الأحمر: كيف حافظت على مبادئك؟

(7) البنفسجي: هل امتلكت مهارات؟

5. يقوم المرشد بتلخيص وإنهاء الجلسة وإعطاء واجب استكمالاً للجلسة وهو بكتابة مرحلة قوس قزح المذكور حسب كل لون من ألوانه.

الجلسة الثامنة: فصول الحياة (الربيع والصيف)

أهداف الجلسة

- إعطاء الفرد قصة تعبر عن قيم الحياة وتقديرهم للذات.
- الأدوات المستخدمة

أوراق وقلم وألوان

• الوسائل المستخدمة

النقاش

• الفنيات

الرسم

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	عرض موضوع الجلسة أهدافها
4	استكمال مراحل الفصول (الربيع والصيف)
5	إنهاء الجلسة وإعطاء واجب منزلي

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد باستقبال المجموعة وشكرها على التزامها.
2. يناقش المرشد مع المجموعة الواجب المنزلي ومن خلال المناقشة يطرح موضوع الجلسة الحالية وأهدافها

3. يطلب من الأعضاء البدء بتقسيم الورقة لفصل ربيع وآخر صيف ورسم مظاهر كل فصل معبرين فيها بكلمات عما هو سلبي وإيجابي لكل فصل ويمكن لهذه الكلمات ان تكون أداة مفتاحية لنسج رواية خاصة بكل عضو

4. يقوم المرشد بالاستماع المزدوج لرواية كل عضو حول الفصول التي مر بها عبر استخدامه الأسئلة الفاحصة ذات المعنى:

فصل الربيع: مرحلة الأسر.

• مرحلة الازهار

- 1) ماذا تصف معاناتك بالانتقال من العزل إلى السجن مع بقية الأسرى؟
- 2) ما الفرق الذي شعرت به بالانتقال بين العزل والسجن الاعتيادي؟

- (3) هل أثر بك ان تكون متواجد في السجن الاعتيادي؟ كيف؟
(4) هل قدمت مساعدة اثناء تواجدك بالسجن الاعتيادي لزملائك؟

• **مرحلة الأنشطة داخل المعتقل**

- (1) هل مررت بأوقات تمارس بها أنشطة معينة؟ ما هي الأنشطة؟
(2) كيف تصف مشاعرك بالتنقل بين الغرف والاقسام؟
(3) ماذا كنت تحب ان تفعل بزيارتك للأقسام الأخرى؟
(4) ماذا قدمت لنفسك وللآخرين اثناء تنقلك بين الأقسام؟

فصل الصيف: مرحلة الحرية.

• **مرحلة ما بعد الافراج (الشمس)**

- (1) ماذا كنت تأمل عندما كنت معتقل؟ وماذا كنت تتمنى؟
(2) من أين رسمت هذه الامنيات؟
(3) هل غيرك كان يتمنى ما كنت تتمناه؟
(4) ماذا تتمنى هذه الأيام؟
(5) من اين رسمت هذه الامنيات؟
(6) كيف يمكنك ان تحافظ على امنياتك وتحققها؟

