



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أحمد دراية - أدرار -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

عنوان الأطروحة:



فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للتخفيف من حدة الإكتئاب لدى
المصابين بمتلازمة الناجي عراسة ميدانية بولاية بسكرة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (LMD) في علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

إعداد الطالب:

عبد المولى حماني

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم اللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
دليل سميجة	أستاذ	جامعة أدرار	رئيسا
عبد الرحمان بوفارس	أستاذ	جامعة أدرار	مشرفا ومقررا
جابر نصر الدين	أستاذ	جامعة بسكرة	مناقشا
بكر اوي عبد العالي	أستاذ	جامعة أدرار	مناقشا
بوشعور زهرة نوال	أستاذ محاضر "أ"	جامعة أدرار	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله تيسر السبل لإنجاز الأعمال العلمية. وبعد مسيرة علمية حافلة بالبحث والجهد والمثابرة، لا يسعني في ختام هذا العمل إلا أن أعتز عن خالص امتناني وتقديري لكل من أسهم في دعمي ومساندتي خلال مراحل إعداد هذه الأطروحة.

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الأستاذ الدكتور بوفارس عبد الرحمان، المشرف على هذه الأطروحة، على ما تفضل به من توجيهات علمية سديدة، وملاحظات بناءة، ومتابعة دقيقة كان لها الأثر الكبير في إخراج هذا العمل في صورته النهائية.

كما أتوجه بخالص التقدير والامتنان إلى الأستاذ الدكتور جابر نصر الدين، لما قدمه من توجيهات قيمة وملاحظات علمية دقيقة، ومراقبة مخططة أسهم في إثراء هذا البحث وتعزيز محتواه العلمي.

وأتوجه بالشكر الجزيل إلى الدكتورة مروة سلامي، على ما قدمته من دعم علمي ومساندة أكاديمية مخططة خلال مراحل إنجاز هذا العمل.

كما أرفع أسمى عبارات الشكر والامتنان إلى أسرتي الكريمة، ممثلة في والديّ العزيزين، وإخوتي وأخواتي، وزوجتي الكريمتين، وأبني الغالي، على دعمهم المتواصل، وصبرهم، وتشجيعهم الدائم الذي كان خير معين لي في مسيرتي العلمية.

وأسال الله العليّ القدير أن يجزي كل من قدم لي يد العون والمساندة خير الجزاء، وأن يجعل هذا العمل خالصاً لوجه الكريم، نافعاً للعلم وطلابه.

الباحث

عبد المولى حماني

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور. ولتحقيق أهدافها، اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي الذي يقوم على التصميم ذي المجموعة الواحدة القياسات القبلية والبعدية والتتبعي، تكونت عينة الدراسة من 10 حالات تم اختيارها بطريقة قصدية ممن يعانون من متلازمة الناجي بعد التعرض لحوادث مرور، وقد خضعوا لتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي معدّ خصيصاً لهذا الغرض. كما استعان الباحث في جمع البيانات بـ مقياس الاكتئاب، إضافة إلى المقابلة العيادية نصف الموجهة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يؤكد فعالية البرنامج في خفض حدة الاكتئاب.
 2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب في القياسين القبلي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، مما يدل على استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.
 3. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي، وهو ما يشير إلى ثبات أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
 4. ساهم البرنامج بدرجة دالة إحصائية في خفض مستويات الاكتئاب على مختلف أبعاده (الوجداني، المعرفي، السلوكي، الجسمي).
 5. وبناءً على ما سبق، أكدت الدراسة فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى هذه الفئة، مع بقاء أثره واستمراره على المدى القصير.
- الكلمات المفتاحية:** البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، الاكتئاب، متلازمة الناجي، حوادث المرور، المنهج شبه تجريبي، المنهج العيادي.

Abstract

The present study aimed to examine the effectiveness of a cognitive-behavioral therapeutic program in reducing the severity of depression among individuals suffering from Survivor Syndrome as a result of road traffic accidents. To achieve its objectives, the study adopted the clinical method for diagnosis and follow-up, in addition to a quasi-experimental approach based on a single-group design with pre-test, post-test, and follow-up measurements.

The study sample consisted of ten cases, purposively selected from individuals diagnosed with Survivor Syndrome following exposure to road traffic accidents. All participants underwent a cognitive-behavioral therapeutic program specifically designed for this purpose. Data were collected using a depression scale, along with a semi-structured clinical interview.

The study yielded the following results:

1. Statistically significant differences were found between the mean depression scores in the pre-test and post-test measurements in favor of the post-test, confirming the effectiveness of the program in reducing the severity of depression.
2. Statistically significant differences were observed between the mean depression scores in the pre-test and follow-up measurements in favor of the follow-up, indicating the persistence of the program's effects after the completion of its implementation.
3. No statistically significant differences were found between the mean depression scores in the post-test and follow-up measurements, reflecting the stability of the cognitive-behavioral therapeutic program's effects.
4. The program contributed significantly to reducing depression levels across its various dimensions (affective, cognitive, behavioral, and somatic).
5. Based on these findings, the study confirmed the effectiveness of the cognitive-behavioral therapeutic program in alleviating the severity of depression among this population, with sustained short-term effects.

Keywords: Cognitive-behavioral therapeutic program, Depression, Survivor Syndrome, Road traffic accidents, Quasi-experimental method, Clinical method

محتويات البحث

أ.....	شكر وتقدير
ب.....	ملخص البحث
د.....	محتويات البحث
ح.....	قائمة الجداول
ط.....	قائمة الأشكال
ي.....	قائمة الملاحق
1.....	مقدمة
8.....	الفصل الأول: تقديم البحث
9.....	1. إشكالية الدراسة
13.....	2. تساؤلات الدراسة:
14.....	3. فرضيات الدراسة:
15.....	4. أسباب إختيار الموضوع:
17.....	5. أهداف الدراسة:
18.....	6. أهمية الدراسة:
18.....	أولاً: الأهمية العلمية
18.....	ثانياً: الأهمية المنهجية
19.....	ثالثاً: الأهمية التطبيقية
20.....	7. المفاهيم الإجرائية للدراسة:
21.....	8. الدراسات السابقة:
39.....	الفصل الثاني: العلاج السلوكي المعرفي
40.....	تمهيد:

1-تعريف العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy):	41
2-التطور التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي:	43
3. مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي:	46
4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي	48
5. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي	50
6. أنواع العلاج المعرفي السلوكي	51
7. مراحل العلاج المعرفي السلوكي:	61
8. تقنيات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي	64
10. التطبيقات الحديثة للعلاج السلوكي المعرفي في مجال الصحة النفسية.	71
11. إيجابيات وسلبيات العلاج المعرفي السلوكي:	72
خلاصة الفصل:	75
الفصل الثالث: الإكتئاب	77
تمهيد:	78
1. تعريف الإكتئاب:	79
2. أنواع الاكتئاب وتصنيفه:	81
3. العوامل البيولوجية المسببة للإكتئاب:	91
4. العوامل الاجتماعية والنفسية المؤثرة في للاكتئاب:	93
5. أعراض الإكتئاب:	97
6. آليات تشخيص الاكتئاب وفق المعايير النفسية الحديثة:	99
7. العلاقة بين الاكتئاب واضطرابات الصحة النفسية الأخرى	102
8. طرق العلاج المختلفة للاكتئاب (الدوائي، النفسي، السلوكي)	105
9. فعالية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من حدة الاكتئاب	107
10. الدراسات الحديثة حول علاج الاكتئاب باستخدام العلاج السلوكي المعرفي	111

113	 خلاصة الفصل:
115	 الفصل الرابع: متلازمة الناجي
118	 1. تعريف متلازمة الناجي
119	 2. تعريف الناجي من الحوادث المرورية
120	 3. متلازمة الناجي بسبب حوادث المرور
121	 4. العلاقة بين متلازمة الناجي واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)
124	 5. أعراض متلازمة الناجي في سياق حوادث المرور
126	 6. الآثار النفسية والاجتماعية لمتلازمة الناجي
128	 7. تشخيص متلازمة الناجي
129	 8. تأثير متلازمة الناجي على جودة الحياة والصحة النفسية
131	 9. دور العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من آثار متلازمة الناجي
132	 10. الأسس النظرية لتفسير متلازمة الناجي
135	 11. إشكاليات البحث في متلازمة الناجي
138	 خلاصة الفصل
141	 الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية العاملة
142	 تمهيد:
143	 أولاً: الدراسة الاستطلاعية
143	 1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
144	 2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية
146	 3. مجتمع الدراسة الاستطلاعية
146	 4. عينة الدراسة الإستطلاعية
146	 5. أدوات الدراسة
155	 6. نتائج الدراسة الاستطلاعية

158	ثانيا: الدراسة الأساسية.
158	1. منهج الدراسة:
160	2. حدود الدراسة
161	3. مجتمع وعينة الدراسة
167	4. متغيرات الدراسة
168	5. إجراءات الدراسة الميدانية
170	6. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
186	7. أساليب المعالجة الإحصائية:
189	الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج
190	تمهيد
191	أولاً: اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة
193	ثانيا: اختبار فرضيات الدراسة وعرض النتائج
193	1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:
196	2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:
203	3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:
207	4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:
214	5. حجم أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:
218	6. نسبة الكسب المعدل لبلاك
223	استنتاج عام:
229	خاتمة
230	التوصيات والمقترحات
234	قائمة المراجع

قائمة الجداول

الجدول رقم (1): ملخص للدراسات السابقة العربية والأجنبية	28
الجدول رقم (2) يمثل مقارنة بين أنواع العلاج المعرفي السلوكي	59
الجدول رقم (3) يمثل تصنيفات وأنواع الاكتئاب	89
الجدول رقم (4): يوضح ملخص لأدوات تشخيص متلازمة الناجي	129
الجدول رقم (5): مقارنة تحليلية بين المنظورات النظرية المفسرة لمتلازمة الناجي	134
الجدول رقم (6): مستويات الاكتئاب	148
الجدول رقم (7): معامل الاتفاق بين المحكمين عن طريق معامل لاوشي للبرنامج العلاجي	152
الجدول رقم (8): يوضح نسبة الاتفاق بين المحكمين	153
الجدول رقم (9): خصائص العينة حسب الجنس	162
الجدول رقم (10): خصائص العينة حسب الفئة العمرية (السن)	163
الجدول رقم (11): خصائص العينة حسب المستوى التعليمي	163
الجدول رقم (12): خصائص العينة حسب الوضعية المهنية	164
الجدول رقم (13): خصائص العينة حسب مدة الإصابة	165
الجدول رقم (14): خصائص العينة حسب شدة الإصابة الجسدية	166
الجدول رقم (15): خصائص العينة حسب درجة الاكتئاب (وفق مقياس بيك)	166
الجدول رقم (16): جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	183
الجدول رقم (17): نتائج اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk) لاعتدالية التوزيع البيانات للقياس القبلي	191
الجدول رقم (18): نتائج اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk) لاعتدالية التوزيع البيانات للقياس البعدي	192
الجدول رقم (19): نتائج اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk) لاعتدالية التوزيع البيانات للقياس المتبعي	193
الجدول رقم (20): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة في القياس القبلي والبعدي	194
الجدول رقم (21): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة في القياس القبلي والمتبعي	196

الجدول رقم (22): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة في القياس	
البعدي والتتبعي	203
الجدول رقم (23): الأبعاد الأربعة لمقياس الاكتئاب ومؤشراتها	208
الجدول رقم (24): نتائج اختبار (Paired Samples T-Test) لقياس فعالية البرنامج العلاجي	
المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب عبر أبعاده الأربعة (الوجداني، المعرفي،	
السلوكي/الدافعي، والجسمي) بين القياسات القبلية، البعدية، والتتبعية"	209
الجدول رقم (25): يوضح الجدول المرجعي لتحديد مستويات حجم الأثر	214
الجدول رقم (26): قيم معادلة مربع ايتا لحجم تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للتخفيف من	
الإكتئاب	215
الجدول رقم (27): يوضح نتائج الكسب المعدل لمتغير التصورات الإكتئاب	220

قائمة الأشكال

- الشكل رقم (1) يمثل مراحل التطور للعلاج المعرفي السلوكي 46
- الشكل رقم (2) يمثل نموذج ABCDE في العلاج العقلاني الانفعالي 54
- الشكل رقم (3) يمثل مراحل العلاج المعرفي السلوكي 63
- الشكل رقم (4) يمثل العوامل المؤثرة في الإكتئاب 96
- الشكل رقم (5) يمثل النيات تشخيص الاكتئاب 102
- الشكل رقم (6): التصميم شبه التجريبي للدراسة 159
- الشكل رقم (7): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب الجنس 163
- الشكل رقم (8): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب الفئة العمرية 163
- الشكل رقم (9): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب المستوى التعليمي 164
- الشكل رقم (10): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب الوضعية المهنية 165
- الشكل رقم (11): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب مدة الإصابة 165
- الشكل رقم (12): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب شدة الإصابة الجسدية 166
- الشكل رقم (13): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب درجة الإكتئاب 167
- الشكل رقم (14): يوضح توزيع بيانات الاكتئاب للقياس القبلي 192
- الشكل رقم (15): يوضح توزيع بيانات الاكتئاب للقياس البعدي 193
- الشكل رقم (16): يوضح توزيع بيانات الاكتئاب للقياس التتبعي 193

قائمة الملاحق

- الملحق (01): جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.....ص 241
- الملحق (02): استمارة تحكيم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.....ص 262
- الملحق رقم (03) مواضيع الواجبات المنزلية.....ص 265
- الملحق (04): قائمة المحكمين.....ص 267
- الملحق (05): مخرجات حساب معامل اتفاق المحكمين حول البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
.....ص 268
- الملحق (06): مقياس الإكتئاب.....ص 269
- الملحق (07): موافقة بإجراء دراسة ميدانية (شبه تجريبية).....ص 273
- الملحق (08): استمارة الموافقة للمشاركة.....ص 274
- الملحق (09): استمارة متابعة تطبيق الجلسات.....ص 275
- الملحق (10): بطاقة بيانات الحالات.....ص 276
- الملحق (11): نموذج تحديد الأفكار المشوهة.....ص 276
- الملحق (12): قائمة التمارين المنزلية للمستفيد.....ص 276
- الملحق (13): سجل الأفكار التلقائية.....ص 277
- الملحق (14): جدول النشاط اليومي.....ص 277
- الملحق (15): استمارة التقييم الذاتي للجلسة.....ص 277
- الملحق (16): خطة الوقاية من الانتكاسة.....ص 278
- الملحق (17): مخرجات برنامج SPSS.....ص

مقدمة

تعيش المجتمعات الإنسانية المعاصرة في ظل تحولات سريعة وتحديات متزايدة ألقت بظلالها على مختلف جوانب الحياة، وأثرت بشكل عميق في البنية النفسية والاجتماعية للأفراد. فالتطورات المتلاحقة في مجالات الاقتصاد والتكنولوجيا والعمارة، وما يرافقها من ضغوط حياتية، جعلت الإنسان أكثر عرضة للتوتر والانهك النفسي، وفتحت المجال أمام ظهور العديد من الاضطرابات النفسية التي أصبحت تمثل أحد أبرز المشكلات الصحية في القرن الواحد والعشرين. ولم يعد الاهتمام بالصحة النفسية مسألة ثانوية أو مقتصرة على فئة محدودة، بل غدا مكوناً أساسياً في مقومات جودة الحياة والتنمية المستدامة، لاسيما بعد أن أثبتت الدراسات أن الاضطرابات النفسية تسهم بشكل مباشر في تراجع الأداء الفردي والجماعي، وفي تعطيل إمكانات المجتمعات على التقدم والإنتاج. ومن بين هذه الاضطرابات، يبرز الاكتئاب باعتباره حالة نفسية معقدة، تتقاطع مع مختلف الظروف الضاغطة والصدمات الحياتية، لتشكل أحد أهم التحديات التي تواجه السياسات الصحية والبرامج العلاجية على المستوى العالمي.

يمثل الاكتئاب أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العصر الحديث، حيث أصبح ينتشر بشكل متزايد في مختلف المجتمعات بغض النظر عن المستوى الثقافي أو الاقتصادي أو الجغرافي. فهو لم يعد مرضاً نفسياً نادراً، بل تحول إلى قضية صحية عامة تؤثر على ملايين الأفراد سنوياً. ويتجلى الاكتئاب في صورة أعراض متعددة، منها الحزن المستمر، فقدان الرغبة في الأنشطة المعتادة، الشعور بعدم القيمة أو الذنب المبالغ فيه، إلى جانب اضطرابات النوم والشهية ونقص الطاقة. كل هذه الأعراض تجعل الاكتئاب حالة مرضية معقدة تتطلب تدخلاً متخصصاً لا يقتصر على الدعم النفسي التقليدي بل يتعداه إلى تدخلات علاجية منظمة ومبنية على أسس علمية.

ويتميز الاكتئاب بتأثيراته العميقة والمتشعبة، فهو لا يقتصر على الفرد وحده وإنما ينعكس أيضًا على أسرته ومحيطه الاجتماعي والمهني. إذ أن المصاب بالاكتئاب غالبًا ما يفقد قدرته على التفاعل الإيجابي مع الآخرين، ويعجز عن ممارسة مسؤولياته الحياتية بشكل فعال، ما يؤدي إلى ضعف الإنتاجية، وزيادة الاعتماد على الغير، وتنامي مشاعر العزلة والوحدة. هذه الانعكاسات لا تقتصر على المجال النفسي والاجتماعي، بل تتسع لتشمل الأبعاد الاقتصادية من خلال ارتفاع تكاليف العلاج والرعاية الصحية، وتراجع مساهمة المصابين في سوق العمل، ما يجعل من الاكتئاب عبئًا مضاعفًا على المجتمعات والدول.

كما يُعد الاكتئاب من الاضطرابات المعقدة التي تتداخل فيها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فقد أثبتت الدراسات أن اختلال التوازن الكيميائي في الدماغ له دور في نشوء الحالة، إلى جانب العوامل الوراثية والهرمونية. غير أن الجانب النفسي يظل مكونًا رئيسيًا، حيث تلعب الأفكار السلبية والتصورات غير الواقعية عن الذات والعالم دورًا مهمًا في استمرار الأعراض وتفاقمها. إضافة إلى ذلك، فإن الظروف الاجتماعية الضاغطة، مثل فقدان العمل أو التعرض للصدمات أو العزلة الاجتماعية، يمكن أن تشكل عوامل مهينة ومسببة لظهور الاكتئاب أو عودته بعد العلاج.

وتتضح خطورة الاكتئاب أكثر عندما يقترن باضطرابات أخرى، مثل القلق أو اضطراب ما بعد الصدمة، حيث تصبح الأعراض أكثر تعقيدًا ويزداد العبء العلاجي. فالمصاب لا يواجه مشاعر الحزن وفقدان الأمل فحسب، بل يعيش أيضًا حالات من الخوف والتوتر المستمر واسترجاع الذكريات المؤلمة، ما يضاعف من هشاشته النفسية. في هذه الحالات، يصبح التدخل العلاجي أكثر تعقيدًا ويستلزم مقاربات علاجية متعددة الأبعاد تدمج بين الجانب المعرفي والسلوكي والعاطفي.

إضافة إلى ما سبق، فإن الاكتئاب ليس مجرد حالة انفعالية عابرة بل يمثل تهديدًا حقيقيًا لاستقرار الفرد النفسي وقد يقود في بعض الحالات إلى الانتحار إذا لم يتم التدخل بشكل مبكر وفعال. هذه الخطورة تجعل من الاكتئاب محورًا رئيسيًا للبحث العلمي والتدخل العلاجي، خصوصًا عندما يصيب فئات أكثر عرضة مثل الناجين من الصدمات والحوادث المؤلمة. هنا تتقاطع مشكلة الاكتئاب مع حوادث المرور، لتشكل معًا معضلة نفسية وصحية تتطلب دراسة معمقة وتدخلات علاجية متخصصة.

تُعتبر حوادث المرور من أبرز القضايا المجتمعية التي تترك آثارًا مدمرة على الأفراد والمجتمعات. فهي لا تقتصر على كونها مصدرًا للخسائر البشرية والمادية فحسب، بل تتعدى ذلك لتشكل صدمات نفسية قد تلازم الناجين طيلة حياتهم. إذ أن الحادث المروري غالبًا ما يقع بصورة فجائية وغير متوقعة، ما يجعله تجربة صادمة تولّد لدى الأفراد مشاعر خوف شديد، وارتباك، وفقدان للسيطرة، وقد تتطور لاحقًا إلى اضطرابات نفسية معقدة.

الناجون من هذه الحوادث يعيشون حالة نفسية مركبة، فهم من جهة يعانون من إصابات جسدية قد تكون خطيرة أو مزمنة، ومن جهة أخرى يواجهون صعوبة في استيعاب الحدث والتكيف مع تبعاته. وقد يتعرض البعض إلى إعاقات دائمة تغير مسار حياتهم بشكل جذري، ما يعمّق مشاعر العجز واليأس لديهم. هذا التداخل بين الألم الجسدي والمعاناة النفسية يزيد من احتمالية ظهور اضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، واضطراب ما بعد الصدمة.

وتكتسي حوادث المرور خصوصية في كونها لا تؤثر فقط على المصاب المباشر، بل تمتد آثارها إلى المحيط الأسري والاجتماعي. فالأسرة قد تعيش حالة من التوتر والضغط النفسي بسبب التغيرات المفاجئة في حياة أحد أفرادها، كما قد تتحمل أعباءً مالية إضافية تتعلق بالعلاج والتأهيل. وفي بعض

الحالات، تتأثر العلاقات الاجتماعية والمهنية للناجين، حيث يجدون أنفسهم في مواجهة نظرات الشفقة أو الوصمة، ما يعمّق عزلتهم ويزيد من حدة معاناتهم النفسية.

ومن الملاحظ أن العديد من الناجين من حوادث المرور يدخلون في دوامة من الأفكار السلبية المتعلقة بالحادثة، مثل استرجاع تفاصيله المؤلمة بشكل متكرر، أو العيش في خوف دائم من تكراره، أو الشعور بالذنب لنجاتهم مقابل وفاة آخرين. هذه الأفكار السلبية تسهم في تغذية الاكتئاب وتجعل عملية التعافي أكثر صعوبة. ومن هنا تبرز الحاجة إلى تدخلات نفسية فعّالة تساعد هؤلاء الأفراد على تجاوز الصدمة والتكيف مع واقعهم الجديد.

ورغم أن الرعاية الطبية تركز غالبًا على معالجة الإصابات الجسدية، إلا أن الجانب النفسي للناجين يظل في كثير من الأحيان مهمشًا أو غير مُعالج بالشكل الكافي. وهذا النقص في الاهتمام بالبعد النفسي يجعل الناجين أكثر عرضة للانهايار النفسي أو الإعاقة الاجتماعية طويلة الأمد. لذلك فإن دمج الرعاية النفسية ضمن بروتوكولات علاج الناجين من حوادث المرور أصبح ضرورة أساسية ويُعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أكثر الأساليب العلاجية الواعدة في هذا المجال.

العلاج المعرفي السلوكي يمثل مقاربة علاجية حديثة أثبتت فعاليتها في معالجة العديد من الاضطرابات النفسية، وعلى رأسها الاكتئاب. يقوم هذا النموذج على فرضية أن الأفكار غير المنطقية أو السلبية تؤدي إلى استجابات انفعالية وسلوكية مضطربة، وأن تعديل هذه الأفكار يؤدي إلى تغيير المشاعر والسلوك. فهو لا يقتصر على معالجة الأعراض السطحية، بل يتوجه إلى البنية العميقة للتفكير، ويسعى إلى إعادة تشكيلها بطريقة أكثر واقعية وتوافقية.

ويتميز العلاج المعرفي السلوكي بكونه علاجًا بنائيًا يعتمد على التفاعل النشط بين المعالج والمسترشد. ففي إطار هذا العلاج، يُشجع الفرد على التعرف على أفكاره التلقائية السلبية ومراقبتها، ثم العمل على استبدالها بأفكار أكثر إيجابية ومرونة. كما يتم تدريبه على مهارات جديدة للتعامل مع الضغوط وإدارة الانفعالات، مما يمنحه أدوات عملية تعينه على مواجهة المواقف الصعبة في حياته اليومية.

إلى جانب الجانب المعرفي، يركز هذا النموذج على تعديل السلوكيات غير التكيفية التي تعزز الأعراض الاكتئابية. من خلال التعرض التدريجي للمثيرات المقلقة، وتعزيز السلوكيات الإيجابية وتشجيع الفرد على الانخراط في أنشطة ممتعة وهادفة، يساهم العلاج في إعادة بناء التوازن النفسي والسلوكي للفرد. هذا التكامل بين البعدين المعرفي والسلوكي يجعل من العلاج المعرفي السلوكي أداة علاجية شاملة.

تتجلى أهمية توظيف هذا النموذج العلاجي مع الناجين من حوادث المرور في أنه يستجيب لطبيعة مشكلاتهم النفسية المعقدة. فهؤلاء الأفراد غالبًا ما يعيشون خليطًا من الأفكار السلبية المتعلقة بالحدث، إلى جانب سلوكيات تجنبية تزيد من حدة معاناتهم. ومن ثم، فإن العلاج المعرفي السلوكي يساعدهم على مواجهة هذه الأفكار، والتغلب على التجنب، وإعادة الاندماج في حياتهم الاجتماعية والمهنية.

إضافة إلى ذلك، فإن اعتماد هذا البرنامج العلاجي يمكن أن يساهم في تخفيف العبء النفسي والاجتماعي المترتب على هذه الفئة، ويساعد على تقليص احتمالية تطور الأعراض إلى اضطرابات أشد خطورة. كما أن نتائجه الإيجابية المتوقعة يمكن أن تشكل مرجعًا علميًا لتطوير برامج تدخلية أخرى موجهة لفئات مختلفة من ضحايا الصدمات، مما يعزز من القيمة العملية والعلمية للدراسة.

يشكل الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور أحد التحديات النفسية والصحية الكبرى التي تواجه المجتمعات المعاصرة، حيث تتداخل في هذه الظاهرة أبعاد متعددة تجمع بين الجانب الطبي والجانب النفسي والاجتماعي في آن واحد. فحادث المرور لا يمثل مجرد واقعة آنية ذات آثار جسدية فحسب بل هو حدث صادم قادر على زعزعة توازن الفرد النفسي، وإحداث اضطرابات انفعالية ومعرفية قد تستمر طويلاً بعد انتهاء العلاج الطبي. ويبرز الاكتئاب كأكثر هذه الاضطرابات شيوعاً وحدة، إذ يتجسد في مشاعر الحزن المستمر، فقدان الاهتمام بالأنشطة، تراجع الدافعية، والإحساس بالذنب والعجز، ما يؤدي إلى إضعاف قدرة الفرد على التكيف مع ذاته ومحيطه. هذه المعاناة لا تقتصر على البعد الفردي، بل تمتد إلى أسرته وبيئته الاجتماعية التي تعيش معه آثار الحادث النفسية والعملية وهو ما يجعل التدخل العلاجي المبكر والمبني على أسس علمية ضرورة ملحة. ومن بين المقاربات العلاجية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في هذا المجال يأتي العلاج المعرفي السلوكي، الذي يجمع بين تعديل الأفكار السلبية وإعادة بناء السلوكيات التكيفية، بما يتيح للناجين فرصة حقيقية لاستعادة توازنهم النفسي، وتحسين جودة حياتهم، وتقليل الآثار الممتدة لحوادث المرور على المدى الطويل.

الفصل الأول

تقديم البحث

الفصل الأول: تقديم البحث

1. اشكالية الدراسة.
2. تساؤلات الدراسة.
3. فرضيات الدراسة.
4. أسباب اختيار الموضوع.
5. أهداف الدراسة.
6. أهمية الدراسة.
7. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة.
8. الدراسات السابقة.

1. إشكالية الدراسة

في العقود الأخيرة، أصبح موضوع متلازمة الناجي الناتجة عن حوادث المرور من القضايا التي تحظى باهتمام متزايد في الأوساط الأكاديمية والصحية، لما تحمله من انعكاسات نفسية عميقة على الأفراد والمجتمعات. فعلى الرغم من أن الحديث عن حوادث المرور غالبًا ما يتركز على الأضرار الجسدية والخسائر المادية، إلا أن هناك بعدًا نفسيًا لا يقل خطورة، يتمثل في التجارب الصادمة التي يعيشها الناجون، وما تتركه من مشاعر الذنب والفراغ وفقدان المعنى، وهي العناصر الأساسية لمتلازمة الناجي. هذه المتلازمة تعكس حالة معقدة من الاضطراب النفسي الذي يصيب الأشخاص الذين ينجون من حادث مميت أو شديد الخطورة، خاصة إذا أسفر عن وفاة أو إصابة آخرين كانوا معهم في الحدث نفسه.

وتؤكد الإحصائيات العالمية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (WHO, 2023) أن حوادث المرور تؤدي بحياة ما يقارب 1.19 مليون شخص سنويًا، بينما يصاب عشرات الملايين بإصابات متفاوتة الخطورة. وفي الجزائر، تُسجل سنويًا آلاف الحوادث التي تخلف وراءها ليس فقط قتلى ومصابين جسديًا، بل أيضًا مئات الناجين الذين يجدون أنفسهم في مواجهة تحديات نفسية هائلة. وتزداد خطورة هذه المعاناة النفسية في ظل ضعف برامج الدعم النفسي الفوري بعد الحوادث، مما يترك العديد من الأفراد عرضة لتطور اضطرابات مثل الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

تتمثل الأعراض الجوهرية لمتلازمة الناجي في شعور الناجي بالذنب لكونه ما زال حيًا بينما توفي أو أصيب الآخرون، إضافة إلى اجترار الأسئلة الوجودية حول سبب نجاته وهدف حياته بعد الحادث. وقد يصاحب هذه المشاعر انسحاب اجتماعي، وتدهور في الأداء الوظيفي، واضطرابات نوم، وانخفاض في جودة الحياة. وقد أظهرت دراسة حديثة أجراها Kim et al. (2024) أن ما يقارب 62% من

الناجين من حوادث المرور الذين فقدوا أشخاصًا في الحادث يعانون من أعراض متلازمة الناجي بعد مرور ستة أشهر من الحادث، وأن هذه الأعراض ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق.

من المهم الإشارة إلى أن متلازمة الناجي ليست حالة منفصلة عن بقية الاضطرابات النفسية، بل هي متداخلة معها بشكل كبير. فمشاعر الذنب المستمرة، والفراغ النفسي، وعدم القدرة على تجاوز ذكرى الحادث، تشكل بيئة خصبة لظهور **الاكتئاب**، الذي يُعد من أكثر الاضطرابات انتشارًا وخطورة على المستوى العالمي. ووفقًا لتقرير منظمة الصحة العالمية (2023)، فإن الاكتئاب يصيب أكثر من 280 مليون شخص حول العالم، ويشكل عبئًا صحيًا واقتصاديًا متزايدًا. وفي سياق متلازمة الناجي، يكون الاكتئاب أكثر حدة نظرًا للطابع المعقد للتجربة الصادمة، مما يجعل الناجين أكثر عرضة للعزلة وفقدان الدافعية للحياة.

وفي هذا الصدد، أظهرت دراسة **Wu, Li & Cho (2014)** أن الناجين من حوادث المرور الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة غالبًا ما يسجلون مستويات عالية من الاكتئاب، وهو ما يفسر ضرورة معالجة الاضطرابين بشكل مترام. كما كشفت دراسة **Mayou et al. (1998)** أن 17.5% من الناجين من حوادث المرور أظهروا أعراضًا اكتئابية بعد أربعة أشهر من الحادث، وأن شدة هذه الأعراض كانت مرتبطة مباشرة بدرجة الإصابة الجسدية، لكن في حالة متلازمة الناجي قد يكون الشعور بالذنب أشد تأثيرًا من الإصابة الجسدية نفسها.

ويُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا وتعقيدًا، حيث يتميز بمزيج من الأعراض الانفعالية والمعرفية والسلوكية التي تؤثر سلبًا في حياة الفرد اليومية. فهو لا يقتصر على الحزن العابر، بل يتجاوز ذلك ليشكل حالة مرضية مزمنة قد تمتد لأسابيع أو شهور أو حتى سنوات، مسببة تدهورًا في

جودة الحياة. من أبرز سماته الشعور المستمر باليأس، فقدان الدافعية، وتراجع الاستمتاع بالأنشطة المعتادة. كما يرافقه غالبًا شعور مبالغ فيه بالذنب وانخفاض تقدير الذات، ما يجعل المصاب عرضةً لندهور متزايد في وظائفه الاجتماعية والمهنية.

تتعدد الأسباب المؤدية للاكتئاب بين العوامل البيولوجية مثل اختلال التوازن العصبي الكيميائي، والعوامل المعرفية مثل التفكير السلبي والاجترار الفكري، فضلاً عن العوامل البيئية كالأحداث الصادمة والضغوط الحياتية. ويشير **Beck (1979)** إلى أن التفاعل بين هذه العوامل المختلفة يفسر التباين في شدة الأعراض بين الأفراد. ولا يقتصر تأثير الاكتئاب على الجانب النفسي فقط، بل يشمل أيضًا أعراضًا جسدية كاضطرابات النوم والشهية، انخفاض الطاقة، صعوبات التركيز، إضافة إلى الشكاوى الجسدية غير المبررة طبيًا، وهو ما قد يضاعف من معاناة المريض. إلى جانب ذلك، للاكتئاب انعكاسات اجتماعية واقتصادية خطيرة، إذ يؤدي إلى تراجع الإنتاجية، وزيادة معدلات التغيب عن العمل، وارتفاع تكاليف الرعاية طويلة الأمد، مما يجعله تحديًا كبيرًا للصحة العامة لا يقل أهمية عن الأمراض المزمنة الأخرى. وتتضاعف هذه التداعيات عند اقترانه بمتلازمة الناجي، حيث يضاف العبء النفسي الناتج عن الشعور المستمر بالذنب والفراغ إلى المعاناة الأساسية للاكتئاب.

وتُمثل حوادث المرور بيئة خصبة لظهور نوبات اكتئابية حادة نظرًا لطابعها المفاجئ والصادم الذي يقوّض إحساس الفرد بالأمان والسيطرة على حياته. فالناجون من هذه الحوادث غالبًا ما يواجهون فقدانًا جسيمًا، سواء في صورة فقدان الأحبة أو التعرض لإعاقات جسدية، وهو ما يشكل محفزًا قويًا لتطور أعراض اكتئابية. (Mayou et al., 1998) كما أن انعكاسات الحادث لا تتوقف عند المستوى الفردي، بل تمتد لتشمل البنية الأسرية والاجتماعية، إذ قد يشعر الناجي بأنه عبء على محيطه بسبب العجز أو الإعاقة، مما يعمق مشاعر اليأس ويزيد من احتمال تطور الاكتئاب بشكل مزمن ومعقد.

وفي مواجهة هذه التحديات، برز العلاج المعرفي السلوكي (CBT) كأحد أكثر البرامج العلاجية المدعومة بالأدلة العلمية في معالجة الاضطرابات النفسية المرتبطة بالصدمات، بما فيها متلازمة الناجي والاكتئاب المرافق لها. يقوم هذا النموذج على افتراض أن الأفكار والمشاعر والسلوكيات مترابطة بشكل وثيق، وأن تغيير التفكير المشوه يؤدي بالضرورة إلى تعديل الاستجابات الانفعالية والسلوكية (Beck et al., 1979).

يُطبق البرنامج عادة عبر سلسلة جلسات منتظمة، يركز خلالها المعالج على مساعدة المريض في التعرف على الأفكار التلقائية السلبية، واختبار مدى واقعيتها، ثم استبدالها بأنماط تفكير أكثر إيجابية ومرونة. كما يشمل التدريب على مواجهة المواقف المثيرة للقلق من خلال **التعرض التدريجي**، وهو ما يقلل من سلوكيات التجنب المرتبطة بالحادث. وتشمل تقنيات CBT أيضًا إعادة الهيكلة المعرفية، تدريب مهارات حل المشكلات، تقنيات الاسترخاء، وتعلم استراتيجيات التكيف.

وقد أثبتت الدراسات التطبيقية فعالية هذا النهج؛ حيث أظهرت دراسة **Blanchard et al. (2003)** أن تطبيق CBT على الناجين من حوادث المرور أدى إلى انخفاض كبير في أعراض الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة مقارنةً بالمجموعات الضابطة. كما دعمت دراسة **Guest et al. (2018)** فاعلية CBT حتى عند تطبيقه عبر الإنترنت، حيث ساهم في تقليل مستويات الضيق النفسي بنسبة ملحوظة.

إضافةً إلى ذلك، يوفر CBT إطارًا تشاركيًا يجعل المريض شريكًا فعالًا في عملية التعافي، من خلال تكليفه بواجبات منزلية وتطبيق المهارات المكتسبة بين الجلسات. هذا يعزز الإحساس بالسيطرة الذاتية، ويسهم في ترسيخ النتائج العلاجية على المدى الطويل، خاصة عند دعمه بدعم أسري واجتماعي.

متواصل. وهكذا، يظهر CBT كأداة علاجية فعالة قادرة على كسر الحلقة المفرغة بين متلازمة الناجي والاكتئاب، وإعادة الأمل للناجين في استعادة حياتهم بشكل أكثر توازنًا وفاعلية.

ومن هنا تبرز أهمية موضوع البحث، إذ إن الاكتئاب يعد من أبرز الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الناجون من حوادث المرور، حيث تترك هذه الصدمات آثارًا نفسية ممتدة تؤثر في تكيفهم الاجتماعي وجودة حياتهم. وفي هذا السياق، يبرز العلاج المعرفي السلوكي كأحد التوجهات العلاجية الفعالة، لما يقوم به من إعادة هيكلة للأفكار السلبية وتدريب الأفراد على استراتيجيات التكيف الإيجابي، بما يفتح المجال أمام اختبار فعاليته تجريبيًا في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب لدى هذه الفئة. وانطلاقاً من ذلك، جاءت هذه الدراسة لتبحث بصورة منهجية في مدى قدرة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على إحداث تغيرات ملموسة في مستويات الاكتئاب عند الناجين من حوادث المرور، مما يمنح نتائجها قيمة علمية وتطبيقية يمكن أن تسهم في تطوير التدخلات النفسية الموجهة لهذه الفئة الهشة. ومن هنا، تنطلق هذه الدراسة للإجابة عن الإشكالية التالية:

هل للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعالية في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور؟

2. تساؤلات الدراسة:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة

الناجي جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والبعدي؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة

الناجي جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والتتبعي؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة

الناجي جراء حوادث المرور في القياسين البعدي والتتبعي؟

4. ما درجة مساهمة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب على مختلف

أبعاده لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور؟

3. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية دالة إحصائية في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور .

الفرضيات الفرعية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي

جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والبعدي، وذلك لصالح القياس البعدي.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي

جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والتتبعي، وذلك لصالح القياس التتبعي.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة

الناجي جراء حوادث المرور في القياسين البعدي والتتبعي، بما يشير إلى ثبات أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

4. يساهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بدرجة دالة إحصائية في خفض مستويات الاكتئاب

على مختلف أبعاده لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور .

4. أسباب إختيار الموضوع:

1.4. أسباب ذاتية:

✚ الدوافع الإنسانية والمهنية للباحث حيث ينبع اختيار هذا الموضوع من إحساس الباحث بالمسؤولية

الإنسانية والمهنية تجاه الفئات المتضررة من حوادث المرور، خاصة أولئك الذين ينجون

بأجسادهم لكنهم يظلون مثقلين بالآثار النفسية. هذا البعد الإنساني جعل الباحث يسعى لتسليط

الضوء على معاناتهم النفسية، بما يتماشى مع رسالته الأكاديمية في مجال الصحة النفسية.

✚ الملاحظة الميدانية المباشرة خلال الاحتكاك العملي والميداني، لاحظ الباحث بوضوح حجم

المعاناة النفسية التي يعيشها ضحايا الحوادث، مثل مظاهر الحزن المستمر، اضطرابات النوم،

الانسحاب الاجتماعي، والإحساس بفقدان المعنى. هذه الملاحظة عززت لديه القناعة بأن التدخل

العلاجي المنظم ضرورة ملحة.

✚ محدودية الدعم النفسي الموجه للناجين فرغم كثرة المبادرات الطبية لعلاج الإصابات الجسدية،

إلا أن الدعم النفسي الموجه للضحايا يكاد يكون غائباً أو هامشياً، مما يجعلهم يواجهون محتهم

النفسية بمفردهم. هذا النقص في التكفل النفسي شكل دافعاً شخصياً للباحث لتقديم مساهمة

علاجية منظمة.

✚ الرغبة في تطوير الممارسات العلاجية لذلك يسعى الباحث إلى تجاوز الجانب النظري نحو

الممارسة العملية، من خلال اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي يمكن أن يُطبَّق فعلياً داخل

المؤسسات العلاجية. هذه الرغبة نابعة من قناعة الباحث بأن البحث العلمي يجب أن تكون له

انعكاسات عملية مباشرة على المجتمع.

✚ إعداد دليل تطبيقي للأخصائيين النفسيين فمن بين الدوافع الذاتية المهمة، رغبة الباحث في وضع برنامج علاجي معرفي سلوكي منظم يمكن أن يشكل مرجعاً عملياً ودليلاً إجرائياً للأخصائيين النفسيين العاملين مع الناجين من الحوادث، مما يساهم في توحيد الرؤى العلاجية وتقديم تدخلات أكثر فعالية.

2.4. أسباب موضوعية:

✚ شيوع الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور حيث تُظهر الإحصاءات والدراسات النفسية أن الاكتئاب يُعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الناجين من الحوادث، وهو ما يضاعف حاجتهم إلى رعاية نفسية خاصة.

✚ تداخل الصدمة النفسية مع المعاناة الجسدية والاجتماعية فالناجون من الحوادث يواجهون تحدياً متعدد الأبعاد؛ فهم يعانون من آثار الصدمة النفسية، إلى جانب إعاقات أو إصابات جسدية، فضلاً عن ضغوط اجتماعية واقتصادية، مما يجعل حالتهم أكثر تعقيداً من الفئات الأخرى.

✚ الحاجة الماسة إلى تدخلات علاجية نفسية متخصصة فنظراً لخصوصية وضعية الناجين من الحوادث، فإن التكفل النفسي العابر أو غير المنظم لا يكفي، بل هم في حاجة إلى برامج علاجية متخصصة ومبنية على أسس علمية قادرة على التخفيف من حدة معاناتهم.

✚ النقص في البرامج العلاجية داخل البيئة العربية-حسب إطلاع الباحث-فعلى الرغم من تطور العلاجات النفسية في السياق الغربي، إلا أن البيئة العربية ما تزال تعاني من محدودية البرامج النفسية الموجهة لهذه الفئة، الأمر الذي يعكس فجوة في الممارسات العلاجية داخل مجتمعاتنا.

✚ غياب البرامج المبنية على أسس علمية رصينة فمعظم التدخلات المتاحة في البيئة العربية ذات

طابع إرشادي أو دعمي عام، ولا تستند إلى بروتوكولات علاجية واضحة ومجربة علميًا مثل

العلاج المعرفي السلوكي، وهو ما يزيد من أهمية هذا البحث.

✚ الحاجة إلى دراسات تطبيقية ففي ظل محدودية البحوث التطبيقية التي تختبر فعالية برامج

علاجية محددة في السياق العربي، تبرز ضرورة إنجاز دراسات ميدانية تساهم في تكيف

وتطبيق مناهج علاجية عالمية بما يتناسب مع الخصوصية الثقافية المحلية.

✚ فعالية العلاج المعرفي السلوكي المثبتة علميًا، فقد أظهرت العديد من الدراسات في بيئات

مختلفة أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في خفض أعراض الاكتئاب والقلق، مما يبرر اختياره

كإطار نظري وتطبيقي لهذه الدراسة، مع اختبار مدى نجاعته لدى فئة الناجين من الحوادث

الذين يملكون خصوصية نفسية واجتماعية.

5. أهداف الدراسة:

1. الكشف عن فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابين

بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور.

2. تحديد الفروق في مستوى الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور بين القياسين

القبلي والبعدي لتقدير فعالية البرنامج مباشرة بعد تطبيقه.

3. قياس مدى استمرار أثر البرنامج العلاجي في خفض مستوى الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة

الناجي جراء حوادث المرور من خلال نتائج القياس التتبعي.

4. تحليل أثر البرنامج العلاجي في خفض الأبعاد المختلفة للاكتئاب (العاطفية، المعرفية، السلوكية،

الجسدية) لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور.

5. بناء نموذج تطبيقي لبرنامج علاجي معرفي سلوكي موجه للناجين من حوادث المرور يمكن اعتماده في المؤسسات النفسية والصحية.

6. أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية العلمية

1. إثراء الأدبيات النفسية المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي كاتجاه علاجي فعال في التعامل مع الاضطرابات الانفعالية، وخاصة الاكتئاب.
2. تعزيز الفهم العلمي للاكتئاب بوصفه اضطراباً شائعاً لدى الناجين من حوادث المرور، عبر تقديم تصور نظري شامل لأعراضه ومسبباته.
3. إبراز العلاقة بين الحوادث الصدمية والأعراض النفسية اللاحقة، بما يدعم دراسات ما بعد الصدمة ويغني النظريات المرتبطة بها.
4. تطوير النموذج العلاجي المعرفي السلوكي وتكييفه ليتناسب مع خصوصية فئة الناجين من الحوادث، بما يعكس مرونة هذا الاتجاه العلاجي.
5. فتح المجال أمام باحثين آخرين لدراسة فعالية هذا البرنامج مع اضطرابات أو فئات مختلفة، مما يعزز التراكم العلمي في المجال.

ثانياً: الأهمية المنهجية

1. ربط البحوث النفسية النظرية بالواقع المجتمعي عبر دراسة فئة مهمشة نفسيًا (الناجون من الحوادث)
2. تقديم نموذج علاجي تطبيقي يمكن الاستناد إليه في بناء دراسات لاحقة بنفس المنهج أو ببرامج علاجية بديلة.
3. توفير أرضية علمية لإعداد بروتوكولات علاجية قائمة على أسس معرفية وسلوكية، بما يدعم البحوث التطبيقية.
4. دعم التوجهات العلمية الحديثة التي تشجع على التدخلات القصيرة المدى وعالية الكفاءة بدل الاعتماد على الأساليب التقليدية.
5. إسهام الدراسة في سد فجوة بحثية متمثلة في قلة الدراسات العربية - حسب إطلاع الباحث- التي تتناول فعالية العلاج المعرفي السلوكي لدى الناجين من الصدمات.

ثالثاً: الأهمية التطبيقية

1. المساهمة في خفض حدة الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور من خلال تدخل نفسي منظم ومبني على أسس علمية.
2. توفير برنامج علاجي جاهز قابل للتطبيق من طرف الأخصائيين النفسيين في المستشفيات ومراكز التأهيل النفسي.
3. تمكين الأخصائي النفسي من التعامل بفاعلية أكبر مع الناجين، مما يحسّن كفاءة الخدمات النفسية المقدمة لهم.
4. تعزيز الوقاية والتدخل المبكر بعد الحوادث للحد من تطور الأعراض النفسية إلى اضطرابات مزمنة.

5. دعم السياسات الصحية في إدماج البرامج العلاجية النفسية ضمن بروتوكولات التعافي الشامل

ما بعد الحوادث.

7. المفاهيم الإجرائية للدراسة:

1.7. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي اجرائيا:

هو برنامج علاجي نفسي مكوّن من عدد محدد من الجلسات (15 جلسة في هذه الدراسة)، تم بناؤه استنادًا إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، ويهدف إلى خفض مستوى الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور، من خلال استخدام فنيات مثل تعديل الأفكار السلبية، الاسترخاء، حل المشكلات، العصف الذهني، التعريض التدريجي، ولعب الدور. يُطبق البرنامج من طرف الباحث بمساعدة مختصين على أفراد العينة، ويتم تقييم نتائجه من خلال مقارنة متوسط درجاتهم في مقياس الاكتئاب قبلًا وبعديًا.

2.7. الاكتئاب اجرائيا:

هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس الاكتئاب المعتمد في هذه الدراسة (مقياس بيك)، والتي تعكس شدة الأعراض الاكتئابية التي يعاني منها الفرد مثل الحزن، فقدان الاهتمام، ضعف التركيز، انخفاض الطاقة، الشعور بالذنب أو انعدام القيمة، والرغبة في الانسحاب الاجتماعي.

3.7. الناجي اجرائيا:

هم الأفراد الذين تعرضوا سابقًا لحوادث مرور أدت إلى إصابة جسدية أو نفسية، وتم اختيارهم كعينة للدراسة وفقًا لمعايير محددة، منها مرور فترة لا تقل عن شهرين على الحادث، وتوفر أعراض اكتئابية حسب نتائج المقياس المعتمد.

4.7. فعالية البرنامج اجرائيا:

يتم قياس الفعالية من خلال الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في مقياس الاكتئاب في القياس القبلي والقياس البعدي، بحيث تدل الفروق على خفض الأعراض الاكتئابية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

8. الدراسات السابقة:

1.8. الدراسات العربية

1.1.8. دراسة (عزاق ولموشي، 2019)

بعنوان "اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا حوادث المرور" هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا حوادث المرور بمدينة الجلفة. تكونت العينة من (40) فرداً تم اختيارهم قصدياً من مستشفى الجلفة. استخدم مقياس لأعراض PTSD يتضمن ثلاثة أبعاد: إعادة الخبرة، التجنب، فرط الاستثارة. اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وتحليل التباين. أظهرت النتائج أن مستوى اضطراب ما بعد الصدمة كان مرتفعاً، خاصة في بُعد إعادة الخبرة. (عزاق ولموشي، 2019)

2.1.8. دراسة (صيام، 2017)

بعنوان "الاضطرابات النفسية عند ضحايا حوادث المرور - دراسة عيادية على ثلاث حالات" هدفت الدراسة إلى تشخيص وتحليل الأعراض النفسية الناتجة عن حوادث مرور خطيرة. تضمنت الدراسة ثلاث حالات، واتبعت المنهج العيادي التحليلي. تم استخدام المقابلات النفسية، وبطارية

كيلر، والملاحظة السريرية. أظهرت النتائج وجود PTSD حاد، واكتئاب شديد لدى حالتين، مع ارتباط بين شدة الحادث وسرعة ظهور الأعراض. (صيام، 2017)

3.1.8. دراسة (بولمدائيس، بن شهيدة 2021)

بعنوان اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا حوادث المرور - دراسة ميدانية بعيادة نفسية خاصة بمدينة بسكرة" هدفت إلى التعرف على مدى انتشار PTSD بين ضحايا حوادث المرور المترددين على عيادة خاصة. تكونت العينة من (30) مريضاً تتراوح أعمارهم بين 18 و45 سنة. اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، وتم استخدام مقياس التشخيص وفق DSM-5. أظهرت النتائج أن 67% من العينة يعانون من PTSD، مع سيطرة أعراض فرط الاستثارة والأفكار الاقتحامية. (بولمدائيس وبن شهيدة، 2021)

4.1.8. دراسة (نطرش، 2020)

بعنوان "العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وبعض المتغيرات النفسية لدى ضحايا حوادث المرور" هدفت إلى دراسة العلاقة بين PTSD وكل من الاكتئاب والشعور بالذنب. تألفت العينة من (50) مصاباً اختيروا من أقسام الطوارئ. استُخدمت استبانة PTSD، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الشعور بالذنب من إعداد الباحثة. اتبعت الباحثة المنهج الارتباطي. أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباطية دالة بين PTSD وكل من الاكتئاب والشعور بالذنب. (نطرش، 2020)

2.8. الدراسات الأجنبية

1.2.8. دراسة (O'Donnell et al. 2004)

العنوان " Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma Understanding Comorbidity " هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والاكتئاب لدى الأفراد الذين تعرضوا لصدمة نفسية، من بينهم ضحايا حوادث المرور. تكونت العينة من 363 مشاركاً من الناجين من صدمات متنوعة. استخدمت أدوات تشخيصية سريرية لاضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب، أهمها: *Structured Clinical Interview for DSM*. اعتمدت الدراسة على الأساليب الإحصائية الوصفية وتحليل التباين واختبارات العلاقة (مثل تحليل الارتباط). وأظهرت النتائج أن 47% من المشاركين الذين أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة، أصيبوا أيضاً بالاكتئاب، مما يدل على شيوع الاضطراب المشترك، ويؤكد الحاجة إلى تدخل نفسي مزدوج (O'Donnell, Creamer, & Pattison, 2004).

2.2.8. دراسة (Blanchard et al. (2003

العنوان " A Controlled Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy for PTSD in Motor Vehicle Accident Survivors " هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور. تألفت العينة من 42 شخصاً تعرضوا لحوادث مرور وشُخصت لديهم أعراض PTSD واكتئاب. استخدمت أدوات القياس النفسية مثل *Beck Depression Inventory (BDI)* و *Impact of Event Scale*. اعتمدت الدراسة على اختبار "ت" لعينتين مستقلتين وتحليل التباين (ANOVA) لمقارنة نتائج المجموعتين (تجريبية وضابطة). أظهرت النتائج تحسناً كبيراً في مستويات الاكتئاب والقلق لدى أفراد المجموعة التي خضعت لبرنامج CBT، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق تدخلاً. (Blanchard, Hickling, Devineni, Veazey, & Galovski, 2003)

3.2.8. دراسة (Beck et al. 1979)

العنوان: " *Cognitive Therapy of Depression* " هدفت هذه الدراسة التأسيسية إلى تطوير واختبار أسلوب علاجي معرفي للتعامل مع الاكتئاب من خلال تعديل الأفكار السلبية وتحسين أنماط التفكير. شملت الدراسة عينات متعددة من الأفراد المصابين بالاكتئاب بدرجات متوسطة إلى شديدة تراوحت أعمارهم بين 18 و 60 سنة. استخدمت الدراسة مقياس *Beck Depression Inventory* بالإضافة إلى جلسات علاج معرفي فردية مكثفة. استخدمت الأساليب الإحصائية كاختبار "ت" وتحليل الانحدار لمقارنة التحسن في الأعراض قبل وبعد العلاج. توصل الباحثون إلى أن البرنامج العلاجي أدى إلى انخفاض ملحوظ في الأعراض الاكتئابية مقارنة بالعلاج الدوائي وحده (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

4.2.8. دراسة (Bryant et al. 2012)

العنوان: " *A Randomized Controlled Trial of Brief-CBT for PTSD Following a Motor Vehicle Crash* " استهدفت الدراسة اختبار فعالية برنامج مختصر من العلاج المعرفي السلوكي (يتكون من 4 جلسات فقط) في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور. تكونت العينة من 55 مشاركًا شخصوا بأعراض PTSD واكتئاب بعد الحادث. استخدمت الدراسة مقياس *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* ومقياس *Beck Depression Inventory* وظُفَّت تحاليل التباين للقياسات المكررة (Repeated Measures ANOVA) واختبار "ت" لمقارنة مستويات الأعراض عبر القياسات (قبلي - بعدي - تتبعي). أظهرت النتائج أن البرنامج المختصر أدى إلى تحسن ملحوظ في كل من الاكتئاب وأعراض الصدمة حتى بعد مرور 6 أشهر. (Bryant, Moulds, Nixon, et al., 2012)

5.2.8. دراسة (Mayou et al. 1998)

العنوان: "Prospective Study of PTSD and Depression Following Trauma"

هدفت هذه الدراسة إلى تتبع تطور الأعراض النفسية (PTSD والاكتئاب) لدى الأفراد الذين تعرضوا لحوادث مرور، على مدار 6 أشهر بعد الحادث. ضمت العينة 188 شخصًا دخلوا أقسام الطوارئ عقب الحادث. استخدمت الدراسة مقابلات سريرية ومقاييس اكتئاب موثوقة مثل *Hospital Anxiety and Depression Scale*. تم تحليل البيانات باستخدام الإحصاء الوصفي وتحليل التباين بين المراحل الزمنية. أظهرت النتائج أن 17.5% من العينة أصيبوا بالاكتئاب بعد مرور 4 أشهر من الحادث، مع ارتباط كبير بين شدة الإصابة الجسدية ومستوى الأعراض النفسية، مما يدل على أهمية التدخل المبكر.

(Mayou, Ehlers, & Bryant, 1998)

6.2.8. دراسة (Guest et al. 2018)

العنوان: "Psychological distress following a motor vehicle crash"

preliminary results of a randomised controlled trial investigating brief psychological interventions

استهدفت تقييم فعالية تدخل نفسي قصير قائم على العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في التخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين من حوادث المرور. شارك في الدراسة ما بين 90 إلى 104 فردًا، تم تقسيمهم عشوائيًا إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تلقت CBT عبر البريد الإلكتروني والدعم الهاتفي، ومجموعة ثانية تلقت برنامجًا لنمط حياة صحي، أما الثالثة فكانت مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار. استخدمت الدراسة مقياس DASS لقياس مستويات الاكتئاب والقلق، ومقياس IES-R لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى مقابلات سريرية منظمة. اعتمد التحليل الإحصائي على اختبار التباين للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA) واختبار "ت" لمقارنة الفروق بين القياسين

القبلي والبعدي بعد مرور ثلاثة أشهر. أظهرت النتائج انخفاضاً في مستويات الضيق النفسي لدى أفراد مجموعة CBT بنسبة بلغت 16% حسب مقياس DASS، مقارنة بتحسّن طفيف في مجموعة نمط الحياة الصحي، بينما لم تسجل مجموعة الانتظار تحسّناً يُذكر، مما يؤكد فعالية البرنامج المعرفي-السلوكي في خفض الأعراض النفسية لدى هذه الفئة. (Guest et al., 2018).

7.2.8. دراسة (Wu, Li & Cho (2014)

العنوان "A randomized controlled trial of brief-CBT for patients with symptoms of PTSD following a motor vehicle crash" ، سعى Li و Wu و Cho (2014) إلى اختبار فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي قصير مكوّن من أربع جلسات، موجه للناجين من حوادث المرور الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والاكتئاب. شملت العينة 60 مشاركاً تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تلقت العلاج المعرفي السلوكي المكثف، وأخرى اعتمدت على التوجيه الذاتي. استخدم الباحثون مقياس IES-R لقياس شدة أعراض الصدمة النفسية، ومقياس HADS لتقييم الاكتئاب والقلق. تم تحليل النتائج باستخدام اختبار "ت" وتحليل الأحجام التأثيرية (effect sizes) لمقارنة التطورات في الأعراض عبر ثلاث فترات زمنية: قبل العلاج، وبعد 3 أشهر، وبعد 6 أشهر. وأظهرت النتائج أن جلسات CBT أسهمت بشكل فعّال في تقليل كل من القلق والاكتئاب عند القياس بعد 6 أشهر، بينما استمرت أعراض PTSD في التحسن لكنها لم تسجل فروقاً دالة إحصائية، مما يدل على فاعلية نسبية للعلاج المعرفي السلوكي في الجوانب الانفعالية (Wu, Li & Cho, 2014).

8.2.8. دراسة (Blanchard et al. (2003

العنوان "A Controlled Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress in Motor Vehicle Accident Survivors" هدفت إلى مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) بالعلاج الداعم وقائمة الانتظار في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والاكتئاب، والقلق لدى الناجين من حوادث المرور. شملت العينة 78 مشاركًا تم تشخيصهم باضطراب PTSD لأكثر من ستة أشهر بعد الحادث، وجرى توزيعهم عشوائيًا على ثلاث مجموعات: العلاج المعرفي السلوكي، الدعم النفسي، وقائمة الانتظار. استخدمت الدراسة أدوات قياس متنوعة، أبرزها: مقياس CAPS لتقييم PTSD، ومقياس BDI لقياس الاكتئاب، ومقياس STAI لتقدير القلق. وتم تحليل البيانات باستخدام تحليل التباين للقياسات المتكررة (GROUP × TIME ANOVA)، وتحليل تغير درجات CAPS خلال فترة 3 أشهر. وقد بينت النتائج فعالية عالية للعلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض PTSD ($F[2,74]=15.1, p<0.001$)، بالإضافة إلى انخفاض دال إحصائيًا في معدلات الاكتئاب والقلق مقارنة بالمجموعتين الأخريين. استمرت هذه التحسينات خلال فترة المتابعة اللاحقة، مما يبرز أهمية برنامج CBT كوسيلة علاج فعالة في مثل هذه الحالات (Blanchard et al., 2003).

9.2.8. دراسة (Zoellner et al. (2010

العنوان "Post-traumatic Growth as Outcome of a Cognitive-Behavioural Therapy Trial for Motor Vehicle Accident Survivors with PTSD"، قام Zoellner وزملاؤه (2010) باستكشاف تأثير العلاج المعرفي السلوكي ليس فقط على خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بل أيضًا على تعزيز النمو النفسي الإيجابي (Post-traumatic Growth) لدى الناجين من حوادث المرور. شملت الدراسة 40 مشاركًا يعانون من

(PTSD إما حالة كاملة أو تحت سريرية)، تم تقسيمهم إلى مجموعة علاج معرفي سلوكي ومجموعة قائمة انتظار. تم استخدام مقياس CAPS لتقييم PTSD، ومقياس PTGI لقياس النمو بعد الصدمة. ومن خلال تطبيق تحليل التباين (ANCOVA)، توصل الباحثون إلى أن CBT أدى إلى خفض دال في أعراض PTSD مقارنة بالمجموعة الضابطة. أما فيما يتعلق بالنمو النفسي، فقد لوحظ تحسن جزئي في بُعدين فقط من أبعاد PTG وهما "الإمكانات الجديدة" و"القوة الذاتية"، دون تغيير دال في الدرجة الكلية للنمو النفسي. تشير هذه النتائج إلى أن CBT يمكن أن يسهم في بعض جوانب النمو الإيجابي إلى جانب خفض الأعراض المرضية (Zoellner et al., 2010)

بعد استعراض مجموعة من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع اضطراب ما بعد الصدمة والاكنتاب لدى الناجين من حوادث المرور، سواء الأجنبية منها أو العربية، بهدف الوقوف على الأساليب المنهجية المعتمدة، وتحديد المتغيرات المدروسة، وكذا الكشف عن الفجوات البحثية التي يمكن أن تسدها الدراسة الحالية. وفيما يلي جدول يوضح ملخصًا لهذه الدراسات من حيث: عنوان الدراسة، سنة النشر، هدف الدراسة، العينة، المنهج، الأدوات، الأساليب الإحصائية، والنتائج الأساسية.

الجدول رقم (1): ملخص للدراسات السابقة العربية والأجنبية

الدراسة	العنوان	الهدف	العينة	المنهج	الأدوات	التحليل الإحصائي	أبرز النتائج
1	Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity	فحص العلاقة بين PTSD والاكنتاب بعد الصدمة	363 ناج من صدمة بدنية	وصفي تحليلي	SCID	تحليل الارتباط وتحليل التباين	47% لديهم اضطراب مشترك (PTSD + اكنتاب)، العلاقة بين الاضطرابين قوية

2	The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for PTSD in Motor Vehicle Accident Survivors	اختبار فعالية CBT لخفض أعراض PTSD والاكنتاب	42 ناجيًا من حوادث مرور	تجريبي	BDI، IES	اختبار "ت"، ANOVA	المجموعة التجريبية تحسنت بشكل كبير مقارنة بالضابطة
3	Cognitive Therapy of Depression	تقديم العلاج المعرفي كبديل لعلاج الاكنتاب	مرضى باكنتاب متوسط إلى حاد	تجريبي	BDI، جلسات CBT	اختبار "ت"، تحليل انحدار	العلاج المعرفي فعال في خفض حدة الاكنتاب
4	A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Survivors	اختبار فاعلية CBT المختصر	55 ناجٍ من حوادث مرور	تجريبي	PDS، BDI	Repeated Measures ANOVA	تحسن ملحوظ في أعراض PTSD والاكنتاب حتى بعد 6 أشهر
5	The Course of PTSD and Depression Following Serious Road Traffic Accidents	تتبع تطور PTSD والاكنتاب بعد الحوادث	188 مصابًا	طولي	HADS، مقابلات نفسية	ANOVA، زمني، تحليل وصفي	17.5% أظهروا أعراض اكنتاب بعد أشهر من الحادث
6	The Efficacy of Brief Cognitive Behavioral Therapy via Email and Phone After Motor Vehicle Crashes	اختبار فعالية CBT عن بُعد	90 مشاركًا	تجريبي	DASS-21، IES-R	ANOVA المتكرر	انخفاض بنسبة 16% في شدة الضيق النفسي بعد 6 أسابيع من التدخل

7	The Use of Brief Cognitive Behavioral Therapy to Reduce PTSD Symptoms Following MVCs	فاعلية CBT قصير المدى في خفض PT SD والاكنتاب	60 ناجياً	تجريبي	IES-R HADS	اختبار "ت"، Effect Size	انخفاض متوسط إلى كبير في الأعراض بعد العلاج
8	The Role of Posttraumatic Growth in Cognitive Behavioral Therapy for PTSD	اختبار العلاقة بين النمو بعد الصدمة وفعالية CBT	40 مشاركاً	تجريبي	CAPS PTGI	ANCOVA	تحسن في بعض أبعاد النمو مع خفض أعراض PTSD
9	A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for PTSD in Motor Vehicle Accident Survivors	اختبار فاعلية العلاج المعرفي بالمقارنة مع العلاج الداعم	85 ناجياً	تجريبي	CAPS، BDI PTCI	تحليل تباين، اختبارات متعددة	CBT أدى إلى انخفاض كبير في أعراض PTSD والاكنتاب مقارنة بالمجموعات الأخرى
10	عزاق ولموشي، 2019	PTSD لدى ضحايا المرور	40 من مستشفى الجلفة	وصفي تحليلي	مقياس PTSD (3 أبعاد)	المتوسطات، الانحراف المعياري، ANOVA	مستوى PTSD مرتفع، خاصة إعادة الخبرة
11	صيام، 2017	الاضطرابات النفسية بعد المرور	3 حالات	عيادي تحليلي	مقابلة، كيلر، ملاحظة	تحليل نوعي	PTSD حاد واكتئاب شديد في حالتين
12	بولمدائيس وبن شهيدة، 2021	انتشار PTSD	30 مريضاً ببسكرة	وصفي تحليلي	DSM-5 تشخيصي	نسب مئوية وتحليل وصفي	67% يعانون PTSD، شيوع فرط الاستثارة

					بعد الحوادث		
علاقة دالة بين PTSD وكل من الاكتئاب والشعور بالذنب	معامل ارتباط	PTSD، BDI، مقياس ذنب	منهج ارتباط ي	50 مصاباً	PTSD والاكتئاب والشعور بالذنب	لطرش، 2020	13

1.8. مناقشة الدراسات السابقة

1.3.8. مناقشة الدراسات العربية:

تكشف الدراسات السابقة عن تزايد الاهتمام العلمي باضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى ضحايا حوادث المرور، وهو ما يعكس حجم التأثير النفسي العميق الذي تخلفه هذه الحوادث. وقد تنوعت المقاربات المنهجية والأدوات المستخدمة، مما أتاح رؤية شمولية لتجليات الصدمة النفسية وأبعادها المختلفة. ففي دراسة عزاق ولموشي (2019)، تم التركيز على قياس مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا حوادث المرور، وقد بينت النتائج ارتفاع هذا الاضطراب خاصة في بُعد إعادة الخبرة، وهو ما يعكس مدى سيطرة الذكريات المؤلمة على الضحايا. تتقاطع هذه النتيجة مع أهداف الدراسة الحالية، إذ تؤكد على الحاجة إلى تدخلات علاجية فعالة لتقليل آثار الصدمة، من بينها العلاج المعرفي السلوكي، الذي يستهدف بالدرجة الأولى تعديل أنماط التفكير المرتبطة بإعادة الخبرة. أما دراسة صيام (2017)، فرغم طبيعتها العيادية المحدودة بثلاث حالات، إلا أنها تبرز بوضوح العلاقة بين حوادث المرور والاضطرابات النفسية الحادة كالاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، مما يعزز التوجه نحو التدخل المبكر من خلال أساليب علاجية منظمة. كما أن استخدام أدوات تشخيصية عيادية دقيقة يدعم مصداقية

النتائج، ويبرز أهمية فهم الفروق الفردية في الاستجابة للصدمة، وهو ما يمكن أخذه بعين الاعتبار في تصميم البرامج العلاجية الفردية والجماعية. فيما يخص دراسة بولمدائيس وبن شهيدة (2021)، فقد أظهرت أن نسبة كبيرة من الضحايا (67%) يعانون من أعراض PTSD، مع سيطرة لأعراض فرط الاستثارة والأفكار الاقتحامية، وهي أعراض تتطلب تدخلاً معرفياً سلوكياً موجهاً، حيث يُعرف هذا النوع من العلاج بفعاليته في خفض هذه الأعراض تحديداً من خلال تقنيات الاسترخاء وتعديل الاستجابات الانفعالية والمعرفية. وفي ذات السياق، تبرز دراسة لطرش (2020) أهمية الربط بين اضطراب ما بعد الصدمة وبعض المتغيرات النفسية المصاحبة، مثل الاكتئاب والشعور بالذنب، وقد بينت الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة بين PTSD وهذه المتغيرات، وهو ما يعزز من وجهة الدراسة الحالية التي تركز على الاكتئاب كعرض نفسي شائع ومتربط مع الصدمة النفسية الناتجة عن حوادث المرور، مما يجعل من التدخل المعرفي السلوكي أداة مناسبة لمعالجة الاضطراب في أبعاده المتعددة.

بناءً على ما سبق، تتكامل نتائج هذه الدراسات مع مبررات الدراسة الحالية، وتؤكد الحاجة الماسة إلى برامج علاجية فعالة مبنية على أسس علمية، تتعامل مع ما تخلفه حوادث المرور من أزمات نفسية ممتدة، خاصة لدى الفئات الأكثر هشاشة نفسياً واجتماعياً.

2.3.8. مناقشة الدراسات الأجنبية:

تشير الدراسات السابقة التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في خفض أعراض الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الناجين من حوادث المرور إلى تراكم معرفي متين يدعم استخدام هذا النموذج العلاجي في السياقات النفسية المرتبطة بالصدمة. وقد أظهرت مختلف الدراسات، سواء التجريبية منها أو التتبعية، توافقاً ملحوظاً في النتائج رغم تباين مناهجها وأدواتها وحجم عيناتها. فقد اعتمدت غالبية الدراسات الحديثة، مثل دراسة (2018) Guest et al. و Wu, Li & Cho

(2014) و (Bryant et al. 2012)، على تصميم تجريبي مضبوط (Randomized Controlled Trial)، بما يعزز من مصداقيتها الإحصائية، حيث تم توزيع المشاركين عشوائياً على مجموعات تلقت تدخلات مختلفة. في حين اعتمدت دراسات أخرى مثل (O'Donnell et al. 2004) و (Mayou et al. 1998) على التصميم التتبعي أو الوصفي التحليلي، ما ساعد في الكشف عن طبيعة العلاقة بين PTSD والاكتئاب دون تطبيق مباشر للبرامج العلاجية.

ومن حيث الأدوات، استُخدمت مقاييس معتمدة وموثوقة في قياس الاكتئاب مثل Beck Depression Inventory (BDI) و DASS و HADS، وأخرى لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مثل CAPS و IES-R و PDS، الأمر الذي يعزز من موثوقية المقارنات بين نتائج الدراسات المختلفة. كما لجأت معظم الدراسات إلى تحليلات إحصائية متقدمة، أبرزها تحليل التباين للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA) كما في دراسة Bryant et al. و Guest et al. واختبار "ت" لتحليل الفروق بين المجموعات، إلى جانب استخدام تحليل التباين (ANCOVA) في دراسة (Zoellner et al. 2010) لضبط المتغيرات المصاحبة.

وتتفق معظم النتائج على أن العلاج المعرفي السلوكي يُحدث تحسناً دالاً في أعراض الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، إذ أظهرت دراسة (Guest et al. 2018) أن تطبيق البرنامج عبر وسائل إلكترونية أدى إلى انخفاض بنسبة 16% في مستويات الضيق النفسي، مما يثبت فعالية CBT حتى في صيغته غير الحضورية. كما أظهرت دراسات (Wu, Li & Cho 2014) و (Bryant et al. 2012) تحسناً كبيراً في أعراض الاكتئاب والقلق لدى المشاركين الذين خضعوا لبرنامج CBT مختصر مكون من أربع جلسات فقط، مع استمرار هذا التحسن حتى بعد عدة أشهر من انتهاء التدخل. وفي الاتجاه نفسه، أكدت دراسة (Blanchard et al. 2003) فعالية CBT مقارنة بالعلاج الداعم وقائمة

الانتظار، وهو ما يعكس قدرة هذا النموذج العلاجي على تحقيق نتائج تتفوق على التدخلات النفسية العامة. أما دراسة (Zoellner et al. 2010) فقد قدمت رؤية أعمق للعلاج، من خلال بحث أثره في تعزيز النمو النفسي الإيجابي بعد الصدمة (Post-Traumatic Growth)، وهو ما يُعد توسعاً نوعياً في أهداف العلاج يتجاوز مجرد تخفيف الأعراض.

وعلى مستوى العلاقة بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، كشفت دراسة O'Donnell et al. (2004) أن نحو 47% من الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة يعانون أيضاً من الاكتئاب مما يبرز الحاجة إلى تبني تدخلات مزدوجة تستهدف كلا الاضطرابين، بدلاً من معالجتهما بشكل منفصل. كما أكدت دراسة (Mayou et al. 1998) أن الأعراض النفسية قد تظهر بشكل مؤجل، إذ بينت أن 17.5% من المشاركين أصيبوا بالاكتئاب بعد أربعة أشهر من الحادث، مع ارتباط واضح بين شدة الإصابة الجسدية وشدة الأعراض النفسية، وهو ما يلفت الانتباه إلى أهمية المتابعة المستمرة للحالات ما بعد الحادث.

وفي هذا السياق، تكتسب الدراسة التأسيسية لـ Beck et al. (1979) أهمية خاصة، إذ وضعت الأساس النظري للعلاج المعرفي السلوكي من خلال استهداف أنماط التفكير السلبي كمصدر رئيسي للاكتئاب، وقد أثبتت التجربة السريرية لهذه الدراسة أن تعديل هذه الأنماط كفيل بخفض الأعراض بشكل يفوق أحياناً العلاج الدوائي، ما عزز من انتشار هذا النموذج في العقود التالية.

وبوجه عام، تعكس الدراسات السابقة درجة عالية من الاتساق في النتائج رغم بعض الاختلافات في تصميم الدراسة وحجم العينة وطريقة التطبيق. فبينما تتفوق بعض الدراسات من حيث الحجم الإحصائي (مثل O'Donnell et al. و Guest et al.)، تميزت أخرى بدقة أدوات القياس وتكرار المتابعة (مثل Bryant و Zoellner) وتشير معظم الدراسات إلى أن العلاج المعرفي السلوكي ليس

فقط فعالاً في خفض أعراض الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، بل قد يسهم أيضاً في تعزيز التكيف الإيجابي والنمو بعد الصدمة لدى هذه الفئة، خاصة إذا طُبّق بشكل مبكر ومكيف مع احتياجات الأفراد.

3.3.8. استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

أظهرت الدراسات السابقة، سواء العربية منها أو الأجنبية، تراكمًا علميًا غنيًا حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في التعامل مع اضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب، لاسيما لدى الفئات المتأثرة بتجارب صادمة كالناجين من حوادث المرور. وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسات على عدة مستويات نظرية ومنهجية وتطبيقية.

فعلى المستوى النظري، ساهمت هذه الدراسات في بناء خلفية علمية متينة حول العلاقة التفاعلية بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، كما هو موضح في دراسة (O'Donnell et al. 2004)، التي كشفت عن ارتفاع معدلات الترافق بين الاضطرابين، وهو ما يبرر التوجه إلى تدخلات علاجية متكاملة تستهدف كليهما. كما وقّرت دراسات مثل (Beck et al. 1979) و (Zoellner et al. 2010) إطارًا معرفيًا لفهم كيف يؤثر تعديل الأنماط المعرفية السلبية في تحسين الأعراض الانفعالية والسلوكية، ما شكل الأساس النظري لبناء البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية.

أما على المستوى المنهجي، فقد أرست الدراسات السابقة معايير دقيقة لتصميم البحوث التجريبية، من حيث اختيار العينة، واعتماد القياس القبلي والبعدي، واستخدام أدوات مقننة مثل مقياس Beck للاكتئاب (BDI)، ومقياس IES-R أو CAPS لتقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهي نفس الأدوات التي استندت إليها الدراسة الحالية لضمان المصداقية والثبات في قياس المتغيرات المستهدفة. كما وقّرت تجارب مثل دراسة (Guest et al. 2018) و (Wu, Li & Cho 2014) نماذج تطبيقية

لبرامج CBT القصيرة والفعالة، بما ساعد في تحديد عدد الجلسات ومحتواها وأسلوب تنفيذها ضمن السياق الثقافي للبحث الحالي.

أما من الجانب التطبيقي، فقد أظهرت الدراسات السابقة فاعلية عالية للعلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، كما في دراسات Blanchard et al. (2003)، وBryant et al. (2012)، مما حفّز الباحث على تصميم برنامج علاجي متكامل يستند إلى نفس المبادئ، ويكيّف بما يلائم خصائص عينة الدراسة من الناجين الجزائريين من حوادث المرور. كما شكلت الدراسات العربية الحديثة مثل دراسة عزاق ولموشي (2019)، ودراسة صيام (2017)، ودراسة بولمدائيس وبن شهيدة (2021)، ودراسة لطرش (2020) مرجعاً مهماً لفهم الآثار النفسية الناتجة عن حوادث المرور، لا سيما ما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب. وقد وفرت هذه الدراسات خلفية واقعية لاحتياجات الفئة المستهدفة، وأسهمت في ضبط محتوى البرنامج العلاجي الحالي من حيث ملاءمته للبيئة المحلية من حيث اللغة، والثقافة، وسياق الجلسات العلاجية، بما يضمن فاعلية أكبر في الاستجابة النفسية للحالات.

وبذلك، لم تقتصر استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة على الإطار النظري أو التأصيل العلمي، بل امتدت إلى التخطيط الدقيق للمنهج، واختيار الأدوات، وبناء البرنامج التدخل، الأمر الذي يعزز من القيمة العلمية للدراسة، ويمنحها قاعدة موثوقة للتنفيذ والتحليل.

4.3.8. تميّز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

رغم أن العديد من الدراسات السابقة، العربية والأجنبية، قد تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، إلا أن الدراسة الحالية تتميز بعدة جوانب تجعلها إضافة نوعية في هذا المجال، خصوصاً في السياق الجزائري والعربي بشكل عام. أول أوجه

التميز يتمثل في التركيز على فئة الناجين من حوادث المرور تحديدًا، باعتبارها فئة شديدة الخصوصية، تعاني من أبعاد نفسية مركبة ناتجة عن صدمة فجائية غالبًا ما تكون مقرونة بإصابة جسدية أو فقدان اجتماعي، وهو ما لم يُتناول بعمق كافٍ في الدراسات العربية السابقة، التي ركزت في معظمها على ضحايا العدوان أو الكوارث الطبيعية أو الأطفال المصابين بالصددمات.

ثانيًا، تنفرد الدراسة الحالية بتقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي مُصمم خصيصًا لهذه الفئة، تم بناؤه اعتمادًا على أحدث ما توصلت إليه الأدبيات النفسية، مع تكييفه ليكون ملائمًا ثقافيًا ولغويًا لبيئة المشاركين الجزائريين، ما يمنحه طابعًا عمليًا يمكن تعميمه وتطبيقه في المؤسسات العلاجية أو الاستشفائية الوطنية، بخلاف بعض الدراسات الأجنبية التي تعتمد نماذج علاجية غريبة قد لا تتماشى مع الخصوصيات النفسية والثقافية للمجتمع العربي.

كما تميزت الدراسة من الناحية المنهجية باعتمادها تصميمًا تجريبيًا دقيقًا (اختبار قبلي-بعدي لمجموعة واحدة)، وهو تصميم يناسب طبيعة العينة وحساسية المتغيرات النفسية المستهدفة، ويسمح بقياس فعالية البرنامج بدقة، في ظل المتغيرات المحيطة. وتم استخدام أدوات مقننة وموثوقة، مثل مقياس Beck للاكتئاب و IES-R لاضطراب ما بعد الصدمة، بما يعزز من صدق النتائج وقابليتها للمقارنة مع نتائج دراسات عالمية.

أخيرًا، تأتي أهمية الدراسة من كونها تمثل أول دراسة دكتوراه محلية -حسب إطلاع الباحث - تطبق تدخلًا معرفيًا سلوكيًا على ضحايا حوادث المرور البالغين في الجزائر، ما يفتح آفاقًا بحثية وتطبيقية مستقبلية، ويوفر قاعدة بيانات علمية للباحثين والممارسين في ميادين علم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ويسهم في دعم السياسات الوقائية والعلاجية الموجهة لضحايا الصدمات النفسية.

الفصل الثاني

العلاج السلوكي المعرفي

الفصل الثاني: العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
2. التطور التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي.
3. مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي.
4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
5. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
6. أنواع العلاج المعرفي السلوكي.
7. مراحل العلاج المعرفي السلوكي.
8. تقنيات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي.
9. التطبيقات الحديثة للعلاج السلوكي المعرفي في مجال الصحة النفسية.
10. إيجابيات وسلبيات العلاج المعرفي السلوكي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تختلف نظريات علم النفس من حيث المفهوم، والأهداف، والتقنيات، وطبيعة العلاج، إذ تتنوع بين مناهج تركز على السلوك الظاهر، وأخرى تهتم بالجوانب المعرفية أو اللاشعورية. وقد أدى هذا التنوع إلى ظهور عدة اتجاهات علاجية، لكل منها فلسفتها الخاصة في تفسير المشكلات النفسية وسبل التعامل معها. ومن بين هذه التوجهات يبرز العلاج المعرفي السلوكي بوصفه نموذجًا يجمع بين تعديل التفكير وتغيير السلوك، ويُعد من أكثر الأساليب استخدامًا وفعالية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية والانفعالية.

يستند هذا العلاج إلى فكرة أساسية مفادها أن الأفكار المشوهة أو غير المنطقية تقود إلى مشاعر وسلوكيات غير صحية، وبالتالي فإن تغيير هذه الأفكار يسهم في تحسين الحالة النفسية للفرد. ونظرًا لمرونته وقابليته للتطبيق في مجالات متعددة، فقد أصبح هذا التوجه يحظى باهتمام متزايد في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي.

لذلك، يركز هذا الفصل على هذا الاتجاه، بدءًا من تعريفه، ومرورًا بأهدافه واستراتيجياته، وصولًا إلى تقييمه من حيث الإيجابيات التي يتميز بها، والتحديات أو المآخذ التي قد تُثار حوله.

1-تعريف العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy):

قبل التطرق إلى الجوانب التطبيقية للعلاج المعرفي السلوكي، من الضروري أولاً الوقوف على تعريفه، وفهم الأسس النظرية التي يقوم عليها، باعتباره مدخلاً يجمع بين الجانبين المعرفي والسلوكي في تفسير المشكلات النفسية وعلاجه ومن بين التعريفات نجد:

هو نموذج علاجي يركز على المهارات السلوكية والعمليات المعرفية، وحالات الإثارة العاطفية ومحاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبتت لصاحبها في التعامل مع السلوك، مع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه. (بلعباس، 2021، ص 25).

يُشتق مصطلح "السلوكي" من كلمة "السلوك" (Behavior)، والتي تشير إلى الأفعال أو الاستجابات التي يصدرها الفرد كرد فعل لمنبهات خارجية أو داخلية. أما مصطلح "المعرفي" (Cognitive)، فهو مشتق من مفهوم "الاستعراف" (Cognition)، ويُقصد به العمليات الذهنية التي يتم من خلالها تصنيف المعلومات الجديدة، وتخزينها، ودمجها مع المعارف السابقة، ثم استخدامها لاحقاً. وتشمل هذه العمليات الإدراك، والانتباه، والتذكر، والربط، وإصدار الأحكام، إضافة إلى التفكير الواعي.

كما يُعرف العلاج المعرفي السلوكي عند "ميكينبوم" Meichenbaum بأنه: اتجاه علاجي يعرف بالتعديل المعرفي السلوكي، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد معرفي وانفعالي وسلوكي.

(عطا الله، 2021، ص 246)

العلاج السلوكي المعرفي هو، التعاون مع أخصائي مثل طبيب نفسي أو معالج نفسي بطريقة منظمة. تحضر عددًا محدودًا من الجلسات. يساعد المريض على إدراك أنماط التفكير التي قد تُسبب مشاكل في حياتك..(Rector,2010, p8).

تعتبر العلاجات المعرفية السلوكية تطبيق لعلم النفس العلمي لعلاج المشكلات المرضية، وهي تركز على مبادئ نظريات التعلم، وعلم النفس المعرفي والعلوم العصبية، وعلى النموذج البيو-نفسى-اجتماعي الذي يعتبر الاضطرابات النفسية ذات مصدر بيولوجي، نفسي واجتماعي. وهي علاجات برهنت على فعاليتها في علاج مختلف الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية.(ساييل، د.س).

العلاج السلوكي المعرفي هو دراسة العلاقة بين أفكارك ومشاعرك وسلوكياتك تساعدك على رؤية المواقف الصعبة بوضوح أكبر والتعامل معها بفعالية أكبر. (Crane&Watters, p9)

هو أسلوب يستند من نظريات علم النفس السلوكية والمعرفية، تهدف لتغيير السلوك البشري من خلال التركيز على تطوير على تطوير المعرفة والتفكير والإدراك الذاتي لدى الأفراد وتحليل العوامل النفسية التي تؤثر في السلوك البشري وتعزيز سلوكه الايجابي الصحي. (زعموش وبكري، 2023، ص 44).

العلاج المعرفي السلوكي (CBT) هو نوع من العلاج الحوارى، حيث يساعد المعالج على تغيير طريقة تفكير وتصرفات الفرد. ويمكنه علاج العديد من مشاكل الصحة النفسية المختلفة.(Cully&Teten,2008,p6).

هو شكل من أشكال التدخلات العلاجية التي تركز على خفض السلوكيات غير التكيفية (اللاعقلانية)، من خلال تحديد وتعديل أنماط التفكير المحرفة أو المشوهة. (عبد الرحيم، 2007، ص 13).

يُعد العلاج المعرفي السلوكي من الأساليب الحديثة نسبيًا في ميدان العلاج النفسي، ويُستخدم بشكل واسع في التعامل مع العديد من الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب، والقلق، واضطرابات المزاج. ويرتكز هذا الأسلوب العلاجي على مساعدة الفرد في التعرف على أنماط التفكير السلبية وغير الواقعية التي تؤثر في مشاعره وسلوكياته، والعمل على تعديلها واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وواقعية. وفي بعض الحالات، خاصة حالات الاكتئاب، يمكن أن يُدمج هذا العلاج مع التدخل الدوائي لتحقيق نتائج أفضل. (فنطازي، 2018، ص12).

ونرى من خلال هذه التعاريف يُعد العلاج المعرفي السلوكي من أبرز التوجهات العلاجية الحديثة التي تجمع بين المبادئ الأساسية لكل من المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية، حيث يُركّز هذا النموذج العلاجي على العلاقة المتبادلة بين التفكير، والانفعال، والسلوك. يهدف إلى مساعدة الأفراد على التعرف على الأفكار التلقائية غير المنطقية وأنماط التفكير المشوهة، التي تؤثر سلبًا على مشاعرهم وسلوكهم، ومن ثم العمل على تعديلها واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية، مما يؤدي إلى تحسين الأداء النفسي والاجتماعي.

2- التطور التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي:

1.2 الجذور الفلسفية:

تعود جذور فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفلسفة الرواقية، حيث عبّر الفيلسوف إبيكتيتس (55-134م) عن هذه الرؤية من خلال قوله: "إن الناس لا تزعمهم الأحداث بحد ذاتها، وإنما طريقة تفكيرهم حيالها." وفي السياق ذاته، كتب ماركوس أوريليوس (121-180م): "حين تتأمل في الأمور الخارجية، ستدرك أن مصدر الانزعاج ليس تلك الأمور بذاتها، بل الأحكام التي تصدرها بشأنها، ومن الممكن تغيير هذه الأحكام في أي لحظة" (هوفمان، 2012).

يتفق فلاسفة الطاوية والبوذية مع ما جاء به الفلاسفة الرواقيون بشأن طبيعة الانفعالات الإنسانية، إذ يرون أن هذه الانفعالات تتبع أساسًا من عمليات معرفية داخلية. ويعتقد هؤلاء الفلاسفة أن المشاعر تتغير بتغير الأفكار، وبالتالي فإن التحكم في الانفعالات يمر عبر تعديل التفكير أولاً. وقد عبّر شكسبير عن هذه الفكرة في مسرحية "هاملت"، بقوله إن "الأشياء ليست في ذاتها جيدة أو سيئة، بل التفكير هو ما يجعلها كذلك".

وفي هذا السياق، أشار ألبرت أليس إلى أن نظريته في "العلاج العقلاني الانفعالي" قد استمدت جذورها من هذه الفلسفات القديمة، مؤكدًا أن تفكير الإنسان هو المصدر الأساسي لانفعالاته. وتجدر الإشارة إلى أن العديد من الفلاسفة والأدباء والشعراء على مر العصور عبّروا عن مفاهيم مشابهة لهذه الرؤية. (السيد، 2019، ص 249).

2.2 تطورات علم النفس المعرفي ونظريات النمو:

كانت مرحلة السبعينيات من القرن العشرين ثورة في مجال علم النفس المعرفي، حيث ازداد الاهتمام بدراسة كيفية المعالجة لدى الأفراد وتأثير الانتباه والذاكرة في مجال علم نفس النمو. ومن بين الرواد الذين ساهموا في بناء النظرية المعرفية، برزت نظرية جان بياجيه في النمو النفسي.

وقد نالت هذه النظرية اهتمامًا منذ ثلاثينيات القرن العشرين، حيث شدد بياجيه على ضرورة التركيز على وصف المراحل النوعية للتفكير بدلاً من مجرد رصد الأخطاء البسيطة فيه

وفي السبعينيات والثمانينيات، ركزت البحوث على أهمية التصنيف المعرفي، حيث أثبتت الدراسات صحة فرضية "مستويات التفكير" وأثرها في عمليتي التذكر والمعرفة (شيباني وعلافة، 2020، ص.

3.2 مساهمات الرواد في التأسيس النظري للعلاج المعرفي السلوكي:

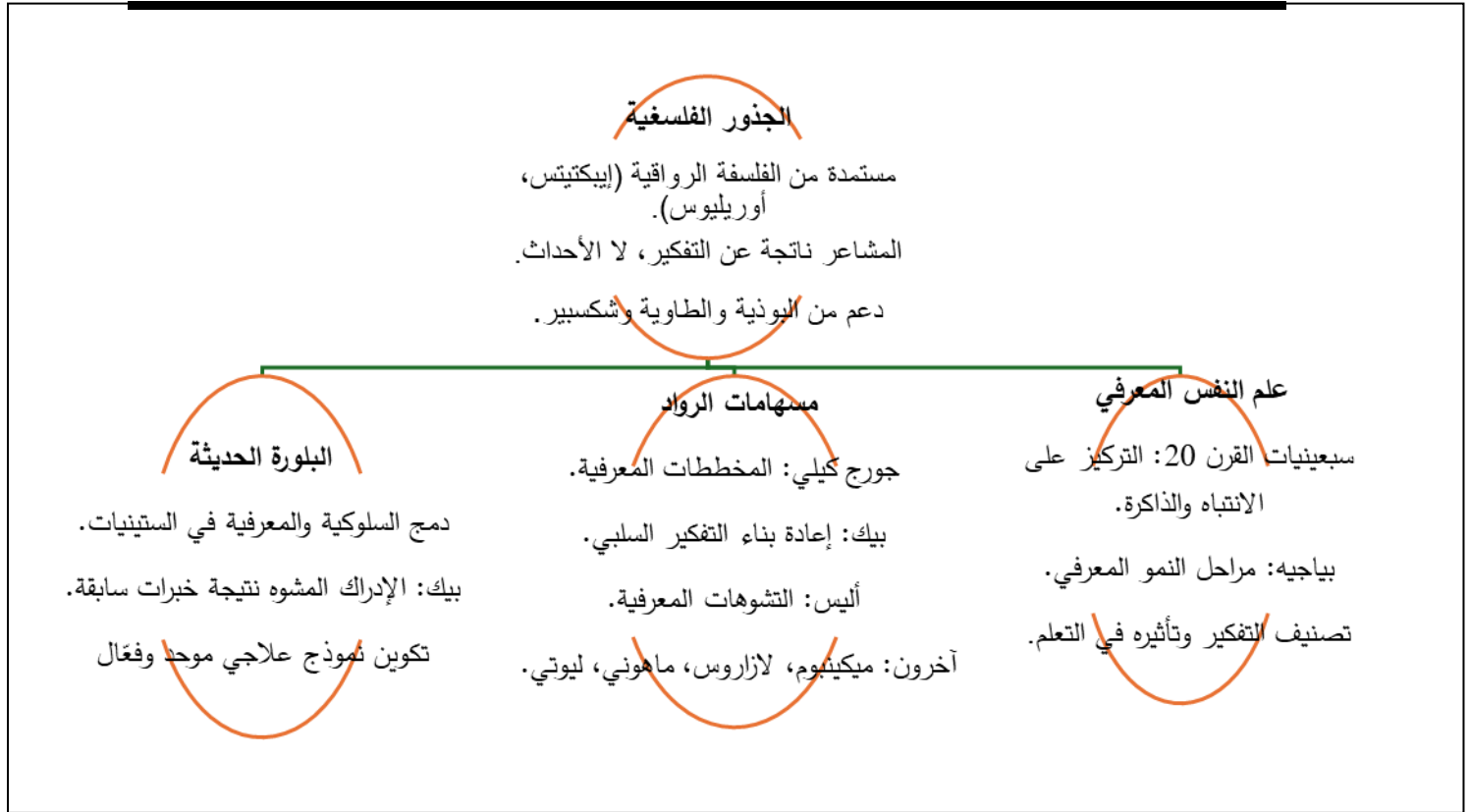
شهد التيار المعرفي السلوكي مساهمات متعددة كان أبرزها جورج كيلي الذي طرح سنة 1955 نظرية "علم نفس المركبات الشخصية"، موضحاً أن الاضطرابات النفسية تتبع من الطريقة التي يبني بها الفرد مفاهيمه الذاتية للواقع، وهو ما يُعرف حالياً بالمخططات المعرفية. وقد استفاد آرون بيك من هذا المفهوم في تطوير العلاج المعرفي سنة 1979، عبر مساعدة المرضى على إنتاج بدائل معرفية تقلل من مشاعر اليأس. كما ساهم ألبرت أليس بنموذج شامل اختزل الاضطرابات النفسية إلى تشوهات معرفية أساسية، مما أتاح تشخيصاً أكثر دقة. وقد دعم هذا الاتجاه كل من دونالد ميكنينوم (في مجال التعديل المعرفي السلوكي)، ولازاروس (بالعلاج متعدد الاتجاهات)، إلى جانب إسهامات ماهوني (1991) وجيوفاني ليوتي (1983)، مما ساعد على ترسيخ وتطوير هذا التيار العلاجي.

4.2 بلورة العلاج المعرفي السلوكي:

يُعد العلاج المعرفي السلوكي امتداداً للتطورات التي شهدتها النظرية السلوكية والعلاج العقلاني منذ ستينيات القرن العشرين، حيث ساهم عدد من الباحثين والممارسين في بلورة هذا التوجه العلاجي من خلال دمج المبادئ السلوكية والمعرفية ضمن إطار علاجي موحد.

ويُشير آرون بيك إلى أن الفرد قد يُشوه إدراكه للواقع نتيجة اعتماده على افتراضات غير دقيقة،

تكونت بفعل خبرات تعلم غير سليمة خلال مراحل النمو المعرفي (بومجان، 2019، ص. 6)



الشكل رقم (1) يمثل مراحل التطور للعلاج المعرفي السلوكي

يعكس هذا المخطط التسلسل الزمني والمنهجي لنشأة وتطور العلاج المعرفي السلوكي، بدءًا من جذوره الفلسفية التي أكدت على دور التفكير في تشكيل الانفعالات، وصولًا إلى بلورته كمدرسة علاجية متكاملة. يبرز المخطط كيف تفاعلت التأثيرات الفلسفية القديمة مع مكتسبات علم النفس المعرفي الحديث، ثم تطورت بفضل مساهمات مجموعة من الرواد، مثل بيك وأليس وكيللي. هذا التطور لم يكن وليد لحظة، بل هو نتاج تراكمات معرفية ونظرية وعملية، مما يجعل العلاج المعرفي السلوكي من أكثر النماذج العلاجية نضجًا وفعالية في التعامل مع الاضطرابات النفسية المعاصرة.

3. مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي:

1.3 بنية الحديث الذاتي: وتقوم على فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية عنده على فرض للفرد

الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، لأن سلوك الفرد يتأثر بكل جوانب أنشطته المختلفة منها العلاقات مع الآخرين ومحيطه، الاستجابات الفيزيولوجية،

ردود الأفعال...الخ، ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة والتكوينات. (بلان، 2015،

ص 389)

2.3 العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك: يُعد هذا المفهوم حجر الزاوية في العلاج المعرفي

السلوكي. فهو يفترض أن الإنسان لا يتأثر بالمواقف مباشرة، بل بتفسيره العقلي لها، أي أن الأفكار التي يحملها الفرد عن الموقف هي التي تولد الانفعال وتحدد الاستجابة السلوكية. بالتالي، إذا كانت الأفكار سلبية أو مشوهة، فإن الانفعالات ستكون غير متكيفة، والسلوك غير مناسب. لذلك فإن تعديل التفكير يؤدي إلى تحسن نفسي وسلوكي ملموس. (شيباني، 2019، ص. 78).

3.3 الأفكار التلقائية (Automatic Thoughts): هي أفكار عابرة وسريعة تظهر تلقائياً عند

مواجهة موقف معين، وتكون مرتبطة بشكل مباشر بانفعالات الفرد وسلوكه. غالباً ما تكون هذه الأفكار غير منطقية أو مبالغاً فيها أو سلبية، وتنعكس على نظرة الفرد لنفسه والآخرين والمستقبل. يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى جعل هذه الأفكار واعية للفرد، بحيث يستطيع اختبارها وتعديلها.

4.3 البنية المعرفية (Cognitive Structure): تُشير إلى منظومة واسعة من المعتقدات

والافتراضات والخبرات المخزنة في ذهن الفرد، والتي يتم عبرها تفسير الواقع وفهمه. تتشكل هذه البنية تدريجياً من خلال التنشئة الاجتماعية، والتجارب الحياتية، والتعليم، وهي مسؤولة عن طريقة تفكير الفرد واستجابته للمواقف. أي تغيير في هذه البنية يؤدي إلى تغييرات شاملة في الأداء النفسي والسلوكي. (بلميهوب، 2017، ص. 102)

5.3 الافتراضات الجوهرية والمعتقدات الأساسية (Core Beliefs): تشير إلى معتقدات عميقة

الجزور يحملها الفرد عن نفسه والعالم والآخرين، مثل: "أنا فاشل"، "الناس لا يحبونني"، "الحياة صعبة".