• **مرحلة ما بعد الافراج (القمر)**

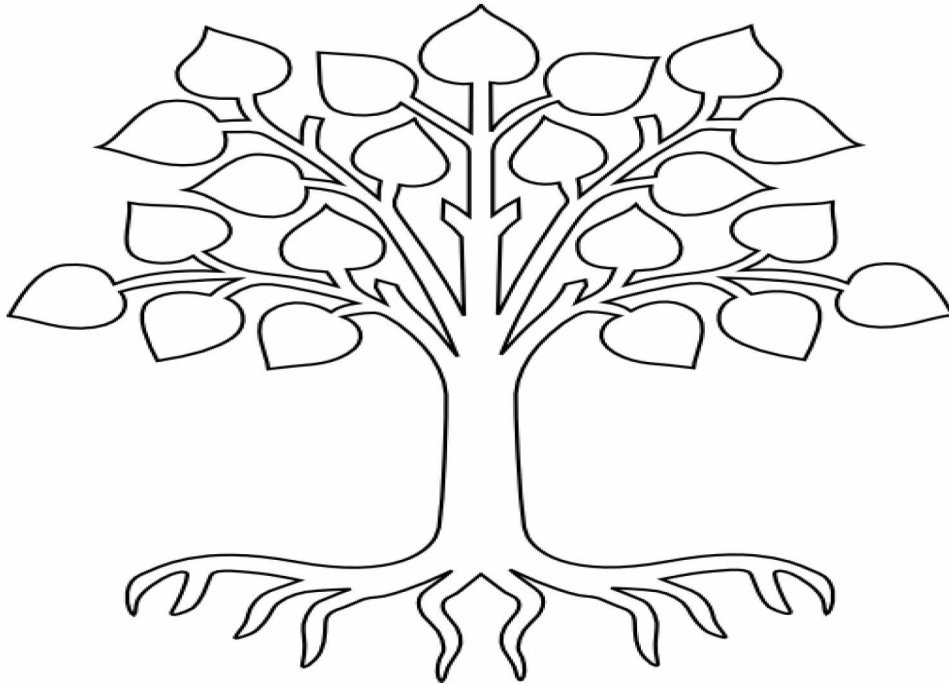
- (1) ما أفضل وفقت مررت به قبل الاعتقال واثاءه وبعده؟
(2) لماذا تعتبر هذه الأوقات محبيه؟ حدثنا عن كل وقت بتفاصيلها؟
(3) ماذا يعني لك انت تتحدث عن هذه الذكريات؟
(4) من تعتقد انه يشاركك نفس الذكريات؟
(5) هل لديك طرق لاسترجاع هذه الذكريات والمحافظة عليها؟

• **مرحلة ما بعد الافراج (النجوم)**

- (1) هل لك أصدقاء ما زالوا بالسجن؟
(2) حدثنا عنهم؟
(3) كيف كونت معهم هذه الصداقات؟
(4) هل ستحافظ على هذه الصداقات وكيف؟

- 5) هل لك علاقة صداقة مميزة قبل الاعتقال؟ من؟
6) حدثنا عنه؟
7) كيف كونت صداقتك معه؟
8) هل لديك قدرات لبناء صداقات مع آخرين ما هي الطرق التي تستخدمها؟
5. ينهي المرشد الجلسة عبر إعطاء واجب مطبوع ومشروح به شجرة الحياة.

الأرضية: تمثل حياتك الآن أين تعيش وما الأنشطة التي تقوم بها يوميا
الجنور: بلدك، تاريخك، أصل العائلة، ماذا تفضل اسرته
الجذع: مهارات يمتلكها للبقاء قدرات وامكانيات
الاعصان: الاحلام والآمال منذ متى وكيف تكونت؟ وكيف تمسك بها؟
أوراق الشجر: اشخاص مقربين
الثمار: هدايا حصل عليها او يمكن مساهمات للآخرين بحياته
الازهار: ما يمكن إعطائه للآخرين من هدايا واسهامات



الجلسة التاسعة والعاشر: تطوير قصة مفضلة

الأهداف

- القدرة على استكشاف مناطق الهوية الغير معروفة
- زيادة إمكانيات الفرد وقدرته

الأدوات المستخدمة

السبورة، أقلام، أوراق

الفنيات

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	عرض موضوع الجلسة أهدافها
4	شرح المقصود بالاسترخاء
5	تدريب عملي على الاسترخاء
6	إنهاء الجلسة وإعطاء واجب منزلي

نشاط الجلسة:

1. يقوم المرشد باستقبال المشتركين ويشكرهم على الحضور في المكان والزمان المتفق عليهما، ثم يقوم المرشد بتذكير أعضاء المجموعة الإرشادية بما دار في الجلسة السابقة بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي السابق، ويتم إعطاء الفرصة لكل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي.
2. يعرض المرشد موضوع الجلسة والهدف منها.
3. يطلب المرشد من الأعضاء البدء بالتفكير حدث حصل معهم جلب إليهم السرور والسعادة ويعتبر ذو أهمية وإنجاز بالنسبة إليهم. ثم يطلب من الأعضاء البدء بسرد الحدث على شكل قصة ويقوم المرشد بمحاورة راوي القصة بالأسئلة التالية:
 - من كان هناك أيضاً معك بالحدث؟