هذه المعتقدات غالبًا ما تكون غير واعية، وتعمل كعدسة يرى الفرد من خلالها العالم، وهي مصدر رئيس للتشوهات المعرفية. يعمل المعالج على كشفها وتعديلها تدريجيًا (قريشي، 2017، ص. 36)

6.3 التشوهات المعرفية: (Cognitive Distortions) هي أنماط خاطئة وغير دقيقة من التفكير، يلجأ إليها الفرد بشكل لا شعوري عند تفسير المواقف. من أمثلتها: التهويل، التعميم الزائد، التفكير بالأبيض والأسود، قراءة أفكار الآخرين. تؤدي هذه التشوهات إلى انفعالات غير متكيفة وسلوكيات مضطربة. يكشف المعالج هذه التشوهات ويعمل مع المسترشد على استبدالها بأنماط تفكير عقلانية. (بن سعيد، 2022، ص. 49)

7.3 إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring) هي عملية علاجية تهدف إلى مساعدة الفرد على تعديل أفكاره السلبية أو غير الواقعية من خلال طرح الأسئلة، وتحدي القناعات، وتقديم بدائل أكثر منطقية وتوازنًا. يستخدم المعالج هذه التقنية لتدريب المسترشد على التفكير النقدي والمرن تجاه ذاته والواقع. (بن سعيد، 2022، ص. 52)

4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي

حسب فريدمان وليام (1989) أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى:

✚ علاج المعرفي السلوكي يقوم على الدمج والتكامل بين الاستراتيجيات والتقنيات السلوكية المعرفية.

✚ يتناول الإنسان في كليته إذ يركز على جميع العوامل الكامنة والظاهرة ولا يهمل أيًا منها.

✚ يتفاعل مع العالم المعرفي للفرد ومعتقداته، أفكاره، تقييماته وتوقعاته.

✚ كما يهدف إلى دراسة السلوك الظاهري بالفرد وبجميع ظواهر المحيط النفسية الاجتماعية والخبرات السابقة.

✚ أيضا يهتم بالتعلم والأداء والضبط الذاتي أي التحكم في السلوك. (برزوان، د.س، ص 6)

ومن بين الأهداف أيضا نجد:

▪ يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تحقيق جملة من الأهداف النفسية والمعرفية والسلوكية التي تسهم في تحسين الصحة النفسية للفرد. يتمثل أول هذه الأهداف في تخفيف الأعراض النفسية المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب، حيث يعمل المعالج على تقويم الأفكار السلبية التي تغذي تلك الأعراض، مما يؤدي تدريجياً إلى تخفيفها (Bouaoud, 2022p 445).

▪ كما يسعى العلاج إلى تعديل الأفكار التلقائية المشوهة التي تتسم بعدم الواقعية أو التعميم الزائد، إذ يرى بيك أن مثل هذه الأفكار تؤثر على المشاعر والسلوكيات بشكل مباشر، وهو ما أكد في دراسة حول علاج اضطراب ما بعد الصدمة (Sandeli & Chelbi, 2024 ;p09)

▪ ومن بين الأهداف الأساسية أيضاً تطوير مهارات التكيف مع الضغوط النفسية، حيث يتعلم الفرد استراتيجيات عملية مثل إعادة البناء المعرفي وحل المشكلات مما يساعده على تجاوز الأزمات والمواقف الضاغطة بكفاءة (Boudari, 2019 ;p281)

▪ علاوة على ذلك، يُعزز العلاج الوعي الذاتي والانفعالي، من خلال تدريب الفرد على مراقبة أفكاره وانفعالاته وتفسيرها بطريقة عقلانية، مما يسهم في رفع مستوى التحكم الذاتي والانضباط السلوكي (Boutabba, 2023;p140)

▪ كما يهدف العلاج إلى الوقاية من الانتكاسات، لا سيما عند الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مزمنة كالإدمان، حيث يُدرَّب المريض على كيفية التعرف على المثيرات التي قد تؤدي إلى عودة الأعراض، وتعلُّم آليات التعامل معها بطرق فعالة (Ben Hlelim, 2023 ;p422)

▪ وتُضاف إلى ما سبق أهداف أخرى مثل تعزيز الثقة بالنفس، وبناء مهارات اجتماعية سليمة، وتنمية القدرة على اتخاذ قرارات واقعية. بذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر على

علاج العرض بل يهدف إلى إحداث تغيير مستدام في نمط التفكير والسلوك، ما يجعله من أكثر الأساليب النفسية فعالية وواقعية في العصر الحديث.

5. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

إن العلاج المعرفي السلوكي "يتأسس على مجموعة من مبادئ وهي أن كل المشاكل هي نتائج انفعالية سلوكية، وتتبع المشاكل من معتقدات (صور، أفكار) وليس عن الحدث المثير في حد ذاته، كما توجد علاقة متوقعة بين المعتقدات وبين النتائج الانفعالية والسلوكية المترتبة عنه، وتأتي كل المعتقدات المركزية من أولى تجارب الفرد، كذلك فإن التخفيف من حدة المعتقدات يقلل من الاضطراب والمعاناة إذن فالعلاج المعرفي السلوكي "يستند على مجموعة من الافتراضات أهمها:

✚ يُكتسب العديد من أنماط التفكير غير السوية والمعارف السلبية من خلال تجارب الحياة السابقة، إذ تتشكل لدى الفرد تصورات ذهنية وصور عقلية وتوقعات ومعايير ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالاستجابات الانفعالية والسلوكية غير المتكيفة.

✚ ورغم أن بعض الأفكار والمعتقدات المضطربة قد تبدو غير منطقية للآخرين، إلا أنها تعبر عن نظرة الفرد الخاصة تجاه نفسه والعالم المحيط به والمستقبل، ما يجعلها انعكاساً لتصورات مشوهة وسلبية.

✚ من هنا، فإن تعديل البنية المعرفية للفرد يُعد خطوة جوهرية نحو تحسين حالته الانفعالية وتعديل سلوكياته. (علوي وبن عيسى، 2009، ص 79).

✚ وغالباً ما تنشأ التشوهات المعرفية كرد فعل للأحداث الصعبة أو المواقف الضاغطة، كما قد يتم تعزيزها لاحقاً من خلال إدراك ثابت يستند إلى قواعد ومخططات معرفية غير مرنة.

تعد المخططات المعرفية حجر الأساس في تصنيف وتفسير وتقييم المواقف الجديدة وذاكرات الماضي، وهي عادة ما تتكون في مراحل الطفولة المبكرة بفعل تجارب مؤلمة، وتستمر في التأثير على الفرد لاحقاً.

وعندما تكون هذه المخططات غير سوية، فإنها تساهم في نشوء اضطرابات انفعالية، الأمر الذي يجعل تغييرها أمراً ضرورياً لإحداث تحول إيجابي في المشاعر والسلوك. (حسين، 2007، ص164-165).

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على فرضية أساسية مفادها أن المشكلات الانفعالية والسلوكية لا تنتج عن الأحداث الخارجية بذاتها، وإنما عن المعتقدات التي يحملها الفرد تجاه هذه الأحداث. ويُعزى الكثير من الاضطراب إلى الأفكار التلقائية والمعتقدات المركزية التي ترسخت منذ المراحل الأولى من الحياة.

أخيراً، يعتمد العلاج على فهم العلاقة التفاعلية بين الفكر والانفعال والسلوك، حيث يتداخل كل عنصر منها مع الآخر، مما يستدعي استهدافها جميعاً ضمن العملية العلاجية (عزى وصادقي، 2019، ص ص 658-659).

6. أنواع العلاج المعرفي السلوكي

ظهرت أنواع مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي ويلخصها ماهوني وآرنوف 1978 فيما يلي

1.6. العلاج الانفعالي العقلاني (ألبرت أليس - Albert Ellis):

تعد مدرسة ألبرت أليس صاحب اتجاه الانفعالي العقلاني من إحدى المدارس الكبيرة والمشهورو في علم النفس، بدأ أليس هذا الاتجاه العلاجي عام (1955) وكان يعرف بالعلاج العقلاني ثم أضاف

له عام (1961) مصطلح الانفعالي ليصبح العلاج العقلاني الانفعالي. وفي عام (1993) أدخل مصطلح آخر وهو السلوكي ليصبح العقلاني الانفعالي السلوكي.

حيث ركزت على الدور الكبير الذي يؤديه المعتقد أو التفكير في نشأة الاضطراب الانفعالي والسلوكي واستمراره، وبدون تبديل هذه المكونات المعرفية يستحيل علاج الاضطراب الانفعالي السلوكي، وأن هذا الاضطراب يعبر عنه بطريقة مختلفة، فبعض الأفراد قد يصابون بالقلق وآخرون قد يصابون بالإكتئاب، ويصاغ ألبرت أليس معادلة شهيرة لتفسير هذا الأمر A-B-C وسنقوم بتوضيحها كالتالي:

➤ A المنبه الخارجي الذي ينشط العمليات الإدراكية والفكرية

➤ B التأويل والتفكير والمعتقد

➤ C رد الفعل أو الإستجابة

يضيف أليس لاحقاً مرحلتين:

➤ D تمثل دحض المعتقدات اللاعقلانية (Disputing)

• E تعني التأثير أو النتيجة الجديدة الفعال (Effective new philosophy) (بوزيد، 2017،

ص. 192)

ففي وجهة نظر ألبرت أليس هنا أن الأفكار والمعتقدات الخاطئة عندما يتم تقبلها وتعزيزها عن طريق التلفظ الذاتي الذي يستمر الفرد في تكراره لنفسه، فإن ذلك يقوده إلى الاضطراب الانفعالي، بسبب عدم قدرته على تحقيق تلك الأفكار والمعتقدات، ومنه يصبح الفرد غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من معتقداته والتي تبدو في عبارات أو كلمات مثل: يجب، ينبغي، يتحتم،... الخ. وحين

يقبل الفرد تلك الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية فإنه يصبح عدوانيا واندفاعيا ويشعر بالقصور كما يشعر بالتعاسة والقلق وسوء التكيف. (عطية، د.س، ص ص 3-4)

1.1.6. خصائص العلاج الانفعالي العقلاني:

❖ مباشر ونشط يتميز REBT بكونه علاجًا تفاعليًا، حيث لا يكتفي المعالج بالاستماع، بل يعمل بنشاط لتحديد المعتقدات غير العقلانية لدى المسترشد وتحديدها مباشرة. لا يدور الجهد العلاجي فقط حول تحليل الماضي، بل يركز على الحاضر والتغيير (بوزيد، 2017، ص. 190).

❖ يعتمد على التعليم والتدريب يُنظر إلى الجلسات العلاجية كمواقف تعليمية؛ حيث يتعلم الفرد كيفية التعرف على أفكاره المشوّهة، وتفكيكها، واستبدالها بأفكار عقلانية. لذلك غالبًا ما يُرافق العلاج واجبات منزلية ومهام تطبيقية (جرجة، 2019، ص. 40).

❖ يركز على المعتقدات لا السلوك فحسب بعكس بعض أشكال العلاج السلوكي التقليدي، يركز REBT على جذر المشكلة المعرفي—أي المعتقدات الخاطئة التي تؤثر على المشاعر والسلوك. فالتغيير الحقيقي لا يحدث بمجرد تغيير السلوك، بل بتصحيح طريقة التفكير (قنوعه & قشاشطه، 2016، ص. 236).

❖ يعتمد على نموذج ABCDE يُعتبر نموذج ABCDE إطارًا إجرائيًا أساسيًا للعلاج، ويُستخدم لتحليل العلاقة بين الحدث (A)، والمعتقد (B)، والنتيجة (C)، ثم دحض المعتقد الخاطئ (D)، وإحداث أثر بديل (E) (بوزيد، 2017، ص. 193).

❖ يُراعي البعد الانفعالي والمعرفي معًا لا يقتصر العلاج على الجانب العقلي فقط، بل يُدمج أيضًا الانفعالات، حيث يُطلب من المسترشد التعبير عن مشاعره، ومواجهتها، وتعلم السيطرة عليها، من خلال تقنيات مثل التصور الانفعالي والتعزيز الذاتي (خويلد، 2013، ص. 8).

❖ يُشجّع على تحمل المسؤولية REBT يحمل الفرد مسؤولية معتقداته وسلوكياته، ويُعزّز مفهوم

أن الناس ليسوا ضحايا الظروف، بل هم من يخلقون انفعالاتهم من خلال تفسيراتهم الخاصة

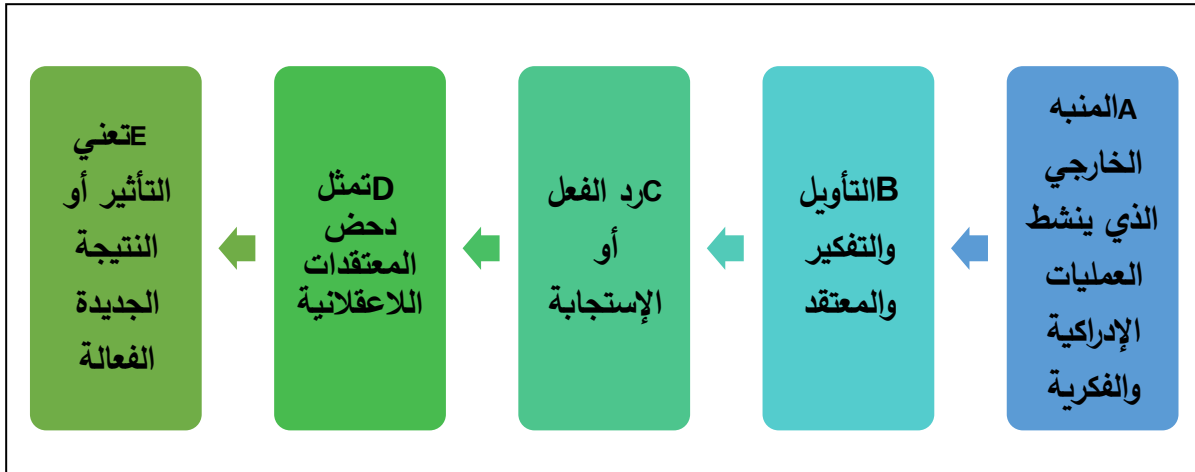
للأحداث (أسماء خويلد، 2013، ص. 7).

❖ قابل للتكيف الثقافي رغم أن REBT نُشئ في بيئة غربية، إلا أن دراسات عربية عديدة أكدت

إمكانية تكيفه ليتناسب مع الثقافة الإسلامية والعربية من خلال حذف بعض الفرضيات

وتفسير مفاهيمه بما يتناسب مع المرجعيات الدينية (يحيوي & بوعروة، 2025، ص.

(856)



الشكل رقم (2) يمثل نموذج ABCDE في العلاج العقلاني الانفعالي

يعرض هذا المخطط تسلسل النموذج العلاجي المعروف بـ ABCDE، الذي يُستخدم في العلاج

العقلاني الانفعالي لتفسير العلاقة بين الأحداث والانفعالات. يبدأ النموذج بالمثير الخارجي (A)

الذي يفعل عمليات التفكير (B) وليس هو السبب المباشر للانفعال. ثم تأتي الاستجابة الانفعالية

أو السلوكية (C) كنتيجة لهذا التفسير. في المرحلة التالية (D) يعمل المعالج على دحض المعتقدات

اللاعقلانية، وصولاً إلى (E) التي تمثل الأثر أو النتيجة الجديدة الأكثر تكيفاً وفعالية. يوضح هذا

النموذج كيف تكون الأفكار هي نقطة التحول الأساسية في التغيير النفسي.

2.1.6. إيجابيات العلاج الانفعالي العقلاني (REBT):

1. يركز على تغيير التفكير غير العقلاني، مما يساعد الفرد على إعادة تفسير المواقف الضاغطة
2. يساهم في تحسين التكيف النفسي ويقلل من شدة القلق والاكتئاب.
3. يعزز القدرة على التحليل المنطقي للأفكار والانفعالات.
4. مناسب لمعالجة مشكلات الحياة اليومية ويُستخدم على نطاق واسع في الإرشاد المدرسي والأسري.

3.1.6. سلبيات العلاج الانفعالي العقلاني:

1. قد لا يكون فعالاً مع كل الشخصيات، خصوصاً من يعانون من اضطرابات نفسية حادة أو عقلانية منخفضة.
2. يركز كثيراً على الجانب المعرفي، مما قد يهمل بعض الجوانب الانفعالية أو البيئية.
3. يتطلب مستوى معيناً من الوعي الذاتي والانفتاح على مناقشة المعتقدات، وهو ما قد لا يتوفر لدى جميع العميل. (إسميّة، 2021، ص. 5).

2.6. العلاج المعرفي السلوكي (أرون بيك – Aron Beck):

يُعتبر أرون بيك (Aron Beck) الأب المؤسس للعلاج المعرفي السلوكي (CBT)، وقد طوّر هذا النموذج انطلاقاً من ملاحظاته الإكلينيكية مع مرضى الاكتئاب. يقوم هذا النوع من العلاج على فرضية أساسية مفادها أن الاضطرابات النفسية تنشأ وتستمر بسبب التفكير السلبي والمشوه الذي يؤثر مباشرة

على المشاعر والسلوك. ويهدف العلاج إلى تعديل تلك الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأنماط تفكير أكثر واقعية وتكيفًا مع الواقع (عزي صالح & صادقي، 2019، ص. 658)

يركز العلاج في هذا النموذج على إعادة بناء التفكير وتصحيحه من خلال أسلوب "إعادة الهيكلة المعرفية"، وهي عملية تعليم المريض كيف يتعرف على أفكاره السلبية غير المنطقية، ويختبرها مقابل الواقع، ثم يستبدلها بأفكار واقعية أكثر إيجابية. ويتم ذلك في إطار علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض، حيث يعمل كلا الطرفين بشكل مشترك على تحليل المشكلات، وتطبيق التمارين السلوكية والمعرفية (العبد، 2022، ص. 243).

من بين الأدوات المهمة التي يستخدمها المعالج المعرفي السلوكي: سجل الأفكار، تحدي المعتقدات، والتكاليف المنزلية، إلى جانب التقييمات المستمرة لمستوى الاكتئاب أو القلق باستخدام مقاييس كمية مثل مقياس بيك للاكتئاب.

يمتاز العلاج المعرفي السلوكي بقصر مدته نسبيًا، حيث يتراوح عادة بين 12 و 20 جلسة، ويركز على الحاضر بدلاً من الماضي، كما يشجع المريض على تطوير مهارات مواجهة ذاتية يمكنه استخدامها في المستقبل (عدائكة و حراوية، 2017، ص. 112).

يُستخدم هذا النوع من العلاج بنجاح في حالات الاكتئاب، القلق العام، اضطراب الهلع، الرهاب، اضطرابات الأكل، وحتى اضطرابات الشخصية.

1.2.6. إيجابيات وسلبيات العلاج المعرفي السلوكي عند ارون بيك:

يُعدّ العلاج المعرفي السلوكي الذي طوره أرون بيك من أبرز الاتجاهات العلاجية المعتمدة حالياً، لما يتميز به من فعالية مثبتة في علاج اضطرابات نفسية متعددة، مثل الاكتئاب، والقلق، والرهاب، والوسواس القهري.

من أبرز إيجابيات هذا النموذج تركيزه على الوقت الحاضر، واعتماده على إعادة بناء الأفكار السلبية التلقائية، مما يساهم في تصحيح أنماط التفكير المختلة وتعزيز التكيف النفسي لدى الفرد (Bouaoud, 2022)، ص. 440؛ Boutabba, 2023، ص. 140

كما يشجع النموذج على مشاركة المريض الفعالة من خلال تكاليفات منزلية وتمارين معرفية وسلوكية، مما يعزز استقلالية الشخص في إدارة مشكلاته. ومع ذلك، يواجه هذا النوع من العلاج بعض الانتقادات، أبرزها اعتماده الكبير على المهارات المعرفية، مما يجعله أقل فعالية لدى الأفراد ذوي القدرات المعرفية الضعيفة (Bouaoud, 2022)، ص. 444

. كما يُؤخذ عليه إغفاله للبعد اللاواعي والجانب العاطفي العميق، الأمر الذي قد يقلل من فعاليته في حالات الصدمات النفسية الشديدة (مرازقة، 2020، ص. 377).

كذلك، قد يشعر بعض الأفراد باللوم الذاتي نتيجة التركيز الكبير على تغيير الأفكار الداخلية فقط (رزقاني ومنصوري، 2023، ص. 416).

رغم هذه المآخذ، يبقى العلاج المعرفي السلوكي وفق بيك أداة فعّالة عندما يُطبّق في السياق العلاجي المناسب وبشكل متكامل مع أساليب علاجية أخرى.

3- اتجاه العلاج المعرفي (ميكنبوم -Meichenbaum):

يرتكز العلاج المعرفي السلوكي وفق ميكنبوم (Meichenbaum) على ما يُعرف بـ"التدريب التحصيني ضد الضغوط" (Stress Inoculation Training -SIT)، وهو نموذج علاجي طور في سبعينيات القرن الماضي لمساعدة الأفراد على مواجهة الضغوط النفسية والاضطرابات الناتجة عنها من خلال تقنيات معرفية وسلوكية مدمجة. يتكوّن البرنامج من ثلاث مراحل رئيسية:

- أولاً، المرحلة التثقيفية، حيث يشرح المعالج للعميل طبيعة التوتر النفسي وآثاره، ويساعده على التعرف إلى الأفكار التلقائية السلبية التي تساهم في تفاقم القلق والضغط.
 - ثانياً، تأتي مرحلة اكتساب المهارات، ويتم فيها تدريب الفرد على استراتيجيات التكيف مثل إعادة الهيكلة المعرفية، والتحدث الذاتي الإيجابي، وتقنيات الاسترخاء.
 - أما المرحلة الثالثة، فهي مرحلة التطبيق والتحصين، حيث يُطلب من العميل أن يطبق ما تعلمه في مواقف حياتية واقعية أو محاكية، مما يساعده على بناء "مناعة نفسية" ضد الضغوط المحتملة في المستقبل.
- وقد أثبتت هذه الطريقة فعاليتها في معالجة حالات القلق والضغط المزمنة، كما أظهرت قدرتها على مساعدة الأفراد في بناء تصور معرفي واقعي وتحكم أفضل في الانفعالات. يُعد هذا النموذج شاملاً كونه يجمع بين الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية، مع التركيز على التدرج والدعم في العلاج (يوسفي، 2011، ص. 50-52).

1.3.6. إيجابيات وسلبيات اتجاه ميكنيوم في العلاج المعرفي السلوكي:

يُتسم اتجاه ميكنيوم في العلاج المعرفي السلوكي بعدة إيجابيات مهمة؛ فهو يُعدّ من الأساليب الوقائية والعلاجية في آنٍ واحد، حيث يهدف إلى تحصين الفرد ضد الضغوط المستقبلية من خلال تدريبه على مهارات معرفية وسلوكية فعّالة، مثل إعادة بناء التفكير والحديث الذاتي، والمراقبة الذاتية، والاسترخاء، وتمثيل الأدوار. هذه المهارات تساعد الفرد على تطوير آليات مواجهة نفسية فعّالة تُقلل من حدة التوتر والقلق في المواقف الضاغطة ويُعد هذا الاتجاه من النماذج المرنة والقابلة للتكيف مع مختلف الفئات العمرية والاضطرابات، كما أن تركيزه على التثقيف النفسي يجعل المسترشد أكثر وعياً بمشكلاته (عجاي، 2020، ص. 300).

لكن، رغم هذه المزايا، توجد بعض السلبيات المرتبطة بهذا الأسلوب. فالتعالج وفق مكنبوم يتطلب مدة زمنية طويلة نسبياً، لأن فعاليته تعتمد على تدرج تطبيق المراحل الثلاث: التثقيف، التدريب، والتطبيق. كما أن نجاحه مرتبط بدرجة كبيرة بدافعية المسترشد والتزامه بالتدريب الذاتي، مما قد يُعَدُّ عائقاً في بعض الحالات. بالإضافة إلى ذلك، فإن فعالية هذا الاتجاه تتطلب معالجا متمرساً في تقنيات الدمج بين البعد المعرفي والسلوكي، وهذا قد يُصعَّب تطبيقه في البيئات محدودة الموارد أو الكوادر

(يوسف، 2011، ص. 52)

الجدول رقم (2) يمثل مقارنة بين أنواع العلاج المعرفي السلوكي

العنصر/النموذج	ألبرت أليس (REBT)	أرون بيك (CBT)	مكنبوم (SIT)
منشأ النظرية	1955، الولايات المتحدة	1960، الولايات المتحدة	1970، كندا
الافتراض الأساسي	المعتقدات اللاعقلانية سبب الاضطراب	الأفكار السلبية التلقائية سبب الاضطراب	الضغوط النفسية تساهم في نشأة الاضطراب
النموذج العلاجي	نموذج ABCDE	إعادة الهيكلة المعرفية	التدريب التحصيلي ضد الضغوط
محور العلاج	غير المعتقدات غير المنطقية	تعديل الأفكار المشوهة	التثقيف + اكتساب المهارات + التطبيق الواقعي
الأسلوب المستخدم	مباشر، نشط، تعليمي	تعاوني، منظم، منهجي	تدريبي، تفاعلي، وقائي
دور العميل	نشط ويتحمل المسؤولية	شريك فعال في العلاج	متعلم ومتدرب على المهارات
مجالات التطبيق	القلق، الغضب، المشكلات اليومية	الاكتئاب، القلق، الوسواس، الرهاب	الضغط، القلق، التوتر، الأحداث الصادمة
التركيز الزمني	الحاضر	الحاضر	الحاضر والمستقبل
المرونة الثقافية	قابل للتكيف مع الثقافات المختلفة	محايد ثقافياً	مرن وقابل للتكيف

مدة العلاج	صيرة إلى متوسطة	قصيرة (12-20 جلسة)	أطول نسبيًا
الواجبات المنزلية	أساسية	أساسية	أساسية
الاهتمام بالجانب الانفعالي	مرتفع	متوسط	مرتفع
أهم الإيجابيات	وضح مسؤولية الفرد عن انفعالاته - سهل الفهم	فعّال، مدعوم علميًا، يناسب اضطرابات متعددة	وقائي وعلاجي، يدمج المهارات بفعالية
أهم السلبيات	غير مناسب للحالات العقلية الحادة أو غير العقلانيين	يتجاهل البعد اللاوعي - يتطلب قدرات معرفية	يتطلب وقتًا أطول والتزامًا عاليًا

المصدر (من إعداد الباحث)

من خلال مقارنة النماذج الثلاثة (ألبرت أليس، أرون بيك، ميكنوم)، يظهر بوضوح أن جميعها تنطلق من قاعدة معرفية مشتركة، وهي أن الأفكار تؤثر تأثيرًا مباشرًا على المشاعر والسلوك. إلا أن كل نموذج يتبنى زاوية مختلفة في الفهم والتدخل العلاجي.

♦ ألبرت أليس (REBT) يقدم رؤية فلسفية أكثر، إذ يرى أن المعتقدات اللاعقلانية هي أصل الاضطراب الانفعالي، ويؤكد على ضرورة "تفكيكها" ومواجهتها من خلال حوار منطقي مباشر مع الذات. أسلوبه صدامي أحيانًا، لكنه يساعد الأفراد الذين لديهم استعداد لتقبل التغيير العقلي السريع وتحمل المسؤولية.

♦ أما أرون بيك (CBT)، فيعتمد على مدخل أكثر علمية وموضوعية، حيث يركز على الأفكار التلقائية السلبية التي تمر دون وعي، ويسعى إلى تعديلها بطرق منهجية. يتميز هذا النموذج بالمرونة وسهولة التطبيق، مما جعله الأكثر استخدامًا في العيادات النفسية الحديثة، وفعّال مع طيف واسع من الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والوسواس.

◆ بينما يأتي ميكنوم من زاوية مختلفة، إذ يعتبر أن الضغوط النفسية المتكررة يمكن أن تُضعف مناعة الفرد النفسية، ولذلك يقدم نموذجًا وقائيًا بالدرجة الأولى. يتميز نموده بالشمولية، لأنه لا يركز فقط على تعديل الأفكار، بل يُدرّب المسترشد على مهارات مواجهة عملية، ما يجعله مفيدًا جدًا في الوقاية من الانتكاسات، لكنه يتطلب وقتًا أطول والتزامًا أكبر.

7. مراحل العلاج المعرفي السلوكي:

يمر العلاج المعرفي السلوكي بعدة مراحل وهي كالتالي:

❖ المرحلة الأولى: مرحلة التعارف:

تُعد مرحلة التعارف الخطوة الافتتاحية في جلسات العلاج السلوكي المعرفي، حيث يستقبل المعالج العميل في مكتبه، ويبدأ بتقديم نفسه من حيث هويته المهنية، وخبراته، وطبيعة الخدمات التي يقدمها. كما يشرح الإطار العام للعلاج، والذي يشمل تنظيم الجلسات من حيث عددها ومدتها وتكلفتها، إضافة إلى تعريف المريض بأسس العلاج السلوكي المعرفي، على أنه علاج علمي، مركز على المشكلات، يتسم بالنشاط والتعاون بين الطرفين، وعادةً ما تستغرق هذه المرحلة من 5 إلى 10 دقائق.

ولتحفيز تفاعل المريض واهتمامه، يعتمد المعالج على استخدام أمثلة واقعية توضح كيفية سير العلاج. كما يشرح له بوضوح مسار العلاج، خاصة خلال اللقاءات الأولى التي تركز على تحديد المشكلة وتشخيصها، والتأكد من ملاءمة العلاج السلوكي المعرفي لها، وصولاً إلى صياغة الاستراتيجيات العلاجية المناسبة.

يحرص المعالج على إشراك المريض بشكل فعال منذ البداية، من خلال طرح أسئلة تفاعلية مثل: "هل لديك معرفة سابقة بالعلاج السلوكي المعرفي؟" أو "هل ما شرحتة يتوافق مع توقعاتك؟"، إلى

جانب سلوكياته المهنية التي تعكس الانفتاح، والقبول، والاهتمام، والاحتراف. ومن خلال هذه الممارسات، لا يقتصر دور المعالج على تقديم المعلومات، بل يسعى أيضًا إلى بناء علاقة علاجية إيجابية تُعرف بالتحالف العلاجي، والتي تُعد شرطًا أساسيًا لنجاح العملية العلاجية. (بوفيه، : 2019، 85).

❖ المرحلة الثانية: جمع المعلومات والتشخيص

يتم خلال هذه المرحلة جمع المعلومات من خلال أدوات القياس والمقابلات النفسية وبطاقات تسجيل السلوك، لتحديد درجة وشدة الأعراض، وتقدير مدى تأثيرها على الحياة اليومية للمسترشد. كما يُستخدم التقييم كمرجع لقياس مدى التقدم في مراحل العلاج اللاحقة ويُعتبر التقييم عملية مستمرة تتيح إعادة ضبط خطة العلاج عند الحاجة. (زيتوني، 2020، ص. 134).

❖ المرحلة الثالثة: التدخل المعرفي والسلوكي:

تُعد هذه المرحلة جوهرية في تطبيق العلاج، إذ يشتغل المعالج مع العميل على تحديد الأفكار التلقائية السلبية والعمل على إعادة هيكلتها، وذلك باستخدام تقنيات مثل الحوار السقراطي، واختبار الأدلة، والتجارب السلوكية. كما يتم إدماج تقنيات سلوكية مثل التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق، وجدولة الأنشطة، والتعزيز الإيجابي. ويساعد هذا التكامل في تقوية إدراك المسترشد للصلة بين أنماط التفكير والسلوك والانفعال (شيباني، 2019، ص. 7).

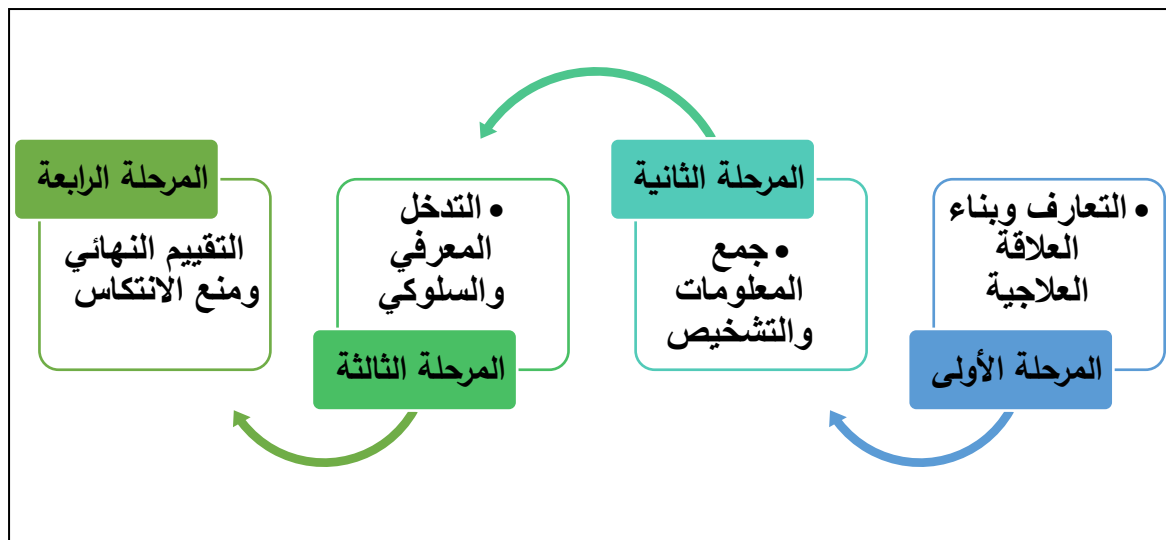
❖ المرحلة الرابعة: التقييم النهائي ومنع الانتكاس

تُركّز المرحلة الأخيرة على تقييم مدى تحقق الأهداف العلاجية، ويُعتمد فيها على المقارنة بين التقييمات القبلية والبعديّة. كما يُدرّب المسترشد على استخدام المهارات المعرفية والسلوكية في حياته

اليومية، مع إعداد خطة صيانة وقائية لتقليل احتمالية الانتكاس. وتشمل الخطة استراتيجيات لتعزيز الاستقلال الذاتي في مواجهة الضغوط والتحديات المستقبلية (شيباني، 2019، ص. 9).

من خلال استعراض مراحل العلاج المعرفي السلوكي، يتضح أنه منهج علاجي متكامل يراعي الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية للعميل، ويقوم على تصور علمي دقيق للمشكلة النفسية. كما يتميز بالمرونة في بناء الخطة العلاجية اعتمادًا على التقييم المستمر، وبالفعالية من خلال الدمج بين تعديل التفكير غير المنطقي وتدريب العميل على مهارات سلوكية بديلة.

ويرى الباحث أن القيمة الأساسية لهذا النموذج تكمن في تمكين العميل من الفهم الذاتي، مما يُعزز من دافعيته لتغيير سلوكياته، ويجعله أكثر قدرة على التعامل مع التحديات النفسية مستقبلاً. كما أن التركيز على منع الانتكاس في المراحل النهائية يعكس التوجه الوقائي للعلاج، وهو ما يجعله من أنجح الأساليب العلاجية في الميدان النفسي.



الشكل رقم (3) يمثل مراحل العلاج المعرفي السلوكي

يوضح هذا المخطط التسلسلي المراحل الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، حيث تبدأ العملية بالتعارف وبناء العلاقة العلاجية (المرحلة الأولى)، وهي أساس الثقة والتعاون بين المعالج والعميل. تليها

مرحلة جمع المعلومات والتشخيص (المرحلة الثانية) لتحديد المشكلات والأفكار غير الوظيفية. ثم تأتي مرحلة التدخل (المرحلة الثالثة) التي يتم فيها استخدام تقنيات معرفية وسلوكية لتعديل الأفكار والسلوكيات. وأخيراً، تأتي مرحلة التقييم النهائي (المرحلة الرابعة) لمراجعة التقدم، وتثبيت التغيرات الإيجابية، ومنع الانتكاس. المخطط يعكس الطابع التفاعلي والدينامي للعلاج المعرفي السلوكي، مما يجعله فعالاً في معالجة الاضطرابات النفسية.

8. تقنيات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي

1.8. تقنية تقليل الحساسية التدريجي

تُعد تقنية تقليل الحساسية التدريجي من الاستراتيجيات العلاجية المستمدة من مبادئ الإشراف الكلاسيكي، وخاصة من تجارب بافلوف المتعلقة بالعلاقة بين المثيرات والاستجابات الشرطية وغير الشرطية. وقد قام جوزيف وولبي (Wolpe) في أواخر خمسينيات القرن الماضي بتطوير هذه التقنية كجزء من أساليب الإشراف المضاد، بهدف خفض مستوى القلق لدى الأفراد (وردة، 2016، ص. 192).

تعتمد هذه التقنية على إحداث استجابة استرخاء عضلي كاستجابة مضادة لحالة القلق والإكتئاب، ويتم ذلك بعد تدريب العميل على الاسترخاء، ثم تعريضه تدريجياً للمثيرات المسببة للقلق أو الإكتئاب، إما عبر التخيل أو من خلال التعرض الواقعي. وتتم العملية بعد إعداد مدرج للقلق أو الإكتئاب حسب الحالة النفسية، حيث يُصنف المعالج المثيرات المسببة للقلق أو الإكتئاب من الأضعف إلى الأقوى، ويبدأ بعرض أقلها شدة أثناء وجود المسترشد في حالة استرخاء تام.

الهدف من هذه التقنية هو إحداث كف تدريجي لاستجابات القلق أو الإكتئاب، إذ تُقدّم المثيرات تباعاً، على أن تكون استجابة الاسترخاء أقوى من درجة القلق وال الإكتئاب التي قد تثيرها تلك المثيرات.

وهكذا، ومع التكرار، تُستبدل الاستجابة القلقة برد فعل أكثر هدوءًا واستقرارًا، مما يساعد في تخفيف أعراض الخوف والقلق والإكتئاب بشكل فعال (وردة، 2016، ص. 192).

2.8. الواجبات المنزلية

وهي مهام محددة وواضحة يحددها المعالج مع المريض في نهاية بعض الجلسات. وتساعد تلك الواجبات في أن يعمم المريض التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها خلال الجلسات، وتقوي وتدعم أفكاره أو معتقداته الصحيحة الجديدة. ويجب أن تعد الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية. وعلى المعالج القيام بشكل روتيني بمراجعة الواجبات المنزلية في الجلسات التالية، حيث يتم مراجعتها عادة في بداية كل جلسة، فيطلب من المريض تلخيص الواجب المنزلي، حتى يمكن تحديد الفجوات وجوانب عدم الفهم. (السيد، 2007، ص 17).

3.8 تقنية البناء الفكري:

تُعد تقنية إعادة البناء الفكري (Cognitive Restructuring) أحد العناصر المحورية في العلاج المعرفي السلوكي، حيث تُعنى بتعديل البنى المعرفية غير السوية، والتي تُعرف بـ "المخططات المعرفية" (Schemas). هذه المخططات هي أنماط فكرية عميقة الجذور تُشكل معتقدات الفرد الجوهرية عن الذات، والعالم، والمستقبل، وتسهم في تفسيره للأحداث والمواقف اليومية (هوفمان، 2012، ص. 56). في إطار العلاج المعرفي السلوكي، تُعد هذه الأفكار التلقائية السلبية وتقييمات الفرد غير التكيفية مجرد افتراضات (Hypotheses) يمكن اختبارها وليست حقائق مطلقة. ويُشجّع المسترشد على اتخاذ موقف "العالم أو الملاحظ" تجاه أفكاره، وليس أن يظل أسيرًا لها. ومن خلال ذلك، يتم تحليل هذه الأفكار باستعمال أدوات مثل: الحوار السقراطي، التجارب السلوكية، واختبار الأدلة الواقعية، مما يسمح بإعادة تشكيل التفكير على نحو أكثر واقعية وتكيفًا.

تسعى هذه التقنية إلى تعزيز القدرة على تمييز التفكير المشوّه، وتحديه، ثم استبداله بأنماط فكرية أكثر إيجابية ومرونة، مما ينعكس على التوازن الانفعالي والسلوكي للفرد (هوفمان، 2012، ص. 56).

4.8. تقنية النمذجة:

تُعد تقنية النمذجة من أبرز أساليب التعلم الاجتماعي التي طورها العالم الكندي ألبرت باندورا (Albert Bandura)، وتستند إلى مبدأ تقليد السلوك من خلال ملاحظة نموذج إيجابي. يقوم هذا الأسلوب العلاجي على تعلم سلوكيات جديدة أو مرغوب فيها عبر محاكاة نموذج يعرض سلوكًا معديًا يتناقض مع السلوك غير المرغوب (بلغالم، 2017، ص. 70).

يعتمد هذا النوع من التعلم على الملاحظة والتقليد، حيث يُعرض على العميل نموذج - حي أو مسجل - يقوم بتنفيذ السلوك المستهدف، مما يتيح له فهم السلوك، ودوافعه، ونتائجه، وهو ما يُسهم في تعزيز القناعة بإمكانية التغيير. ويمكن استخدام وسائل متعددة لعرض النماذج مثل: مقاطع الفيديو، أو العروض المسرحية، أو القصص المكتوبة والمرئية، أو حتى الممارسة المباشرة أمام المسترشد.

تُستخدم تقنية النمذجة بكفاءة في تعديل السلوكيات غير التكيفية، وبناء المهارات الاجتماعية، وزيادة الدافعية، خاصة عند الأطفال واليافعين، كما تساعد العميل على تجاوز مشاعر الخوف أو التردد من خلال مشاهدة شخص آخر يتعامل مع موقف مشابه بنجاح.

تُظهر الأبحاث أن للنماذج التي يتم تقديمها تأثيرًا أكبر كلما كانت أكثر تشابهًا مع العميل من حيث العمر، أو الجنس، أو الخلفية الثقافية، مما يُسهم في رفع مستوى التقمص والتأثر (بلغالم، 2017، ص. 70).

5.8. تقنية الحوار الذاتي

تُعد تقنية الحوار الذاتي من التطبيقات المهمة في العلاج المعرفي السلوكي، وتستند إلى الفرضية المركزية التي تؤكد أن الفرد يتصرف بناءً على ما يفكر فيه. فالأفكار التي تتولد لدى الإنسان، خاصة في المواقف المثيرة للقلق أو التوتر، تلعب دورًا مباشرًا في تشكيل استجاباته السلوكية والانفعالية.

في هذا الإطار، يهدف العلاج إلى تدريب الأفراد على ملاحظة وتعديل محتوى أفكارهم التلقائية، وخاصة تلك التي تُسهم في تعزيز مشاعر مثل القلق، الاكتئاب، وانعدام الثقة بالنفس. ويُعد الحوار الداخلي مع الذات أثناء مواجهة موقف معين وسيلة مهمة لتنبيه الفرد إلى كيفية تأثير تفكيره السلبي على سلوكه.

فحديث الإنسان مع نفسه - بما يحمله من معتقدات، وتوقعات، وتقييمات - يُعد غالبًا المصدر الرئيسي لتفاعله الانفعالي المضطرب. ومن هنا، يعمل المعالج المعرفي السلوكي على مساعدة المسترشد في رصد هذا الحديث الذاتي، والتعرف على مضمونه، وتحديده، ثم إعادة بنائه على نحو أكثر عقلانية وتكيفًا. (العوض، 2011، ص 112).

إن تعديل الحوار الذاتي يُعتبر خطوة أساسية في بناء الوعي الذاتي لدى المسترشد، وتمكينه من التحكم في استجاباته الانفعالية والسلوكية، خصوصًا في المواقف التي تُثير القلق أو تؤدي إلى انسحاب اجتماعي أو انفعالات مفرطة.

6.8. تقنية لعب الأدوار:

يُستخدم هذا الأسلوب مع الأفراد الذين يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية اللازمة نتيجة لضعف أساليب التعلم الاجتماعي في مراحل سابقة. ويقوم المعالج بتكليف العميل بأداء أدوار اجتماعية مختلفة، قد تكون مخالفة لطبيعته، مثل أداء دور شخص جريء، أو عدواني، أو منفعل، بهدف مساعدته على اكتساب أنماط سلوكية جديدة في بيئة آمنة خالية من الحكم، مما يساهم تدريجيًا في تعميم تلك المهارات في الحياة الواقعية. (المحارب، 2000، ص 118).

7.8. تقنية التخيل:

تقنية التخيل تُعد من أدوات العلاج المعرفي السلوكي التي تُستخدم للكشف عن الأفكار التلقائية السلبية، خاصة عندما لا تكون الأسئلة المباشرة أو الحوار السقراطي كافية. تعتمد هذه التقنية على استرجاع مواقف مؤلمة من الماضي ووصف المشاعر والأفكار المصاحبة لها، مما يسمح بالوصول إلى المخططات المعرفية العميقة. يُطلب من المسترشد تخيل موقف مزعج ثم التعبير عن الأفكار والانفعالات التي رافقته، بهدف تعديلها. تُساعد هذه الطريقة في ربط الماضي بالحاضر، وتحرير المسترشد من أثر التجارب السابقة. كما تكشف عن لاعقلانية بعض الأفكار. غالبًا ما تتطلب توجيهًا بسيطًا من المعالج، وتُستخدم لتعزيز الوعي المعرفي والانفعالي (صباح، 2009، ص 13).

8.8. تقنية جدولة الأنشطة:

تُعد تقنية جدولة الأنشطة من الوسائل السلوكية الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي، وتهدف إلى تشجيع المسترشد على الانخراط في أنشطة كان يتجنبها سابقًا. وتتمثل فائدتها في جانبين: الأول زيادة احتمال تنفيذ النشاط المتفق عليه، والثاني تجاوز التردد أو المماطلة في اتخاذ القرار. يتم الاتفاق على النشاط داخل جلسة العلاج، مما يخلق التزامًا لدى الحالة. وإذا لم يُنفذ النشاط، يُناقش السبب في

الجلسة التالية. تعزز هذه التقنية التحفيز، والشعور بالمسؤولية، والانضباط الذاتي، وهي ضرورية لتحقيق الأهداف العلاجية، خاصة في حالات الاكتئاب أو الانسحاب الاجتماعي (صبرينة، 2012، ص. 150).

1.8. تقنية الإسترخاء

تُعد تقنية الاسترخاء من الأساليب الفعالة في خفض التوتر والقلق، وتهدف إلى إحداث استجابة استرخاء تُقابل حالة التأهب الجسدي المرتبطة بالضغط النفسي. تتمثل هذه الاستجابة في انخفاض معدل ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، مما يشعر الفرد بالراحة الجسدية والعقلية. يُستخدم الاسترخاء في حالات التوتر والقلق والتأهيل النفسي، ويركز على الجوانب الفسيولوجية والعقلية معاً. ومن أبرز أساليبه: الاسترخاء العضلي التدريجي الذي وضعه جاكبسون (Jacobson)، والذي يقوم على شد ثم إرخاء مجموعات عضلية متتالية وفق بروتوكول منظم. يساعد هذا النوع من التدخل في استعادة التوازن النفسي وتخفيف الأعراض الجسدية للقلق أو الاكتئاب. (بلغالم، 2017، ص. 71)

9. فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاضطرابات النفسية:

أظهرت العديد من الدراسات التجريبية فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في التخفيف من أعراض الاضطرابات النفسية وتحسين جودة الحياة لدى فئات مختلفة. ففي دراسة أجرتها بوخاري هاجر، تم تطوير برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على تقنيات حل المشكلات، وطبق على مراهق يبلغ من العمر 15 سنة يعاني من ضغط نفسي مرتفع. وقد بيّنت النتائج تحسناً ملحوظاً في المؤشرات النفسية للمراهق بعد تطبيق البرنامج، ما يدل على أن CBT يعزز قدرات التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة الضاغطة ويخفض من الاستجابة الانفعالية المفرطة (بوخاري، 2023، ص. 132).

كما كشفت دراسة أجراها فليتي سفيان حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي، أن تدخلات CBT ساعدت المشاركين على تعديل أفكارهم السلبية، مما انعكس إيجاباً على الحالة الانفعالية لديهم. وأظهرت النتائج أن التحسن شمل الجوانب النفسية والوظيفية، من خلال خفض واضح لمستوى القلق وتحسن المزاج العام، وهو ما يعزز دور المعالجة المعرفية السلوكية في تحسين الصحة النفسية لدى مرضى الحالات المزمنة (فليتي، 2022، ص. 94).

وفي السياق نفسه، أجرت مرابطي كريمة دراسة على مرضى مصابين بفيروس السيدا، حيث استخدم برنامج علاجي معرفي سلوكي للتقليل من أعراض الاكتئاب. وقد بينت النتائج تحسناً كبيراً في مؤشرات المزاج والصحة النفسية لدى أفراد العينة، خصوصاً بعد تعديل الأفكار السلبية التي ترافق الإحساس بالوصم والخوف من المستقبل. يشير هذا إلى أن CBT يمكن أن يكون مفيداً حتى في الحالات المعقدة التي تنطوي على اضطرابات نفسية مرتبطة بأمراض جسدية خطيرة (مرباطي، 2022، ص. 41).

أما فيما يتعلق بالتقدير الذاتي، فقد أظهرت عمور فاطمة الزهراء في دراستها أن تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي على عينة من المصابين بأمراض جلدية ساهم في الرفع من مستوى تقدير الذات لديهم، وذلك من خلال تغيير الصور النمطية السلبية المرتبطة بالمظهر الخارجي. وقد ساعدت تقنيات إعادة البناء المعرفي وتدريب المشاركين على تقبل الذات في الحد من القلق الاجتماعي وتحسين العلاقة مع الذات والآخرين (عمور، 2022، ص. 66).

يُعد العلاج السلوكي المعرفي (CBT) من أكثر الأساليب العلاجية النفسية فعالية وانتشاراً في التعامل مع الاضطرابات النفسية المختلفة. ويستند هذا الاتجاه العلاجي إلى الدمج بين الجوانب المعرفية (مثل الأفكار والمعتقدات) والسلوكية (مثل أنماط الاستجابة والتعزيز) من أجل تعديل أنماط التفكير

السلبي والسلوك غير التكيفي. وقد أثبتت دراسات متعددة أن CBT فعال في علاج اضطرابات مثل القلق، الاكتئاب، الرهاب الاجتماعي، الوسواس القهري، الصدمات النفسية، واضطرابات الأكل، حيث يساعد الأفراد على التعرف على أنماط التفكير المشوّهة واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وتكيفاً.

وقد أظهرت الأبحاث أن العلاج المعرفي السلوكي لا يقل فعالية عن الأدوية النفسية في العديد من الحالات، بل يتفوق عليها في الاستمرارية على المدى الطويل، حيث يُمكن المريض من اكتساب مهارات ذاتية في ضبط الانفعالات وتعديل الأفكار. كما يتميز بأنه قصير المدى نسبياً، ومنظم، ويركز على المشكلة الحالية بشكل مباشر، مما يجعله مناسباً لمختلف الفئات العمرية والحالات النفسية.

في السياقات العربية، أثبتت تجارب تطبيق CBT نتائج إيجابية واضحة، لا سيما في خفض القلق لدى المراهقين، وعلاج الاكتئاب في بيئات تعاني من مشكلات اجتماعية معقدة كالعنف الأسري، فضلاً عن فعاليته في بيئات علاجية صعبة مثل السجون والمستشفيات النفسية. وتؤكد النتائج على ضرورة تكوين متخصصين في هذا النوع من العلاج وتكييفه مع الخصائص الثقافية للمجتمع العربي.

10. التطبيقات الحديثة للعلاج السلوكي المعرفي في مجال الصحة النفسية.

شهدت السنوات الأخيرة توسعاً ملحوظاً في تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي (CBT) بتقنيات مبتكرة ومعاصرة تتناسب تحديات العصر الرقمي والمعرفي:

❖ التعريض بالواقع الافتراضي لعلاج القلق الاجتماعي في دراسة تطبيقية أعدتها بن الطيب

(2023)، طُبّق CBT بالتعرض للواقع الافتراضي (VERT) على أشخاص مصابين بالقلق

الاجتماعي. وجدت الدراسة أنه باستخدام بيئات افتراضية تحاكي الواقع، يمكن للخاضع للعلاج

مواجهة محفزات القلق تدريجياً بنظرة آمنة ومتحكم بها، ما أدى إلى خفض ملحوظ لأعراض

القلق الاجتماعي دون التعريض لخطر فعلي (بن الطيب، 2023، ص. 245-265).

❖ العلاج المعرفي المعتمد على اليقظة الذهنية للنساء المطلقات بحثت شافعي وجفال (2023) فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) في مساعدة امرأة مطلقة على إدارة الضغوط النفسية والاستثارة العاطفية. أظهرت النتائج انخفاضًا ملحوظًا في مستويات التوتر والغضب والاكتئاب، وتحسنًا مستدامًا بعد متابعات استمرت 11 أسبوعًا (شافعي & جفال، 2023، ص. 65-87).

❖ دمج علم النفس الإيجابي في "الموجة الرابعة" لـ CBT قدمت زيان وبوعيشة (2024) نموذجًا يُسمّى العلاج المعرفي السلوكي الإيجابي، الذي يجمع بين مبادئ علم النفس الإيجابي والعلاج بالحلول ضمن إطار CBT. تُصنّف هذه الطريقة ضمن الموجة الرابعة من العلاجات المعرفية السلوكية، وقد أظهرت فعالية كبيرة في عدد من الاضطرابات النفسية عبر تعزيز التفكير الإيجابي والمرونة النفسية (زيان & بوعيشة، 2024، ص. 40-57).

❖ CBT وأدواته في التخفيف من التمرّ داخل المدارس ورد في دراسة رزقاني ومنصوري (2023) أنّ CBT يمكن أن يُستخدم بفعالية لمعالجة سلوك التمرّ داخل الوسط المدرسي. استخدم العلاج تقنيات مثل حل المشكلات، لعب الأدوار، تعزيز الذات والتحكم الذاتي، إلى جانب الاسترخاء، مما ساهم في تقليل حدة السلوك التمرري لدى الطلاب (رزقاني، منصوري، 2023، ص. 408-423).

❖ تدخلات CBT للألم المزمن وتخفيف معاناة المرضى قدّمت مرازقة (2020) مراجعة شاملة تظهر كيف تُستخدم أشكال CBT وتقنيات الجيل الثالث (مثل ACT) في علاج الألم المزمن. يهدف ذلك إلى تعديل التصورات والأفكار السلبية المتعلقة بالألم، مما يقلل من التوتر النفسي ويُحسن نوعية الحياة لدى المرضى (مرازقة، 2020، ص. 359-380).

11. إيجابيات وسلبيات العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أنجح الأساليب العلاجية النفسية وأكثرها استخدامًا في الوقت الراهن، وقد أثبت فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، أبرزها الاكتئاب، القلق، اضطراب الوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة. ومن بين أبرز إيجابياته أنه علاج مركز وقصير المدى نسبيًا، حيث يهدف إلى تحقيق نتائج واضحة خلال عدد محدود من الجلسات (بوثلجة، 2021، ص. 91). كما يتميز بتركيزه على "الآن وهنا"، فيتناول المشكلات الحالية بدلاً من التركيز المفرط على ماضي العميل، مما يساعد على إحداث تغيير سريع وفعال في الأفكار والسلوكيات السلبية (Kechad & Souilah, 2021, p. 109).

إضافة إلى ذلك، يساعد العلاج المعرفي السلوكي الأفراد على تنمية مهارات التعامل مع الأفكار التلقائية المشوهة، ويساهم في تعزيز القدرة على اتخاذ قرارات سليمة واستجابات واقعية. كما يشجع هذا العلاج العملاء على الاعتماد على أنفسهم من خلال الواجبات المنزلية ومهارات المراقبة الذاتية، مما يعزز من استقلاليتهم وثقتهم بقدراتهم (Boujlada, 2022)، ص. 135. (ومن الجوانب الإيجابية أيضًا قابلية هذا النموذج للتكيف مع الفئات المختلفة (أطفال، مراهقين، بالغين) ومع مختلف الثقافات والبيئات، بالإضافة إلى إمكانية دمجه مع العلاج الدوائي لتحقيق نتائج أفضل (بوجلدة، 2021، ص. 128). لكن ورغم مزاياه، لا يخلو العلاج المعرفي السلوكي من بعض السلبيات التي تحدّ من فاعليته في بعض الحالات. من بين هذه السلبيات أنه يتطلب من المريض مستوى معينًا من الإدراك والقدرة على التفكير المنطقي، ما يجعله غير مناسب لبعض الحالات مثل مرضى الزهايمر أو الإعاقات الذهنية (بوثلجة، 2021، ص. 97).

كما يُنقَد بتركيزه الزائد على التفكير العقلاني وتجاهله للأبعاد اللاواعية من النفس البشرية، وهي أبعاد أساسية في بعض النظريات مثل التحليل النفسي (Boujlada, 2022)، ص. 138.

كذلك، قد لا ينجح هذا النموذج في إحداث التغيير المطلوب إذا لم يكن المعالج يمتلك المهارات الكافية لإدارة الجلسات، خاصة أن نجاحه يعتمد بدرجة كبيرة على جودة العلاقة بين المعالج والعميل

(Kechad & Souilah, 2021)، ص. 111).

كما أن كثافة الواجبات المنزلية المطلوبة من العميل قد تُشعره بالضغط النفسي، خاصة في الحالات التي يعاني فيها من انخفاض الحافز أو الطاقة، ما قد يؤدي إلى الانسحاب من العملية العلاجية

(بوجليدة، 2021، ص. 129).

يضاف إلى ذلك أن النموذج قد يُبسط المشكلات المعقدة من خلال اختزالها إلى أفكار وسلوكيات فقط، دون النظر إلى العوامل البيئية والاجتماعية والثقافية المحيطة، ما يجعله غير كافٍ وحده في بعض الحالات.

خلاصة الفصل:

يُعَدُّ العلاج المعرفي السلوكي أحد أبرز الاتجاهات العلاجية المعاصرة التي فرضت نفسها في مجال الصحة النفسية، لما تتميز به من أسس علمية راسخة ونتائج علاجية فعالة. وقد تطرق الفصل إلى أهم المفاهيم النظرية المرتبطة به، بدءاً من تعريفه وأهدافه، وصولاً إلى أنواعه واتجاهاته المختلفة، مثل العلاج الانفعالي العقلاني، وعلاج أرون بيك، وعلاج ميكينبوم، وغيرها. كما أُبرزت الفعالية الكبرى لهذا النموذج في علاج الاضطرابات النفسية المتنوعة، من خلال تركيزه على تعديل الأفكار غير التكيفية، وإعادة بناء الإدراك السلبي لدى الفرد، مما يساهم في تحسين حالته النفسية والسلوكية.

وقد تم التطرق إلى التطبيقات الحديثة لهذا العلاج، ودوره في تعديل السلوكيات والأفكار السلبية، إضافة إلى أهمية العلاقة العلاجية ومهارات المعالج في تحقيق الأهداف المرجوة. وتبيّن أن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر فقط على التخفيف من الأعراض، بل يتعدى ذلك إلى تعليم الفرد آليات التكيف، والوعي الذاتي، والقدرة على مواجهة ضغوط الحياة اليومية بفعالية.

بالتالي، يُمكن القول إن العلاج المعرفي السلوكي يشكل ركيزة أساسية في المقاربات العلاجية النفسية المعاصرة، لما يوفره من أدوات وتقنيات عملية وعلمية أثبتت فاعليتها في مساعدة الأفراد على تجاوز معاناتهم النفسية وتحقيق التوازن النفسي والسلوكي.

الفصل الثالث

الإكتئاب

الفصل الثالث: الإكتئاب

تمهيد

1. تعريف الاكتئاب.
2. أنواع الاكتئاب وتصنيفه.
3. العوامل البيولوجية المسببة للاكتئاب.
4. العوامل الاجتماعية والنفسية المؤثرة في للاكتئاب.
5. أعراض الاكتئاب.
6. آليات تشخيص الاكتئاب وفق المعايير النفسية الحديثة.
7. العلاقة بين الاكتئاب والاضطرابات النفسية.
8. طرق العلاج المختلفة للاكتئاب (الدوائي، النفسي، السلوكي).
9. فعالية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من حدة الاكتئاب.
10. الدراسات الحديثة حول علاج الاكتئاب باستخدام العلاج السلوكي المعرفي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعد الاكتئاب أحد أبرز الاضطرابات النفسية شيوعاً في العصر الحديث، وهو يشكّل تحدياً متزايداً على المستويين الفردي والمجتمعي. فقد بات يُنظر إليه لا بوصفه مجرد حالة عابرة من الحزن أو الضيق، وإنما اضطراباً معقداً ومتعدد الأبعاد، يتداخل فيه الجانب البيولوجي مع النفسي والاجتماعي. وتتجلى خطورته في أثره العميق على جودة الحياة اليومية، وعلى الأداء الوظيفي والعلاقات الشخصية، وقدرته أحياناً على دفع الفرد نحو العزلة أو حتى إيذاء الذات.

وقد ساهم التطور العلمي في مجالات علم النفس والطب النفسي وعلم الأعصاب في توسيع الفهم النظري والتطبيقي لهذا الاضطراب، حيث ظهرت تصنيفات متعددة لأنواعه، مع تحديد واضح لأعراضه ومعايير التشخيصية، فضلاً عن تفسيراته النظرية المتنوعة. كما أصبح الاكتئاب موضوعاً محورياً في البحوث النفسية الإكلينيكية، نظراً لارتباطه الوثيق بعدد من الاضطرابات النفسية الأخرى، ولتأثيره المباشر في الصحة النفسية العامة للفرد والمجتمع.

1. تعريف الاكتئاب:

يُنظر إلى الاكتئاب، وفقاً للمعهد الأمريكي للصحة العقلية، كاضطراب شامل يمسّ مختلف جوانب الإنسان من الناحية الجسدية والنفسية والانفعالية. إذ يؤثر هذا الاضطراب في التفكير والمزاج، كما يحدث خللاً في نظرة الفرد لذاته وللآخرين وللأحداث من حوله، مما يؤدي إلى فقدان التوازن النفسي والجسدي والعاطفي لديه (حجازي، 2013، ص. 11).

عرّفت منظمة الصحة العالمية الاكتئاب، ضمن التصنيف الدولي العاشر (ICD-10)، على أنه اضطراب يتميز بانخفاض المزاج وضعف الاهتمام أو فقدان القدرة على الاستمتاع بالأشياء التي تبهج الآخرين. وتختلف شدة الأعراض من نوبة لأخرى، وقد تتراوح بين بسيطة ومتوسطة وشديدة. وتتضمن الأعراض الشائعة تراجع التركيز، وانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس، إلى جانب مشاعر الذنب، وعدم الأهمية، والتشاؤم، والإرهاق أو انعدام الطاقة، فضلاً عن أفكار إيذاء النفس التي قد تصل إلى الانتحار، مع اضطرابات في النوم وفقدان الشهية. (بلحسني والامام، 2019، ص 149).

يرى بيك أن الاكتئاب يظهر نتيجة لاعتماد الفرد على استراتيجيات غير فعّالة في مواجهة الضغوط، ويترافق ذلك مع نظرتة السلبية تجاه ذاته والعالم المحيط به والمستقبل، إضافة إلى تركيز انتباهه بشكل مفرط على الجوانب السلبية للمواقف المختلفة (Hoffman, 2012، ص. 167).

يُعد الاكتئاب حالة من المزاج المتشائم، تترافق مع انخفاض في الدافعية، وتؤدي إلى تباطؤ في النشاطين العقلي والجسدي، كما يتسم بنمط من التشوهات المعرفية السلبية، وانخفاض في المشاعر الإيجابية والحماس. ويمكن أن يظهر بصورة نفسية بسيطة أو عقلية شديدة تؤثر بشكل مدمر على الفرد. وغالباً ما يُطلق على النوع الأول "الاكتئاب الاستجابي"، وهو نمط يُفهم على أنه رد فعل مبالغ فيه تجاه

أحداث محددة، مثل فقدان شخص عزيز، أو إخفاق في علاقة أو دراسة أو عمل أو خسارة مالية. ويُعد هذا النوع خارجياً من حيث المنشأ لأنه مرتبط بموقف معين. أما الاكتئاب الذهاني العقلي، فيُنظر إليه على أنه داخلي المصدر، نابع من تركيبة شخصية الفرد دون ارتباط واضح بعوامل خارجية. (حدان وبلحسيني، 2024، 162).

يُعرّف الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي متعدد العوامل، يتمثل في مجموعة من الأعراض السلوكية والمعرفية والاجتماعية والبيولوجية. من بين هذه الأعراض: تثبيط أو فرط في النشاط الحركي، محاولات الانتحار، الانسحاب الاجتماعي، قلة الدافعية، اضطرابات النوم والشهية، والتفكير السلبي المستمر، مما يؤدي إلى خلل في الأداء اليومي للفرد. (Rondón, 2018, p. 6).

تُعرّف الاكتئاب في هذه الدراسة على أنه اضطراب نفسي متعدد العوامل، تتداخل فيه الأسباب الجينية والبيولوجية والنفسية، ويُنظر إليه بوصفه ناتجاً عن تفاعل معقد بين الاستعداد الوراثي والتعرض للضغوط النفسية، حيث تؤدي الأحداث الحياتية الضاغطة إلى ظهور أعراض اكتئابية لدى الأفراد ذوي القابلية لذلك. (Belhade, 2020, p. 903).

ومن خلال ما سبق يُعد الاكتئاب اضطراباً نفسياً معقداً ومتعدد العوامل، يتمثل في حالة من الانخفاض المستمر في المزاج وفقدان الاهتمام أو المتعة، يصاحبه اختلالات معرفية وانفعالية وسلوكية تؤثر سلباً في أداء الفرد اليومي. وينشأ نتيجة تفاعل بين الاستعدادات البيولوجية أو الوراثية والعوامل النفسية والاجتماعية الضاغطة، ويتجلى في أعراض مثل الحزن العميق، ضعف التركيز، انخفاض تقدير الذات، الشعور بالذنب، اضطرابات النوم والشهية، والتفكير السلبي المتكرر، وقد يتطور إلى انسحاب اجتماعي أو أفكار انتحارية في الحالات الشديدة. ويُعزى ظهوره أيضاً إلى استراتيجيات غير فعالة في

مواجهة الضغوط، ورؤية سلبية للعالم والذات والمستقبل، مما يؤدي إلى خلل في التكيف النفسي والاجتماعي ونختصر التعريفات السابقة في النقاط التالية:

- اضطراب نفسي معقد ومتعدد العوامل: ينتج عن تفاعل بين العوامل البيولوجية، الوراثية، النفسية، والاجتماعية.
- يتميز بانخفاض مستمر في المزاج: يُصاحبه الحزن، التشاؤم، وفقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة اليومية.
- يشمل أعراضاً معرفية وسلوكية وجسدية: مثل ضعف التركيز، الشعور بالذنب، اضطرابات النوم والشهية، والتعب الجسدي.
- يؤثر على التكيف الوظيفي والاجتماعي: يُضعف القدرة على أداء الأدوار المهنية، الأسرية، والاجتماعية.
- قد يكون استجابياً أو داخلي المنشأ: يرتبط أحياناً بمواقف ضاغطة (كالفقد)، أو يظهر دون سبب خارجي واضح بسبب خلل داخلي.
- يرتبط باستراتيجيات سلبية في التعامل مع الضغوط: مثل الانسحاب، الإنكار، والتركيز المفرط على الجوانب السلبية.
- قد يتطور في شدته: من أعراض خفيفة إلى حالات شديدة مصحوبة بأفكار انتحارية أو اضطراب ذهاني.

2. أنواع الاكتئاب وتصنيفه:

يُسمّ الاكتئاب بتعدد صورته وأشكاله، إذ تختلف أنواعه تبعاً لجملة من العوامل، منها طبيعة الأعراض وشِدَّتْها، والمدة الزمنية التي تستمر خلالها، فضلاً عن السياق أو الظروف المحيطة بالفرد. ورغم هذا التعدد، فإن الحدود الفاصلة بين هذه الأنواع ليست دوماً واضحة، إذ تتشابه فيما بينها في العديد من السمات، كما أنّ الفرد قد يعاني في الوقت نفسه من أكثر من نوع من اضطرابات المزاج.

ولا يزال هناك خلاف في الأوساط العلمية حول اعتماد تصنيف موحد ونهائي للاضطرابات الاكتئابية، رغم التوافق العام على الخطوط العريضة لها. ونظراً لتعدد أنماط الاكتئاب وتشعبها، بحيث يصعب الإحاطة بها ضمن إطار واحد شامل، فإن ما يجمعها هو قدرتها على إحداث الانفصال عن الواقع، والدفع بالفرد إلى حالة من اللامعنى والفراغ النفسي.

وانطلاقاً من هذا التعدد، يسعى الباحث في هذا السياق إلى عرض أبرز تصنيفات الاكتئاب كما وردت في الأدبيات النفسية المتخصصة كمايلي:

✓ التصنيف حسب السبب.

✓ التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان.

✓ التصنيف الدولي العاشر. ICD

✓ التصنيف الأمريكي الرابع DSM

1.2. التصنيف حسب السبب:

✚ **الاكتئاب الداخلي والاكتئاب التفاعلي:** يمثل هذا التصنيف أحد أقدم المحاولات لفهم الاكتئاب

من حيث منشئه وأسبابه. إذ يُنظر إلى الاكتئاب التفاعلي بوصفه استجابة انفعالية طبيعية لظروف أو أحداث خارجية ضاغطة، مثل فقدان شخص عزيز أو خسارة مادية كبيرة. وبهذا فهو ذو منشأ خارجي أو بيئي ويُعد نتاجاً منطقياً لتلك الظروف، ولذلك أطلق عليه أيضاً

مصطلح الاكتئاب نفسي المنشأ. أما الاكتئاب الداخلي فيُعزى إلى اضطرابات داخلية غير مرئية، تحديداً في الجهاز العصبي المركزي، ولا يمكن ربطه بشكل مباشر بأحداث خارجية أو تجارب حياتية محددة، ولهذا يُعتبر من فئة الاكتئاب الذهاني الحقيقي.

ورغم أن هذا التصنيف الثنائي كان سائداً في مراحل سابقة من تطور علم النفس المرضي، إلا أن نتائج البحوث الحديثة بيّنت أن الفصل الحاد بين النوعين لم يعد دقيقاً؛ إذ أن ظهور الاكتئاب يعتمد غالباً على تفاعل معقد بين الاستعدادات البيولوجية الداخلية للفرد (قابلية وراثية أو عصبية) وبين الضغوط النفسية والاجتماعية الخارجية. ويمكن النظر إلى الاكتئاب على أنه يمتد على متصل (Continuum) يبدأ من المنشأ الداخلي الصرف في أحد طرفيه، ويصل إلى التفاعلي الخالص في الطرف الآخر، بينما يقع معظم الأفراد المكتئبين في نقطة ما بين هذين القطبين (سرحان، 2003، ص. 36).

الاكتئاب الأولي والثانوي: يُستخدم هذا التصنيف للتمييز بين نوعين من الاكتئاب بناءً على مصدره وسياقه الإكلينيكي. فالإكتئاب الأولي هو ذلك النوع الذي يظهر بشكل مستقل، بوصفه الاضطراب النفسي الرئيسي، دون أن يكون ناتجاً عن مرض آخر أو حالة صحية سابقة. ويُعتبر هذا الشكل من الاكتئاب الحالة الأساسية التي تتطلب تدخلاً علاجياً مباشراً باعتبارها الاضطراب الجوهرى لدى الفرد. أما الاكتئاب الثانوي، فهو حالة نفسية تظهر كاستجابة لحالة أخرى، سواء كانت نفسية أو عضوية. فقد يتطور هذا النوع من الاكتئاب على خلفية اضطرابات نفسية مثل الفصام أو حالات الإدمان على الكحول والمخدرات. كما قد ينجم عن مشكلات جسدية مثل اضطرابات الغدة الدرقية أو الكظرية، أو كأحد أعراض أمراض مزمنة مثل أمراض القلب والسكري، أو نتيجة لتأثيرات جانبية لبعض الأدوية والعقاقير (Cummings, 2002, p. 72).

بالتالي، فإن الاكتئاب الثانوي لا يُفهم بوصفه اضطرابًا مستقلًا بذاته، بل يُعد انعكاسًا لحالة طبية أو نفسية أعمق تتطلب معالجة شاملة تأخذ في الاعتبار السبب الجذري.

✚ **الاكتئاب العضوي وغير العضوي:** رغم أنّ جميع أشكال الاكتئاب ترتبط في جوهرها بتغيرات كيميائية تصيب مراكز تنظيم المزاج في الدماغ، إلا أن هذا التصنيف يميز بين الاكتئاب بحسب مصدره المباشر، سواء كان عضويًا أو غير عضوي. **فالالاكتئاب العضوي** يُقصد به ذلك النوع الذي ينجم مباشرة عن أسباب جسدية محددة، كإصابات الدماغ، أو وجود أورام دماغية، أو نتيجة للجلطات الدماغية، وكذلك في حالات الاضطرابات الهرمونية مثل قصور الغدة الدرقية، أو في بعض الأمراض الخبيثة كسرطان البنكرياس أو سرطان الرئة. كما يُدرج ضمن هذا النوع أيضًا الاكتئاب الناتج عن استخدام بعض الأدوية، مثل أدوية علاج ارتفاع ضغط الدم، الكورتيزون، أدوية الصرع، أو نتيجة تعاطي مواد الإدمان كالكحول أو الكوكايين **أما الاكتئاب غير العضوي**، فهو لا يرتبط بمسببات جسدية مباشرة، بل يعود غالبًا إلى عوامل نفسية، اجتماعية، أو بيئية، كالصدمات النفسية، الضغوط المزمنة، أو فقدان الدعم الاجتماعي. ويُعد هذا النوع هو الأكثر شيوعًا ضمن الممارسة السريرية في الطب النفسي. (بشرى، 2003، ص. 37).

1.2. تصنيف حسب الأعراض:

يعتمد هذا التصنيف على شدة الأعراض ووجود المظاهر الذهانية. فالالاكتئاب العصبي يُصنّف عادة ضمن الأشكال البسيطة أو المتوسطة من الاكتئاب، بينما يُعتبر الاكتئاب الذهاني من الأشكال الحادة التي تتسم بوجود أعراض ذهانية كالهلاوس أو الأوهام.

وقد كان يُفترض في وقت سابق أن وجود أعراض ذهانية كافٍ للفصل بين النوعين، إلا أن هذا التقسيم واجه انتقادات واسعة؛ إذ إنه لا يُنصف التنوع الكبير في مظاهر الاكتئاب غير الذهاني، والتي قد تبلغ من الشدة ما يفوق في بعض الحالات الاكتئاب الذهاني ذاته. كما ساد في فترة من الزمن الربط بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب التفاعلي، وبين الاكتئاب الذهاني والاكتئاب الداخلي، إلا أن هذه المعادلات لم تصمد أمام نتائج الدراسات والملاحظات الإكلينيكية الحديثة، التي أكدت على تعدد أشكال الاكتئاب وتشابك أسبابه ودرجاته.

ويُعد الاكتئاب الذهاني من الأشكال الأقل شيوعًا، ويتميز بوجود أعراض ذهانية واضحة. فقد يعاني المصابون به من هلاوس سمعية أو بصرية، أو من أوهام راسخة لا تتغير رغم الأدلة التي تدحضها. وغالبًا ما تتمحور هذه الأوهام حول موضوعات محددة مثل جنون الارتياب (Paranoia)، حيث يشك المريض في نوايا الآخرين، أو أوهام الفقر، حيث يعتقد بأنه معدم تمامًا رغم امتلاكه لموارد كافية، أو أوهام المرض، حيث يؤمن بأنه مصاب بمرض عضال دون دليل طبي يؤكد ذلك (Cummings, 2002, p. 71).

أما الاكتئاب العصابي، فقد اعتبره بعض الباحثين مرادفًا لتكدر المزاج، غير أن هذا الربط يُعد تبسيطًا مفرطًا ولا يعكس الفروق الدقيقة بين الحالتين. ويُعزى الاكتئاب العصابي في الغالب إلى عوامل نفسية لا شعورية، يعاني فيها الفرد من مشاعر حزن وألم داخلي دون أن يكون واعيًا تمامًا بمصدر هذا الإحساس. (بكري، 2008، ص152)

3.2. تصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان:

📌 **الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب:** في حالة الاكتئاب أحادي القطب، تتكرر نوبات الاكتئاب

دون أن تتخللها فترات من الهوس أو المزاج المرتفع، وتُعد هذه الحالة من الاضطرابات المزاجية

التي تتسم باستمرار المزاج المكتئب. أما في حالة الاضطراب ثنائي القطب، فإن نوبات الاكتئاب تتناوب مع حالات من الهوس أو الهوس الخفيف، ما يدل على وجود تغيرات حادة في المزاج تتراوح بين الاكتئاب الشديد والفرط في النشاط والانفعال.

➤ **الاضطراب المزاجي الموسمي:** لا يُطلق مصطلح "الاكتئاب الموسمي" على جميع حالات الاضطراب المزاجي، بل يُستخدم عادةً لوصف نوع محدد يرتبط بتغير الفصول. ولا يزال السبب الدقيق لهذا النوع غير معروف، غير أن الدراسات الأولية افترضت أن انخفاض مستويات الضوء الطبيعي، خاصة في فصل الشتاء، قد يؤدي إلى اختلال في إفراز مادة "الميلاتونين" في الدماغ، وهي المسؤولة عن تنظيم الساعة البيولوجية للجسم. وقد أظهرت أبحاث لاحقة أن بعض الأفراد يُظهرون حساسية مفرطة لنقص ضوء الشمس، مما يؤدي إلى اضطرابات في المزاج لديهم، خصوصًا خلال الفصول التي تقل فيها ساعات الإضاءة. كما وُجد أن بعض المرضى الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب يظهر لديهم نمط موسمي في تكرار نوبات الاكتئاب أو الهوس، حيث يتحسن مزاجهم في فصلي الربيع والصيف، بينما تسوء حالتهم النفسية في الخريف أو الشتاء. وقد دفع ذلك بعض الباحثين إلى الاعتقاد بأن التعرض غير الكافي لأشعة الشمس قد يسهم في اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية، مما يزيد من احتمالية حدوث تقلبات مزاجية. وهذا النوع من الاضطراب غالبًا ما يُلاحظ في المناطق الجغرافية التي تكون فيها ساعات النهار محدودة خلال الشتاء، وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الإصابة بالاكتئاب الموسمي لدى ساكني تلك المناطق. (بشرى، 2033، ص 39).

➤ **الاكتئاب التراجعي:**

تُعد الاضطرابات السيكوسوماتية، ومن بينها اضطراب التوهم المرضي، من الأعراض المرافقة للاكتئاب في بعض الحالات. إذ يظن المريض بشكل مبالغ فيه أنه يعاني من مرض عضوي خطير،

على الرغم من غياب الأدلة الطبية التي تؤكد ذلك. ويبدو أن هذا النمط من التفكير يشكل مظهراً من مظاهر الاكتئاب، خاصة لدى بعض الأفراد الذين يتطور لديهم هذا الاعتقاد ليصبح قناعة راسخة بأنهم مصابون بمرض جسدي، في حين يكون السبب الحقيقي نفسياً، نابغاً من اضطرابات المزاج والاكتئاب الذي يعانون منه، لا سيما في فترات عمرية معينة.

✚ **الميلانكوليا:** تتميز الميلانكوليا بجملة من الأعراض التي تميزها عن أشكال الاكتئاب الأخرى، أبرزها فقدان الشعور بالمتعة في الحياة، وثبات المزاج المكتئب طوال اليوم دون تحسن ملحوظ في أي فترة، إلى جانب تغيرات ملحوظة في الإيقاع اليومي للمزاج، حيث يسوء المزاج غالباً في ساعات الصباح. وتترافق هذه الحالة مع أعراض بيولوجية واضحة، مثل الاستيقاظ المبكر، فقدان الشهية، انخفاض الوزن، نقص الطاقة، وتباطؤ النشاط الحركي أو القلق الحركي. كما يُلاحظ أن التحسن المزاجي خلال النهار يكون طفيفاً أو شبه منعدم، مما يعكس عمق الاضطراب وشدته في الميلانكوليا بالمقارنة مع الاكتئاب غير الميلانكولي. (بشري، 2003، ص40).

4.2. التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10):

أدرج التصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية عدة أنواع من الاكتئاب، وهي:

✚ **نوبة اكتئابية (خفيفة، متوسطة، شديدة):** تحدث بشكل مفاجئ أو بعد أحداث ضاغطة، وقد تتفاوت في الشدة، حيث تؤثر الحالات الشديدة بشكل كبير على الأداء اليومي للفرد، مثل قدرته على الدراسة أو العمل.

✚ المرحلة الاكتئابية ضمن اضطراب ثنائي القطب: تظهر كجزء من اضطراب مزاجي يتناوب فيه المريض بين نوبات الهوس والاكتئاب، وتتشابه في أعراضها مع النوبات الاكتئابية العادية ولكنها ترتبط بدورات مزاجية متعاقبة.

✚ الاكتئاب المتكرر: يتميز بتكرار النوبات الاكتئابية على فترات متباعدة، وقد تكون النوبات خفيفة أو شديدة، وغالبًا ما ترتبط بأحداث حياتية مثل الفشل، الولادة، أو التغيرات الاجتماعية. (سرحان، 2003، 41).

✚ الاكتئاب في اضطراب المزاج الدوري (اضطراب ثنائي القطب): يصعب أحيانًا تمييزه عن الاكتئاب العادي، إلا أن سلوكيات المريض تشير إلى وجود نوبات سابقة من الهوس أو فرط النشاط والبهجة غير المبررين. يتمثل في تناوب بين نوبات اكتئابية ونوبات هوس. هذا النوع يُعد من مظاهر اضطراب الشخصية المزاجية ويمتد لفترات طويلة، مع أعراض قد تكون بسيطة لكنها مزمنة.

✚ الاكتئاب المصاحب للاضطرابات الذهانية:

❖ الاكتئاب المصاحب للفصام العقلي: قد يظهر كأحد الأعراض المصاحبة للفصام أو يسبقه أو يتلوّه.

❖ الاكتئاب غير النمطي: يتميز بزيادة النوم والشهية (عكس النمط التقليدي)، وغالبًا ما يظهر لدى النساء، ويصاحبه القلق، الكسل، والشعور بالثقل الجسدي.

❖ الاكتئاب التفاعلي أو الظرفي: يظهر كرد فعل لموقف صادم أو فقدان، وقد يكون مصحوبًا بالقلق والارتباك العاطفي. (سرحان، 2003، ص 42).

5.2. تصنيفات الاكتئاب وفق DSM-IV:

➤ **نوبة الاكتئاب الكبرى (Major Depressive Episode):** وهي النمط الكلاسيكي للاكتئاب،

يتضمن أعراضًا حادة تؤثر في المزاج، الوظائف الجسدية، والقدرة على العمل أو التفاعل الاجتماعي، وتستمر لفترة لا تقل عن أسبوعين.

➤ **اضطراب المزاج ثنائي القطب (Bipolar Disorder):** يشمل نوبات متناوبة من الاكتئاب

والهوس، حيث تكون نوبة الاكتئاب واحدة من مراحل هذا الاضطراب، وقد تتخللها فترات من المزاج المرتفع والنشاط المفرط.

➤ **اضطرابات اكتئابية أخرى:**

▪ **الاكتئاب الحزني (Dysthymia):** شكل مزمن من الاكتئاب تكون فيه الأعراض أخف ولكنها تستمر لسنوات.

▪ **الاكتئاب المتكرر (Recurrent Depression):** تتكرر فيه نوبات الاكتئاب دون ظهور نوبات هوس، وغالبًا ما يتطلب علاجًا طويل المدى

الجدول رقم (3) يمثل تصنيفات وأنواع الاكتئاب

التصنيف	النوع	التوضيح
حسب السبب أولاً	اكتئاب تفاعلي	يحدث استجابة لظروف حياتية مؤلمة كالفقد أو الصدمات.
	اكتئاب داخلي	ينجم عن عوامل وراثية أو بيولوجية دون مسبب خارجي واضح.
	اكتئاب أولي	يظهر كاضطراب مستقل غير مرتبط بمرض آخر.
	اكتئاب ثانوي	يكون نتيجة لاضطرابات نفسية أو جسدية أخرى.
	اكتئاب عضوي	سببه إصابة دماغية أو مرض جسدي يؤثر على المزاج.

الاكتئاب غير عضوي	لا يرتبط بسبب عضوي، ويعود لعوامل نفسية واجتماعية.	
الاكتئاب عصابي	خفيف إلى متوسط الشدة، بدون أعراض ذهانية، ويعي المريض حالته.	ثانياً: حسب شدة الأعراض
الاكتئاب ذهاني	شديد، يصاحبه أعراض مثل الهلوس أو الأوهام المرضية.	
الاكتئاب أحادي القطب	يتكرر على شكل نوبات اكتئابية فقط، دون نوبات هوس.	ثالثاً: حسب نمط سير المرض
الاكتئاب ثنائي القطب	يتناوب بين نوبات اكتئاب ونوبات هوس أو نشاط مفرط.	
الاكتئاب موسمي	يرتبط بفصول معينة، خاصة الشتاء بسبب نقص الضوء.	
الاكتئاب تراجع	يتميز بأعراض ذهانية وانسحاب اجتماعي شديد.	
نوبة اكتئابية خفيفة/متوسطة/شديدة	تصنف حسب عدد الأعراض وحدتها وتأثيرها على الأداء اليومي.	رابعاً: حسب ICD-10
الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب	ضمن نوبات من الهوس والاكتئاب بالتناوب.	
الاكتئاب متكرر	نوبات اكتئاب متعددة دون فترات هوس.	
اضطراب المزاج الدوري	تقلبات مزاجية مزمنة بين الخفة والاكتئاب.	
الاكتئاب مرفق بالفصام	يظهر ضمن الاضطرابات الذهانية الكبرى.	
الاكتئاب غير النمطي	يتميز بزيادة الشهية والنوم والشعور بالثقل الجسدي.	
الاكتئاب التفاعلي	ناتج عن حدث صادم أو ضغوط نفسي شديد.	
نوبة اكتئابية كبرى	شديدة التأثير، تستمر لأكثر من أسبوعين مع أعراض واضحة.	خامساً: حسب DSM-IV
اضطراب ثنائي القطب	نوبات من الاكتئاب والهوس تتناوب عبر الزمن.	

أعراض خفيفة ولكن مزمنة لأكثر من عامين.	الاكتئاب الجزئي (Dysthymia)	
تكرار النوبات دون وجود نوبات هوس.	الاكتئاب المتكرر	

المصدر من إعداد الباحث

3. العوامل البيولوجية المسببة للاكتئاب:

تُعد العوامل البيولوجية من أبرز المحددات التي ساهمت في توسيع الفهم العلمي لظاهرة الاكتئاب، إذ لم يعد يُنظر إليه بوصفه مجرد استجابة نفسية للضغوط أو الصدمات، بل أصبح يُدرس أيضًا باعتباره خللاً في منظومات عضوية عصبية وكيميائية وجينية. ويعتمد هذا التفسير على نتائج دراسات تصوير الدماغ، وتحليل النواقل العصبية، والفحوص الهرمونية والجينية التي أظهرت اختلافات واضحة بين الأفراد المصابين بالاكتئاب وغيرهم ومن بين العوامل نجد:

اضطرابات النوم:

تُعتبر اضطرابات النوم من بين أبرز العوامل البيولوجية المرتبطة بالاكتئاب، إذ أن الخلل في الإيقاع اليوماوي (Circadian rhythm) يؤدي إلى اضطراب في إفراز هرمونات مهمة كالميلاتونين والكورتيزول، وهو ما يحدث اختلالاً في تنظيم النوم والانفعالات. في دراسة قامت بها بن موسى (Benmoussa, 2019) حول مرضى القلب المصابين بالاكتئاب، تبين أن الأرق والإجهاد المزمن يشكلان عوامل خطورة بيولوجية قوية للإصابة بالاكتئاب، حيث خلصت النتائج إلى أن هذه العوامل تؤثر سلباً على الجهاز العصبي الذاتي، وتؤدي إلى اختلال في التوازن النفسي (Benmoussa, 2019، ص. 102).

خلل في النواقل العصبية:

يُعد الخلل في عمل النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين والنورأدرينالين من الأسباب الأساسية في ظهور أعراض الاكتئاب. حيث أشارت دراسة سبيرانزا (Speranza, 2005) إلى أن المراهقين يعانون من اضطراب في تنظيم هذه النواقل العصبية، خصوصًا خلال فترة التغيرات البيولوجية المصاحبة للبلوغ، مما يجعلهم أكثر عرضة للاكتئاب. وقد خلصت الدراسة إلى أن العوامل الفسيولوجية في هذه المرحلة تلعب دورًا حاسمًا في ظهور اضطرابات المزاج (Speranza, 2005، ص. 150).

✚ التغيرات الهرمونية الحادة:

التغيرات الهرمونية الحادة لدى النساء، لا سيما خلال الحمل وبعد الولادة، تسهم في نشوء نوبات الاكتئاب. ويُعزى ذلك إلى الانخفاض المفاجئ في مستويات الأستروجين والبروجستيرون وارتفاع مؤشرات الالتهاب الجسدي، مما يؤثر على الاتصال بين المناطق الدماغية المرتبطة بالمزاج (Haoued, Mouissa, 2022، ص. 45).

✚ الذكاء الانفعالي:

يُعد انخفاض الذكاء الانفعالي من العوامل البيولوجية التي تؤثر على قدرة الفرد في التعامل مع التوتر، حيث يرتبط بانخفاض نشاط مناطق في الدماغ مسؤولة عن التنظيم الانفعالي مثل القشرة الجبهية البطنية الوسطى (vmPFC)، مما يؤدي إلى ضعف القدرة على إدارة الانفعالات والضغوط (بوشلاق & دريسي، 2015، ص. 88).

✚ التغيرات العصبية الهيكلية:

تُظهر نتائج التصوير العصبي انخفاض حجم مناطق دماغية مثل الحُصين (Hippocampus) والقشرة أمام الجبهية لدى مرضى الاكتئاب، مما يفسر التدهور في الوظائف المعرفية والانفعالية المرتبطة بهذا الاضطراب (برزوان، 2012، ص. 93).

الالتهابات الجسدية:

الالتهابات المزمنة الناتجة عن أمراض المناعة الذاتية أو متلازمات الالتهاب تؤدي إلى ارتفاع في مستويات السيتوكينات الالتهابية مثل IL-6 و TNF- α ، ما يسبب تأثيرًا سلبيًا على كيمياء الدماغ، ويُضعف من نشاط النواقل العصبية المرتبطة بالمزاج، في إطار ما يُعرف بـ "النموذج الالتهابي للاكتئاب" (برزون، 2012، ص. 91).

العوامل الجينية:

هناك قابلية وراثية تلعب دورًا في تطور الاكتئاب، حيث ترتفع معدلات الإصابة لدى الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي مع المرض، ما يشير إلى مساهمة الجينات في تنظيم استجابات التوتر والمزاج عبر تأثيرها في تنظيم النواقل العصبية والهرمونات (بن موسى، 2019، ص. 107).

انطلاقًا مما سبق، فإن العوامل البيولوجية المتمثلة في اضطرابات النوم، اختلال النواقل العصبية، التغيرات الهرمونية، انخفاض الذكاء الانفعالي، الالتهابات الجسدية، التغيرات العصبية الهيكلية، والعوامل الوراثية، تُعد من المحددات الجوهرية في نشوء وتطور اضطراب الاكتئاب. ويعزز هذا الفهم التوجه التكاملية الذي يجمع بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية لتقديم تصور أكثر شمولية لهذا الاضطراب المعقد.

4. العوامل الاجتماعية والنفسية المؤثرة في للاكتئاب:

يُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا وتعقيدًا، حيث يتأثر بمجموعة متشابكة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وإذا كانت الجذور البيولوجية تُفسر جانبًا مهمًا من قابلية الفرد للإصابة بالاكتئاب، فإن العوامل الاجتماعية والنفسية تبقى الأكثر تداخلًا في تفسير السياقات الحياتية

التي تؤدي إلى نشوء هذا الاضطراب، كما أنها تُعد من المؤشرات القابلة للتعديل والوقاية، مما يجعلها مجالاً محورياً في البحوث النفسية والسريرية.

العوامل النفسية:

تلعب العوامل النفسية دوراً محورياً في نشوء الاضطرابات الاكتئابية وتفاقمها، إذ تمثل الخلفية الداخلية للفرد والأساس الانفعالي والإدراكي الذي يُبنى عليه إدراكه لذاته وللعالم من حوله. ومن بين هذه العوامل، يبرز تدني تقدير الذات كأحد المحركات الأساسية للاكتئاب، حيث تشير الدراسات إلى أن الأفراد الذين يُقيّمون ذواتهم بشكل سلبي، ويشعرون بعدم القيمة أو الجدوى، يكونون أكثر عرضة لتطور أعراض اكتئابية حادة، خاصة في ظل الأزمات أو الإحباطات الحياتية المتكررة.

يُعتبر التفكير السلبي المزمن من أبرز العوامل النفسية المُعرضة على الاكتئاب، حيث يتسم الأفراد المصابون بالاكتئاب بوجود نمط تفكير يتميز بالتعميم الزائد والتضخيم السلبي للأحداث، والتركيز على الفشل وتوقع الأسوأ دوماً. هذا النمط يؤدي إلى انخفاض الدافعية، والشعور بالالجدوى، ومن ثم يتفاقم الشعور بالحزن المستمر واليأس (Zhao, 2021، ص. 52-54).

وتُضاف إلى ذلك الخبرات الطفولية الصادمة، كالاغتداء الجسدي أو اللفظي، أو فقدان أحد الوالدين، أو الإهمال العاطفي، وهي أحداث تُرسّخ في ذاكرة الفرد مشاعر من الخوف الدائم، وانعدام الأمان، مما ينعكس سلباً على بناء الشخصية، ويهيئه لاحقاً للاستجابة للاكتئاب عند مواجهة الضغوط النفسية في الكبر. (Yildiz, 2019، ص. 10-12)

على الرغم من تنوع العوامل المسببة للاكتئاب النفسي، إلا أنّ جوهر هذا الاضطراب يكمن في عزز الفرد عن تحقيق التوافق النفسي الداخلي مع مجريات الحياة المحيطة به. فالحياة بطبيعتها تحمل في طياتها مزيجاً من الخبرات والمواقف؛ بعضها يبعث على السرور والرضا، في حين أنّ بعضها الآخر

- وهو ليس بالقليل - يستثير مشاعر الحزن والأسى، كالتعرض للخسارة، والانفصال، والإحباط، بالإضافة إلى الضغوط المتلاحقة التي تفرضها متطلبات الحياة اليومية. وعضًا عن التفاعل الطبيعي والمؤقت مع هذه المنغصات، ثم تجاوزها والعودة إلى النسق المعتاد للحياة، قد ينغمس الفرد فيها بصورة مفرطة، فيظل واقفًا تحت تأثيرها السلبي لفترات طويلة، ما يؤدي إلى تغيير مزاجه تدريجيًا، وتقادم مشاعر الكآبة لديه، ليجد نفسه في النهاية غارقًا في حالة من الاكتئاب النفسي المزمن. (الطفي الشربيني، 2001، ص4)

العوامل الاجتماعية:

تُعد العوامل الاجتماعية من المكونات الأساسية لفهم بنية الاكتئاب، حيث تسهم الظروف المحيطة بالفرد، من علاقات، ومكانة اجتماعية، وبيئة ثقافية، في تشكيل استعداد الفرد للاضطرابات المزاجية. من بين أبرز هذه العوامل العزلة الاجتماعية، إذ تؤدي قلة التواصل الفعال مع الآخرين، أو غياب علاقات داعمة ومستقرة، إلى شعور الفرد بالوحدة والانفصال، مما يزيد من قابلية تطور الاكتئاب. ضعف الدعم الأسري والمجتمعي يشكل عائقًا كبيرًا أمام الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية، حيث يؤدي الإهمال أو التجاهل المتكرر من قبل المحيطين إلى شعور بالاكتئاب والعزلة. في كثير من الثقافات، لا يزال التعبير عن الألم النفسي يُقابل بالرفض أو الإنكار، مما يجعل الشخص المكتئب يعاني في صمت. (Yildiz, 2019، ص. 15-18)

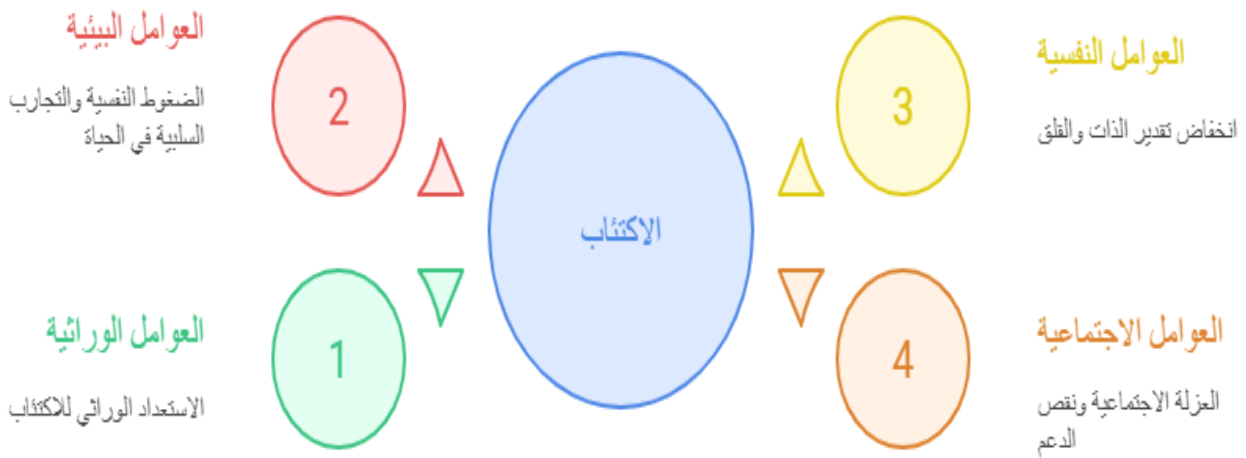
كذلك، تؤثر الضغوط الاقتصادية وسوء الوضع المعيشي في ظهور أعراض الاكتئاب، خاصة في المجتمعات التي تعاني من تفاوتات اجتماعية صارخة، حيث يشعر الأفراد بعدم المساواة والعجز عن تغيير واقعهم. (Zhao, 2021، ص. 60-62).

يُعدُّ سوء التوافق الاجتماعي والانفصال عن المحيط والعزلة الاجتماعية من العوامل النفسية والاجتماعية البارزة التي تسهم في نشوء الاكتئاب، إذ يُفاقم من حدتها التفكير الأسري وتزايد الأعباء

والمسؤوليات الاجتماعية التي لا تتناسب مع إمكانيات الفرد أو موارده النفسية. كما يُعدّ الحرمان العاطفي داخل الأسرة، إلى جانب التفرقة في المعاملة بين الأبناء، من العوامل التي تزرع بذور الشعور بالدونية وانعدام القيمة، خاصة إذا اقترنت بأساليب تربوية غير سوية، كالإهمال، أو التسلط، أو التزمّت الوالدي، أو اضطراب العلاقة بين الوالدين أنفسهم، مما يخلق بيئة غير مستقرة تؤثر سلبيًا على التوازن النفسي للفرد.