- صف دورك؟
 - لماذا كان بمقدورك فعل هذا؟
 - إذا أردت ان تسمي دورك في الحدث ماذا تسميه؟
 - ماذا كان لديك من نوايا أخرى حينها؟
 - هل هذه النوايا تعد أفكار يمكن تبنيها؟
 - هل يوجد امال واهداف بحياتك ترتبط بهذه الأفكار؟
 - هل تعد الآمال والاحلام نوع من الالتزام؟
 - هل تذكر هناك التزامات كانت مهمة بحياتك؟
 - اروي لنا قصة عن هذا الالتزام؟
 - كيف تشعر وانت تفكر بالحدث الذي انت راضي عنه؟
 - ماذا يمكن لناس ان يلاحظوا أنك ستفعل بالمستقبل؟
 - ماذا تطلق تسمية على خطواتك نحو فعل ما تريد؟
 - هل تريد ان تضيف أشياء أخرى لم تحدثنا عنها؟
4. إعطاء واجب بيتي حول الهوية المفضلة وهو يتعلق بموضوع القصص المفضلة ويكون كما يلي:

صورة للهوية تراها مناسبة	الاسم أو الرمز أو الصفة تاريخ الميلاد لذكرى إيجابية مكان الميلاد: السكن مكان مفضل أصدقاء اغنية مفضلة هدية تحبها بطل تحبه حلم تطمح اليه تاريخ اصدار الهوية مدة صلاحيتها الشخص الي يوقع على الهوية
---------------------------------	---

الجلسة الحادية عشر: استكشاف المهارات

أهداف الجلسة

- معرفة الفرد لما يمتلكه من مهارات
- التخلص من الشعور بالعجز

الأدوات المستخدمة

أوراق وقلم

الوسائل المستخدمة

المناقشة

الفنيات

الأسئلة، الغائب الحاضر

م	النشاط
1	ترحيب
2	عرض موضوع الجلسة أهدافها
3	مناقشة الواجب البيتي
4	تمرين الغائب الحاضر
5	إنهاء الجلسة وإعطاء واجب منزلي

نشاط الجلسة

1. يقوم المرشد باستقبال المجموعة وشكرها على التزامها
2. يناقش المرشد مع المجموعة الواجب المنزلي ومن خلال المناقشة يطرح موضوع الجلسة الحالية وأهدافها.

3. يطرح المرشد مجموعة من الأسئلة لتدور حولها مناقشة فعالة بين اعضاء المجموعة.

- ماذا كانت افعالك الإيجابية عقب الصدمة؟
- ما هي الأشياء التي ساعدتك؟
- ماذا فكرت بعمق اثناء الصدمة؟
- ماذا فكرت لتبقى قوي؟

- الان بماذا تفكر لتكن اقوى من السابق؟
- هل هذه الأفكار تتسجم مع امالك والتزاماتك في الحياة؟ كيف ذلك؟
- ما هو الشيء الذي يعد من الأشياء المهمة بحياتك؟

4. يقوم بعمل تمرين الغائب الحاضر عبر تقسيمهم لثنائيات، يقوم كل عضو بالتوضيح للأخر ماذا يفسر الضغط؟ وكيف يمارس الضغط؟ وما هي القيم التي يحملها بداخله؟ ومن اين استمدتها؟ ووقت تبني هذه القيم؟ وما هو أثرها على الحياة المستقبلية؟ ثم يقوم كل عضو بالحديث لما أخذه من ردود من زميله المشارك، ويتم تجميع الأفكار المنسجمة معه ومناقشة المجموعة بها.

6. يقوم المرشد بتلخيص ما جاء بالجلسة ويطلب من الأعضاء واجب منزلي بان يعبروا عن مدا تقدمهم واستفادتهم من الجلسة الحالية.

الجلسة الثانية عشر: إعادة التذكر

أهداف الجلسة

- رفع مستوى قدرة الفرد في التعامل مع الآخرين.
- استرجاع مساهمات الآخرين في حياتنا وتعزيز الارتباط بهم.

الأدوات المستخدمة

أقلام، أوراق

الفنيات

التخيل

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	تمرين إعادة التذكر
4	لعب ادوار
5	الانتهاء

نشاط الجلسة

1. يقوم المرشد باستقبال المجموعة وشكرها على التزامها.
2. يناقش المرشد مع المجموعة الواجب المنزلي ومن خلال المناقشة يطرح موضوع الجلسة الحالية وأهدافها.
3. يطلب المرشد من كل عضو بالمجموعة الاسترخاء والبدء بتخيل شخص ساهم بحياته، وان يقوم باسترجاع هذه المساهمة، وما الذي ادخله في حياته وكيف أثر به.
4. يطلب المرشد من كل عضو سرد ما تخيله ومن ثم يبدأ المرشد يطرح أسئلة دائرية على كل الأعضاء.

- بالنسبة للشخص الذي تخيلته ما هو الشيء الذي يقدره فيك؟
 - ما تراه بنفسك لا يراه الاخرين؟
 - ماهي الأشياء التي جعلت عدا الشخص يدخل حياتك؟
 - ما هو الشيء الذي تقدره بنفسك ويحبه هذا الشخص؟
 - ماذا فعلت لتستحق تقدير هذه الشخصية؟
 - ماذا فعلت لتساهم بتقبل هذه الشخصية؟
 - هل اثرت انت على هذه الشخصية؟ بماذا؟
5. تلخيص الجلسة وإعطاء واجب منزلي حول كيف أثر كل عضو بتشكيل هوية الشخص الرمزي (المتخيل) بالنسبة اليه، وما هي الأمور التي أصبحت ممكنة بحياته وكيف أثر على اهداف هذه الشخصية وكيف يوصف ارتباطه بها؟

الجلسة الثالثة عشر: تكملة جلسة إعادة التذكر

أهداف الجلسة

- رفع مستوى قدرة الفرد في التعامل مع الاخرين.
- استرجاع مساهمات الاخرين في حيتنا وتعزيز الارتباط بهم

الأدوات المستخدمة

أقلام، أوراق

الفنيات

التخيل، لعب الدور

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	تمرين إعادة التذكر
4	لعب ادوار
5	الانتهاء

نشاط الجلسة

1. يقوم المرشد باستقبال المجموعة وشكرها على التزامها.
2. يناقش المرشد مع المجموعة الواجب المنزلي.
3. يطلب المرشد من كل عضو ان يتقدم ويتخيل الشخصية الرمزية له، ويبدأ معها بلعب دور اشبه بفنية الكرسي الخالي حيث يبدأ أولاً بالحديث عن شعوره بتذكر هذه الشخصية، وماذا استفاد من تذكر هذه الشخصية، وما هي القوة التي تمنحه أيها هذه الشخصية. ثم يتم عكس الدور ويطلب من الشخصية الرمزية ان توجه اليه رسالة حول القوة بحياته وآماله التي ترغب أن يحققها.
4. تلخيص الجلسة وإعطاء واجب منزلي أن يكتب كل عضو رواية عن حياته السابقة ينبعث منها الأمل وكل ما هو مفضل وإيجابي؟

الجلسة الرابعة عشر: الشاهد الخارجي

أهداف الجلسة

- الدعم الخارجي للفرد
- معرفة الفرد ان غيره قد كان يعاني مثله

الأدوات المستخدمة

أقلام، أوراق

الفنيات

الجولات

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	تمرين إعادة التذكر
4	لعاب ادوار
5	الانهااء

نشاط الجلسة

1. يقوم المرشد باستقبال المجموعة وشكرها على التزامها.
2. يناقش المرشد مع المجموعة الواجب المنزلي.
3. يقوم المرشد بالطلب من كل مشارك أن يعمل جولة مع أعضاء المجموعة يقول فيها ما الشيء ذو القيمة الذي جذبه عند سماع روايته وكيف شعر عند سماع قصته.
4. يقوم المرشد بعمل تمرين يطلب من كل عضو كتابه اسمه على ورقة A4 وتكرر الورقة على باقي الأعضاء، والمطلوب منهم ان يكتبوا ما هو الشيء الذي زاد اهتمامك عند سماع رواية زميلك في المجموعة، ولماذا شذك هذا الجزء من القصة؟ هل نقلتك القصة للتخيل مكان معين وما هو؟ وماذا يمكن ان تستفيد من قصته؟ هل ستغير شيء بحياتك؟ وعند الانتهاء يطلب من كل عضو اخذ ورقته وقراءة ما بها والتعرف على من كتب التعليقات والمحاوره معه.
5. تلخيص الجلسة وإعطاء واجب منزلي ان يكتب كل عضو ما يحب ان يناقشه بالجلسة الأخيرة.