كذلك، فإن التعرض لصدمات حياتية وخبرات مؤلمة، كوفاة شخص عزيز، أو الطلاق، أو السجن، أو فقدان المفاجئ للعمل، أو تراجع المكانة الاجتماعية، أو التعرض للإهانة أو المساس بالكرامة أو الشرف، وحتى الإصابة بالأمراض الجسدية الحادة، كلها تشكل مصادر ضاغطة قد تؤدي إلى انحدار الفرد نحو الاكتئاب.

ويضاف إلى ذلك، نقص المهارات الاجتماعية لدى بعض الأفراد، الأمر الذي يحدّ من قدرتهم على طلب الدعم أو تلقي المساندة من الآخرين في أوقات الشدة، مما يزيد من احتمالية إصابتهم بالاكتئاب نتيجة الشعور بالعجز أو الانعزال (حمدي الأعظمي، 2013، ص. 62).



الشكل رقم (4) يمثل العوامل المؤثرة في الإكتئاب

المصدر من إعداد الباحث

5. أعراض الإكتئاب:

1.5. الأعراض النفسية والمعرفية:

يعاني الفرد المكتئب من مجموعة من الأعراض النفسية المعقدة، من أبرزها الشعور بالحزن العميق المستمر، فقدان الاهتمام أو المتعة في النشاطات اليومية، والإحساس المستمر بالذنب أو انعدام القيمة. كما تظهر لدى المصاب صعوبات ملحوظة في التركيز، واتخاذ القرارات، إضافة إلى أفكار متكررة حول الموت أو الانتحار. هذه الأعراض تنعكس بشكل مباشر على إدراك الفرد لذاته، وتقديره لها، وتحدث اضطرابات في تفكيره وشعوره العام بالحياة. (بوخاري، 2022، ص. 417)

2.5. الأعراض الجسدية والسلوكية

لا تقتصر أعراض الاكتئاب على الجوانب النفسية فقط، بل تمتد إلى اضطرابات في النوم مثل الأرق أو النوم المفرط، وتغيرات في الشهية تؤدي إلى زيادة أو نقصان ملحوظ في الوزن، إضافة إلى الإرهاق الدائم، والشعور بعدم وجود طاقة كافية، حتى للقيام بأبسط المهام. كذلك، قد يعاني المصاب من آلام جسدية غير مفسّرة، مثل الصداع أو آلام في المعدة والعضلات، والتي يصعب ربطها بسبب عضوي واضح. هذه الأعراض الجسدية غالباً ما تُهمل في التشخيص رغم دلالتها الكبيرة على الاضطراب (بوخاري، 2022، ص. 418).

3.5. الأعراض الاجتماعية والانفعالية:

تشير الدراسات إلى أن الاكتئاب يؤثر بشكل بالغ في الأداء الاجتماعي للفرد؛ حيث يُلاحظ على المصاب الانسحاب من المحيط الاجتماعي، وقلة التفاعل مع الآخرين، وتراجع ملحوظ في أدائه المهني أو الدراسي. كما يعاني من التهيج المفرط أو البطء في الحركات والكلام، وهي أعراض يلاحظها الآخرون من حوله. هذا التدهور في الأداء والسلوك الاجتماعي يُعد مؤشراً هاماً لتدهور الحالة النفسية ويستوجب التدخل العلاجي السريع (محروقي، 2023، ص. 154).

4.5. الأعراض لدى الفئات العمرية المختلفة

تختلف أعراض الاكتئاب باختلاف الفئات العمرية، حيث يُلاحظ أن المراهقين غالباً ما يعبرون عن اكتئابهم من خلال مظاهر سلوكية كالتمرد، العنف اللفظي، التهيج الزائد، أو الميل إلى العزلة والانسحاب، بينما يميل الكبار إلى إظهار أعراض كلاسيكية كالحزن، فقدان الطاقة، وقلة التركيز. هذا التمايز في التعبير عن الأعراض يستدعي من الباحثين والمعالجين مراعاة الفروق العمرية في التشخيص والتقييم (محروقي، 2023، ص. 155).

من خلال استعراض الأعراض النفسية، الجسدية، والسلوكية للاكتئاب، يتضح أن الاكتئاب يُعدّ اضطراباً معقداً تتداخل فيه جوانب متعددة تؤثر في التفكير، الشعور، والسلوك. فقد ركزت الدراسات على مظاهر مركزية كالانفعال السلبي، فقدان المتعة، التغيرات الجسدية، وصعوبات التكيف الاجتماعي، مؤكدة بذلك شمولية الاضطراب وتداخله مع جوانب الحياة المختلفة. كما أظهرت بعض الدراسات أهمية الفروق العمرية في التعبير عن الأعراض، مما يُبرز ضرورة مراعاة الخصوصيات النمائية والثقافية عند التشخيص.

وعليه، فإن الوعي بهذه الأعراض يُعدّ خطوة أساسية في الكشف المبكر والتدخل الفعال، سواء على مستوى الأفراد أو المؤسسات الصحية والتعليمية. كما تبرز الحاجة إلى مزيد من الأبحاث الميدانية التي تعتمد أدوات قياس مقننة وتُراعي الخصوصيات الثقافية لفهم أعمق لهذا الاضطراب.

6. أليات تشخيص الاكتئاب وفق المعايير النفسية الحديثة:

تُعدّ المعايير التشخيصية النفسية بمثابة الإطار المرجعي الذي يعتمد عليه الأخصائيون لتحديد وجود الاضطراب النفسي بدقة وموضوعية. وقد تطورت هذه المعايير لتواكب الاكتشافات العلمية والتغيرات الثقافية والاجتماعية، ومن أبرز هذه المعايير:

➤ تحديد عدد ونوع الأعراض:

أولى خطوات التشخيص ترتكز على ضرورة تحديد مجموعة محددة من الأعراض النفسية والسلوكية وفقاً لكل اضطراب على حدة. يشترط الدليل التشخيصي DSM-5، على سبيل المثال، وجود خمسة أعراض أو أكثر من أصل تسعة لتشخيص الاضطراب الاكتئابي الجسيم، على أن يكون أحدها إما "مزاج مكتئب" أو "فقدان الاهتمام واللذة"، وتستمر هذه الأعراض لمدة لا تقل عن أسبوعين (American Psychiatric Association, 2013, p. 160).

➤ المدة الزمنية لظهور الأعراض

تشترط المعايير الحديثة أن تكون الأعراض حاضرة خلال مدة زمنية محددة، تختلف حسب نوع الاضطراب. فبالنسبة للاكتئاب مثلاً، يجب أن تستمر الأعراض لفترة لا تقل عن أسبوعين متواصلين (American Psychiatric Association, 2013, p. 161)، بينما تتطلب بعض اضطرابات القلق

مدة أطول كشرط أساسي للتشخيص. وتُعد هذه المدة عاملاً فاصلاً بين الحالات العرضية والاضطرابات السريرية.

➤ الضيق أو الخلل الوظيفي الإكلينيكي

لا يُعتدّ بالأعراض النفسية كاضطراب مرضي إلا إذا كانت تُسبب ضيقاً سريرياً ملحوظاً، أو تؤدي إلى خلل كبير في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو الشخصية للفرد. وهذا ما يُعرف بـ "Criterion B" في DSM-5، ويعد شرطاً محورياً في التشخيص (American Psychiatric Association, 2013, p. 161). فالفرد قد يمر بأعراض تشبه الاكتئاب، لكنها لا تُصنّف اضطراباً إلا إذا أثرت بشكل ملموس في جودة حياته اليومية.

➤ الاستبعاد التفريقي (Differential Diagnosis)

تُولي المعايير التشخيصية أهمية كبيرة لمبدأ الاستبعاد التفريقي، والذي يقضي بالتأكد من أن الأعراض ليست ناتجة عن اضطرابات طبية عامة، أو تأثيرات دوائية، أو اضطرابات نفسية أخرى متداخلة. ويتم ذلك من خلال جمع معلومات طبية دقيقة، وإجراء مقابلة سريرية منهجية، وأحياناً بالاستعانة بالفحوصات البيولوجية والتقارير الطبية (First et al., 2015, p. 21).

➤ مراعاة السياق الثقافي والاجتماعي

تشير التصنيفات الحديثة مثل ICD-11 إلى ضرورة مراعاة السياق الثقافي والاجتماعي للفرد عند التشخيص، نظراً لأن التعبير عن الأعراض قد يختلف باختلاف الثقافات. وهذا يندرج ضمن الأخلاقيات الحديثة في العمل الإكلينيكي، ويسهم في تقليل فرص التشخيص الخاطئ (World Health Organization, 2019, p. 12).

✚ الاعتماد على أدوات ومقاييس معيارية

يُعد استخدام المقاييس النفسية المقننة جزءًا لا يتجزأ من العملية التشخيصية الحديثة. ومن أبرز هذه المقاييس:

✚ **BDI-II (Beck Depression Inventory)** لتقييم شدة الاكتئاب.

✚ **HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale)** لقياس شدة القلق.

✚ **MMPI-2** لتقييم أنماط الشخصية والاضطرابات المرتبطة بها.

تتميز هذه الأدوات بكونها مبنية على أسس علمية وتحظى بدرجات عالية من الصدق والثبات

(Groth-Marnat & Wright, 2016, pp. 102–130).

✚ المقابلة الإكلينيكية المنظمة (Structured Clinical Interview – SCID-5)

تُعد المقابلة الإكلينيكية المنظمة من الأدوات الأساسية لتشخيص الاضطرابات النفسية وفق DSM-5. وتتيح للمختص تتبع خطوات منهجية دقيقة من خلال أسئلة محددة لتأكيد أو نفي كل معيار تشخيصي. وتشير الدراسات إلى أن استخدام هذه المقابلات يزيد من موثوقية التشخيص، سواء في السياقات السريرية أو البحثية. (First et al., 2015, pp. 5–18).

✚ النموذج البديل لتشخيص اضطرابات الشخصية (Alternative Model – DSM-5)

Section III)

أدرج DSM-5 نموذجًا بديلاً لتشخيص اضطرابات الشخصية قائمًا على المقاربة البُعدية (Dimensional Approach)، ويعتمد على تقييم مستوى الأداء الذاتي والعلاقات (Criterion A) وخصائص الشخصية المرضية (Criterion B) من خلال أدوات مثل مقياس PID-5. وقد طُبِّقت

نسخة عربية من هذا المقياس على عينات جامعية وأثبتت صلاحيتها في قياس الأبعاد الخمسة الكبرى (العدوانية، الاندفاع، الانفصال، ... إلخ) (عبد العزيز، 2021، ص. 9).



المصدر من إعداد الباحث

7. العلاقة بين الاكتئاب واضطرابات الصحة النفسية الأخرى.

1.7 العلاقة بين الاكتئاب واضطراب الوسواس القهري (OCD)

تُظهر الدراسات أن الاكتئاب غالبًا ما يكون اضطرابًا مرافقًا لاضطراب الوسواس القهري، حيث يعاني العديد من المرضى من مشاعر الإحباط، الذنب، وفقدان الأمل نتيجة عجزهم عن مقاومة الأفكار التسلطية والسلوكيات القهرية المتكررة. وتُشير دراسة كروم ومنقوشي (2021) إلى أن التكرار القهري للأفعال يزيد من الضغط النفسي، مما يُفاقم الأعراض الاكتئابية لدى الفرد، كما أن تشوهات التفكير

السلبى لدى مريض الوسواس القهري تخلق بيئة خصبة لتطور أعراض اكتئابية متقدمة. (كروم ومنقوشي، 2021، ص. 278)

2.7 العلاقة بين الاكتئاب واضطراب القلق

تشير دراسات بوخاري وفغموس (2020) إلى أن القلق يشكل أرضية مشتركة مع الاكتئاب، فغالبًا ما يتعايش الاضطرابان ضمن الفرد نفسه. الأعراض المشتركة مثل الأرق، فقدان الشهية، والتعب المزمن تعزز من احتمالية تطور القلق إلى اكتئاب، أو العكس. كما أن الأساليب غير الفعالة في التعامل مع الضغوط تجعل الشخص عرضة لكليهما بشكل متزامن. (فغموس وبوخاري، 2020، ص. 120)

3.7 العلاقة بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

على الرغم من أن اضطراب ما بعد الصدمة لم يكن محورًا رئيسيًا في الدراسات التي تم عرضها، إلا أن دراسة بلخير (2021) أشارت إلى أن التعرض لظروف ضاغطة مثل الحجر الصحي أو الكوارث الصحية، يؤدي إلى تفاقم أعراض كل من الوسواس القهري والاكتئاب، ما يعكس تداخلًا مع اضطرابات الصدمة. الأفراد الذين يعانون من صدمة نفسية غالبًا ما يعانون أيضًا من أعراض اكتئابية كالانسحاب الاجتماعي، فقدان المتعة، ونوبات البكاء. (بلخير، 2021، ص. 700)

4.7 العلاقة بين الاكتئاب وسلوكيات الإدمان

تشير بعض المؤشرات النفسية إلى أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات قهرية مزمنة، مثل الوسواس القهري، قد ينزلون نحو سلوكيات إدمانية (مثل تناول مفرط للدواء، أو استخدام مواد مهدئة)، كوسيلة للهروب من مشاعر الحزن والقلق، وهو ما يؤدي لاحقًا إلى تطور اضطراب اكتئابي مزمن. ورغم أن هذا الجانب لم يُعالج تفصيليًا في الدراسات السابقة، إلا أنه يُعتبر من المسارات النفسية المعروفة سريريًا.

يتبين أن الاكتئاب لا يُعد اضطراباً معزولاً بذاته، بل يُمثل نواة مركزية تتشابك مع مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية الأخرى في نسق معقد ومترابط. فقد كشفت الأبحاث عن وجود علاقة قوية ومتبادلة بين الاكتئاب واضطرابات مثل الوسواس القهري، القلق العام، واضطراب ما بعد الصدمة، حيث لا تقتصر هذه العلاقة على التزامن الزمني أو التشخيص المشترك فقط، بل تمتد لتشمل التداخل في الأعراض، والتأثير المتبادل في شدة الاضطراب ومساره العلاجي.

إن الأعراض الشائعة مثل الحزن المزمن، التوتر، فقدان الشهية، صعوبة النوم، والإرهاق الجسدي والعقلي، تشكل نقطة التقاء بين هذه الاضطرابات، مما يجعل عملية التشخيص والتفريق السريري بين الاكتئاب وغيره من الاضطرابات أمراً معقداً في الممارسة الإكلينيكية. كما أن وجود أحد هذه الاضطرابات قد يُشكل عاملاً مسبباً أو مفاقماً للآخر، مثلما يُلاحظ في حالات الوسواس القهري حيث تتولد مشاعر الاكتئاب نتيجة العجز عن السيطرة على الطقوس القهرية، أو في حالات اضطراب ما بعد الصدمة الذي يؤدي إلى انعزال واكتئاب حاد لدى الأفراد الذين تعرضوا لخبرات صادمة.

وتزداد أهمية هذا الترابط عندما نأخذ بعين الاعتبار الأبعاد الثقافية والاجتماعية التي تسهم في مضاعفة آثار هذه الاضطرابات، كما هو الحال خلال الأزمات والكوارث الصحية الكبرى مثل جائحة كوفيد-19، حيث تفاقمت حالات الاكتئاب واضطرابات القلق والوسواس القهري بشكل لافت.

لذا، فإن فهم العلاقة الديناميكية بين الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى لا يُعدّ مسألة تشخيصية فحسب، بل هو مدخل أساسي لفهم الشخصية البشرية من منظور نفسي شامل، ويمثل قاعدة ضرورية لتطوير برامج علاجية فعالة تُراعي البعد التكاملي للحالة النفسية. وهذا ما يُحتم على المختصين اعتماد مقاربات علاجية متعددة الأبعاد، تستند إلى تكامل النماذج المعرفية والسلوكية والبيولوجية في آن واحد.

8. طرق العلاج المختلفة للاكتئاب (الدوائي، النفسي، السلوكي)

يمثل الاكتئاب أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا وتعقيدًا في آنٍ واحد، مما يجعله موضوعًا متجددًا في ميدان البحث الإكلينيكي والنظري. وعلى الرغم من تعدد أسبابه وتشابكها، إلا أن جهود العلماء والباحثين قد أسفرت عن بروز مجموعة من النماذج العلاجية التي تتباين في تفسيرها وتدخلها تبعًا للمنطلقات النظرية التي تنتمي إليها.

يُعدّ كل من العلاج التحليلي، السلوكي، المعرفي، والطبي من أبرز الأطر التي عالجت الاكتئاب بأساليب مختلفة، تراوحت بين التركيز على الجذور اللاواعية، والبيئة، والأساليب المعرفية، والاختلالات الكيميائية. وفيما يلي عرض مفصل لهذه النماذج العلاجية كما وردت في الأدبيات العلمية.

➤ العلاج التحليلي (التحليل النفسي)

يفترض العلاج التحليلي أن الاكتئاب يُعد انعكاسًا لصراعات لاواعية متجذرة في تجارب الطفولة المبكرة، وبخاصة تلك التي تتعلق بعلاقات التعلق وفقدان الحب أو الرعاية. يُركّز هذا الاتجاه على أن الفرد المكتئب يوجه غضبه نحو الذات بدلًا من الشخص الذي فقده، مما يسبب مشاعر الذنب والدونية ويقود تدريجيًا إلى الاكتئاب. كما يعتبر التحليل النفسي أن حالات الاكتئاب الراهنة ما هي إلا إعادة إحياء لعصاب الطفولة الذي لم يُعالج بشكل سليم. (غانم، 2012، ص. 12-17).

إن هذا النموذج يُمثل إضافة مهمة لفهم الجذور العميقة للاكتئاب، خاصة عند الحالات التي لها تاريخ طويل من الخسارات أو الإهمال العاطفي. غير أن اعتماده الكبير على الاستبصار والتحليل المطول قد يجعله غير ملائم لحالات الاكتئاب الحاد التي تحتاج إلى تدخل سريع وفعال.

➤ العلاج السلوكي

يرتكز العلاج السلوكي على أن السلوكيات المكتتبة ناتجة عن تعلم بيئي خاطئ أو عن غياب التعزيز الإيجابي. ويفترض هذا الاتجاه أن الاكتئاب يتطور عندما يتوقف الفرد عن تلقي المكافآت أو الاستجابات الإيجابية من محيطه، كما قد ينتج من خلال الملاحظة أو النمذجة لأشخاص يعانون من نفس السلوكيات. لذلك، يهدف العلاج إلى إعادة تشكيل السلوك من خلال زيادة النشاطات الإيجابية، وتعزيز السلوك المرغوب فيه، وتقليل السلوكيات السلبية، دون التركيز على الجوانب اللاواعية أو الماضي. (الكبسي، 2022، ص346).

العلاج السلوكي فعال جدًا في تخفيف الأعراض الظاهرة للاكتئاب، خاصة في المراحل الأولى من الاضطراب، حيث يساعد على استعادة الإيقاع الطبيعي للحياة. لكنه قد يكون محدود الأثر إذا لم يُدعم بأساليب معرفية أو نفسية لمعالجة الأسباب الأعمق للأفكار والسلوكيات الاكتئابية.

➤ العلاج المعرفي

يُركز العلاج المعرفي على الطريقة التي يُفسر بها الفرد الأحداث المحيطة به، حيث يرى أن الاكتئاب يتولد من الأفكار السلبية والمعتقدات غير المنطقية التي يحملها الفرد عن ذاته والعالم والمستقبل. ويُعزى ذلك إلى وجود أنماط معرفية سلبية تُبنى منذ الطفولة نتيجة أحداث مؤلمة أو تجارب فشل، وتُفعل لاحقًا عند التعرض لضغوط الحياة. يهدف العلاج إلى تعديل تلك الأفكار غير السوية، وتصحيح التفسيرات الخاطئة، مما يُفضي إلى تغيير المشاعر والسلوك المرتبط بها. عكاشة، 2012، ص. 278

أعتبر هذا النموذج من أكثر الأساليب فاعلية وانتشارًا، لكونه يجمع بين الفهم النظري الدقيق للأفكار، وبين خطوات إجرائية وعملية يمكن للمريض تطبيقها. كما أنه مناسب لفئات عمرية مختلفة، ويعزز وعي الفرد بقدرته على التحكم بأفكاره ومشاعره.

➤ العلاج الطبي (البيولوجي)

يرى المنظور الطبي أن الاكتئاب مرتبط بخلل في كيمياء الدماغ، خاصة في مستوى النواقل العصبية مثل السيروتونين، الدوبامين، والنورإبينفرين. وعند انخفاض هذه المواد في الجسم، تضعف قدرة الفرد على الشعور بالمتعة أو الراحة النفسية، ويحدث اضطراب في المزاج العام. يستند العلاج هنا إلى استخدام العقاقير النفسية المضادة للاكتئاب التي تعمل على إعادة التوازن الكيميائي في الدماغ، مما يُحسن من الأعراض المزاجية والانفعالية. (إبراهيم، 2011، ص. 12-19).

لا شك أن العلاج الدوائي يُعدّ ضرورة حتمية في بعض الحالات، خاصة الشديدة أو المزمنة. غير أن الاقتصار عليه وحده دون معالجة الأسباب النفسية أو المعرفية قد يؤدي إلى انتكاسات لاحقة، لذا أرى أنه من الأفضل استخدامه ضمن برنامج علاجي شامل يجمع بين الدواء والعلاج النفسي.

تُظهر النماذج العلاجية المتعددة للاكتئاب أن هذا الاضطراب لا يمكن اختزاله في تفسير واحد أو طريقة علاج واحدة، وإنما يتطلب فهمًا شاملاً ومتعدد الأبعاد يأخذ في الاعتبار العوامل النفسية، السلوكية، المعرفية، والبيولوجية. ويمثل التوجه التكاملي في العلاج خيارًا مثاليًا يتيح الجمع بين مزايا النماذج المختلفة، لتحقيق أفضل النتائج العلاجية وأكثرها استدامة. ويمكن القول إن نجاح أي تدخل علاجي مرهون بتشخيص دقيق، واختيار النموذج الأنسب بناءً على خصائص الحالة الفردية ودرجة تطورها.

9. فعالية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من حدة الاكتئاب

يُعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أكثر الأساليب العلاجية شيوعًا وفعالية في التعامل مع اضطراب الاكتئاب، وقد أثبتت العديد من الدراسات التجريبية والتطبيقية فعاليته في التخفيف من أعراض هذا الاضطراب بشكل ملحوظ. يقوم هذا النوع من العلاج على مبدأ رئيسي مفاده أن الأفكار غير المنطقية أو المشوهة تُسهم بدرجة كبيرة في نشوء المشاعر السلبية والسلوكيات غير التوافقية، وبالتالي

فإن تعديل هذه الأفكار يُسهم في تحسين الحالة الانفعالية والسلوكية للفرد. ويستهدف العلاج المعرفي السلوكي أنماط التفكير السلبية التي يتبناها الفرد المكتئب، مثل التعميم المفرط، والتفكير الثنائي (كل شيء أو لا شيء)، والانتقائية في الانتباه للخبرات السلبية فقط، مما يُساهم في تقليل الشعور بالحزن، وفقدان الأمل، والعجز.

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على فرضية مفادها أن مشاعر الفرد وسلوكياته تتأثر بشكل كبير بطريقة تفسيره وتقييمه للأحداث والوقائع التي يواجهها. فالفرد المكتئب - بحسب هذا النموذج - لا يعاني فقط من مشاعر الحزن أو فقدان الاهتمام، بل من أنماط تفكير غير منطقية ومتشائمة، كالتعميم المفرط، واستنتاج الأسوأ، والتقليل من الإيجابيات. ومن ثم، فإن تعديل هذه الأفكار، من خلال تقنيات معرفية وسلوكية ممنهجة، يمكن أن يؤدي إلى تحسن في المزاج والانخراط الوظيفي والاجتماعي (Dobson, 1989, p. 416).

ويتميز العلاج المعرفي السلوكي ببنية منظمة ومحددة زمنياً، وغالبًا ما يمتد بين 12 إلى 20 جلسة، يُركز خلالها على أهداف واضحة تتعلق بإعادة هيكلة التفكير السلبي، وتغيير السلوكيات غير التكيفية، وتنمية المهارات اللازمة للتعامل مع ضغوط الحياة بطريقة صحية. ويُشرك هذا النوع من العلاج المريض في عملية التغيير، حيث يُنظر إليه كشريك فعال، لا كمتلقٍ سلبي للعلاج. وتُعتبر هذه الشراكة العلاجية عاملاً أساسياً في نجاح التدخلات المعرفية السلوكية (Kuyken et al., 2008, p. 49).

ويتميز العلاج المعرفي السلوكي ببنية منظمة ومحددة زمنياً، وغالبًا ما يمتد بين 12 إلى 20 جلسة، يُركز خلالها على أهداف واضحة تتعلق بإعادة هيكلة التفكير السلبي، وتغيير السلوكيات غير التكيفية، وتنمية المهارات اللازمة للتعامل مع ضغوط الحياة بطريقة صحية. ويُشرك هذا النوع من العلاج

المريض في عملية التغيير، حيث يُنظر إليه كشريك فعّال، لا كمتلقٍ سلبي للعلاج. وتُعتبر هذه الشراكة العلاجية عاملاً أساسياً في نجاح التدخلات المعرفية السلوكية. (Kuyken et al., 2008, p. 49)

لقد أثبتت العديد من الدراسات التجريبية فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب، سواء تم تطبيقه كعلاج مستقل، أو كجزء من برنامج علاجي متعدد الأساليب. ففي دراسة قام بها (Hollon et al., 2005)، تبين أن المرضى الذين خضعوا لـ CBT أظهروا تحسناً ملحوظاً مقارنة بمن تلقوا العلاج الدوائي فقط، لا سيما فيما يتعلق باستمرار التحسن بعد انتهاء فترة العلاج، إذ تبين أن معدلات الانتكاس كانت أقل بكثير لدى من خضعوا لـ CBT. (p. 295)

ومن الجوانب المهمة في فعالية العلاج المعرفي السلوكي، كونه يُكسب المريض أدوات معرفية وسلوكية يستطيع بها مواجهة المشكلات المستقبلية بنفسه، وهو ما يُعد ميزة فريدة مقارنة بالعلاج الدوائي الذي غالباً ما يزول مفعوله بانتهاء تناوله. فالمريض خلال جلسات العلاج يُدرّب على ملاحظة أفكاره السلبية، وتشخيص أخطائه المعرفية، وتطوير ردود أكثر منطقية وواقعية تجاه الأحداث، مما يرفع من ثقته في قدرته على التحكم في حالته المزاجية. (Beck et al., 1979, pp. 20–21)

ولا تقتصر فعالية CBT على الجوانب المعرفية فقط، بل تمتد إلى المكون السلوكي الذي يتضمن تقنيات مثل تنشيط السلوك، والجدولة الممتعة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، ما يُساعد المرضى على استعادة نشاطهم اليومي تدريجياً، وتقليل العزلة والانسحاب الاجتماعي، وهما عرضان بارزان في الاكتئاب. كما يُساهم التعزيز الإيجابي، وإعادة بناء العلاقات، في استعادة الإحساس بالجدوى والانتماء، مما يخفف من الشعور بالفراغ وفقدان القيمة الذاتية. (Martinsen, 1993, p. 24)

وقد طُبّق العلاج المعرفي السلوكي على شرائح مختلفة من المرضى، من المراهقين إلى كبار السن، وأظهرت نتائج إيجابية في معظم الحالات. بل إن الدراسات تشير إلى فعاليته حتى في الحالات

الشديدة من الاكتئاب، متى ما طُبّق وفق بروتوكولات مدروسة، وأُخذت بعين الاعتبار الفروق الفردية. كما ثبت أنه يحقق نتائج واعدة في حالات الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، ويُعدّ خيارًا بديلاً آمناً وفعالاً للمرضى الذين لا يرغبون في استخدام الأدوية أو يعانون من آثارها الجانبية (DeRubeis et al., 2005, p. 412).

كما أن العلاج المعرفي السلوكي يُظهر فعالية كبيرة في الوقاية من الانتكاسات، حيث أُدرج ضمن برامج الوقاية والعلاج المعتمد من قبل المؤسسات الصحية الكبرى، مثل المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة، نظراً لقدرته على تزويد المرضى بآليات فكرية تحميهم من الوقوع مجدداً في حلقة الاكتئاب. وقد طُوّرت برامج مثل Mindfulness-Based Cognitive Therapy التي تجمع بين CBT وتقنيات اليقظة الذهنية، وقد أثبتت فعاليتها في تقليل معدلات الانتكاس بنسبة كبيرة، خصوصاً لدى أولئك الذين عانوا من نوبات متكررة من الاكتئاب (Segal, Williams, & Teasdale, 2002, p. 97).

علاوة على ذلك، فإن أحد العوامل الداعمة لفعالية هذا النوع من العلاج، هو إمكانية استخدامه في سياقات متنوعة، منها الجلسات الفردية، أو الجماعية، أو حتى العلاج عن بُعد من خلال الوسائط الرقمية. وقد أظهرت المراجعات المنهجية أن العلاج المعرفي السلوكي عبر الإنترنت يُحقق نتائج قريبة من تلك التي تُسجّل في الجلسات الحضورية، خاصة إذا توافر عنصر التفاعل بين المريض والمعالج (Andersson et al., 2014, p. 289).

ومع كل ما سبق، لا يمكن إغفال أن نجاح العلاج المعرفي السلوكي لا يعتمد فقط على مهارة المعالج أو دقة تطبيق التقنيات، بل على مدى التزام المريض ومشاركته الفعلية في جلسات العلاج، واستعداده لتطبيق ما يتعلمه في حياته اليومية. كما أن بعض الحالات قد تتطلب تدخلات موازية،

كالعلاج الدوائي أو الدعم الأسري، لضمان شمولية الاستجابة العلاجية (Kuyken et al., 2008,) (p. 102).

10. الدراسات الحديثة حول علاج الاكتئاب باستخدام العلاج السلوكي المعرفي

شهد العقدان الأخيران تزايداً ملحوظاً في عدد الدراسات التي تناولت فعالية العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في علاج اضطراب الاكتئاب، وذلك في ضوء نتائجه الإيجابية على الصحة النفسية، وسهولة تطبيقه نسبياً مقارنة بالعلاجات الدوائية. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن هذا النوع من العلاج لا يكفي بتخفيف الأعراض الظاهرة للاكتئاب، بل يساعد المريض أيضاً على تعديل أنماط التفكير السلبية التي تؤدي إلى استدامة الحالة الاكتئابية، ما يجعل من CBT أداة فعالة في الوقاية من الانتكاس.

ففي دراسة حديثة أجراها Wiles وآخرون (2016) على عينة من المرضى الذين لم يستجيبوا للعلاج الدوائي وحده، تبين أن إضافة جلسات CBT ساعدت بشكل ملحوظ على تخفيف شدة الأعراض وتحقيق تحسن في الأداء الوظيفي والاجتماعي للمريض. كما بينت دراسة أخرى لـ Cuijpers et al. (2019) -وهي مراجعة منهجية وتحليل تلوي لـ 115 دراسة- أن العلاج السلوكي المعرفي لا يزال يُعد من أكثر الأساليب النفسية فاعلية لعلاج الاكتئاب، سواء تم استخدامه وحده أو بالاشتراك مع العلاج الدوائي.

كما أظهرت البحوث الحديثة تطوراً في أشكال العلاج السلوكي المعرفي، حيث طُوّرت نسخ إلكترونية من البرنامج العلاجي (e-CBT)، والتي أظهرت نتائج واعدة لدى فئات متعددة من المرضى، خاصة في ظل محدودية الوصول إلى الأخصائيين في بعض المناطق (Andersson et al., 2014). ويؤكد ذلك أهمية توظيف التكنولوجيا في التوسع في تقديم العلاج النفسي الحديث بأساليب مبتكرة وفعالة.

من جهة أخرى، أظهرت دراسات عربية نتائج مشابهة، إذ توصلت دراسة قام بها يوسف (2020) إلى أن CBT أدى إلى تحسن كبير في الحالة النفسية لمجموعة من المراهقين الذين يعانون من أعراض اكتئابية في بيئة عربية، حيث ساهم في تخفيف الأفكار السلبية وتحسين التقدير الذاتي لدى العينة المدروسة.

إن مجمل هذه الدراسات يؤكد أن العلاج السلوكي المعرفي يُعد أحد أبرز العلاجات النفسية القائمة على الدليل العلمي (Evidence-Based Therapy)، ويتوافق مع المبادئ الحديثة للطب النفسي والعلاج النفسي، مما يرسخ مكانته كخيار علاجي أساسي وفعال في مكافحة الاكتئاب.

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال هذا الفصل أن الاكتئاب ليس اضطراباً أحادي السبب أو المظهر، بل هو حالة نفسية مركبة تنجم عن تفاعل معقد بين عوامل وراثية، بيولوجية، نفسية، وبيئية. وقد كشفت الأدبيات النفسية عن تنوع كبير في أشكاله وأعراضه، مما تطلب اعتماد تصنيفات معيارية واضحة لتحديد نوع الاكتئاب وحدته وطرق التعامل معه. كما بينت النظريات النفسية المختلفة – كالنظرية التحليلية، والنظرية السلوكية، والمعرفية، والنموذج البيولوجي – أن لكل منها زاوية تفسيرية خاصة تساهم في الإحاطة بظاهرة الاكتئاب.

من جهة أخرى، أكد الفصل على أهمية التدخل العلاجي المبكر باستخدام مناهج علمية دقيقة، وعلى رأسها العلاج المعرفي السلوكي الذي أثبت فاعليته في تعديل الأفكار السلبية والأنماط المعرفية غير السوية المرتبطة بالاكتئاب. كما شدد على ضرورة تكامل الأبعاد العلاجية لتشمل الدعم النفسي والاجتماعي، والتثقيف النفسي، إلى جانب العلاج الدوائي عند الحاجة.

وبذلك، فإن فهم الاكتئاب في ضوء معطيات هذا الفصل لا يقتصر على كونه اضطراباً نفسياً قابلاً للتشخيص والعلاج، بل يستدعي أيضاً تبني مقاربة شمولية تدمج بين الجوانب النظرية والتطبيقية، من أجل تحسين جودة حياة الأفراد والحدّ من انتشار هذا الاضطراب في مختلف السياقات الاجتماعية والتربوية.

الفصل الرابع

متلازمة الناجي

الفصل الرابع: متلازمة الناجي

تمهيد

1. تعريف متلازمة الناجي
2. تعريف الناجي من الحوادث المرورية
3. متلازمة الناجي بسبب حوادث المرور
4. العلاقة بين متلازمة الناجي واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)
5. أعراض متلازمة الناجي في سياق حوادث المرور
6. الآثار النفسية والاجتماعية لمتلازمة الناجي
7. تشخيص متلازمة الناجي
8. تأثير متلازمة الناجي على جودة الحياة والصحة النفسية
9. دور العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من آثار متلازمة الناجي
10. الأسس النظرية لتفسير متلازمة الناجي
11. إشكاليات البحث في متلازمة الناجي

خلاصة الفصل

تمهيد

تُعد حوادث المرور من أبرز الأزمات الإنسانية التي تترك آثارًا نفسية عميقة تتجاوز الإصابات الجسدية المباشرة لتشمل الاضطرابات الانفعالية والمعرفية التي قد ترافق الناجين لفترات طويلة. ومن بين هذه الاضطرابات تبرز متلازمة الناجي باعتبارها استجابة نفسية معقدة، تتجلى في شعور الفرد بالذنب لنجاته من حادث مميت في حين فقد آخرون حياتهم أو تعرضوا لإصابات خطيرة. إن هذا الشعور، الذي يمتزج بالحزن والخزي والتساؤل المستمر حول "لماذا نجوت أنا؟"، يُمثل عائقًا أساسيًا أمام عملية التكيف والعودة إلى الحياة الطبيعية.

وقد لفتت هذه المتلازمة اهتمام الباحثين والممارسين الإكلينكيين نظرًا لما تتركه من تداعيات خطيرة على الصحة النفسية وجودة الحياة، إذ ترتبط باضطرابات شائعة مثل القلق، الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، إلى جانب تأثيراتها السلبية على العلاقات الاجتماعية والمهنية للناجيكما أن السياق الثقافي والديني والاجتماعي قد يُسهم في تضخيم أو تخفيف هذه الأعراض، من خلال تعزيز الشعور بالمسؤولية الجماعية أو إعادة تفسير معنى النجاة (من جهة أخرى، تُطرح متلازمة الناجي في إطار حوادث المرور كموضوع بحثي ذي أهمية خاصة، بالنظر إلى ارتفاع نسب الوفيات والإصابات في هذا المجال عالميًا، وما يترتب عنها من آثار ممتدة تتجاوز الأفراد لتشمل أسرهم ومجتمعاتهم. وعليه، فإن التعمق في دراسة هذه المتلازمة يُعد خطوة أساسية لفهم التفاعلات النفسية المرافقة للنجاة، وتحديد آليات التدخل العلاجي الأكثر فاعلية، وعلى رأسها العلاج السلوكي المعرفي (CBT) الذي أثبت نجاعته في إعادة بناء التصورات الذاتية وتخفيف حدة الأعراض الانفعالية.

وبناءً على ما سبق، يسعى هذا الفصل إلى تناول متلازمة الناجي من حوادث المرور في أبعادها المختلفة، من خلال عرض تعريفاتها النظرية، وعلاقتها بالاضطرابات النفسية المرتبطة بالصدمات، ثم

استعراض تأثيراتها على جودة الحياة والصحة النفسية، وصولاً إلى استراتيجيات التدخل العلاجي المناسبة،

بما يتيح مقارنة شمولية لهذا الموضوع ذي الأهمية العلمية والعملية

1. تعريف متلازمة الناجي

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) متلازمة الناجي على أنها شكل من أشكال الضيق العاطفي يحدث عندما ينجو الشخص من حادث مميت أو كارثة، في حين يُصاب أو يموت الآخرون، ويُطوّر هذا الشخص مشاعر متكررة من الذنب، وكأنه لا يستحق النجاة (American Psychiatric Association, 2013).

يرى كيليرمان أن متلازمة الناجي هي حالة نفسية يعاني فيها الفرد من شعور دائم بالذنب لنجاته من حدث صادم تسبب في موت أو أذى لأشخاص آخرين، ويُلازمه هذا الشعور حتى دون وجود مسؤولية فعلية، مما يؤدي إلى تدهور في احترام الذات ومشكلات في التكيف. (Kellerman, 2001).

تُعرّف منظمة الصحة العالمية WHO متلازمة الناجي بأنها "استجابة نفسية معقدة تحدث عقب الكوارث أو الحوادث الكبرى، وتتضمن مشاعر ذنب، وقلق، وحزن، تُصيب الأشخاص الذين نجوا من الحدث مقارنة بالضحايا الآخرين، وتُعد من صور الإجهاد اللاحق للصدمة" (World Health Organization, 2017).

يعرفها هاتسون وزملاؤه (Hutson, Hall & Pack, 2015) بأنها: "حالة من الحزن الممزوج بالذنب والشعور بعدم الاستحقاق، يعاني منها من نجوا من مواقف مميتة، غالبًا ما يصاحبها أفكار متكررة من قبيل: لماذا لم أمت أنا؟ أو هل أستحق الحياة؟". (Hutson, Hall, & Pack, 2015).

يعرف جوزيف وويليامز ويول (Joseph, Williams & Yule, 1995) متلازمة الناجي بأنها "نتيجة معرفية وانفعالية للتجارب الصادمة التي تشمل فقدان آخرين، حيث يميل الناجي إلى تحميل نفسه مسؤولية النجاة، ويدخل في سلسلة من التأملات السلبية حول قيمته الذاتية ودوره في الحدث" (Joseph, Williams, & Yule, 1995).

يمكن تعريف متلازمة الناجي أنها اضطراب نفسي انفعالي مركب يظهر عند الأفراد الذين نجوا من أحداث صادمة أو كوارث مميتة بينما أصيب أو توفي آخرون، حيث يعيش الناجي صراعاً داخلياً يتمثل في مشاعر متكررة من الذنب لنجاته مقابل فقدان الآخرين، وإحساس بعدم الاستحقاق للحياة، وهو ما ينعكس في شكل حزن عميق، قلق، وتدهور في تقدير الذات، قد يتطور إلى اضطرابات تكيفية أو صور من الإجهاد اللاحق للصدمة. وتتسم هذه المتلازمة بكونها مزيجاً من الاستجابات المعرفية والانفعالية، إذ ينخرط الناجي في تأملات سلبية حول قيمته الذاتية، وقد تلازمه تساؤلات وجودية

2. تعريف الناجي من الحوادث المروية

يُعرّف الناجي من الحوادث المروية بأنه "الشخص الذي يتعرض لحادث مرور خطير ويستمر على قيد الحياة رغم خطورة الإصابات أو احتمال الوفاة، وغالباً ما يواجه تحديات نفسية وجسدية بعد الحادث " (World Health Organization, 2018, p. 42).

يرى المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية أن الناجي من الحوادث المروية هو "الفرد الذي ينجو من حادث سير قد يكون مميتاً، حيث يصبح عرضة لاحقاً لاضطرابات انفعالية مثل الصدمة، القلق، أو الاكتئاب، نتيجة تجربته الصادمة. (National Institute of Mental Health, 2019, p. 15) "

يُعرّف مجلس السلامة الوطني الأمريكي الناجي من الحوادث المروية بأنه "المشارك في حادث مروري أسفر عن خسائر بشرية أو مادية كبيرة، لكنه بقي على قيد الحياة، ويحتاج إلى دعم طبي ونفسي لإعادة الاندماج في حياته اليومية. (National Safety Council, 2020, p. 63) "

يذهب محمد عبد الحميد (2021) إلى أن الناجي من الحوادث المرورية هو "كل فرد استطاع أن يتجاوز حادث سير رغم شدته، لكنه يظل معرضًا لآثار ممتدة جسديًا ونفسيًا، مثل الإعاقة أو الشعور بالذنب، ما يستدعي تدخلات علاجية وتأهيلية شاملة" (عبد الحميد، 2021، ص. 77).

من خلال ما تم طرحه يمكن تعريف الناجي من الحوادث المرورية انه هو كل شخص يتعرض لحادث سير خطير ويظل على قيد الحياة رغم احتمال الوفاة أو الإصابة البالغة، إلا أنه غالبًا ما يواجه آثارًا ممتدة جسديًا مثل الإعاقة، أو نفسيًا مثل مشاعر الذنب، القلق، واضطراب ما بعد الصدمة، مما يستدعي تدخلات طبية ونفسية وتأهيلية شاملة تساعده على التكيف وإعادة الاندماج في حياته اليومية.

3. متلازمة الناجي بسبب حوادث المرور

متلازمة الناجي (Survivor Guilt) تُعد من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتجارب الصادمة، وهي حالة من الشعور بالذنب تصيب الأفراد الذين ينجون من حادث مميت أو كارثة بينما يتوفى أو يُصاب غيرهم، سواء كانوا أقرباء، أصدقاء أو حتى غرباء، وتظهر بوضوح في سياق حوادث المرور، خصوصًا عندما يكون الناجي طرفًا فاعلاً في الحادث أو يشعر أنه كان بالإمكان تفاديه أو إنقاذ الآخرين، إذ ترتبط عادةً بمشاعر الندم، الخزي، انعدام القيمة، والتساؤلات الوجودية من قبيل: "لماذا نجوت أنا؟" (Lee, Scragg, & Turner, 2001)، وتزداد حدة هذه المشاعر إذا كان الناجي قد خالف قاعدة مرورية بسيطة أو كان يقود المركبة التي توفي فيها آخرون، كما تشير الدراسات إلى أن متلازمة الناجي تمثل عاملاً معززاً لظهور اضطرابات لاحقة مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، القلق، والاكتئاب الجسيم، بما يؤثر سلبًا على الأداء المهني والاجتماعي للناجي، ويدفعه للعزلة أو تجنب القيادة واستخدام السيارة لفترات طويلة (Joseph, Williams, & Yule, 1992)، ويظهر الناجون في الحوادث الجماعية أعراضًا تشمل استرجاع الحدث (flashbacks)، تجنب الحديث عنه، اضطرابات النوم،

ونوبات بكاء غير مبررة، إلى جانب شعور دائم بالذنب أو بعدم الاستحقاق للحياة (Neria et al., 2007)، كما تبين أن شدة المتلازمة ترتبط بقوة العلاقة بين الناجي والضحية وبالسباق الثقافي والديني الذي قد يضاعف أو يخفف من حدة الأعراض (Benedek, Fullerton, & Ursano, 2007)، ولذا يتطلب التعامل معها تدخلات علاجية دقيقة تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي (CBT) لإعادة بناء الأفكار المشوهة حول الذنب والمسؤولية، إلى جانب العلاج السردى (Narrative Therapy) الذي يساعد الفرد على إعادة صياغة روايته الذاتية للحادث وتحويل التجربة من شعور بالذنب إلى معنى إيجابي واعتراف بقيمة الحياة. (American Psychological Association, 2013)

4. العلاقة بين متلازمة الناجي واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

تُظهر الأدبيات النفسية أن متلازمة الناجي ترتبط ارتباطاً وثيقاً باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، فكلاهما ينشأ في أعقاب التجارب الصادمة الشديدة مثل الحوادث المرورية المميتة، غير أن متلازمة الناجي تُركز على مشاعر الذنب والندم وانعدام القيمة الذاتية المرتبطة بالنجاة، بينما يتجلى اضطراب ما بعد الصدمة في صورة استرجاع متكرر للحادث، كوابيس، فرط يقظة، وتجنب لمثيرات الحادث. (American Psychiatric Association, 2013) وقد أشارت دراسات عدة إلى أن وجود مشاعر الذنب المرتبطة بالنجاة يزيد من احتمالية تطور أعراض PTSD، بل ويُعد عاملاً متنبئاً بشدتها واستمرارها على المدى الطويل. (Lee, Scragg, & Turner, 2001) كما أوضح Neria وزملاؤه (2007) أن الناجين الذين يعانون من "ذنب البقاء" يكونون أكثر عرضة للانعزال الاجتماعي، والاكتئاب، واضطرابات النوم، وهي جميعها أعراض تتداخل مع الطيف الإكلينيكي لاضطراب ما بعد الصدمة. وبالتالي يمكن النظر إلى متلازمة الناجي باعتبارها محفزاً ومضاعفاً لاضطراب ما بعد الصدمة، مما يفسر الحاجة إلى تدخلات علاجية تستهدف كليهما معاً، خاصة من خلال العلاج المعرفي السلوكي

الذي يعمل على إعادة هيكلة الأفكار المرتبطة بالذنب، بالتوازي مع التقنيات العلاجية الخاصة بمعالجة أعراض PTSD مثل التعرض التدريجي وإعادة المعالجة. (Joseph, Williams, & Yule, 1992)

1. التشابه في الأعراض

تتشترك متلازمة الناجي مع اضطراب ما بعد الصدمة في عدة أعراض رئيسية، منها:

✓ الاسترجاع القهري للأحداث: إذ يُعيد الفرد مشاهدة تفاصيل الحادث ويتخيل سيناريوهات بديلة

كان فيها هو الضحية. (American Psychiatric Association, 2022)

✓ تجنب التذكير بالحادث: مثل الامتناع عن قيادة السيارة أو الحديث عن الحادث.

✓ فرط اليقظة والانتباه: والتي تظهر في صورة توتر دائم، ونوبات فزع.

✓ اضطرابات النوم والكوابيس: المرتبطة بالحادث. لكن الاختلاف الجوهرى يتمثل في أن متلازمة

الناجي تتركز على الإحساس بالذنب الناجم عن البقاء على قيد الحياة، بينما PTSD يركز

أكثر على التهديد والصدمة النفسية من الحادث نفسه. (Murray, 2016)

2. العلاقة السببية:

تشير الدراسات إلى أن متلازمة الناجي يمكن أن تكون:

✓ عرضاً مرافقاً لاضطراب ما بعد الصدمة.

✓ أو عاملاً محفزاً لتطوره، حيث إن مشاعر الذنب الشديدة تؤدي إلى تفاقم الاضطراب وتأخير

التعافي. (Dekel et al., 2011)

وفي هذا السياق، يرى بعض الباحثين أن استمرار الشعور بالذنب المرتبط بالبقاء قد يُعيق

معالجة الحادث من الناحية النفسية، مما يُبقي الفرد عالقًا في حالة من الإجهاد العقلي المزمن

(Lee et al., 2020).

3. التأثير على مسار العلاج

تشكل متلازمة الناجي تحديًا كبيرًا في العلاج النفسي لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث تؤثر على استعداد الفرد لتقبل الدعم. إذ قد يعتقد الناجي أنه لا يستحق المساعدة مقارنة بالضحايا الذين فارقوا الحياة، ما يدفعه للانسحاب أو للمبالغة في معاقبة ذاته. (Joseph & Linley, 2005) ويقتراح المختصون أن يُعالج الشعور بالذنب أولًا، من خلال تقنيات مثل العلاج المعرفي المعتمد على التفكير، ثم الانتقال إلى معالجة الاضطراب الكلي. (Bryant et al., 2019)

4. أبحاث تدعم الارتباط

أظهرت دراسات عدة أن الناجين من حوادث المرور الذين يعانون من متلازمة الناجي هم أكثر عرضة لتطور أعراض PTSD مقارنةً بمن لا يعانون من شعور الذنب:

على سبيل المثال، وجدت دراسة لـ Matthews & Harris (2012) أن 62% من عينة من الناجين من حوادث قاتلة يعانون من مشاعر الذنب الشديدة، وأن هؤلاء لديهم احتمالية مضاعفة لتطوير أعراض PTSD. كما أشار Neria et al. (2007) إلى أن الشعور بالذنب يمثل أحد أبرز مؤشرات شدة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين من الكوارث.