الجلسة الخامسة عشر: الختام

أهداف الجلسة

- التعامل مع مشاعر الانهااء

الأدوات المستخدمة

أقلام، أوراق، أقلام ملونة

الفنيات

عكس المشاعر

تمرين فريق لعبة الحياة

م	النشاط
1	ترحيب
2	مناقشة الواجب المنزلي
3	تمرين فريق لعبة الحياة
4	مشاعر الانتهاء
5	الانتهاء

نشاط الجلسة

1. يقوم المرشد باستقبال المجموعة وشكرها على التزامها
2. يناقش المرشد مع المجموعة الواجب المنزلي
3. يقوم المرشد بشرح تمرين فريق لعبة الحياة ويطلب من الأعضاء البدء برسم ملعب الحياة وعند الانتهاء يقوم كل عضو بسرد قصة حول ملعب الحياة الخاص به.
4. يطلب المرشد من المجموعة الحديث حول الاعمال والمشاعر غير المكتملة التي يردون الخوض بها.
5. يشكر المجموعة على تعاونها ويطلب من كل فرد أن ينهي هذه الجلسة الأخيرة بكلمة ايجابية للمجموعة.

الملحق رقم (3)

كتاب تسهيل مهمة الباحث

State Of Palestine
National Security Forces
Office of the Deputy Commander
Psychosocial Support Unit
التاريخ: ٢٠١٧ / ١١ / ٢٧
الرقم: ص. ٢/١٢٥ NO:

دولة فلسطين
قوات الأمن الوطني
مكتب نائب قائد القوات
وحدة الدعم النفسي والاجتماعي

سيادة العميد ركن / محمد شحادة ... حفظه الله
نائب قائد القوات ،،،
تحية الوطن وبعد ،،،
الموضوع : دراسة النقيب / أحمد إبراهيم منصور

يرجى من سيادتكم التكرم بالموافقة والإيعاز لمن يلزم بتسهيل مهمة الباحث النقيب/ أحمد منصور وذلك بعد إجراء التعديلات التي طلبت منه وتم عرضها على مدير شعبة التخطيط سيادة العميد ركن / رياض الطرشة .

مرفق طيه
نسخة معدلة ورأي مدير شعبة التخطيط .

والامر لسيادتكم
مع فائق التقدير والاحترام

مسير وحدة الدعم النفسي والاجتماعي
رائد : امجد عيسى
راند : امجد عيسى

صالح
نائب قائد القوات
الرقم: ٢١/٧٩٩
التاريخ: ٢٠١٧ / ١١ / ٢٧

التخطيط
قائد شعبة التخطيط
لترسيخ أسس العمل

الإدراك

الأمم المتحدة

الأمم المتحدة

**An Najah National University
Faculty of Graduate Studies**

**The Effectiveness of a Narrative Therapeutic
Program in reducing symptoms of post-traumatic
stress Disorders among the released prisoners**

**Prepared by
Ahmad Ibrahim Mansour**

**Supervised by
Dr. Fayez Azez Mahamid**

**The 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 Effectiveness of a Narrative Therapeutic Program in reducing
symptoms of post-traumatic stress Disorders among the released
prisoners**

**Prepared by
Ahmad Ibrahim Mansour
Supervised By
Dr. Fayez Mahamid**

Abstract

The study aim was to check the effectiveness of a group counseling program based on the narrative therapy in reducing the symptoms of PTSD among the released prisoners. The study was conducted on a sample of 20 prisoners who were released from the Israeli prisons and they were from different West Bank districts. The group included those who got the highest scores on the scale of PTSD.

The participants were randomly divided into two groups: an experimental group of ten prisoners who received a narrative therapy program of 15 sessions. The sessions took place twice a week. And the second control group that did not receive any treatment. After the program was done, a posttest for both groups was applied.

Wilcoxon test was used to test the differences between the mean values to both pre and posttests for the experimental group. Moreover, Man Whitney Test was also used to check differences between the mean values to the two posttests for both experimental and control groups. The results showed differences in the values of pre and before test, and they showed differences in mean values of the posttests for the control and experimental groups. The results indicate the effectiveness of the narrative therapy program in reducing the symptoms of PTSD.

According to the study outcomes, the researcher recommends that psychological services should be provided to the prisoners after they get released through conducting the therapeutic program by counselors and service providers in Prisoners Affairs Association and other related organizations. And The researcher suggests that more studies about the narrative therapy to be conducted with other mental disorders and apply the narrative therapy with a variety of groups in need.

Keywords: Narrative therapy, post-traumatic stress disorder, released prisoners.