5. التداخل التشخيصي

يؤكد دليل DSM-5-TR على أهمية التمييز بين اضطراب ما بعد الصدمة ومتلازمة الناجي كجزء من التقييم النفسي السريري. فرغم التداخل بينهما، إلا أن الشعور بالذنب المرتبط بالبقاء يُعد مؤشراً مستقلاً، يجب أخذه بعين الاعتبار عند بناء خطة العلاج. (APA, 2022).

5. أعراض متلازمة الناجي في سياق حوادث المرور

تمثل متلازمة الناجي أحد التبعات النفسية العميقة التي قد تصيب الأفراد الناجين من حوادث مرور مميتة أو مأساوية، لا سيما في حال فقدان أحد المرافقين أو مشاهدتهم لموت أشخاص آخرين في نفس الحادث. ويتجلى هذا الاضطراب من خلال طيف واسع من الأعراض النفسية والعاطفية والسلوكية، تتداخل في بعضها مع اضطراب ما بعد الصدمة، إلا أنها تتميز بتمركزها حول الشعور بالذنب لكون الفرد لا يزال على قيد الحياة.

الشعور المفرط بالذنب

يُعد الشعور بالذنب أبرز أعراض متلازمة الناجي، حيث يعاني الفرد من إحساس داخلي بالذنب المستمر نتيجة نجاته في الوقت الذي فقد فيه آخرون حياتهم أو تعرضوا لإصابات بليغة. وغالباً ما يعبر عن هذا الشعور في شكل أفكار لا عقلانية مثل: "كان يجب أن أكون مكانه"، أو "لو أنني تصرفتم بشكل مختلف لما حصل الحادث"، حتى وإن لم يكن مسؤولاً عن الحادث بأي شكل من الأشكال (Hutson, Hall, & Pack, 2015).

الحزن العميق والاكتئاب

يترافق الشعور بالذنب مع حزن عميق قد يتحول إلى اكتئاب سريري، يتمثل في فقدان الاهتمام بالحياة اليومية، اضطرابات في المزاج، البكاء المتكرر، مشاعر اللاجدوى، وفقدان المتعة في الأنشطة

المعتادة. وتعد هذه الأعراض بمثابة امتداد طبيعي لحالة الإنهاك النفسي الناتجة عن النجاة من صدمة

وجودية كبرى. (Friedman, 2013)

✚ إعادة تجربة الحادث

يعاني الكثير من الناجين من ذكريات اقتحامية تعيد لهم تفاصيل الحادث بشكل مفاجئ، سواء من خلال الكوابيس الليلية أو الومضات الذاكرية. (Flashbacks) وتكون هذه الذكريات عادة مصحوبة بانفعالات قوية مثل الخوف أو الذنب أو الذعر، وتُعد سمة مشتركة بين متلازمة الناجي واضطراب ما

بعد الصدمة. (American Psychiatric Association, 2022)

✚ تجنب التفكير بالحادث

يميل الأفراد المصابون بمتلازمة الناجي إلى تجنب المثيرات التي تذكرهم بالحادث، مثل المكان الذي وقع فيه، نوع السيارة، أو حتى التواصل مع الأشخاص الذين كانوا حاضرين أثناء الحادث. ويُعد هذا التجنب شكلاً من أشكال الحماية النفسية من إعادة عيش الألم العاطفي (Foa, Keane,

Friedman, & Cohen, 2009).

✚ انخفاض احترام الذات

تُظهر الأبحاث أن متلازمة الناجي تؤثر سلباً على تصور الفرد لذاته، حيث يشعر بأنه لا يستحق الحياة أو الاحترام، مما يؤثر على ثقته بنفسه ويقود إلى اضطرابات في العلاقات الاجتماعية والمهنية. وقد يصاحب هذا الشعور ميل للوم الذات بشكل مفرط حتى في المواقف اليومية. (Bryant, 2007)

✚ اضطرابات النوم

تُعد اضطرابات النوم من الأعراض الشائعة، وتشمل الأرق، الكوابيس المتكررة المرتبطة بالحادث، أو الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل. ويمكن أن تسهم هذه الاضطرابات في زيادة مستويات التوتر والقلق خلال النهار، ما يؤدي إلى إرهاق جسدي ونفسي مزمن. (NIMH, 2020)

أعراض جسدية ونفسجسدية

يُلاحظ على المصاب بمتلازمة الناجي أعراض جسدية مثل الصداع، التوتر العضلي، اضطرابات في الجهاز الهضمي، والغثيان، والتي لا يمكن تفسيرها عضويًا. وغالبًا ما تكون هذه الأعراض انعكاسًا للتوتر النفسي المكبوت أو المشاعر السلبية غير المعبر عنها. (Friedman, 2013)

الميول الانسحابية والانتحارية

في الحالات الشديدة، قد يصل الأمر بالناجي إلى العزلة التامة عن محيطه الاجتماعي، أو حتى إلى أفكار انتحارية ناتجة عن عدم القدرة على التكيف مع الشعور بالذنب وفقدان المعنى. ويُعد هذا من أخطر المظاهر التي تتطلب تدخلًا نفسيًا متخصصًا عاجلاً. (Hendin & Haas, 1991)

6. الآثار النفسية والاجتماعية لمتلازمة الناجي

1.6. الآثار النفسية لمتلازمة الناجي:

❖ الإحساس المزمن بالذنب واللوم الذاتي: يعد الإحساس بالذنب أبرز الأعراض النفسية المميزة

لمتلازمة الناجي، حيث يعتقد الناجي أنه لا يستحق البقاء على قيد الحياة مقارنة بالآخرين الذين توفوا أو أصيبوا بإصابات خطيرة، حتى وإن لم يكن مسؤولاً عن الحادث. هذا الإحساس المستمر

بالذنب قد يتحول إلى أفكار اكتئابية أو ميول انتحارية. (Lee et al., 2001)

❖ **الاكتئاب والقلق المرضي:** يرتبط الشعور بالنجاة من حادث مروري مميت بزيادة احتمالية

الإصابة بالاكتئاب واضطرابات القلق، بما في ذلك القلق العام واضطرابات الهلع. ويعاني

الناجون أحيانًا من نوبات حزن شديدة مرتبطة باسترجاع تفاصيل الحادث أو فقدان أشخاص

مقربين. (Hendin & Haas, 1991)

❖ **الكوابيس واضطرابات النوم:** تؤثر متلازمة الناجي بشكل مباشر على جودة النوم، إذ يعاني

بعض الناجين من كوابيس متكررة تتعلق بالحادث أو فقدان الضحايا، ما يؤدي إلى الأرق والتعب

المزمن ويزيد من التوتر اليومي. (Shear et al., 2005)

❖ **ضعف تقدير الذات واضطرابات الهوية:** قد يشعر الناجي بأنه شخص ناقص أو لا قيمة له لأنه

بقي حيًا، ما يضعف من تقديره لذاته وقد يخلق اضطرابًا في هويته الشخصية، خاصة في حال

تغيرت أدواره الاجتماعية أو المهنية بعد الحادث. (Herman, 1992)

2.6. الآثار الاجتماعية لمتلازمة الناجي:

❖ **الانسحاب الاجتماعي والعزلة:** يختار العديد من الناجين الانعزال عن الآخرين بسبب شعورهم

بالخزي أو عدم استحقاقهم للتعاطف أو التضامن، ما قد يؤدي إلى تدهور العلاقات الاجتماعية

والابتعاد عن الأنشطة الجماعية. (Levi-Belz & Gilo, 2020)

❖ **الصعوبات في العلاقات الأسرية:** يمكن أن تتسبب المتلازمة في توتر داخل الأسرة، إذ قد يعجز

الناجي عن التعبير عن مشاعره أو يتجنب الحديث عن الحادث، مما يخلق فجوة تواصل مع

أفراد الأسرة، وربما يؤدي إلى صراعات زوجية أو تربوية. (Figley, 1995)

❖ الشعور بالاغتراب والذنب الجماعي: يعاني بعض الناجين من شعور بالغربة وسط المجتمع،

خاصة في حالة فقدان أشخاص آخرين في الحادث. وقد تتشكل لديهم قناعة بأن الآخرين لا

يمكنهم فهم ما مروا به، مما يعمق الإحساس بالعزلة. (Niederland, 1968)

❖ صعوبة العودة إلى الحياة المهنية أو الدراسية: يجد بعض الناجين صعوبة في استئناف

نشاطاتهم المهنية أو الدراسية نتيجةً لتداعيات نفسية أو جسدية، أو بسبب ارتباط تلك الأنشطة

بذكريات الحادث، ما ينعكس سلباً على مستوى الأداء والإنتاجية. (Joseph et al., 1993)

7. تشخيص متلازمة الناجي

يُعدّ تشخيص متلازمة الناجي أمراً بالغ التعقيد بسبب تداخلها مع اضطرابات أخرى كاضطراب ما

بعد الصدمة (PTSD) والاكتئاب. وعادةً ما يتم التشخيص من خلال:

🌈 المقابلات الإكلينيكية: حيث تُستخدم أدوات تشخيصية مثل المقابلة السريرية المنظمة

للاضطرابات النفسية لتحديد أعراض الذنب، الحزن الشديد، والقلق المفرط تجاه الناجين من

حادث ما. (American Psychiatric Association, 2022)

🌈 استبيانات التقييم الذاتي: كاستخدام مقياس الذنب المرتبط بالصدمات ومقياس الاكتئاب والقلق

والضيق النفسي لتحديد مستوى التأثير النفسي الناجم عن الحادث. (Kubany et al., 1996)

🌈 الملاحظة الإكلينيكية: يشمل التقييم ملاحظة السلوكيات المرتبطة بالذنب، كالانسحاب

الاجتماعي أو الميل إلى العقاب الذاتي أو رفض النجاح بعد الحادث (Hendin & Haas,

1991).

وتؤخذ في الحسبان عوامل الحادث نفسه (عدد الضحايا، طبيعة النجاة، مدى خطورة الحادث)

عند تقييم عمق المتلازمة وشدتها والجدول التالي يوضح ملخص لأدوات تشخيص متلازمة الناجي:

الجدول رقم (4): يوضح ملخص لأدوات تشخيص متلازمة الناجي

الأداة/الأسلوب التشخيصي	الوصف	الأعراض/المظاهر المستهدفة
المقابلات الإكلينيكية	استخدام المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات النفسية لتحديد وجود المتلازمة	الذنب، الحزن الشديد، القلق المفرط بعد الحادث
استبيانات التقييم الذاتي	تطبيق مقاييس نفسية مثل مقياس الذنب المرتبط بالصددمات ومقياس الاكتئاب والقلق والضيق النفسي	مستوى الذنب، الاكتئاب، القلق، وشدة الضيق النفسي
الملاحظة الإكلينيكية	ملاحظة السلوكيات بعد الحادث وتفسيرها إكلينيكيًا	الانسحاب الاجتماعي، الميل للعقاب الذاتي، رفض النجاح أو الإنجازات

8. تأثير متلازمة الناجي على جودة الحياة والصحة النفسية

في ضوء الأدبيات النفسية، تُظهر متلازمة الناجي تأثيرات عميقة ومتعددة الأبعاد على الصحة النفسية وجودة الحياة لدى الأفراد الذين نجوا من الحوادث المروية المميتة. إذ لا تقتصر انعكاساتها على المستوى الانفعالي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب الاجتماعية والمهنية وحتى الجسدية، مما يجعلها عاملاً رئيساً في إعاقة التكيف وإعادة الاندماج بعد الصدمة. وفيما يلي أبرز هذه التأثيرات كما رصدتها الدراسات النفسية الإكلينيكية والبحثية:

🌈 **انخفاض جودة الحياة النفسية والاجتماعية:** يعيش الناجون من الحوادث المميتة مشاعر ذنب

مزمنة مرتبطة بنجاتهم، ما يؤدي إلى انخفاض في الرضا عن الحياة والشعور بعدم الاستحقاق،

وهو ما ينعكس سلبيًا على جودة حياتهم اليومية (Lee, Scragg, & Turner, 2001, p. 142).

➤ **زيادة احتمالية الاضطرابات النفسية:** تُسهم متلازمة الناجي في رفع احتمالية الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، واضطرابات القلق والاكتئاب الجسيم، باعتبارها محفزًا نفسيًا يضاعف من حدة الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالحادث (Joseph, Williams, & Yule, 1992, p. 391).

➤ **اضطرابات النوم والتوتر المزمن:** الناجون الذين يعانون من متلازمة الناجي يُظهرون أعراضًا جسدية مرتبطة بالتوتر النفسي مثل الأرق، الكوابيس، ونوبات البكاء غير المفسرة، وهو ما يقلل من مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية ويؤثر على التوازن الجسدي والعاطفي (Neria et al., 2007, p. 98).

➤ **الانعزال الاجتماعي وتراجع الأداء المهني:** كثير من الناجين يُظهرون ميلًا إلى الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية والمهنية بسبب شعورهم بالذنب أو عدم الاستحقاق، مما يؤدي إلى عزلة قد تُفاقم من معاناتهم النفسية وتعيق إعادة الاندماج الاجتماعي (Benedek, Fullerton, & Ursano, 2007, p. 36).

➤ **تأثير العوامل الثقافية والدينية:** تُظهر بعض الدراسات أن شدة الأعراض تختلف باختلاف السياق الثقافي والديني، حيث قد تُخفف بعض الأطر القيمية من وطأة الذنب عبر تعزيز معنى النجاة وربطها بالقدر أو الرسالة الحياتية، ما ينعكس إيجابًا على الصحة النفسية (Benedek, Fullerton, & Ursano, 2007, p. 38).

وعليه، يتضح أن متلازمة الناجي لا تُعد مجرد استجابة عاطفية عابرة مرتبطة بحدث صادم، بل هي حالة نفسية مركبة ذات انعكاسات طويلة المدى على جودة الحياة والصحة النفسية للناجين من الحوادث المرورية. فهي تؤدي إلى تراجع الرضا عن الحياة، وتفاقم الاضطرابات الانفعالية، وإعاقة الأداء

الاجتماعي والمهني، مما يبرز الحاجة الماسة إلى الاهتمام بها كموضوع بحثي وعلاجي على حد سواء. كما أن إدماج استراتيجيات التشخيص المبكر والتدخلات العلاجية الموجهة للذنب والشعور بعدم الاستحقاق يُعد خطوة أساسية للحد من آثارها السلبية وتعزيز الصحة النفسية للناجين.

9. دور العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من آثار متلازمة الناجي

يُعدّ العلاج السلوكي المعرفي (CBT) من أبرز المداخل العلاجية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في التعامل مع متلازمة الناجي الناجمة عن حوادث المرور، إذ يركز على معالجة التفاعلات المعرفية والسلوكية التي تُبقي الناجي في دائرة الذنب والقلق المستمر. ويعتمد هذا العلاج على دمج استراتيجيات معرفية تهدف إلى تعديل الأفكار السلبية غير الواقعية، مع تقنيات سلوكية تعزز التكيف الإيجابي، مما يساهم في تقليل الأعراض النفسية المصاحبة، مثل اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، ويعزز من جودة الحياة لدى الأفراد المتأثرين. (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007, p. 54)

النقاط الأساسية لدور العلاج السلوكي المعرفي:

1. إعادة الهيكلة المعرفية: تصحيح الأفكار المشوهة المرتبطة بالذنب والشعور بعدم الاستحقاق

للحياة. (Beck, 2011, p. 89)

2. التعرض التدريجي: مواجهة مثيرات الصدمة بشكل منظم ومتدرج لتقليل القلق والانزعاج النفسي

(Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007, p. 54).

3. تعزيز مهارات التكيف: تدريب الناجين على استراتيجيات مواجهة فعالة، مثل ضبط الانفعال

وحل المشكلات. (Ehlers et al., 2005, p. 296)

4. خفض أعراض الاكتئاب والقلق: التخفيف من المشاعر السلبية الملازمة لمتلازمة الناجي

وتحسين المزاج العام. (Ehlers et al., 2005, p. 296)

5. تحسين جودة الحياة: استعادة التوازن النفسي والاجتماعي، وتعزيز الاندماج في الأنشطة اليومية والمجتمع (خطاب، 2010، ص. 133).

10. الأسس النظرية لتفسير متلازمة الناجي

حاولت الأدبيات النفسية تقديم تفسيرات متعددة لمتلازمة الناجي باعتبارها حالة مركبة تتداخل فيها العوامل المعرفية والانفعالية والاجتماعية والوجودية. ويمكن حصر أبرز هذه التفسيرات في ثلاثة مناظير أساسية:

1. المنظور المعرفي السلوكي

يركز المنظور المعرفي السلوكي على دور الأفكار المشوهة والاعتقادات غير المنطقية في نشوء متلازمة الناجي. إذ يرى أن الناجين من الحوادث المميتة غالباً ما يُسقطون المسؤولية على أنفسهم بشكل مبالغ فيه، فيعتقدون أنّ بقاءهم أحياء كان على حساب الآخرين، أو أن بإمكانهم منع الحادث لو تصرفوا بطريقة مختلفة. هذه الأفكار السلبية ("أنا السبب"، "لا أستحق النجاة") تقود إلى سلسلة من الانفعالات المرهقة مثل الذنب والخزي والقلق، والتي تُترجم بدورها إلى سلوكيات تجنبية كرفض قيادة السيارة أو الانسحاب الاجتماعي. (Beck, 2011, p. 92) ويشير نموذج إهلرز وكلارك (Ehlers & Clark, 2000, p. 320) إلى أن استمرار هذه التفسيرات السلبية للحدث يساهم في إعادة تنشيط مشاعر الخوف والذنب، مما يُبقي الناجي عالقاً في دائرة اضطراب ما بعد الصدمة. وبالتالي، فإن العلاج وفق هذا المنظور يركز على إعادة هيكلة هذه الأفكار وتدريب الناجي على التفسير الواقعي للحدث.

2. المنظور الدينامي النفسي

ينظر المنظور الدينامي النفسي إلى متلازمة الناجي باعتبارها انعكاسًا لصراعات لاواعية متجذرة في بنية الشخصية. فالنجاة من حادث مميت قد تُثير لدى الفرد مشاعر مرتبطة بالذنب البدائي أو الشعور بالمسؤولية عن فقدان الآخرين، والتي ترتبط في جوهرها بصراع بين الأنا (Ego) والأنا الأعلى (Superego). فالأنا الأعلى، كممثل للضمير الأخلاقي، يوجه اتهامات قاسية للفرد بأنه لا يستحق الحياة، في حين تحاول الأنا الدفاع عن الذات باستخدام آليات دفاعية متنوعة مثل الكبت أو الإسقاط (Freud, 1923/1961, p. 45) وقد وصف هورويتز (Horowitz, 1986, p. 78) متلازمة الناجي بأنها جزء من "متلازمات الاستجابة للضغط النفسي"، حيث يعمل الذنب على تنظيم مشاعر الفقد عبر الإبقاء على صورة الآخر حية داخل الذات. من هذا المنظور، فإن المتلازمة تُفهم كعقاب ذاتي لاواعي على النجاة، وتجسد حاجة الفرد للتكفير أو إعادة التوازن النفسي أمام فقدان الآخرين.

3. المنظور الوجودي

أما المنظور الوجودي فيُفسر متلازمة الناجي باعتبارها أزمة وجودية ناتجة عن مواجهة الفرد المباشرة لمعنى الحياة والموت. فالنجاة من حادث قاتل تضع الناجي أمام تساؤلات عميقة: "لماذا أنا حي بينما مات الآخرون؟"، "ما معنى أن أستمّر في الحياة؟"، وهي تساؤلات ترتبط مباشرة بمفاهيم الحرية والمسؤولية والعدالة. يرى يالوم (Yalom, 1980, p. 223) أن مواجهة الموت تُعد من أقوى الخبرات التي تُثير القلق الوجودي، وأن الشعور بالذنب لدى الناجي يمثل محاولة لإيجاد تفسير للحدث أو لإعادة معنى لتجربة النجاة. كما يضيف فرانكل (Frankl, 1984, p. 112) أن النجاة قد تُفهم في إطار "إرادة المعنى"، أي أن تجاوز الأزمة لا يتحقق إلا عندما يُعيد الناجي صياغة تجربته في ضوء غاية أو رسالة وجودية، مثل خدمة الآخرين أو استثمار الحياة الثانية كفرصة جديدة.

من خلال استعراض الأسس النظرية المفسرة لمتلازمة الناجي، يمكن للباحث أن يخلص إلى أن هذه المتلازمة تمثل نتاجاً معقداً لتفاعل العوامل المعرفية والانفعالية والاجتماعية. فالمدخل المعرفي يُبرز دور الأفكار التلقائية المشوهة ومعتقدات المسؤولية المبالغ فيها في تكوين مشاعر الذنب المستمرة، مما يجعل الضحية أسيراً لتصوراته الذاتية أكثر من معطيات الواقع الموضوعي، أما المدخل النفسي-التحليلي فيُعيد جذور الظاهرة إلى ديناميات لاواعية مرتبطة بعقدة الذنب وصراع الهو والأنا والأنا الأعلى، وهو ما يفسر ميل الناجي إلى عقاب الذات ورفض الاستمتاع بالحياة كآلية دفاعية في المقابل، يمنح المدخل الإنساني-الوجودي قراءة أعمق من خلال ربط المتلازمة بأزمة المعنى وفقدان الهدف بعد النجاة، حيث يجد الفرد نفسه في مواجهة أسئلة وجودية حول العدالة، والجدوى، وقيمة حياته مقارنة بالآخرين الذين فقدوا حياتهم ومن ثمّ، فإن الجمع بين هذه القراءات يتيح فهماً أكثر شمولاً للمتلازمة، ويؤكد على أهمية مقارنة تكاملية تراعي البعد المعرفي والانفعالي والوجودي في التشخيص والتدخل.

ولفهم متلازمة الناجي في سياق حوادث المرور، حاول الباحثون تفسيرها بالاستناد إلى أسس نظرية متعددة، إذ قدم كل منظور إطاراً يركز على جانب محدد من الظاهرة. فالمنظور المعرفي ركّز على دور الأفكار التلقائية والمعتقدات المشوهة في توليد الشعور بالذنب، بينما اهتم المنظور التحليلي بآليات الدفاع والصراعات اللاواعية التي تحرك الإحساس بالذنب والخزي، في حين اعتبر المنظور الإنساني-الوجودي أن التجربة تطرح أسئلة وجودية عميقة حول معنى النجاة والمسؤولية تجاه الآخرين. ويبين الجدول الآتي مقارنة تحليلية بين هذه المنظورات لفهم أوجه القوة والقصور في كل منها.

الجدول رقم (5): مقارنة تحليلية بين المنظورات النظرية المفسرة لمتلازمة الناجي

المنظور النظري	التفسير الأساسي للمتلازمة	نقاط القوة	حدود التفسير
----------------	---------------------------	------------	--------------

المعرفي	ينظر إلى المتلازمة كنتيجة للأفكار المشوهة ومعتقدات المسؤولية المبالغ فيها، حيث يفسر الناجي بقاءه باعتباره خطأ شخصيًا	يتيح فهمًا عمليًا يسهل التدخل من خلال تعديل الأفكار غير المنطقية.	يركز على الجانب المعرفي ويهمل الأبعاد اللاواعية والوجودية.
التحليلي	يُرجع المتلازمة إلى صراعات لاواعية وعقدة الذنب وصراع الهو والأنا والأنا الأعلى	يساعد على كشف الجذور العميقة للمشاعر غير المفهومة للذنب والحزن.	يميل إلى الطابع التجريدي ويصعب تطبيقه علاجيًا بشكل مباشر وسريع.
الإنساني- الوجودي	يربط المتلازمة بفقدان المعنى وأزمة الهدف بعد النجاة، حيث يواجه الفرد أسئلة عن العدالة والجدوى من حياته	يمنح بعدًا أعمق لتجربة الناجي ويركز على إعادة بناء المعنى والهدف في الحياة.	يفتقر إلى أدوات قياس دقيقة وصعب التحقق التجريبي من مفاهيمه.

من خلال المقارنة بين المنظورات الثلاثة، يمكن القول إن كل اتجاه يقدم قراءة جزئية لمتلازمة

الناجي؛ فالمنظور المعرفي يُبرز دور الأفكار المشوهة، بينما يكشف المنظور التحليلي عن الجذور اللاواعية للشعور بالذنب، في حين يمنح المنظور الإنساني-الوجودي بعدًا فلسفيًا يركز على إعادة بناء المعنى. ومن ثَمَّ، فإن التكامل بين هذه المقاربات يُعد أكثر جدوى من الاكتفاء بواحد منها، إذ يسمح بفهم شامل يجمع بين الإدراك الواعي واللاواعي والمعنى الوجودي للحياة بعد النجاة من الحوادث المرورية.

11. إشكاليات البحث في متلازمة الناجي

1. غموض المفهوم وتشابهه مع اضطرابات أخرى: يعاني الباحثون من صعوبة في تحديد متلازمة

الناجي كمفهوم مستقل بسبب تشابه أعراضها مع اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق،

مما يؤدي إلى التباس تشخيصي وصعوبة في فصل الظاهرة عن غيرها من الاضطرابات

(Benedek, Fullerton, & Ursano, 2007, p. 57).

2. غياب مقاييس معيارية خاصة بالمتلازمة: فغالبيت الدراسات تستعمل مقاييس عامة مثل مقاييس

الذنب أو الاكتئاب أو الاضطرابات اللاحقة للصدمة، في حين أن الحاجة ماسة إلى أدوات

تشخيصية دقيقة خاصة بمتلازمة الناجي لضمان الصدق والثبات في النتائج (Kubany et al., 1996, p. 437).

3. الإشكاليات الأخلاقية في التعامل مع الناجين: يشكل الناجون فئة حساسة نفسيًا، ما يجعل إخضاعهم لمقابلات مطولة أو تجارب بحثية محفوفًا بخطر إعادة تنشيط الصدمة لديهم، وهو ما يفرض على الباحثين الموازنة بين تحقيق أهداف البحث وحماية المشاركين (Lee, Scragg, & Turner, 2001, p. 147).

4. ضعف التمثيل العيني وصعوبة الوصول إلى المشاركين: فغالبًا ما تجرى الأبحاث على عينات صغيرة وغير ممثلة إحصائيًا بسبب تردد الناجين في المشاركة، إما خوفًا من الوصم، أو رغبةً في تجنب إعادة إحياء التجربة، مما يقلل من إمكانية تعميم النتائج (Neria et al., 2007, p. 120).

5. التباين الثقافي والديني في تفسير النجاة: تختلف المجتمعات في تفسير النجاة من الحوادث فبينما يراها البعض قضاءً وقدرًا، يفسرها آخرون بمسؤولية فردية مباشرة، وهذا التباين يضعف إمكانية بناء نموذج عالمي موحد لتفسير المتلازمة، ويجعل من الضروري اعتماد مقاربات محلية تراعي الخصوصيات الثقافية (Joseph, Williams, & Yule, 1992, p. 83).

يُعد البحث في متلازمة الناجي من أكثر المجالات تعقيدًا في الدراسات النفسية المرتبطة بالحوادث، خاصة المروية منها، نظرًا لتداخل الظاهرة مع اضطرابات أخرى ولصعوبة عزلها كحالة مستقلة. فالمفهوم ذاته يثير إشكالات معرفية تجعل من عملية تحديد الأعراض وتمييزها أمرًا غير يسير، في حين أن أدوات القياس المتاحة غالبًا ما تكون عامة وغير قادرة على رصد خصوصية التجربة المرتبطة بالنجاة. كما تطرح البحوث في هذا المجال تحديات أخلاقية بالغة الحساسية، إذ إن التعامل مع فئة عاشت تجربة صادمة يستدعي حرصًا شديدًا في جمع البيانات، حتى لا تتحول العملية البحثية إلى

عامل مفاقم للمعاناة. وتضاف إلى ذلك صعوبات ميدانية تتعلق بالحصول على عينات ممثلة، نتيجة تردد العديد من الناجين في المشاركة بسبب الخوف من الوصم الاجتماعي أو بسبب رغبتهم في تجاوز التجربة ونسيانها. ومن جهة أخرى، فإن الطابع الثقافي والديني يزيد من تعقيد الظاهرة، حيث تختلف نظرة المجتمعات إلى النجاة ودلالاتها، مما يجعل من الصعب بناء نموذج موحد لتفسير المتلازمة. كل هذه التحديات تبرز الحاجة إلى تطوير أدوات منهجية أكثر دقة، ومقاربات بحثية أكثر حساسية للسياق الاجتماعي والثقافي.

خلاصة الفصل

يتضح مما سبق أن متلازمة الناجي تشكّل أحد أبرز الاضطرابات النفسية المرتبطة بحوادث المرور المميتة، حيث تتجسد في مشاعر الذنب المستمر، الحزن العميق، والتساؤل الوجودي حول استحقاق الحياة. وقد بينت الأدبيات النفسية أنّ هذه المتلازمة ليست مجرد استجابة عاطفية عابرة، بل هي حالة نفسية مركبة ترتبط ارتباطاً وثيقاً باضطرابات انفعالية ومعرفية أخرى مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، الاكتئاب، واضطرابات القلق. كما أنها تُسهم في إضعاف جودة الحياة من خلال التأثير على الأداء الاجتماعي والمهني والعلاقات الشخصية، إضافةً إلى تعزيز الميل إلى العزلة وفقدان الدافعية.

ومن جهة أخرى، فإن السياق الثقافي والديني يلعب دوراً في تشكيل خبرة الناجي، إذ قد يزيد من حدة الذنب عبر تعزيز الشعور بالمسؤولية الجماعية، أو قد يسهم في التخفيف منه عبر إعادة تفسير النجاة كقدر أو فرصة جديدة للحياة، وقد أبرزت الدراسات الإكلينيكية أهمية التشخيص المبكر عبر أدوات المقابلات السريرية والاستبيانات النفسية، لكونها تساعد في الكشف عن الأعراض وتحديد شدتها، مما يتيح التدخل العلاجي المناسب في الوقت الملائم.

وعلى صعيد التدخلات العلاجية، برز العلاج السلوكي المعرفي (CBT) كأكثر الأساليب فاعلية في التخفيف من آثار متلازمة الناجي، حيث يعمل على إعادة هيكلة الأفكار المشوهة المتعلقة بالذنب وعدم الاستحقاق، ويساعد الناجي على مواجهة مثيرات الصدمة تدريجياً، مع تعزيز استراتيجيات التكيف الإيجابي، وهو ما يجعل تبني هذا النموذج العلاجي خطوة محورية في خطط إعادة التأهيل النفسي للناجين من الحوادث المرورية.

وبناءً على ما تقدم، فإن دراسة متلازمة الناجي في سياق حوادث المرور تمثل مدخلاً أساسياً لفهم البعد النفسي لهذه الظاهرة المعقدة، بما يساهم في تطوير برامج علاجية وقائية وتدخلات إكلينيكية أكثر شمولية، تساعد الناجين على تجاوز الصدمة وإعادة بناء حياتهم على نحو صحي ومتوازن.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية العاملة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية العاملة

تمهيد

أولاً: الدراسة الإستطلاعية

1. أهداف الدراسة.
2. إجراءات الدراسة.
3. مجتمع الدراسة.
4. عينة الدراسة.
5. أدوات الدراسة.
6. نتائج الدراسة.

ثانياً: الدراسة الأساسية

1. منهج الدراسة.
2. حدود الدراسة.
3. عينة الدراسة.
4. متغيرات الدراسة.
5. إجراءات الدراسة الميدانية.
6. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
7. أساليب المعالجة الإحصائية.

تمهيد:

بعد عرض الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، كان من الضروري الانتقال إلى الجانب الميداني من البحث، والذي يُعدّ محورًا أساسيًا في التحقق من فرضيات الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها، اعتمادًا على بيانات فعلية يتم جمعها من أفراد العينة باستخدام أدوات قياس مناسبة.

ويهدف هذا الجزء من الدراسة إلى عرض الإجراءات المنهجية التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ البحث، بما يشمل تحديد العينة، واختيار الأداة المناسبة لجمع البيانات، وبيان الأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل المعطيات. وقد حرصت الباحثة على الالتزام بالمنهجية العلمية الدقيقة في كل مرحلة من مراحل البحث الميداني، وذلك لضمان الموضوعية والصدق في النتائج المتحصلة عليها.

ومن خلال هذا الفصل، سيتم تقديم وصف تفصيلي لخصائص العينة، والأدوات المستخدمة، إلى جانب الخطوات التي تم إتباعها في تنفيذ البرنامج العلاجي، والإجراءات القبلية والبعديّة، مما يُتيح فهماً واضحاً لكيفية بناء الدراسة على أرض الواقع.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة تمهيدية أساسية في مسار البحث العلمي، إذ تهدف إلى استكشاف مبدئي لأبعاد الظاهرة المدروسة وتحديد مدى ملائمة الأدوات والمنهجية المعتمدة. وفي سياق الدراسة الحالية، جاءت هذه المرحلة بغرض التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية الأولية لأفراد العينة المستهدفة، ومدى قابليتهم للتفاعل مع البرنامج العلاجي المقترح. كما هدفت إلى اختبار صلاحية الأدوات المستخدمة وتقييم إمكانات تطبيق البرنامج في بيئة ميدانية واقعية، تمهيداً لإجراء الدراسة الأساسية بصورة أكثر دقة وفعالية.

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تمهيد الطريق أمام الدراسة الأساسية من خلال ما يلي:

1. التعرف الأولي على الخصائص النفسية والاجتماعية للناجين من حوادث المرور، خاصةً المرتبطة بظهور أعراض الاكتئاب بعد الحادث.
2. اختبار صلاحية وملاءمة مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) للفئة المستهدفة من حيث وضوح البنود، توافقها مع الثقافة الجزائرية، ودرجة تفاعل المفحوصين معها.
3. تحديد مستوى تقبل أفراد العينة للفنيات المضمنة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وعلاقتها بالمشكلات النفسية التي يعانون منها.
4. تقدير استعداد الناجين للانخراط في البرنامج العلاجي النفسي من خلال قياس القابلية، وشدة الحاجة، ومستوى التفاعل الأولي مع مضامينه.

5. ضبط مكونات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح من حيث ترتيب الجلسات، وتكييف الفنيات المستخدمة مع خصائص العينة.

6. تحسين أدوات البحث النهائي من خلال التحقق من وضوحها وتعديلها بناءً على نتائج التفاعل الأولي.

2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية

مرت الدراسة الاستطلاعية بعدة مراحل منهجية متكاملة، تم تنفيذها على النحو الآتي:

1. الاطلاع على الأدب النفسي والعلاجي والدراسات السابقة: في البداية، تم إجراء مراجعة شاملة للأدبيات المتخصصة في مجال الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى الدراسات السابقة التي تناولت فعالية البرامج العلاجية النفسية المعرفية السلوكية الموجهة للناجين من الصدمات، وذلك بغرض تأصيل الإطار النظري للدراسة وتحديد الأسس التي ستنبنى عليها الأدوات والبرنامج العلاجي.

2. دراسة نماذج من البرامج العلاجية المشابهة: تم تحليل محتوى عدد من البرامج العلاجية المعرفية السلوكية المستعملة في بيئات مماثلة، سواء في السياق العربي أو الدولي، مع التركيز على تقنيات التدخل النفسي المستخدمة، وهيكله الجلسات، ومدى توافقها مع خصائص العينة المستهدفة، بما سمح ببناء تصور مبدئي للبرنامج المقترح.

3. الحصول على الموافقة الأولية من الجهات المعنية: تم التواصل مع المؤسسات الصحية النفسية ومراكز الدعم النفسي والاجتماعي في ولاية بسكرة، بهدف الحصول على الموافقة الأولية وتسهيل الوصول إلى عينة الدراسة، وذلك في إطار احترام الضوابط الأخلاقية والاعتبارات المهنية في

البحث. (الملحق رقم 07)

4. اختيار العينة القصدية للدراسة الاستطلاعية: من بين قائمة أولية مكونة من 19 ناجيًا من حوادث المرور، تم اختيار 10 مشاركين بطريقة قصدية، وفق معايير محددة تتعلق بتاريخ الحادث، نوعية الدعم النفسي الذي تلقوه، خلوهم من الاضطرابات العقلية الحادة، واستعدادهم الطوعي للمشاركة، وذلك بالإعتماد على حالات مشخصة من طرف أخصائيين نفسانيين بمراكز الصحة النفسية بولاية بسكرة، حيث تم التشخيص وفق المعايير الإكلينيكية المعتمدة، مما ضمن دقة اختيار العينة وملاءمتها لأهداف الدراسة
5. تقديم شرح واضح ومسبق للمشاركين: قبل البدء في تطبيق الأدوات، تم شرح أهداف الدراسة لأفراد العينة بلغة مبسطة، مع التأكيد على طابعها الاستطلاعي، وضمان سرية البيانات وحقهم في الانسحاب في أي وقت دون أية تبعات.
6. تطبيق المقابلة نصف الموجهة: تم إجراء مقابلات فردية مع كل حالة في بيئة داعمة وآمنة، واستُخدمت أسئلة متنوعة لاستكشاف تجاربهم بعد الحادث، مظاهر معاناتهم النفسية، تصوراتهم عن العلاج النفسي، ونوع الدعم الذي يحتاجونه.
7. جمع البيانات وتحليلها تحليلًا وصفيًا ونوعيًا: جُمعت البيانات من المقابلات والاستمارات وتم تحليلها لتحديد مدى وضوح الأدوات، ومناسبتها للعينة الجزائرية، ومدى تقبل الحالات لفكرة الخضوع لبرنامج علاجي نفسي.
8. بناء البرنامج العلاجي في صورته الأولية: بالاستناد إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية وملاحظات المشاركين، تم بناء البرنامج العلاجي المقترح بصيغته الأولية، مع تحديد الجلسات وفنياتها، ثم عرضه على لجنة من المحكمين المتخصصين في علم النفس العيادي والعلاج المعرفي السلوكي بهدف تقييم مدى صلاحيته العلمية والميدانية قبل الشروع في تطبيقه في الدراسة الأساسية.

3. مجتمع الدراسة الاستطلاعية

تكوّن مجتمع الدراسة الاستطلاعية من الناجين من حوادث المرور الذين ظهرت لديهم أعراض نفسية لاحقة للحدث الصادم، وبشكل خاص مظاهر الاكتئاب. وقد تم اختيار هؤلاء الأفراد من بين المقيمين في ولاية بسكرة بالجزائر، والذين تلقوا رعاية أو دعمًا نفسيًا داخل مؤسسات الصحة النفسية الحكومية أو مراكز الدعم النفسي والاجتماعي بالولاية.

4. عينة الدراسة الإستطلاعية

في إطار الدراسة الاستطلاعية، تم تحديد قائمة أولية مكونة من 19 ناجيًا من حوادث المرور تتوفر فيهم الخصائص المرتبطة بموضوع البحث. ومن هذه القائمة، تم اختيار عينة قصدية مكونة من 10 حالات لتنفيذ الدراسة الاستطلاعية، بناءً على المعايير الآتية:

- أن يكون المشارك قد تعرض لحادث مرور خلال الأشهر الستة إلى الاثني عشر الأخيرة.
- أن يكون قد خضع لتقييم نفسي أولي أو تلقى دعمًا نفسيًا بعد الحادث.
- ألا يكون مصابًا باضطرابات عقلية حادة (مثل الذهان أو التخلف العقلي).
- أن يوافق طوعًا على المشاركة في المقابلات وتطبيق أدوات الدراسة.

وقد تم الحفاظ على التواصل مع أفراد العينة بعد نهاية المرحلة الاستطلاعية، مع ضمان تهيئة الظروف النفسية والميدانية لتطبيق البرنامج عليهم في المرحلة اللاحقة من البحث.

5. أدوات الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات التي تم اختيارها بعناية بما يتوافق مع طبيعة الأهداف والتساؤلات المطروحة. وقد تم التركيز على أدوات نفسية مقننة تتمتع بخصائص سيكومترية موثوقة، قادرة على قياس المتغيرات محل الدراسة بدقة وموضوعية، بما يضمن صلاحية النتائج ومصادقيتها. وتمثلت الأدوات الأساسية لهذه الدراسة في:

1.5. مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II (النسخة الجزائرية)

اعتمدت الدراسة على قائمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II)، وهي من أكثر الأدوات استخداماً على الصعيد العالمي لقياس شدة الأعراض الاكتئابية، وقد طورها عالم النفس الأمريكي آرون ت. بيك وزملاؤه سنة 1996 لتتوافق مع معايير التشخيص الواردة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع DSM-IV، وتُعد نسخة مطورة عن القائمة الأصلية الصادرة سنة 1961. (الملحق رقم 06)

وقد تم تعريب وتقنين النسخة الثانية في البيئة الجزائرية من قبل الأستاذ الدكتور بشير معمريّة، حيث خضعت لتعديلات لغوية وثقافية، وتم تطبيقها على عينات جزائرية من الراشدين من كلا الجنسين، بهدف التأكد من ملاءمتها السوسيو-ثقافية وخصائصها السيكومترية في السياق المحلي.

تتكوّن القائمة من 21 بنداً وكل بند يحتوي على أربع عبارات تعكس درجات مختلفة لشدة العرض الاكتئابيّ، يتم تصنيفها من (0) إلى (3). يُطلب من المفحوص اختيار عبارة واحدة فقط في كل بند، تعبر بدقة عن حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم الحالي.

يغطي المقياس مجموعة من الأعراض الاكتئابية مثل: الحزن، فقدان المتعة، مشاعر الذنب، النقد الذاتي، الأفكار الانتحارية، فقدان الطاقة، اضطرابات النوم، تغيرات الشهية، وصعوبات التركيز... وغيرها.

تُجمع الدرجات لتعطينا الدرجة الكلية للاكتئاب، والتي تقع بين 0 و63، وتُفسّر على النحو التالي:

الجدول رقم (6): مستويات الاكتئاب

الدرجة الكلية	مستوى الاكتئاب
0 - 13	لا يوجد اكتئاب أو اكتئاب طفيف
14 - 19	اكتئاب بسيط
20 - 28	اكتئاب متوسط
29 - 63	اكتئاب شديد

وقد أُكّدت دراسات سابقة أجراها معمريّة (2000) على ثبات المقياس بطريقة معامل ألفا كرونباخ، حيث تراوحت قيمته بين (0.74 إلى 0.83) على عينات من الذكور والإناث، كما أظهرت تحليلات الصدق التمييزي والاتفاق أن الأداة تمتلك خصائص سيكومترية مناسبة لتطبيقها على الراشدين الجزائريين، سواء لأغراض البحث أو التقييم النفسي الإكلينيكي.

2.5. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

1.2.5. إجراءات تصميم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

1. تحديد المشكلة النفسية: تم تحديد مظاهر الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور وتحليل أسبابه وانعكاساته النفسية والاجتماعية، وذلك بناءً على المعطيات النظرية والدراسات السابقة والملاحظة الإكلينيكية.

2. تحليل خصائص الفئة المستهدفة: دراسة الخصائص النفسية والاجتماعية والمعرفية والسلوكية لعينة الناجين من الحوادث، بهدف تكييف البرنامج العلاجي بما يتناسب مع حاجاتهم الفعلية.

3. الاعتماد على نتائج الدراسة الاستطلاعية: تم تنفيذ دراسة استطلاعية على عينة من الناجين، بهدف استكشاف مدى تقبلهم للتدخل المعرفي السلوكي ومعرفة خصائصهم وانفعالاتهم، وقد أسهمت نتائجها في تعديل بعض عناصر البرنامج.
4. الاستناد إلى الإطار النظري والدراسات السابقة: استُخدم الإطار النظري المرتبط بالاكْتئاب والعلاج المعرفي السلوكي، إضافة إلى نتائج دراسات محلية وعالمية تناولت فعالية التدخلات المعرفية السلوكية في التخفيف من الاكتئاب.
5. تحليل محتوى برامج علاجية سابقة: تم تحليل مجموعة من البرامج العلاجية المعرفية السلوكية الموجهة للاكتئاب، للاستفادة من آليات تنظيم الجلسات واستراتيجيات العلاج.
6. صياغة أهداف البرنامج: تم تحديد هدف عام يتمثل في خفض مستوى الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور، واشتقاق 10 أهداف خاصة تغطي الأبعاد المعرفية، السلوكية، والانفعالية.
7. تحديد الأسس النظرية المعتمدة: استند البرنامج إلى نماذج علمية معتمدة أبرزها: النظرية المعرفية لبيك، النظرية السلوكية، نموذج المعالجة المزدوجة، ونظرية الاستثارة الانفعالية.
8. اختيار الفنيات العلاجية المناسبة: حُددت مجموعة من الفنيات العلاجية ذات الفعالية المثبتة، من بينها: المحاضرة، الحوار المعرفي، النمذجة، الاسترخاء، حل المشكلات، التعرض التدريجي، والتخيل الموجه.
9. صياغة المحتوى العلاجي: تم إعداد محتوى علاجي منظم يغطي الجلسات العلاجية الـ15، موزعة على ثلاث مراحل (تهيئة، مواجهة، إنهاء)، مع ضبط كل جلسة وفق نموذج موحد يشمل: الأهداف، الأساليب، الفنيات، الأنشطة، والتقويم.
10. تحديد عدد الجلسات وبنيتها: يتضمن البرنامج 15 جلسة علاجية، مدة كل جلسة 60/45 دقيقة، بواقع جلستين في الأسبوع، تمتد على فترة 7 أسابيع تقريبًا.

11. **مراجعة أولية للمحتوى:** تم عرض المسودة الأولية للبرنامج على المشرف الأكاديمي لمناقشة

محتواه وتحقيق التوافق العلمي والمنهجي قبل عرضه على المحكمين.

12. **التحكيم العلمي للبرنامج:** عُرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس

الإكلينيكي والعلاج المعرفي السلوكي، وذلك لتحكيمه من حيث الصدق الظاهري والمنهجي ومدى

مناسبة المحتوى لأهداف البرنامج.

13. **إجراء التعديلات المقترحة:** بناءً على ملاحظات المشرفين والمحكمين، تم تعديل عدد من

الجلسات من حيث الصياغة، تسلسل الفنيات، أو إعادة تنظيم بعض الأنشطة العلاجية بما يتماشى

مع الخصائص النفسية للعينة.

2.2.5. وصف البرنامج العلاجي:

يعد هذا البرنامج محاولة علمية تطبيقية تهدف إلى التخفيف من حدة الاكتئاب لدى فئة خاصة

من الأفراد، وهم الناجون من حوادث المرور، من خلال توظيف مبادئ وفنيات العلاج المعرفي السلوكي

(CBT) في إطار منظم ومخطط. وقد تم تصميم البرنامج بناءً على دمج مرجعي بين الأسس النظرية

المعرفية والسلوكية، والدراسات السابقة ذات الصلة، بالإضافة إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية التي

أُجريت على العينة المستهدفة، وتحليل لمحتوى بعض البرامج العلاجية المشابهة.

ينطلق البرنامج من فهم علمي لمظاهر الاكتئاب لدى هذه الفئة، وأسباب استمراره بعد الصدمة

النفسية الناتجة عن الحادث، مع مراعاة الخصائص النفسية والاجتماعية والمعرفية للمستفيدين، بما يسمح

بتكييف المحتوى العلاجي معهم. يتكون البرنامج من 15 جلسة علاجية جماعية، تُنفذ بمعدل جلستين

أسبوعياً، ويمتد على مدار 7 إلى 8 أسابيع. وتراعي كل جلسة تنظيمًا موحدًا يتضمن: أهداف الجلسة،

محتواها، الفنيات المستخدمة، الاستراتيجيات العلاجية، والمستلزمات المطلوبة. (الملحق رقم 01)

تقسم جلسات البرنامج إلى ثلاث مراحل علاجية (تهيئة، تدخل، إنهاء)، وتستند إلى فنيات متعددة مثل: إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء، حل المشكلات، المحادثة الموجهة، التعرض التدريجي، التخييل العلاجي وغيرها من الأساليب المدعومة بالأدبيات العلمية. كما يُراعي البرنامج المبادئ الأخلاقية للتدخل العلاجي ويُطبق في بيئة علاجية مناسبة بالتنسيق مع مختصين في الصحة النفسية.

3.2.5. الخصائص السيكومترية للبرنامج:

❖ **صدق المحكمين (الصدق الظاهري):** لأجل التأكد من صلاحية البرنامج العلاجي المقترح من حيث البناء النظري والتطبيقي، تم عرض البرنامج في نسخته الأولى المكونة من (15) جلسة علاجية على عينة مكونة من (13) محكمًا من ذوي الخبرة والاختصاص في ميادين علم النفس العيادي والصحة النفسية. وقد تنوعت جهات انتماء المحكمين لتشمل عدة جامعات جزائرية، لضمان تنوع المرجعيات العلمية والنظرية في التحكيم. وقد تم استرجاع (09) استمارات من قبل المحكمين (الملحق رقم 03)

لذلك تم تزويد المحكمين بنسخة كاملة من البرنامج العلاجي (الملحق رقم 01) بالإضافة إلى استمارة تحكيم (ملحق رقم 02) علمية تم تصميمها خصيصًا لهذا الغرض، تضمنت محاور أساسية لتقييم البرنامج مثل: مدى وضوح الأهداف، اتساق الجلسات مع مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، ملائمة التقنيات والأساليب المستخدمة، صلاحية الوسائل التعليمية، ومستوى الارتباط بين الجلسات ومكونات البرنامج النظرية والمهارية.

وقد قام المحكمون بإبداء آرائهم وملاحظاتهم العلمية حول مدى مناسبة مكونات البرنامج العلاجي من حيث وضوح أهداف الجلسات، وانسجامها مع مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، وكذلك حول ملائمة

التقنيات والفنيات المستخدمة لطبيعة الفئة المستهدفة. كما تم تقييم اتساق تسلسل الجلسات، ومدى انتماء محتوى كل جلسة إلى المحاور المعرفية والانفعالية والسلوكية المستهدفة، فضلاً عن مدى وضوح الصياغة اللغوية والإجرائية للأنشطة العلاجية.

وبناءً على تلك الملاحظات، تم إدخال التعديلات الضرورية على البرنامج، شملت: حذف بعض الفقرات، وتعديل بعض الأنشطة، وإعادة صياغة أجزاء معينة بما يتوافق مع مقترحات المحكمين وتوصياتهم، مما أسهم في إخراج البرنامج بصيغته النهائية المعتمدة، كما هو موضح في الملحق رقم (04)

وقد تم حساب معامل الاتفاق باستخدام المعادلة التالية:

$$CVR=(n-N/2)/N-2$$

حيث:

- CVR نسبة الصدق الظاهري.

- n عدد المحكمين الذين اعتبروا الفقرة "أساسية".

- N العدد الكلي للمحكمين.

الجدول رقم (7): معامل الاتفاق بين المحكمين عن طريق معامل لاوشي للبرنامج العلاجي

الجلسات		ملائمة الأهداف		محتوى البرنامج العلاجي		فنيات وأساليب التنفيذ		التنظيم العام للبرنامج
		المتفقين	CVR	المتفقين	CVR	المتفقين	CVR	CVR
الجلسة 01	8	0.78	9	1	9	1	9	1
الجلسة 02	8	0.78	9	1	9	1	9	1
الجلسة 03	9	1	8	0.78	9	1	9	1
الجلسة 04	8	0.78	8	0.78	9	1	9	1

1	9	0.78	8	0.78	8	1	9	الجلسة 05
1	9	0.78	8	1	9	1	9	الجلسة 06
1	9	1	9	1	9	1	9	الجلسة 07
1	9	0.78	8	0.78	8	1	9	الجلسة 08
1	9	1	9	1	9	1	9	الجلسة 09
1	9	1	9	0.78	8	1	9	الجلسة 10
1	9	0.78	8	1	9	0.78	8	الجلسة 11
0.78	8	0.78	8	1	9	1	9	الجلسة 12
1	9	1	9	1	9	1	9	الجلسة 13
1	9	1	9	1	9	1	9	الجلسة 14
1	9	1	9	1	9	1	9	الجلسة 15

خطوات استخراج معامل الاتفاق الكلي:

1. حساب CVR لكل بند من بنود البرنامج (الأهداف، المحتوى، الفنيات، التنظيم) في كل جلسة.
 2. تجميع قيم CVR لجميع البنود التي تم تحكيمها عبر الجلسات الـ 15.
 3. حساب المتوسط الحسابي لقيم CVR لجميع الجلسات ولكل محور من المحاور.
 4. المتوسط النهائي لهذه القيم يمثل معامل الاتفاق الكلي للبرنامج.
- (15 جلسة × 4 محاور)، وكانت مجموع قيم CVR لجميع البنود = 49.2، فإن:

$$\text{معامل الاتفاق الكلي} = 60 / 49.2 = 0.82$$

وبالتالي، القيمة 0.82 تمثل متوسط اتفاق المحكمين على جميع عناصر البرنامج، وهو ما يدل على مستوى اتفاق عالٍ وصدق جيد للمحتوى.

الجدول رقم (8): يوضح نسبة الاتفاق بين المحكمين

نسبة الاتفاق بين المحكمين	مستوى التقييم
80% إلى 100%	مقبول

تعدل	70% إلى أقل من 80%
تُحذف	أقل من 70%

من خلال نتائج تحكيم البرنامج العلاجي أسفرت عن مستوى عالٍ من الاتفاق حول محاور البرنامج الأربعة، وهي: ملائمة الأهداف، محتوى البرنامج، فنيات وأساليب التنفيذ، والتنظيم العام للبرنامج. وقد تم حساب معاملات الاتفاق (CVR) باستخدام معادلة لاوشي، حيث تجاوزت معظم القيم الحد الأدنى المقبول (0.78) تبعاً لعدد المحكمين، ما يعكس صدقاً قوياً لمحتوى الجلسات العلاجية. كما بلغ معامل الاتفاق الكلي للبرنامج (0.82)، وهو ما يشير إلى أن المحكمين أجمعوا على صلاحية البرنامج ومناسبته للفئة المستهدفة من حيث البناء النظري والمحتوى التطبيقي، مما يعزز من موثوقيته وإمكانية اعتماده في التدخلات العلاجية الميدانية. وعلى الرغم من هذا الاتفاق العالي، فقد قدم بعض المحكمين ملاحظات بسيطة تمثلت في:

- اقتراح إعادة صياغة بعض الأهداف لتكون أكثر تحديداً.
- توصية بتبسيط بعض المفاهيم المستخدمة في المحتوى.
- اقتراح تعديل طفيف في ترتيب بعض الجلسات بما يخدم التسلسل المنطقي.

وقد تم أخذ هذه الملاحظات بعين الاعتبار خلال مراجعة النسخة النهائية من البرنامج العلاجي، بما عزز من وضوحه وفاعليته، وهو ما يجعل النسخة المعتمدة أكثر اتساقاً وجودة وفقاً لرأي المحكمين.

3.5. المقابلة نصف الموجهة:

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المقابلة العيادية نصف الموجهة باعتبارها أداة نوعية تهدف إلى التعرف على الحالات المدروسة بشكل شامل، والوقوف على ما إذا كانت تعاني من أعراض الاكتئاب

بعد تعرضها لحوادث المرور. وقد جاء اختيار هذا الأسلوب نظرًا لقدرته على الجمع بين الطابع المنظم (من خلال محاور محددة مسبقًا) والطابع المرن الذي يتيح للمبحوثين التعبير بحرية عن تجاربهم ومعاناتهم.

لقد مكنت هذه الأداة من:

1. التعرف على البيانات الشخصية والخلفية العامة لكل حالة، بما يساهم في وضعها ضمن سياقها الاجتماعي والنفسي.

2. استكشاف التجربة الذاتية للحدث وما خلفه من صدمة أو آثار نفسية ممتدة.

3. الكشف عن الأعراض الاكتئابية التي قد يعاني منها الفرد مثل الحزن، فقدان الاهتمام، ضعف الدافعية، والشعور بالذنب أو العجز.

4. فهم الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة و الاكتئاب.

5. تأكيد أو دعم نتائج الاختبارات الكمية (مقياس بيك للاكتئاب) من خلال المعطيات النوعية التي يقدمها المفحوص أثناء الحوار.

وقد تم بناء المقابلة وفق أربعة محاور أساسية: البيانات الشخصية والخلفية العامة، تجربة الحادث وتبعاته، الأعراض النفسية المرتبطة بالاكتئاب، وأساليب التكيف والدعم النفسي والاجتماعي. وبذلك، أسهمت المقابلة في توفير صورة متكاملة عن الحالة النفسية للناجين، وأتاحت للباحث الحكم على ما إذا كانوا يعانون من اضطراب اكتئابي يستدعي التدخل العلاجي.

6. نتائج الدراسة الاستطلاعية

بناءً على الدراسة الاستطلاعية التي أُجريت على عينة من الناجين من حوادث المرور (عدد 10 أفراد)، والتي هدفت إلى اختبار أدوات البحث وفعالية فنيات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ميدانيًا، أمكن التوصل إلى جملة من النتائج التي تُعدّ أساسية في تحسين البرنامج وضبطه، وقد أُرِفقت هذه النتائج كذلك بملاحظات المحكّمين التسعة الذين شاركوا في تقييم البرنامج، وبلغ معامل الاتفاق الكلي بينهم (0.82)، ما يدل على درجة عالية من الاتساق والقبول العام لمحتوى البرنامج من الناحية العلمية والمنهجية. وفيما يلي أبرز نتائج الدراسة الاستطلاعية مدمجة بآراء المحكّمين:

1. **ملاءمة أولية لمقياس بيك للاكتئاب:** أبدت الحالات قدرة مقبولة على فهم محتوى المقياس، مع وجود بعض الصعوبات في تفسير بنود ذات طبيعة نفسية تجريدية، وهو ما أشار إليه بعض المحكّمين أيضًا، مقترحين مراجعة ترجمة بعض العبارات لتتلاءم مع المستوى الثقافي للعينة.
2. **صعوبات لغوية ومفاهيمية جزئية:** ظهرت التباسات لفظية لدى بعض الحالات، وهو ما أكد عليه أحد المحكّمين الذي أوصى بإعادة صياغة بعض البنود بأسلوب مبسط يراعي الثقافة المحلية، دون الإخلال بالمعنى العلمي.
3. **قابلية نفسية إيجابية للتدخل العلاجي:** بيّنت الاستطلاعية أن أفراد العينة لديهم استعداد للمشاركة في البرنامج، وهو ما اعتبره المحكّمون مؤشّرًا إيجابيًا على قابلية تطبيق البرنامج في الواقع الميداني، خاصة إذا رُوِعت شروط الخصوصية والدعم.
4. **تقبل جيد للفنيات السلوكية الأولية:** حظيت تقنيات الاسترخاء والتنفس والتخيل الإيجابي بقبول مبدئي جيد، وأوصى بعض المحكّمين بتعزيز هذه الفنيات في الجلسات الأولى لبناء الثقة وإحداث أثر مباشر يرفع من دافعية الأفراد للمواصلة.

5. صعوبة استيعاب الفنيات المعرفية التجريدية: لاحظ الباحث محدودية الاستيعاب لفنيات مثل إعادة البناء المعرفي، وهي ملاحظة دعمها أكثر من محكم، مشيرين إلى ضرورة تدعيمها بأمثلة واقعية وتمارين تطبيقية ملموسة، مع تدرج منطقي في تقديمها.
 6. الحاجة إلى جلسات تمهيدية داعمة: أظهرت المقابلات وجود اضطراب عاطفي أولي لدى بعض الحالات، مما يستدعي جلسات تأسيسية للدعم النفسي وبناء العلاقة العلاجية. وقد أشار محكمون إلى أهمية إدراج جلسة "تعارف وتعزيز الأمان" ضمن الخطة العلاجية قبل البدء بالعلاج المعرفي المكثف.
 7. تفاوت نفسي ومعرفي داخل العينة: رُصدت فروقات فردية واضحة، ما دفع عددًا من المحكمين إلى اقتراح إدخال هامش من المرونة داخل البرنامج، من حيث التدرج الزمني أو تخصيص بعض الفنيات حسب احتياجات كل فرد.
 8. مقترحات تطبيقية من المشاركين: أوصى المشاركون بتفضيل الجلسات الفردية على الجماعية، توفير بيئة مريحة وهادئة، وتقديم كتيبات مبسطة توضح أهداف وخطوات البرنامج. وقد دعم المحكمون هذا التوجه، مؤكدين على ضرورة تعزيز الجانب التواصلي في البرنامج لضمان فهم المشاركين وتفاعلهم معه.
- أثبتت الدراسة الاستطلاعية أهميتها في تعديل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وتكييفه مع خصائص العينة المستهدفة. كما أظهرت ملاحظات المحكمين مدى صدق المحتوى وملاءمة البنية العامة للبرنامج، وهو ما يجعل هذا التدخل مؤهلاً مبدئيًا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

ثانياً: الدراسة الأساسية

1. منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي، نظراً لملاءمته لطبيعة الأهداف التي تسعى إلى التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور. يُعد المنهج شبه التجريبي أحد أشكال المناهج التجريبية التي تُستخدم عندما يصعب التحكم الكامل في جميع المتغيرات، خاصة في الدراسات النفسية والتربوية التي تتعامل مع أفراد ومواقف لا يمكن إخضاعها لضبط تجريبي صارم.

وقد تم اختيار تصميم المجموعة الواحدة ذات القياسين (القبلي والبعدي)، حيث خضعت مجموعة واحدة من الأفراد (الناجين من حوادث المرور) لقياس مستوى الاكتئاب لديهم قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي)، ثم أعيد قياس مستوى الاكتئاب بعد الانتهاء من البرنامج (القياس البعدي). يُتيح هذا التصميم فحص أثر البرنامج العلاجي من خلال مقارنة الفروق بين القياسين لتحديد ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى تطبيق البرنامج.

ورغم أن هذا التصميم لا يتضمن مجموعة ضابطة للمقارنة، إلا أنه يُعد مقبولاً في الدراسات ذات الطابع التطبيقي التي تُنفذ في بيئات واقعية وظروف خاصة، مثل الحالات النفسية الحساسة، وهو ما ينطبق على عينة هذه الدراسة التي تمثل فئة من الناجين من حوادث مرورية يعانون من أعراض اكتئابية تتطلب تدخلاً علاجياً مباشراً.

1.1. التصميم شبه التجريبي لمجموعة واحدة (بقياس قبلي وبعدي)

ويُرمز له بالشكل التالي:

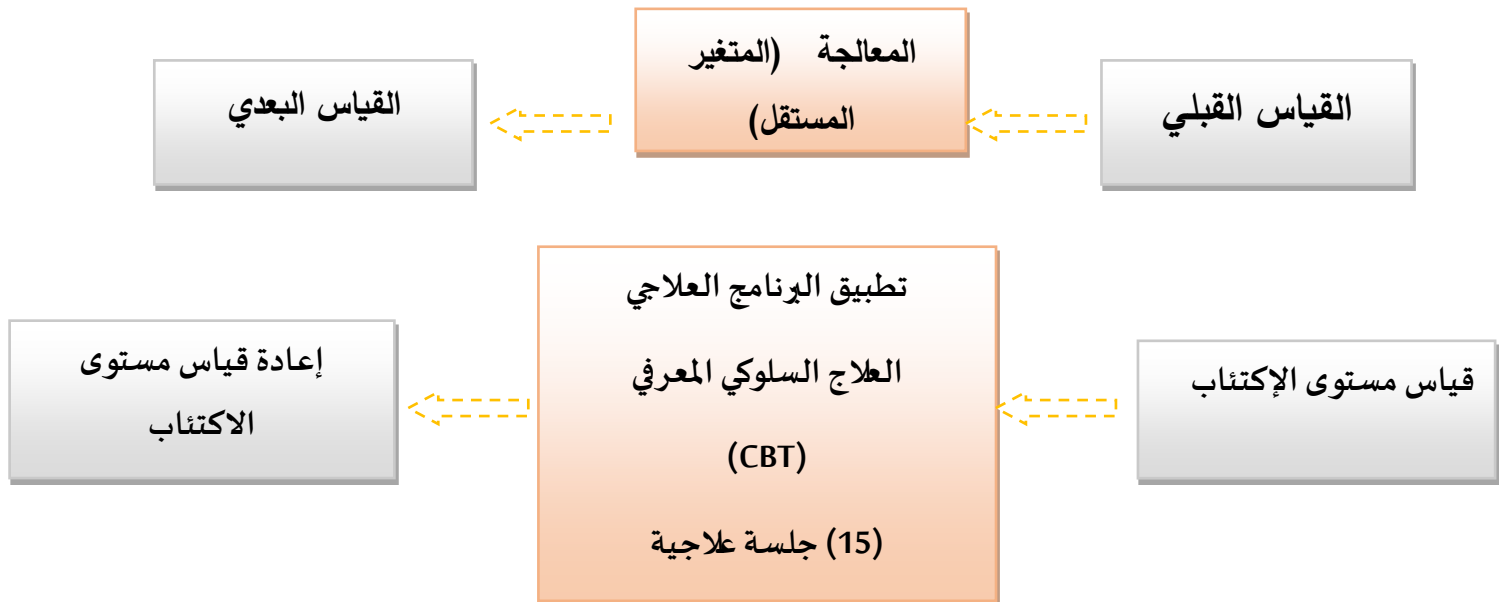
$$O_1 \rightarrow X \rightarrow O_2$$

O_1 القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج العلاجي).

X المعالجة التجريبية (البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي).

O_2 القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج العلاجي).

والمخطط التالي يبين توزيع القياس القبلي و البعدي على المجموعة التجريبية:



الشكل رقم (6): التصميم شبه التجريبي للدراسة

المصدر: من إعداد الباحث

2. حدود الدراسة

تخضع هذه الدراسة لجملة من الحدود التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند تفسير النتائج وتعميمها، ويمكن تفصيلها كما يلي:

1. **الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة على الكشف عن فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور، دون التطرق إلى اضطرابات نفسية أخرى قد تصاحب هذه الفئة مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أو القلق العام.
2. **الحدود البشرية:** اقتصرَت الدراسة على عينة من 10 أشخاص من الناجين من حوادث المرور، ممن تظهر عليهم أعراض اكتئابية بدرجات متفاوتة. وبالتالي فإن النتائج لا يمكن تعميمها على جميع الناجين، خاصة أولئك الذين لا يعانون من أعراض اكتئابية واضحة، أو من يعانون من اضطرابات مزدوجة.
3. **الحدود المكانية:** تم تنفيذ البرنامج العلاجي بالتنسيق مع مختصين نفسيين بمستشفى الأمراض العقلية بدائرة مشونش ولاية بسكرة، مما يجعل النتائج مرتبطة بسياق محلي معين قد لا ينطبق على مناطق أخرى تختلف في الخصائص الاجتماعية أو البيئية.
4. **الحدود الزمنية:** أُجريت الدراسة خلال الفترة الممتدة بين 2024/2025، وهي فترة زمنية قد تتغير فيها العوامل المؤثرة في الحالة النفسية للمشاركين مثل الظروف الاجتماعية والاقتصادية، مما يحدّ من إمكانية تعميم النتائج على فترات زمنية أخرى.
5. **الحدود المنهجية:** استخدمت الدراسة تصميمًا شبه تجريبيًا لمجموعة واحدة بقياسين (قبلي - بعدي)، وهو ما يعني غياب مجموعة ضابطة للمقارنة، وقد يحد ذلك من ضبط كافة المتغيرات الخارجية التي قد تؤثر في نتائج الدراسة.

3. مجتمع وعينة الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من الأفراد الناجين من حوادث المرور، ممن تعرضوا لأزمات نفسية خلفت لديهم أعراضًا اكتئابية بدرجات متفاوتة. ويشمل هذا المجتمع الحالات التي تتم متابعتها داخل مراكز العلاج النفسي بولاية بسكرة، بالتنسيق مع المختصين النفسانيين العاملين بهذه المراكز خلال الفترة

الزمنية الممتدة بين 2024/2025.

أما عينة الدراسة، فقد تم اختيارها بطريقة قصدية، حيث شملت (10) أفراد من الناجين من حوادث المرور، ممن استوفوا المعايير التالية:

- ظهور أعراض اكتئابية وفق نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب.
- عدم خضوعهم لبرامج علاجية نفسية أخرى متزامنة.
- قدرتهم على الالتزام بحضور جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

وقد تم إخضاع أفراد العينة إلى برنامج علاجي معرفي سلوكي مكثف، يهدف إلى التخفيف من حدة الاكتئاب، وذلك ضمن تصميم شبه تجريبي لمجموعة واحدة، مع تطبيق أدوات القياس النفسية في مرحلتين: قبل وبعد التدخل العلاجي.

1.3. خصائص العينة

تتكون عينة الدراسة من (10) أفراد من الناجين من حوادث المرور، تم اختيارهم بطريقة قصدية من بين الحالات التي تتردد على مراكز العلاج النفسي بولاية بسكرة خلال الفترة الزمنية الممتدة من سنة 2024 إلى 2025. وقد تم اختيارهم بناءً على توفر مجموعة من المعايير النفسية والطبية، أهمها:

✚ تشخيص أولي بوجود أعراض اكتئابية، تم التأكد منها باستخدام مقياس بيك للاكتئاب.

✚ الخلو من الاضطرابات العقلية الشديدة أو الإعاقات الذهنية.

✚ عدم تلقي علاج نفسي موازي خلال فترة تطبيق البرنامج العلاجي.

✚ القدرة على التواصل والتفاعل داخل الجلسات العلاجية.

✚ الاستعداد والالتزام بحضور البرنامج العلاجي كاملاً.

وقد تميزت العينة بتنوع نسبي في الخصائص الديموغرافية (السن، الجنس، الوضعية الاجتماعية والمهنية)، مما أتاح فهمًا أوسع لمدى استجابة الأفراد ذوي الخلفيات المختلفة للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

الجدول رقم (9): خصائص العينة حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
60%	6	ذكر
40%	4	أنثى
100%	10	المجموع

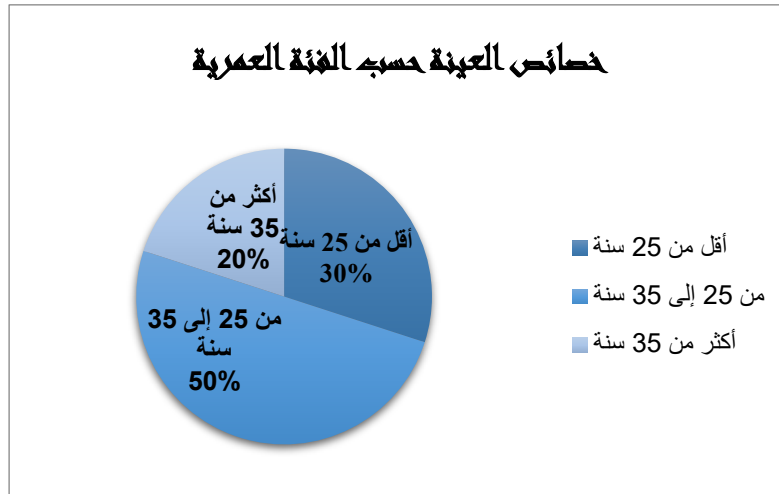
توزيع العينة حسب الجنس



الشكل رقم (7): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب الجنس

الجدول رقم (10): خصائص العينة حسب الفئة العمرية (السن)

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
30%	3	أقل من 25 سنة
50%	5	من 25 سنة الى 35 سنة
20%	2	أكثر من 35 سنة
100%	10	المجموع

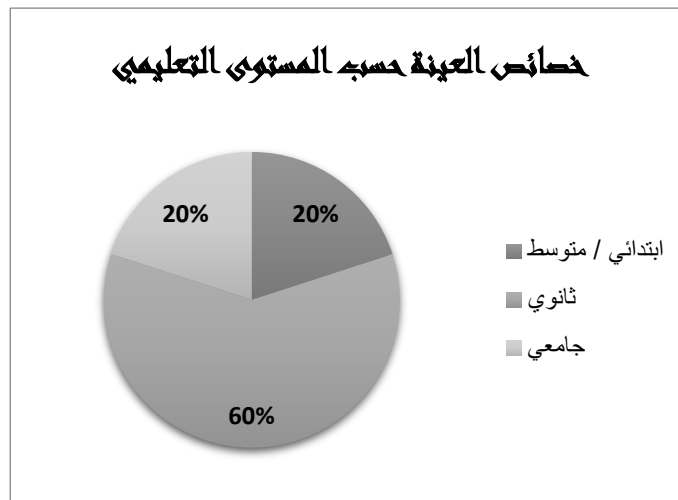


الشكل رقم (8): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب الفئة العمرية

الجدول رقم (11): خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
----------------	---------	------------------

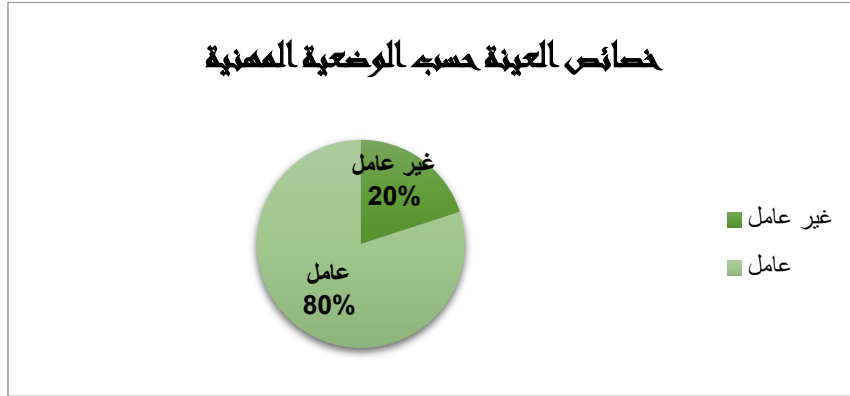
ابتدائي/متوسط	2	20%
ثانوي	6	60%
جامعي	2	20%
المجموع	10	100%



الشكل رقم (9): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

الجدول رقم (12): خصائص العينة حسب الوضعية المهنية

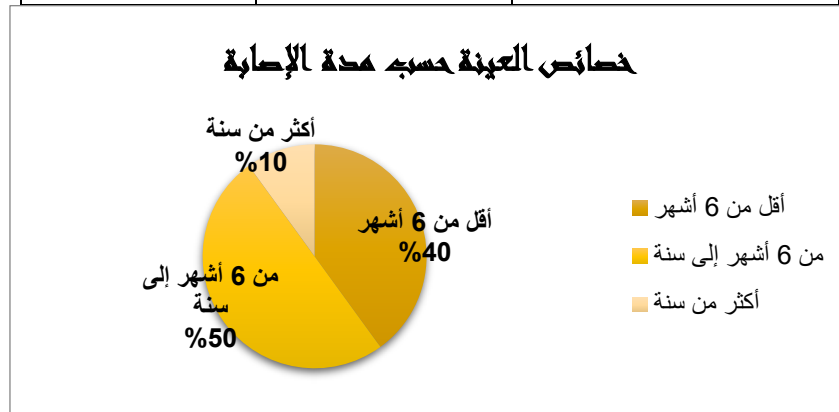
الوضعية المهنية	التكرار	النسبة المئوية
عامل	8	80%
غير عامل	2	20%
المجموع	10	100%



الشكل رقم (10): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب الوضعية المهنية

الجدول رقم (13): خصائص العينة حسب مدة الإصابة

النسبة المئوية	التكرار	مدة الإصابة
40%	4	أقل من 6 أشهر
50%	5	من 6 أشهر إلى سنة
10%	1	أكثر من سنة
100%	10	المجموع



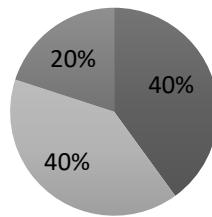
الشكل رقم (11): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب مدة الإصابة

الجدول رقم (14): خصائص العينة حسب شدة الإصابة الجسدية

شدة الإصابة	التكرار	النسبة المئوية
خفيفة	4	40%
متوسطة	4	40%
خطيرة	2	20%
المجموع	10	100%

خصائص العينة حسب شدة الإصابة الجسدية

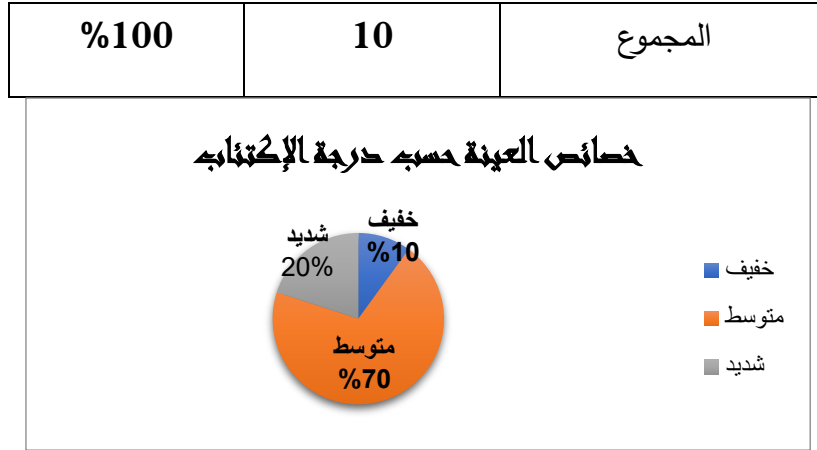
خطيرة متوسطة بسيطة



الشكل رقم (12): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب شدة الإصابة الجسدية

الجدول رقم (15): خصائص العينة حسب درجة الإكتئاب (وفق مقياس بيك)

درجة الإكتئاب	التكرار	النسبة المئوية
خفيف	1	10%
متوسط	7	70%
شديد	2	20%



الشكل رقم (13): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة حسب درجة الإكتئاب

4. متغيرات الدراسة

أولاً: نوع المتغيرات

تنقسم متغيرات الدراسة إلى نوعين رئيسيين:

1. المتغير المستقل:

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: ويمثل المتغير الذي يتم التلاعب به من قبل الباحث، بهدف معرفة تأثيره على مستوى الاكتئاب لدى المشاركين. يتمثل هذا البرنامج في سلسلة من الجلسات العلاجية التي تم تصميمها وتطبيقها خصيصاً لهذه الدراسة، وتتضمن استراتيجيات معرفية وسلوكية لعلاج الأعراض الاكتئابية.

2. المتغير التابع:

درجة الاكتئاب: ويُمثل الأثر أو النتيجة التي يسعى الباحث إلى قياسها. يتم قياس هذا المتغير باستخدام **مقياس بيك للاكتئاب (BDI)** قبل تطبيق البرنامج (اختبار قبلي) وبعده (اختبار بعدي) لقياس مدى التغير في مستوى الاكتئاب لدى المشاركين.

ثانيًا: المتغيرات الضابطة: وهي المتغيرات التي تم ضبطها لتقليل أثرها على النتائج، ومن أبرزها:

- ✚ مدة تطبيق البرنامج: تم تحديدها بـ 15 جلسة علاجية على مدى زمني ثابت.
 - ✚ عدد الجلسات وتواترها: تم توحيدها لجميع المشاركين (جلستان أسبوعيًا تقريبًا)
 - ✚ مكان التطبيق: مراكز نفسية بولاية بسكرة لضمان تجانس الإطار المكاني.
 - ✚ الفئة العمرية: تم استهداف فئة عمرية متقاربة نسبيًا.
 - ✚ درجة الإصابة بحوادث المرور: اقتصرَت العينة على أفراد لديهم أعراض اكتئابية ناتجة عن حوادث مرور وليس عن عوامل أخرى.
- ثالثًا: المتغيرات الوسيطة أو المعدلة: وهي المتغيرات التي قد تتداخل مع العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، ويجب أخذها في الاعتبار عند تحليل النتائج، مثل:
- ✚ شدة الحادث المروري (مُحتملة التأثير).
 - ✚ الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد خارج إطار الدراسة.
 - ✚ الخبرات العلاجية السابقة للمشاركة.
 - ✚ الخصائص الشخصية (مثل المرونة النفسية).

5. إجراءات الدراسة الميدانية

1. الحصول على الموافقات الرسمية حيث تمت مخاطبة الجهات المختصة كمديريات الصحة ومراكز العلاج النفسي للحصول على التصاريح اللازمة، كما تم التنسيق مع مختصين نفسيين لتسهيل تنفيذ الدراسة ميدانيًا. الملحق رقم (07)
2. اختيار العينة حيث تم اختيار 10 أفراد من الناجين من حوادث المرور ممن يعانون من أعراض اكتئابية، وفق معايير محددة تشمل العمر المناسب، والقدرة العقلية، والاستعداد النفسي للمشاركة.

3. بناء البرنامج العلاجي فقد تم تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي يتكون من 15 جلسة علاجية،
بواقع جلستين أسبوعياً، يهدف إلى تعديل الأفكار السلبية وتنمية المهارات السلوكية الإيجابية.
4. اختيار أدوات القياس فقد تم اعتماد مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) لتقييم مستوى الاكتئاب قبل
وبعد البرنامج، كما تم إعداد بطاقة متابعة لتوثيق الحضور وتفاعل المشاركين في الجلسات (الملحق
رقم 01).
5. إجراء الاختبار القبلي حيث تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على أفراد العينة قبل بدء الجلسات،
وذلك بهدف قياس مستوى الاكتئاب الأولي وتحديد خط الأساس للمقارنة لاحقاً.
6. تنفيذ الجلسات العلاجية تم تنفيذ الجلسات العلاجية على مدار 5 إلى 6 أسابيع، حيث تم دمج
تقنيات معرفية وسلوكية، وتقديمها داخل قاعات مناسبة بإشراف مختصين مؤهلين.
7. متابعة التفاعل وتسجيل الملاحظات لذلك تم تسجيل تفاعل المشاركين واستجاباتهم داخل كل
جلسة، إضافة إلى تقديم دعم فردي عند الحاجة للحالات التي تظهر مقاومة أو صعوبات في
التفاعل.
8. إجراء الاختبار البعدي فبعد الانتهاء من البرنامج، أعيد تطبيق مقياس بيك على نفس العينة لقياس
مدى التحسن ومقارنة النتائج مع القياس القبلي.
9. تحليل النتائج إحصائياً حيث تم إدخال البيانات في برنامج SPSS وتم استخدام اختبار T لعينتين
مرتبطتين (Paired Sample T-Test) للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين
القياسات.
10. ضبط المتغيرات والتحكم فيها فقد تم الحرص على ثبات ظروف التطبيق (الزمن، المكان، عدد
الجلسات)، ومنع أي تدخلات علاجية موازية، وتوثيق أسباب انسحاب أي مشارك إن وُجد.

11. الالتزام بالضوابط الأخلاقية لذلك وقع جميع المشاركين على استمارات الموافقة المستنيرة بعد شرح

أهداف الدراسة، مع ضمان حقهم في الانسحاب في أي وقت، والالتزام بسرية البيانات وخصوصية

الأفراد

12. إجراء اختبار تتبعي بعد شهر بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج، تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب

مرة أخرى لمتابعة استمرارية أثر العلاج والتحقق من ثبات النتائج الإيجابية.

6. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

1.6. تعريف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للاكتئاب.

يعد هذا البرنامج تدخلاً نفسياً منظماً ومبنياً على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (CBT)،

يستهدف التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور، من خلال العمل على

تعديل أنماط التفكير السلبية المرتبطة بالحدث، وتنمية مهارات التكيف السلوكي والانفعالي.

تم تصميم البرنامج بطريقة تدريجية تراعي الخصائص النفسية للمشاركين، ويُنفذ في إطار جماعي

آمن، بمعدل جلستين أسبوعياً لمدة ثمانية أسابيع، بإجمالي خمس عشرة جلسة علاجية، تتنوع بين جلسات

معرفية، سلوكية، وتعرضية، بالإضافة إلى جلسات استرخاء وتنمية الذات.

يرتكز البرنامج على التفاعل النشط بين المعالج والمشاركين، ويعتمد على مبدأ "المعالجة

التشاركية"، حيث يُشجّع الأفراد على فهم الصدمة التي مروا بها، وإعادة تفسيرها بشكل واقعي، بما يُسهم

في استعادة شعورهم بالسيطرة على الذات وتحسين نوعية حياتهم النفسية والاجتماعية.

2.6. الأسس النظرية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

يرتكز هذا البرنامج العلاجي على مجموعة من النظريات النفسية المعاصرة التي تشكّل الإطار العلمي لفهم اضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب، وتوجيه التدخلات العلاجية المناسبة. وتتمثل أهم هذه الأسس فيما يلي:

❖ النظرية المعرفية لـ "أرون بيك" (Beck, 1976)

تعد النظرية المعرفية حجر الأساس في تصميم هذا البرنامج، حيث ترى أن الأفكار التلقائية السلبية والتشوهات المعرفية تُسهم بشكل مباشر في نشأة الاكتئاب واستمراره، وخاصة بعد الصدمات النفسية. ويهدف البرنامج إلى تعديل هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وتكيفًا.

❖ النظرية السلوكية (Behavioral Theory)

تؤكد هذه النظرية على دور التعلم الشرطي والتجارب السلبية في ظهور الاكتئاب والقلق بعد الحوادث، نتيجة تعزيز أنماط سلوكية غير تكيفية مثل الانسحاب الاجتماعي والتجنب. ويستخدم البرنامج تقنيات سلوكية مثل الجدولة السلوكية، والتعرض التدريجي لاستبدال هذه السلوكيات بأنشطة إيجابية.

❖ نموذج المعالجة المزدوجة للصدمة (Dual Processing Theory – Ehlers & Clark, 2000)

2000)

يفسر هذا النموذج استمرار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة المعالجات غير المتكاملة للحدث الصدمي، مما يؤدي إلى ظهور ذكريات اقترامية، وتجنب، وفرط استثارة. ويعالج البرنامج هذا الخلل من خلال تقنيات التعرض التخيلي والمعرفي لتكامل التجربة داخل البناء الذهني.

❖ نظرية الاستثارة والانفعال (Emotional Processing Theory –Foa & Kozak,

1986)

تنص هذه النظرية على أن مواجهة الذكريات المؤلمة (بدلاً من تجنبها) داخل بيئة آمنة تساعد في تقليل القلق والانفعالات المرتبطة بها. ويُطبَّق هذا المبدأ من خلال جلسات التعرض التخيلي والتنفيس الانفعالي التي تُعد من محاور البرنامج الرئيسية.

❖ النموذج التكاملي المعرفي-السلوكي

يستند البرنامج إلى تكامل الأبعاد المعرفية والانفعالية والسلوكية في تفسير وتعديل الاستجابات النفسية، حيث لا يُنظر إلى الاكتئاب كنتيجة لأفكار خاطئة فقط، بل أيضاً كنتاج لعجز في التكيف، وفقدان في الدافعية، واضطراب في الشعور بالسيطرة.

❖ نظرية الدعم الاجتماعي ودوره في الشفاء (Social Support Theory)

تُبرز هذه النظرية أهمية العلاقات الاجتماعية في التخفيف من حدة الأزمات النفسية. لذلك يتضمن البرنامج جلسات مخصصة لتعزيز الدعم الاجتماعي وإعادة الاندماج.

3.6. مبررات بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

1. الانتشار المرتفع للاكتئاب بعد الحوادث، حيث تشير البحوث إلى أن نسبة كبيرة من الناجين من حوادث المرور يعانون من أعراض اكتئابية مزمنة.

2. تزايد الحاجة لتدخلات نفسية موجهة للفئة الناجية من الحوادث، والتي تعاني من آثار نفسية مهمة في أغلب الأحيان.

3. قلة البرامج العلاجية المتخصصة عربياً التي تتعامل مع الاكتئاب الناتج عن الصدمات النفسية الناتجة عن حوادث الطرق.

4. فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) المثبتة علمياً في خفض الاكتئاب واضطرابات ما بعد الصدمة مقارنة ببرامج أخرى.
5. حاجة الأفراد لفهم التغيرات النفسية التي يعيشونها بعد الحادث، حيث يخلط الكثير منهم بين الأعراض النفسية والضعف الشخصي.
6. غياب الوعي المجتمعي الكافي بالأبعاد النفسية لحوادث المرور، مما يزيد من العزلة والشعور بالذنب لدى الناجين.
7. افتقاد الناجين إلى مهارات المواجهة والتكيف، مما يستدعي تدريباً منظماً على التفكير الواقعي، وحل المشكلات، والتنظيم الانفعالي.
8. تأثير الصدمة النفسية في الوظيفة الاجتماعية والمهنية، مما يتطلب تدخلاً يعيد للمشارك قدرته على التواصل والعمل والإنتاج.
9. دور الجلسات الجماعية في الدعم والتفريغ، حيث تتيح للمشاركين فرصة مشاركة تجاربهم واكتساب الأمان والتقبل الاجتماعي.
10. إمكانية تعميم البرنامج على فئات أخرى تعرضت لصدمة نفسية مثل الكوارث الطبيعية أو العنف أو الصراعات المسلحة.
11. بساطة تقنيات البرنامج وسهولة تطبيقه من قبل المختصين في مراكز الإرشاد أو المؤسسات الصحية والنفسية.
12. أهمية التدخل الوقائي ضد الانتكاس من خلال بناء استراتيجيات مواجهة ثابتة ومستدامة بعد انتهاء البرنامج.
13. قابلية البرنامج للتقييم العلمي والتطوير المستقبلي بما يتيح تحسينه باستمرار وفقاً لنتائج التجريب والتغذية الراجعة.

4.6. طبيعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي هو برنامج نفسي جماعي منظم، يعتمد على جلسات علاجية متتابعة، ويستند إلى مبادئ المدرسة المعرفية السلوكية في فهم وتفسير الاكتئاب ومعالجته، خاصة عندما يكون ناتجاً عن صدمات نفسية مثل حوادث المرور. يتميز البرنامج بطبيعته التفاعلية، التشاركية، والمهارية، حيث يُبنى على أساس التفاعل بين المعالج والمشاركين من جهة، وبين أعضاء المجموعة العلاجية أنفسهم من جهة أخرى، ما يُساهم في توفير بيئة داعمة وآمنة تساعد على إعادة بناء التوازن النفسي والتكيف الفعال. يركز البرنامج على تعديل الأفكار التلقائية السلبية، وتحسين الاستجابات السلوكية والانفعالية، ويعتمد على عدة فنيات مثل: المحاضرة، الحوار والمناقشة، النمذجة، لعب الدور، التعرض التدريجي، تقنيات الاسترخاء، وتمارين حل المشكلات، إلى جانب تكاليفات منزلية تطبيقية. وقد روعي في تصميم البرنامج أن يكون مرناً وتدرجياً، يتلاءم مع خصائص الفئة المستهدفة من الناجين، ويتضمن مراحل متعددة تبدأ ببناء العلاقة العلاجية والتثقيف النفسي، وتنتقل إلى التدخلات المعرفية والسلوكية، وتنتهي بالتقويم والوقاية من الانتكاس.

5.6. فلسفة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

تقوم فلسفة هذا البرنامج العلاجي على رؤية متكاملة للإنسان بوصفه كائناً قادراً على التغيير والتكيف، يمتلك إمكانيات عقلية وانفعالية تمكنه من تجاوز الأزمات النفسية إذا ما تم دعمه بأساليب علاجية علمية ممنهجة. وينطلق البرنامج من المبدأ المعرفي السلوكي القائل بأن الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد عن ذاته والعالم والآخرين تُعد المحدد الأساسي لمشاعره وسلوكياته، وبالتالي فإن تعديل هذه الأفكار يؤدي إلى تحسين الحالة النفسية والانفعالية.

ويتبنى البرنامج فلسفة التمكين النفسي، حيث لا يُنظر إلى الناجين من حوادث المرور كضحايا عاجزين، بل كأشخاص مرّوا بتجربة قاسية، ويملكون القدرة على استعادة توازنهم النفسي من خلال التدخلات القائمة على الأدلة والموجهة نحو استبصار الذات وتطويرها، كما تستند فلسفة البرنامج إلى أن الصدمات النفسية لا تؤدي بالضرورة إلى اضطرابات مزمنة، بل قد تكون نقطة انطلاق لإعادة بناء المعنى، والاتصال بالذات، وتطوير قدرات المواجهة، وذلك إذا توفرت بيئة علاجية آمنة، قائمة على التفاعل الإنساني، والدعم الاجتماعي، والتقبل غير المشروط.

ويولي البرنامج أهمية خاصة للتكامل بين الأبعاد الثلاثة للخبرة الإنسانية:

- البُعد المعرفي: معالجة الأفكار السلبية والتشوهات المعرفية.
- البُعد السلوكي: تدريب الفرد على أنماط سلوك تكيفية بديلة.
- البُعد الانفعالي: التعبير عن المشاعر وتنظيمها بطريقة صحية.

وتُعزز هذه الفلسفة بفنيات عملية مثل: الاسترخاء، التعرض التخييلي، لعب الدور، حل المشكلات، العصف الذهني، والتخيل الموجّه، والتي تهدف مجتمعة إلى إعادة التوازن بين العقل والانفعال والسلوك، في مسار علاجي إنساني يراعي الفروق الفردية ويُشجّع على النمو الشخصي.

6.6. أهداف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

1.6.6. الهدف العام للبرنامج:

العمل على خفض مستوى شدة أعراض الاكتئاب وتحسين التكيف النفسي لدى الناجين من حوادث المرور، من خلال تدريبهم على استراتيجيات معرفية وسلوكية فعّالة تساعدهم على تعديل وتصحيح

أنماط التفكير السلبية والخاطئة لديهم، وتنظيم استجاباتهم الانفعالية، واستعادة الشعور بإدارة الذات ومعنى الحياة.

2.6. الأهداف الفرعية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

1. زيادة وعي وإدراك المصابين بمتلازمة الناجي بطبيعة الاكتئاب الناتج عن الصدمة، من خلال التنقيف النفسي حول العلاقة بين الحادث والأعراض النفسية التي تليه.
2. تعليم وتدريب المصابين بمتلازمة الناجي كيفية إدراك وفهم الأفكار السلبية التلقائية والمشاعر الاكتئابية المرتبطة بتجربة الحادث، وفهم تأثيرها في تشكيل المزاج والسلوك.
3. تدريب الحالات على تعديل وتصحيح الأفكار المشوهة والمعممة، باستخدام نماذج ومخططات معرفية فعالة لإعادة بناء التفكير بواقعية واتزان.
4. تطوير مهارات إدارة الانفعالات والتوتر الجسدي والنفسي عبر تقنيات الاسترخاء والتنفس العميق والاستجابة الانفعالية الهادئة.
5. خفض مظاهر التجنب السلوكي والانفعالي تجاه المواقف المرتبطة بالحادث من خلال التعرض التدريجي والتخيلي، مما يساعد على تقبل الذكريات المؤلمة وإضعاف أثرها.
6. تعزيز التقدير الذاتي واستعادة الشعور بالكفاءة الشخصية بعد فقدان الثقة بالنفس نتيجة الحادث، وذلك ببناء صورة إيجابية واقعية للذات.
7. تنمية مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار لمساعدة الحالات على التعامل مع مواقف الحياة اليومية التي قد تفاقم من أعراض الاكتئاب.
8. تعزيز الدعم الاجتماعي الفعال من خلال إعادة بناء العلاقات الاجتماعية واستغلال شبكات المساندة الشخصية.

9. تمكين الحالات من تبني أساليب مواجهة تكيفيه بديلة عن التفكير ألاجتراري والانسحاب،

وتثبيت استراتيجيات الجديدة تنظيم الذات.

10. بناء مخططات معرفية وقائية فردية لمواجهة احتمالية الانتكاس، عبر مراجعة المهارات

المكتسبة وتطبيقها في المواقف المستقبلية.

7.6. شروط بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

لضمان فعالية البرنامج وملاءمته للفئة المستهدفة، تم الالتزام بعدد من الشروط المنهجية والعلاجية

أثناء بنائه، والتي تتمثل فيما يلي:

✓ الاستناد إلى أطر نظرية وعلمية رصينة حيث تم تصميم البرنامج في ضوء النظريات النفسية

المعرفية والسلوكية المعاصرة، وخاصة نظرية بيك Beck في الاكتئاب، والنظرية السلوكية في

التعلم، ونظرية الدعم الاجتماعي.

✓ تحقيق التكامل بين الجوانب المعرفية، السلوكية، والانفعالية فقد راعى البرنامج معالجة التفكير

السلبى، وتعديل السلوك غير التكيفي، وتنظيم الانفعالات، ضمن منهج علاجي شمولي.

✓ الملائمة مع خصائص الفئة المستهدفة لذلك صُمم البرنامج ليناسب خصوصيات الناجين من

الحوادث من حيث أعمارهم، خلفياتهم النفسية والاجتماعية، ومستوى تأثرهم بالصدمة.

✓ الاعتماد على الفنيات العلاجية الفعالة والمجربة حيث استُخدمت في البرنامج فنيات ذات فاعلية

مثبتة علميًا في خفض الاكتئاب، مثل: التعرض، الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، لعب الدور،

حل المشكلات، العصف الذهني.

- ✓ التدرج المنطقي في بناء الجلسات لذلك بُني البرنامج في تسلسل علاجي متكامل يبدأ بالتهيئة وبناء العلاقة، ثم التعديل المعرفي والسلوكي، ثم التقويم والوقاية من الانتكاس.
- ✓ تحديد أهداف واضحة وقابلة للقياس فقد تم وضع هدف عام للبرنامج و10 أهداف خاصة تتوزع على مراحل الجلسات، مما يسمح بتقويم مدى تحققها بدقة.
- ✓ تنوع أساليب الإعداد والتدريب تم استخدام المحاضرات، المناقشات، الواجبات المنزلية، التمارين الجماعية، العرض التقديمي، والتفاعل بين المشاركين، لضمان استيعاب المحتوى بشكل عملي.
- ✓ الالتزام بمبدأ المشاركة الفعالة للمستفيدين شجّع المشاركين على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم والمشاركة في كل مراحل الجلسة بما يضمن فعاليتهم الذاتية.
- ✓ المرونة في التطبيق وفق الحالة الفردية أو الجماعية صمم البرنامج ليُطبق ضمن مجموعات علاجية، مع إمكانية التكيف مع الظروف الفردية الخاصة عند الحاجة.
- 10. قابلية البرنامج للتقويم والتطوير على هذا الأساس صيغ البرنامج بطريقة تسمح بتحكيمة من المختصين، وتجريبه ميدانياً، وجمع التغذية الراجعة لتعديله وتحسينه مستقبلاً.

8.6. جوانب البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

- يراعي البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي مجموعة من الجوانب المتكاملة التي تساهم في تحقيق أهدافه وتلبية احتياجات الناجين من حوادث المرور، وتتمثل أبرز هذه الجوانب فيما يلي:

1. الجانب المعرفي: يركز على تعديل الأفكار التلقائية السلبية، وتحديد التشوهات المعرفية الشائعة بعد الصدمة (مثل التعميم، الاستنتاج الجائر، تضخيم الحدث)، واستبدالها بأفكار واقعية وأكثر تكيفًا. تُستخدم أدوات مثل بطاقات الأفكار، والمخطط المعرفي، واستراتيجيات إعادة البناء المعرفي.

2. الجانب السلوكي: يهتم بتعديل أنماط السلوك غير التكيفي مثل الانسحاب، التجنب، الخمول، والعمل على استبدالها بأنشطة إيجابية من خلال:

• الجدولة السلوكية.

• التعرض التدريجي.

• لعب الدور.

• تعزيز المهارات الاجتماعية والسلوكية.

3. الجانب الانفعالي: يسعى إلى تنظيم الانفعالات السلبية (كالقلق، الغضب، الحزن) الناتجة عن التجربة الصدمية، من خلال:

• تقنيات الاسترخاء العضلي والتنفس العميق.

• التنفيس الانفعالي الآمن.

• التخيل الموجّه، مع تشجيع المشاركين على التعبير الانفعالي الصحي وغير الحُكمي.

4. الجانب الاجتماعي: يركز على تعزيز الشعور بالانتماء والقبول، وتقوية مهارات التواصل والدعم

المتبادل بين أعضاء المجموعة، من خلال: جلسات الدعم الجماعي، العصف الذهني التشاركي،

بناء شبكة أمان اجتماعية نفسية بعد انتهاء البرنامج.

5. الجانب التثقيفي: يتضمن تقديم معلومات مبسطة وعلمية عن الصدمة، الاكتئاب، أنماط التفكير،

وأثرها على النفس والسلوك، بهدف رفع الوعي الذاتي للمشاركين وتحفيزهم على فهم ما يمرون به

وتفسيره بشكل عقلائي.

6. الجانب الوقائي العلاجي: يهدف إلى تطوير أدوات شخصية للوقاية من الانتكاس من خلال:

- بناء خطة دعم ذاتي بعد انتهاء البرنامج.
- تدريب المشاركين على استراتيجيات المواجهة.
- التنبيه إلى المؤشرات المبكرة لعودة الأعراض.

9.6. الفنيات المستخدمة

❖ المحاضرة (Lecture)

أسلوب تقديمي يستخدمه المعالج لتوضيح المفاهيم النفسية (مثل: الصدمة، الاكتئاب، الأفكار التلقائية)، ويهدف إلى رفع الوعي المعرفي لدى المشاركين وبناء أساس معرفي موحد يمكن البناء عليه في الجلسات التالية.

❖ الحوار والمناقشة (Discussion)

أداة تفاعلية تهدف إلى تشجيع المشاركين على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بحرية، وتسمح بتبادل الخبرات، وطرح الأسئلة، مما يُعزز الفهم العميق للمحتوى العلاجي ويُشعرهم بالقبول والدعم.

❖ التعزيز (Reinforcement)

يُستخدم لتعزيز السلوك الإيجابي والمشاركة الفعالة، سواءً من خلال المديح اللفظي، التقدير، أو التغذية الراجعة الإيجابية، ويُعد عنصرًا مهمًا في تقوية الثقة بالنفس والانخراط في الجلسات.

❖ لعب الدور (Role Play)

تقنية يقوم فيها المشاركون بتمثيل مواقف حياتية واقعية، سواء كانت مؤلمة أو اجتماعية، بهدف التدريب على الاستجابات الجديدة، وفهم المشاعر المرتبطة بها، وهي فعالة في تعديل السلوك وتطبيق المهارات المكتسبة.

❖ النمذجة (Modeling)

يقوم المعالج بعرض سلوك أو مهارة مستهدفة أمام المشاركين، بهدف تعليمهم كيفية التعامل مع مواقف معينة من خلال التقليد والتعلم بالملاحظة، وتُستخدم كثيرًا في جلسات تعديل التفكير أو حل المشكلات.

❖ التنفيس الانفعالي (Emotional Ventilation)

يقصد به السماح للمشاركين بالتعبير عن مشاعرهم السلبية بشكل آمن دون حكم، ويُسهم ذلك في التخفيف من الضغط النفسي، ويعد مدخلًا ضروريًا خاصة في جلسات التعرض التخليوي أو استرجاع الذكريات.

❖ العصف الذهني (Brainstorming)

يُستخدم لتوليد أكبر عدد ممكن من الأفكار أو الحلول الممكنة لمشكلة معينة، سواء كانت فكرة بديلة، أو سلوكًا مرغوبًا. يُعزز التفكير الإبداعي ويُشرك جميع الأفراد في النقاش.

❖ الاسترخاء (Relaxation Training)

تقنيات تشمل الاسترخاء العضلي التدريجي والتنفس العميق، تُستخدم للحد من أعراض القلق والتوتر الجسدي، وهي ضرورية للمساعدة في تنظيم الانفعالات والاستعداد لتقنيات التعرض أو التعديل المعرفي.

❖ حل المشكلات (Problem Solving Training)

أسلوب تدريبي يُعلم المشاركين كيفية تحليل المشكلات اليومية، وتحديد البدائل، واتخاذ قرارات مناسبة، وهو ضروري لتعزيز الثقة الذاتية والاعتماد على النفس بعد الصدمة.

❖ الواجبات المنزلية (Homework Assignments)

تُعطى في نهاية كل جلسة لمساعدة المشاركين على تطبيق ما تعلموه في بيئتهم الطبيعية مثل: (تسجيل الأفكار، ممارسة الاسترخاء، مراقبة المشاعر)، وهي عنصر حاسم لضمان الاستمرارية والاستقلالية.

❖ التخيل (Imagery)

يُستخدم التخيل الموجه لتكوين صور ذهنية إيجابية أو لإعادة استحضار مشاهد من الحادث في جلسات التعرض. يساعد في إعادة تنظيم الذاكرة العاطفية وتغيير الانطباعات السلبية عن الذات أو العالم.

❖ التعريض (Exposure)

يُستخدم في شكلين: التعرض التخليوي والتعرض الواقعي التدريجي. يهدف إلى تقليل التجنب، وتسهيل التكيف مع الذكريات المؤلمة أو المواقف المرتبطة بالحادث. ويُعد أحد أبرز مكونات البرنامج لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.

10.6. جلسات البرنامج

بني البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على أساس خطة منظمة ومتكاملة تتوزع على خمسة عشر جلسة علاجية، تراعي التسلسل المنطقي في التدخل العلاجي وتدرج الأهداف من الاستبصار إلى التغيير المعرفي والسلوكي.

ويُوضّح الجدول الآتي محتوى الجلسات، حيث يتضمّن: رقم الجلسة، الهدف منها، الفنيات العلاجية المعتمدة، الوسائل المستخدمة، والتوقيت الزمني المخصص لكل جلسة. وقد تم تصميم هذه الجلسات وفق خصائص الفئة المستهدفة وظروفهم النفسية والاجتماعية، مع الالتزام بالمبادئ الأخلاقية والمهنية للعلاج النفسي.

الجدول رقم (16): جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	طبيعة الجلسة	أهداف الجلسة	محاور التدخل العلاجي	الفنيات المستخدمة	الزمن
1	التعارف وبناء العلاقة العلاجية	جماعية، تمهيدية، تفاعلية	بناء الأمان، الثقة، الحواجز، التعريف بالبرنامج، وضع	بناء علاقة علاجية - كسر الجليد - توضيح البرنامج - الاتفاق على القواعد	أنشطة تعارف، عصف ذهني، عرض مرئي، صياغة قواعد جماعية	45-60 دقيقة

			قواعد العمل الجماعي			
2	التثقيف النفسي حول الصدمة والاكتئاب	تعليمية، معرفية، جماعية	توعية المشاركين بالصدمة والاكتئاب، إزالة الغموض، التهيئة لتقبل العلاج	شرح الفرق بين الاستجابات الطبيعية وغير الطبيعية، مناقشة الأعراض، تصحيح المفاهيم	فيديو توعوي، مناقشة جماعية، توزيع كتيب مبسط	45-60 دقيقة
3	النموذج المعرفي السلوكي	تفسيرية، تفاعلية، تدريبية	شرح نموذج بيك، وعي بالتفاعل بين الفكر والمشاعر والسلوك، التحليل الذاتي	شرح النموذج - تطبيق عملي - تحليل مواقف حقيقية	رسم توضيحي، أمثلة واقعية، تمرين جماعي	45-60 دقيقة
4	التعرف على الأفكار التلقائية السلبية	تحليلية، معرفية، جماعية	الكشف عن الفكر السلبى، ربطه بالمشاعر والسلوك، وعي ذاتي معرفي	تسجيل الأفكار، تحليلها، مناقشة أثرها الانفعالي والسلوكي	بطاقات تحليل، تمرينات دفترية، نقاش جماعي	45-60 دقيقة
5	تعديل التفكير السلبى	تطبيقية، علاجية، تفاعلية	فحص الأفكار السلبية، بناء بدائل منطقية، الربط بين الأفكار والمزاج	التحدي السقراطي، جداول التعديل، المقارنة المعرفية	أوراق عمل، بطاقات مواقف، عرض PowerPoint	45-60 دقيقة
6	الاسترخاء والتحكم الانفعالي	تطبيقية، تدريبية، علاجية	تقليل التوتر، إدارة الانفعال، الربط بين الجسد والنفس	تدريبات تنفس، استرخاء عضلي، تقييم الانفعال	توجيه صوتي، وسائد مريحة، تمرينات مكتوبة	45-60 دقيقة

7	التعرض التخيلي	علاجية، فردية ضمن جماعة	معالجة الذاكرة الصدمية، تقليل التجنب، تقوية الشعور بالسيطرة	التخيل الموجه، التنفيس، النقاش الانفعالي، الاسترخاء	تمرين تخيلي، تمرين تنفس، تدوين بعد التمرين	45-60 دقيقة
8	إعادة بناء صورة الذات	جماعية، بنائية، تعزيزية	تعزيز تقدير الذات، مواجهة التشوهات المعرفية حول الذات، استعادة الهوية	تمرين قبل/بعد الحادث، بطاقات صفات إيجابية، سرد ذاتي إيجابي	أنشطة كتابية، تمارين تفاعلية، مناقشات جماعية	45-60 دقيقة
9	التعامل مع الذكريات المفاجئة	معرفية، تدريبية، واقعية	السيطرة على الذكريات المؤلمة، تعزيز اليقظة، توجيه الانتباه	الإيقاف الذهني، إعادة التوجيه، اليقظة الذهنية	تمارين حواس، تمرين إيقاف أفكار، جلسة تأمل	45-60 دقيقة
10	التعرض التدريجي للمواقف المجتنبية	علاجية، تفاعلية، واقعية	تقليل التجنب، بناء المواجهة الواقعية، زيادة الثقة	هرم التعرض، لعب أدوار، مهام منزلية واقعية	أوراق عمل، تمثيل مواقف، مناقشة التقدم	45-60 دقيقة
11	حل المشكلات واتخاذ القرار	معرفية، تدريبية، تطبيقية	تطوير مهارات الحل المنهجي، خفض القلق، دعم الاستقلالية	تحديد المشكلة، توليد البدائل، اختيار الحل الأفضل	جداول مقارنة، تمثيل حلول، تمرين عملي	45-60 دقيقة
12	الدعم الاجتماعي	جماعية، تفاعلية، تربوية	التعرف على شبكة الدعم، تحسين مهارات التواصل، تقليل العزلة	خريطة الدعم، مهارات التعبير، لعب أدوار لطلب المساعدة	أنشطة تواصل، أوراق خريطة دعم، بطاقات تواصل	45-60 دقيقة

13	تعزيز التقدير الذاتي	تعزيزية، إيجابية، جماعية	تفعيل الحديث الذاتي الإيجابي، استحضار النجاحات، بناء الثقة	التوكيدات، جدول الإنجازات، التأمل الإيجابي	بطاقات إيجابية، دفتر إنجازات، تمرين جماعي	45-60 دقيقة
14	الوقاية من الانتكاس	ختامية، تنظيمية، وقائية	الحفاظ على المكاسب، وضع خطة للمستقبل، التعرف على المؤشرات	تصميم خطة المواجهة، مراجعة المهارات، استباق العقبات	خطة مكتوبة، كتيب مهارات، تمرينات وقائية	45-60 دقيقة
15	التقييم الختامي	ختامية، تقييمية، جماعية	تقييم التحسن، الاحتفال بالتقدم، إنهاء العلاقة العلاجية	مقياس بعدي، شهادات رمزية، تغذية راجعة	استبيانات تقييم، دائرة وداع، موارد مستقبلية	45-60 دقيقة

7. أساليب المعالجة الإحصائية:

اعتمدت الدراسة مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الفرضيات وطبيعة البيانات، بهدف تحليل النتائج بدقة وقياس فعالية البرنامج العلاجي. وقد شملت هذه الأساليب اختبارات للصدق والتوزيع الطبيعي، بالإضافة إلى اختبارات لقياس الفروق وحجم الأثر. وقد تمثلت في ما يلي:

1. معامل الاتفاق (CVR) باستخدام معادلة لاوشي: تم استخدامه لحساب الصدق الظاهري (صدق

المحكمين للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وذلك من خلال عرض الأدوات على مجموعة من

الخبراء المختصين في العلاج المعرفي السلوكي والصحة النفسية، وتطبيق معادلة لاوشي لتحديد

درجة اتفاق المحكمين حول صلاحية الفقرات.

2. اختبار **Shapiro-Wilk**: تم تطبيق اختبار Shapiro-Wilk للتحقق من مدى انطباق البيانات على التوزيع الطبيعي، وهو ما يسمح بتحديد الأساليب الإحصائية الأنسب لاختبار الفرضيات (بارامترية أو لا بارامترية).
3. **المتوسطات الحسابية**: أستخدمت المتوسطات الحسابية لقياس مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة في مراحل ما قبل البرنامج وبعده، إضافة إلى مرحلة المتابعة التتبعية، وذلك من أجل تقييم شدة الأعراض وتطورها عبر الزمن.
4. **الانحرافات المعيارية**: أحتسبت الانحرافات المعيارية لتحديد درجة تشتت درجات الحالات حول المتوسط، مما يُبرز مدى التجانس أو التباين في الاستجابة للعلاج داخل العينة.
5. اختبار **(t-test)** لعينتين مرتبطتين: تم استخدام اختبار T لعينتين مرتبطتين لقياس مدى دلالة الفروق الإحصائية بين درجات الاكتئاب في القياس القبلي والبعدي، وكذلك بين القياس البعدي والقياس التتبعي، مما يسمح باختبار فعالية البرنامج العلاجي.
6. **معادلة مربع إيتا (η^2)**: تم حساب حجم الأثر باستخدام مربع إيتا لتقدير القوة العملية لتأثير البرنامج العلاجي، وليس فقط دلالة الفروق، مما يعزز القيمة التطبيقية للنتائج.
7. **معادلة نسبة الكسب المعدلة لبلاك (Blake)**: تم الإعتماد على معادلة نسبة الكسب المعدلة لتحديد مدى التغير الإيجابي الناتج عن المعالجة التجريبية، وقياس فعالية البرنامج مقارنةً بالمستوى الأولي للاكتئاب لدى الحالات.

الفصل السادس

عرض ومناقشة النتائج

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

أولاً: اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة

ثانياً: اختبار فرضيات الدراسة وعرض النتائج.

1. عرض مناقشة نتائج الفرضية الأولى للدراسة.

2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية للدراسة.

3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة للدراسة.

4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة للدراسة.

5. حجم أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

6. نسبة الكسب المعدل لبلاك.

استنتاج عام

اقتراحات.

خاتمة.

قائمة المراجع.

تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى عرض النتائج الميدانية المتوصل إليها من خلال الدراسة، وتحليلها ومناقشتها وفقًا لفرضيات البحث. ويُعتبر هذا الجزء خطوة أساسية للكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على عينة الدراسة من الناجين من حوادث المرور قمنا بعرض النتائج المتوصل إليها في هذا الفصل، وذلك بعد تطبيق القياسات الثلاثة (القبلي، البعدي، والتتبعي) لمقياس الاكتئاب على مجموعة البحث التي بلغ عددها (10). وبعد جمع البيانات وتفرغها ثم معالجتها إحصائيًا باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS v26)، استُخدمت الأساليب الإحصائية الملائمة للتحقق من فرضيات الدراسة. وقد تم الحصول على النتائج ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، بما يسمح بتقدير فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى أفراد العينة.

أولاً: اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة

من الضروري تحديد ما إذا كانت بيانات أفراد العينة الخاصة بإجاباتهم على مقياس الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي أم غير الطبيعي، وذلك لاختيار الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليلها. وتوجد عدة اختبارات إحصائية مخصصة للكشف عن طبيعة التوزيع، من أبرزها:

🌈 اختبار Kolmogorov-Smirnov، ويُستخدم عادة عندما يتجاوز حجم العينة (N) 50 فردًا.

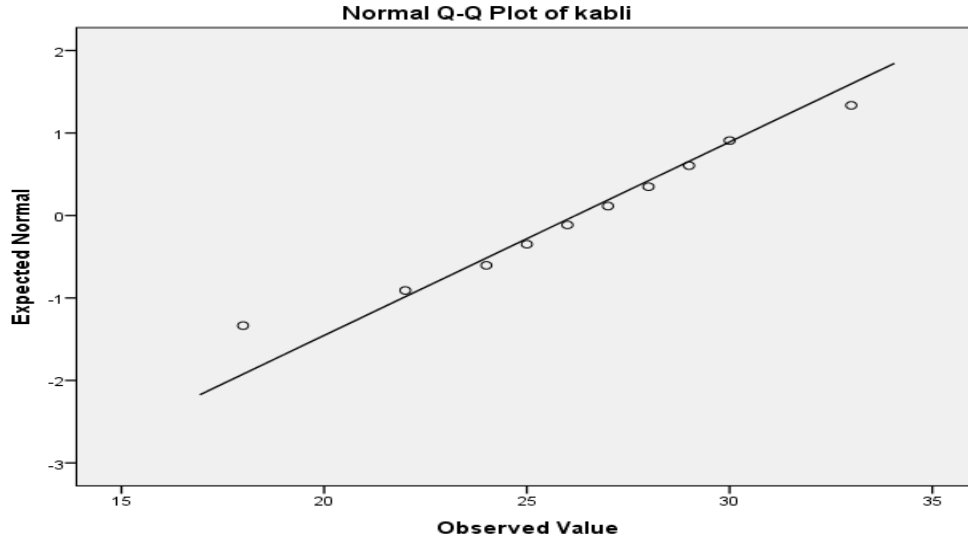
🌈 اختبار Shapiro-Wilk، ويُعد الأنسب عندما يقل حجم العينة عن خمسين فردًا، وهو الاختبار الذي تم اعتماده في هذه الدراسة نظرًا لكون العينة تتكون من أقل من 50 فردًا.

الجدول رقم (17): نتائج اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk) لاعتدالية التوزيع البيانات للقياس القبل

القياس	W (Statistic)	df	Sig. (p-value)	القرار
قبلي	0.989	10	0.995	(p > 0.05) التوزيع اعتدالي

من خلال الجدول نجد أن قيمة الدلالة (Sig. = 0.995) أكبر بكثير من 0.05، فهذا يشير إلى

أن بيانات القياس القبلي تتبع التوزيع الطبيعي، مما يسمح باستخدام الاختبارات الإحصائية المعلمية في التحليل.



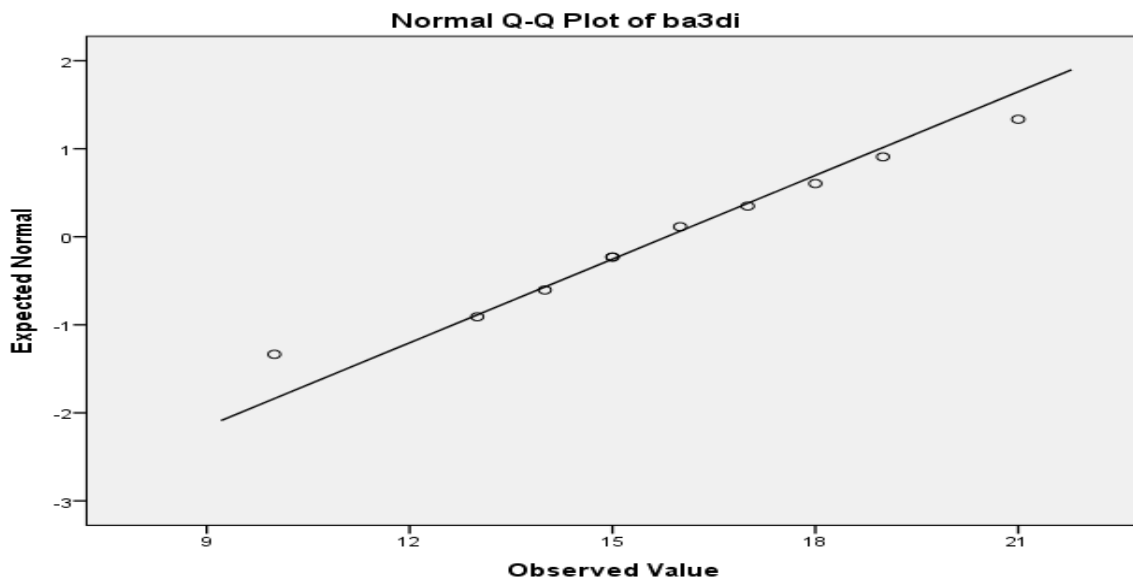
الشكل رقم (14): يوضح توزيع بيانات الاكتئاب للقياس القبلي

الجدول رقم (18): نتائج اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk) لاعتدالية التوزيع البيانات للقياس البعدي

القياس	W (Statistic)	df	Sig. (p-value)	القرار
البعدي	0.992	10	0.999	(p > 0.05) التوزيع اعتدالي

تشير نتائج الاختبار إلى أن بيانات القياس البعدي أيضًا موزعة توزيعًا طبيعيًا ($p = 0.999 > 0.05$)

مما يعزز مصداقية التحليل الإحصائي ويؤكد صلاحية المقارنات بين المتوسطات.



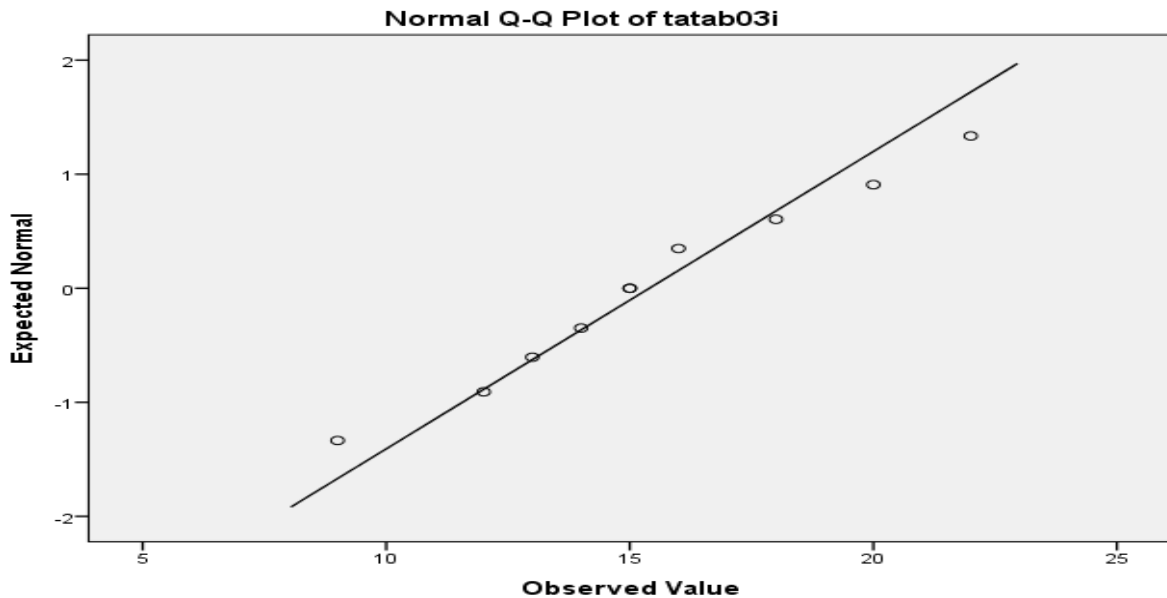
الشكل رقم (15): يوضح توزيع بيانات الاكتئاب للقياس البعدي

الجدول رقم (19): نتائج اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk) لاعتدالية التوزيع البيانات للقياس التتبعي

القياس	W (Statistic)	df	Sig. (p-value)	القرار
التتبعي	0.983	10	0.979	(p > 0.05) التوزيع اعتدالي

من خلال الجدول رقم (19) نجد أن قيمة الدلالة (Sig. = 0.979) تفوق 0.05، ما يؤكد أن البيانات

في القياس التتبعي موزعة طبيعياً، وبالتالي النتائج قابلة للتحليل باستخدام الأساليب الإحصائية المعلمية.



الشكل رقم (16): يوضح توزيع بيانات الاكتئاب للقياس التتبعي

ثانياً: اختبار فرضيات الدراسة وعرض النتائج

1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى

المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والبعدي"

الجدول رقم (20): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة في القياس القبلي والبعدي

المؤشرات المتغير	الاختبار القبلي			الاختبار البعدي			قيمة t	مستوى الدلالة
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الإكتئاب	10	26,2000	4,26354	10	15,8000	3,15524	26,000	,000

تشير نتائج الجدول رقم (20) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب

لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والبعدي، حيث انخفض المتوسط الحسابي من (26.20) في الاختبار القبلي إلى (15.80) في الاختبار البعدي، وهو ما يعكس انخفاضاً ملحوظاً في مستويات الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، كما أن قيمة (t) المحسوبة والبالغة (26.000) عند مستوى دلالة (0.000) تؤكد أن هذا الفارق الإحصائي ليس عائداً إلى الصدفة وإنما يعكس أثراً حقيقياً وفعالاً للبرنامج المطبق، الأمر الذي يدعم صحة الفرضية التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح البعدي، ومن ثمّ يمكن القول إن الفرضية قد تحققت بشكل كامل؛ ويُعزى هذا الانخفاض في مستويات الاكتئاب إلى البنية النظرية والعملية للبرنامج الذي استهدف تعديل الأفكار السلبية التلقائية المرتبطة بالشعور بالذنب واللوم الذاتي لدى الناجين من الحوادث، وإلى تزويد الحالات باستراتيجيات عملية لإعادة البناء المعرفي وتنظيم الانفعالات والتكيف مع الصدمات اللاحقة، وهو ما يتسق مع ما ذهبت إليه الدراسات السابقة مثل دراسة Beck (2011) التي أبرزت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الأعراض الاكتئابية من خلال تعديل أنماط التفكير السلبية وتعزيز مهارات المواجهة، كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه Ellis (2002) من أن التدخلات التي تعالج المعتقدات اللاعقلانية

وتستبدلها بأخرى أكثر واقعية تسهم في تحسين المزاج العام وخفض مستويات الاكتئاب؛ ومن جانب آخر، فإن الانخفاض الكبير في المتوسط الحسابي بعد البرنامج قد يُفسَّر أيضًا بأن الحالات وجدوا في الجلسات العلاجية بيئة آمنة للتعبير عن مخاوفهم وصدماتهم، وهو ما ساعد في إعادة بناء تجربتهم الذاتية بعد الحادث وتخفيف من وطأة الأفكار الاجترارية المرتبطة بتجربة النجاة، وهذا ما تؤكد الأدبيات الحديثة التي تناولت متلازمة الناجي مثل دراسة (Williams & Poijula 2016) التي أوضحت أن العلاج القائم على الإدراك المعرفي يتيح للناجي إعادة صياغة معنى الحادث بما يقلل من حدة الشعور بالذنب والبقاء على قيد الحياة في حين فقد الآخرون حياتهم؛ كما يمكن تفسير النتائج في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي لـ Bandura التي تفترض أن الأفراد يكتسبون أنماطًا جديدة من التفكير والسلوك من خلال النمذجة والتعزيز، وهو ما تم تفعيله في الجلسات العلاجية التي تضمنت أنشطة جماعية وتفاعلية عززت تبادل الخبرات والتعلم بالملاحظة بين الحالات، مما ساهم في إعادة بناء ثقتهم في قدراتهم على التكيف والتعايش بعد الحادث؛ ويضاف إلى ذلك أن البرنامج قد وفر فرصًا متكررة للتدريب العملي على تقنيات الاسترخاء وإدارة الضغوط، مما انعكس مباشرة على تخفيف التوتر الجسدي المرتبط بالقلق والاكتئاب، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة (Hofmann et al. 2012) التي أثبتت أن دمج تمارين الاسترخاء والتنفس العميق ضمن البرامج العلاجية يسهم في خفض الأعراض الاكتئابية والقلقية بشكل متكامل؛ وبناءً على ذلك، يمكن التأكيد أن هذا التحسن الملموس لا يقتصر على الجوانب الانفعالية فحسب، بل يمتد ليشمل الجوانب المعرفية والسلوكية، إذ ساعد البرنامج على تطوير آليات جديدة للتفكير المرن وحل المشكلات الواقعية المرتبطة بما بعد الحادث، وهو ما يُعد مؤشرًا إيجابيًا على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في هذا السياق؛ وعليه، فإن النتائج المتوصل إليها تدعم ما توصلت إليه أبحاث محلية ودولية متعددة أكدت أن البرامج العلاجية الموجهة للناجين من الصدمات تُمكنهم من إعادة التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيف أعراض الاكتئاب بشكل واضح، مما يمنح هذا البرنامج مشروعية تطبيقه

في بيانات علاجية مماثلة، ويوفر سنداً علمياً لتبنيه كخيار علاجي في المؤسسات الصحية والنفسية التي تعالج الناجين من حوادث المرور

2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والتتبعي "

الجدول رقم (21): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة في القياس القبلي والتتبعي

مستوى الدالة	قيمة t	الاختبار التتبعي			الاختبار القبلي			المؤشرات المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الإكتئاب
,000	33,068	3,83551	15,4000	10	4,26354	26,2000	10	

تشير نتائج الجدول رقم (21) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور في القياسين القبلي والتتبعي، حيث انخفض المتوسط الحسابي من (26.20) في الاختبار القبلي إلى (15.40) في الاختبار التتبعي، وهو ما يعكس انخفاضاً واضحاً في مستويات الاكتئاب واستمرار هذا الانخفاض بعد فترة من تطبيق البرنامج العلاجي. وقد بلغت قيمة (t) (33.068) عند مستوى دلالة (0.000)، ما يدل على أن الفروق حقيقية وليست ناتجة عن الصدفة، وهو ما يثبت صحة الفرضية الثانية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب في الاختبارين القبلي والتتبعي لصالح الاختبار التتبعي. إن هذه النتائج في حد ذاتها تفتح المجال أمام جملة من التفسيرات والتحليلات التي تبرز أهمية التدخل العلاجي المعرفي

السلوكي في معالجة الاضطرابات النفسية المصاحبة لحوادث المرور، وعلى رأسها متلازمة الناجي وما يرتبط بها من اكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة.

من الناحية الإحصائية، تعكس الفروق المسجلة قوة الأثر العلاجي الذي تحقق، حيث إن الفارق البالغ (11) نقطة تقريباً بين المتوسطين القبلي والتتبعي لا يمكن اعتباره تغييراً عرضياً أو تحسناً محدوداً، بل يمثل تغييراً عميقاً في شدة الأعراض. هذا الأمر تدعمه قيمة (t) المرتفعة جداً والتي بلغت (33.068)، ما يشير إلى أن التغير ذو حجم تأثير كبير يتجاوز مجرد الدلالة الإحصائية ليكتسب بعداً عملياً وسرياً. إن الدلالة الإحصائية بمستوى (0.000) توضح أن احتمال كون الفروق راجعة إلى الصدفة ضئيل جداً، ما يعزز الثقة في النتائج المتوصل إليها ويؤكد أن البرنامج العلاجي كان العامل الأساسي في خفض مستويات الاكتئاب لدى العينة المدروسة. ويُعد هذا النوع من النتائج مؤشراً قوياً على فعالية العلاج النفسي المطبق، إذ يتجاوز حدود التحسن اللحظي ليترجم إلى تغيرات مستقرة وراسخة على المستوى النفسي والانفعالي.

أما من الجانب النفسي، فإن متلازمة الناجي ترتبط بمجموعة من الأعراض التي تتقاطع مع الاكتئاب، مثل مشاعر الذنب المفرط، الميل إلى جلد الذات، فقدان المتعة والاهتمام بالحياة، والشعور بانعدام المعنى بعد تجربة الحادث. كثير من الأفراد الذين ينجون من حوادث مرور مميتة يعيشون حالة من "المقارنة السلبية" مع من فقدوا حياتهم، ما يولد لديهم اعتقاداً أنهم غير جديرين بالبقاء أو أنهم مسؤولون بطريقة ما عن النتائج المأساوية للحادث. هذه المشاعر تتطور تدريجياً لتغذي نوبات من الاكتئاب تتسم بالحزن العميق، فقدان الطاقة، العزلة الاجتماعية، واضطراب النوم والشهية. نتائج الجدول تظهر أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي تمكن من تخفيف هذه الأعراض بشكل ملحوظ، وهو ما يعني أن أفراد العينة أعادوا بناء تصورهم لتجربة النجاة من الحادث بطريقة أكثر توازناً، بحيث أصبح

بقاؤهم على قيد الحياة يُنظر إليه كفرصة لإعادة بناء الذات بدلاً من أن يكون عبئاً نفسياً يثقل كاهلهم بالشعور بالذنب.

ويُفسر هذا التحسن في ضوء النظرية المعرفية السلوكية التي ترى أن الاكتئاب ناتج بالأساس عن أنماط تفكير مشوهة وسلوكيات غير تكيفية. فالأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بالحادث مثل "لو أنني كنت أكثر حذراً لما وقع ما وقع"، أو "لا أستحق أن أعيش بينما الآخرون ماتوا"، تمثل محوراً رئيسياً لتغذية الاكتئاب. خلال الجلسات العلاجية، تم تدريب المشاركين على التعرف إلى هذه الأفكار وتشخيصها باعتبارها غير واقعية أو مبالغاً فيها، ثم تحديها واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية وتوازناً مثل "الحادث كان خارجاً عن إرادتي" أو "نجاتي تمنحني مسؤولية جديدة لبناء حياة ذات معنى". هذا التحول المعرفي، المدعوم بممارسات سلوكية مثل الانخراط في نشاطات اجتماعية وممارسة تمارين الاسترخاء أو الرياضة، ساعد الحالات على استعادة الشعور بالسيطرة والفاعلية، وهو ما انعكس في انخفاض حدة أعراض الاكتئاب.

من زاوية أخرى، فإن استمرارية الأثر العلاجي بعد انتهاء البرنامج وظهوره في القياس التتبعي تمثل بحد ذاتها مؤشراً بالغ الأهمية. فالكثير من التدخلات العلاجية النفسية قد تحقق نتائج إيجابية على المدى القصير، إلا أن التحدي يكمن في الحفاظ على هذه النتائج ومنع الانتكاس. النتائج التي أبرزها الجدول تؤكد أن المشاركين لم يقتصروا على الاستفادة من البرنامج داخل الجلسات فحسب، بل تمكنوا من نقل المهارات المكتسبة إلى حياتهم اليومية وتطبيقها بشكل عملي. وهذا ما يبرهن على أن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر على إحداث تحسن لحظي بل يُكسب الأفراد أدوات تفكير وسلوكيات جديدة تمكنهم من مواجهة المواقف الضاغطة المستقبلية بفعالية أكبر. وبذلك، فإن البرنامج العلاجي لم يسهم

فقط في خفض الأعراض آنياً، بل أرسى أيضاً أسس الوقاية من الانتكاس عبر تعزيز الصلابة النفسية والقدرة على التكيف.

على المستوى السريري، فإن مثل هذه النتائج تكتسب أهمية مزدوجة؛ فمن جهة تؤكد جدوى اعتماد العلاج المعرفي السلوكي كخيار علاجي فعال للناجين من حوادث المرور الذين يعانون من متلازمة الناجي والاكتئاب المصاحب لها، ومن جهة أخرى تبرز أن التكلفة الزمنية والجهد المبذول في تنفيذ البرنامج تؤدي ثمارها من خلال إحداث نقلة نوعية في حياة الأفراد. فالتحسن الملحوظ في درجات الاكتئاب لا يعني فقط زوال الأعراض السلبية، بل يرتبط أيضاً بتحسن نوعية الحياة بشكل عام، بما يشمل استعادة العلاقات الاجتماعية، تحسين الأداء المهني، وتعزيز الإحساس بالرضا الذاتي. ومن ثم، فإن هذا النوع من التدخلات يمثل استثماراً حقيقياً في الصحة النفسية للأفراد والمجتمع.

ولا يمكن إغفال أن النتائج تحمل أيضاً دلالات عملية لصانعي السياسات في مجال الصحة النفسية، حيث إنها تسلط الضوء على أهمية إدماج برامج العلاج المعرفي السلوكي ضمن الخدمات المقدمة للناجين من الحوادث المرورية. فالاستثمار في مثل هذه البرامج لا يسهم فقط في خفض الأعباء النفسية، بل يحد أيضاً من التكاليف الصحية والاجتماعية على المدى البعيد، من خلال تقليل الحاجة إلى الاستشفاء أو العلاج الدوائي طويل المدى، فضلاً عن تعزيز القدرة الإنتاجية للأفراد الذين كانوا عرضة للانعزال والانقطاع عن العمل بسبب الاكتئاب.

ومن منظور نظري، فإن هذه النتائج تضيف دعماً جديداً للنموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب الذي صاغه Beck منذ السبعينيات، والذي يقوم على أن معالجة الأفكار التلقائية المشوهة وإعادة هيكلة المعتقدات الأساسية يفضي إلى تحسن ملحوظ في المزاج والسلوك. إن إثبات فعالية هذا النموذج في

سياق خاص مثل متلازمة الناجي بعد حوادث المرور يعزز من عمومية النظرية ومرونتها في التعامل مع مختلف أشكال الاكتئاب المتصلة بالصدمات النفسية.

خلاصة القول، إن النتائج التي أظهرها الجدول رقم (35) تقدم دليلاً قوياً على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي عقب حوادث المرور، ليس فقط على المدى القصير ولكن أيضاً على المدى البعيد كما يتضح من القياس التتبعي. ويكشف هذا الأثر عن أن التدخل لم يكن مجرد تجربة علاجية عابرة، بل أسهم في إحداث تحولات معرفية وسلوكية عميقة مكّنت الأفراد من إعادة بناء حياتهم ومواجهة ضغوطهم بفاعلية أكبر. ومن ثم، فإن الدراسة الحالية تثبت أن الفرضية الثانية القاضية بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب في الاختبارين القبلي والتتبعي لصالح الاختبار التتبعي قد تحققت بشكل واضح، وهو ما يفتح المجال أمام المزيد من البحوث والتطبيقات العملية التي تستثمر في إمكانات العلاج المعرفي السلوكي كأداة رئيسية للتدخل مع هذه الفئة من الأفراد.

تُظهر نتائج هذه الدراسة أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أسهم بشكل واضح في خفض مستويات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور، إذ انخفض المتوسط الحسابي من (26.20) في القياس القبلي إلى (15.40) في القياس التتبعي، مع دلالة إحصائية قوية ($t=33.068, p=0.000$). هذه النتيجة تتسق مع ما ذهبت إليه العديد من الدراسات الأجنبية والعربية التي تناولت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف منهما.

ففي دراسة (O'Donnell et al. 2004)، تبين أن ما يقارب نصف الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة يعانون في الوقت ذاته من الاكتئاب، وهو ما يعكس حجم الترابط بين الاضطرابين،

ويدعم فكرة الحاجة إلى تدخلات نفسية مزدوجة تستهدف كليهما. هذا يتقاطع مع نتائج دراستنا، حيث ظهر أن الأفراد الذين عانوا من متلازمة الناجي - بما تحمله من أعراض شبيهة بـ PTSD كانوا أيضًا في مستويات مرتفعة من الاكتئاب قبل البرنامج، ثم أظهروا تحسنًا ملحوظًا بعده.

كما توافقت نتائجنا مع ما توصلت إليه دراسة **Blanchard et al. (2003)** التي أظهرت أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في خفض أعراض الاكتئاب والقلق لدى الناجين من حوادث المرور، مقارنة بالمجموعة الضابطة. وهو ما يعكس أن الانخفاض الإحصائي الذي سجلته هذه الدراسة ليس معزولاً، بل يدخل في نسق علمي يؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع هذه الفئة بالذات.

وتدعم نتائجنا أيضًا ما جاء في دراسة **Beck et al. (1979)**، التي أرست الأساس النظري والتطبيقي للعلاج المعرفي للاكتئاب، إذ أكدت أن تعديل الأفكار السلبية وتحسين أنماط التفكير يسهمان بفاعلية في خفض الأعراض الاكتئابية. وهو ما يفسر الانخفاض الملحوظ في درجات الاكتئاب في هذه الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، حيث أُتيح للمشاركين تعلم مهارات التعرف إلى الأفكار التلقائية السلبية وتحديدها.

ومن ناحية أخرى، أكدت دراسة **Bryant et al. (2012)** أن برنامجًا مختصرًا من أربع جلسات CBT أدى إلى تحسن كبير في أعراض الاكتئاب والصدمة حتى بعد مرور ستة أشهر، وهو ما يتوافق مع خاصية الاستمرارية التي لاحظناها في القياس التتبعي لهذه الدراسة، حيث لم يقتصر الأثر على التحسن الفوري بل امتد ليستمر بعد فترة من انتهاء التدخل.

أما دراسة **Mayou et al. (1998)** فقد كشفت أن نسبة معتبرة من الناجين من حوادث المرور أصيبوا بالاكتئاب بعد أشهر قليلة من الحادث، مما يبرز أهمية التدخل المبكر لتفادي ترسخ الأعراض.

وهذا ما قامت به الدراسة الحالية بشكل غير مباشر، إذ طبّقت برنامجًا علاجيًا مكثفًا في فترة لاحقة للحادث، فكان له أثر واضح في كبح شدة الأعراض وتخفيفها.

وتؤكد دراسات أخرى مثل **Guest et al. (2018)** و **Wu, Li & Cho (2014)** على فعالية التدخلات المعرفية السلوكية القصيرة والمكثفة في تخفيف الاكتئاب والقلق لدى الناجين من حوادث المرور، وهو ما يتطابق مع ما توصلنا إليه في هذه الدراسة من أن البرنامج المطبق لم يكن أثره عابرًا، بل أحدث تحولًا في الحالة الانفعالية للمشاركين.

وعلى الصعيد العربي، تبرز نتائج دراسة **عزاق ولموشي (2019)** التي وجدت أن ضحايا حوادث المرور يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بمستويات مرتفعة، مع غلبة بُعد إعادة الخبرة. وهو ما يتقاطع مع مظاهر متلازمة الناجي التي كانت واضحة لدى عينة هذه الدراسة قبل التدخل. كما أظهرت دراسة **لطرش (2020)** وجود ارتباط وثيق بين PTSD والاكتئاب والشعور بالذنب، وهي نتائج تدعم بقوة ما تم رصده لدى أفراد العينة محل الدراسة الحالية، حيث شكل الشعور بالذنب أحد المحركات الأساسية للاكتئاب لديهم.

أما دراسة **صيام (2017)** فقد عرضت بشكل عيادي حالات حادة من PTSD والاكتئاب عقب حوادث المرور، وهو ما يتفق مع ما واجهته دراستنا من حدة الأعراض قبل التدخل. بينما أكدت دراسة **بولمدائس وبن شهيدة (2021)** أن نسبة كبيرة من ضحايا الحوادث يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، خاصة أعراض فرط الاستثارة والأفكار الاقتحامية، ما يدعم الحاجة إلى تدخلات علاجية فعالة من قبيل البرنامج الذي اعتمدته هذه الدراسة.

بناءً على ما سبق، يمكن القول إن نتائج هذه الدراسة جاءت منسجمة إلى حد بعيد مع ما توصلت إليه البحوث السابقة، الأجنبية والعربية، في تأكيد العلاقة الوثيقة بين PTSD والاكتئاب من جهة، وفعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من جهة أخرى. الجديد الذي تضيفه هذه الدراسة هو تسليط الضوء على متلازمة الناجي كإطار خاص للاكتئاب بعد الحوادث، وإثبات أن البرنامج المعرفي السلوكي لا يسهم فقط في خفض الأعراض، بل يحقق استمرارية في الأثر، وهو ما يبرز أهميته كخيار علاجي وقائي طويل المدى.

3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور في القياسين البعدي والتتبعي

الجدول رقم (22): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة في القياس البعدي والتتبعي

مستوى الدالة	قيمة t	الاختبار التتبعي			الاختبار البعدي			المؤشرات
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المتغير
0.168	1.500	3,83551	15,4000	10	3,15524	15,8000	10	الاكتئاب

أظهرت نتائج الجدول (22) أن المتوسط الحسابي لمستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة بلغ في القياس البعدي (15.80) بانحراف معياري قدره (3.15)، بينما كان المتوسط في القياس التتبعي (15.40) بانحراف معياري (3.83). ورغم أن هناك انخفاضاً طفيفاً في المتوسط عند المتابعة، إلا أن قيمة اختبار "ت" ($t = 1.50$) جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى ($\text{Sig} = 0.168$) وهذا يشير

بوضوح إلى أن الفروق بين القياسين غير جوهرية، وأن الأثر العلاجي للبرنامج ظل مستقرًا بعد انتهاء التدخل.

تشير نتائج الجدول المتعلق بالفرضية الثالثة إلى أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي قد أحدث أثرًا واضحًا في خفض مستوى الاكتئاب لدى الأفراد المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور، غير أن المقارنة بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي أظهرت غياب فروق ذات دلالة إحصائية، وهو ما يعكس ثبات الأثر العلاجي بعد انتهاء فترة التدخل. فقد بلغ المتوسط الحسابي في القياس البعدي (15.80) بانحراف معياري قدره (3.15)، في حين انخفض قليلًا عند القياس التتبعي إلى (15.40) بانحراف معياري (3.83)، ورغم هذا التغير الطفيف فإن اختبار (ت) أعطى قيمة (1.50) غير دالة عند مستوى (Sig = 0.168)، وهو ما يشير إلى أن هذا الفارق لا يرقى إلى مستوى الدلالة الإحصائية المطلوبة، وبالتالي يمكن القول إن التحسن الذي تحقق في مرحلة التطبيق لم يكن مؤقتًا أو ظرفيًا وإنما استمر بشكل مستقر بعد مرور فترة المتابعة. إن هذه النتيجة تحمل دلالات متعددة على المستوى النفسي والعلاجي والإحصائي، فهي تعكس في المقام الأول قدرة المشاركين على الاحتفاظ بالمكتسبات التي حققوها أثناء الجلسات العلاجية، وعدم فقدانها بمجرد انتهاء البرنامج، الأمر الذي يدل على أن التدخل المعرفي السلوكي لم يقتصر على خفض الأعراض بشكل سطحي بل تمكن من إحداث تعديل جوهري في البنية المعرفية والانفعالية للأفراد، بحيث أصبحت الاستراتيجيات التي تعلموها جزءًا من أنماطهم السلوكية اليومية، وهذا ما ساعدهم على مواجهة الضغوط والذكريات الصادمة المرتبطة بحدث المرور بطريقة أكثر واقعية ومرونة. ومن الناحية النفسية، فإن ثبات الأثر يعكس أن الحالات لم يعودوا ضحايا للأفكار التلقائية السلبية أو للمعتقدات المشوهة المرتبطة بالحدث، بل صاروا قادرين على إعادة تفسير تجاربهم وتوظيف بدائل معرفية أكثر عقلانية، إضافة إلى أنهم تعلموا طرقًا عملية لتنظيم حياتهم اليومية من خلال وضع أنشطة بديلة ممتعة ومجدولة تساعدهم على تجنب الاجترار والانسحاب، وهذه المهارات

بمجرد أن تدمج في الحياة اليومية تصبح بمثابة أدوات وقائية تقي الفرد من الانتكاس. أما من الناحية الإحصائية، فإن عدم وجود فروق دالة بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي يشير إلى أن البرنامج قد أوجد حالة من الاستقرار الإحصائي، حيث بقي مستوى الاكتئاب في نفس المجال تقريباً مع تباين طفيف غير مؤثر، وهذا يعزز الثقة في أن أثر البرنامج ليس وليد صدفة أو ناتجاً عن ظرف محدد بل يمثل أثراً ثابتاً نسبياً، الأمر الذي يضيف على النتائج مصداقية علمية أكبر. كما أن هذه النتيجة تعكس نجاح البرنامج في تجاوز أحد أبرز التحديات التي تواجه التدخلات العلاجية في مجال الاكتئاب، والمتمثلة في سرعة عودة الأعراض بعد فترة قصيرة من توقف العلاج، حيث إن استمرار التحسن بعد انتهاء التدخل يمثل مؤشراً مهماً على متانة وفعالية البرنامج. ومن زاوية علاجية تطبيقية، يمكن النظر إلى هذه النتيجة بوصفها دليلاً على أن البرنامج لم يكتف بتخفيف الأعراض اللحظية وإنما زود أفراد العينة باستراتيجيات مستدامة تتيح لهم مواجهة تحديات الحياة اليومية بطريقة مختلفة، فقد أصبحوا أكثر قدرة على تنظيم انفعالاتهم والتعامل مع المواقف المثيرة للقلق أو الحزن، كما عزز لديهم البرنامج مفهوم المرونة النفسية، وهو ما يمنحهم حماية نسبية من الوقوع في نوبات جديدة من الاكتئاب. كذلك فإن غياب الفروق بين القياسين يؤكد أن التحسن لم يكن مرتبطاً فقط بوجود المعالج أو إطار الجلسات العلاجية، بل إن الأفراد تمكنوا من تطبيق ما تعلموه بشكل ذاتي ومستقل بعد انتهاء المتابعة، وهذا يعكس قوة الجانب التدريبي والعملي في البرنامج الذي لم يقتصر على إكساب معارف نظرية بل ركز على تدريب عملي مستمر للمشاركين من خلال أنشطة إعادة الهيكلة المعرفية وتسجيل الأفكار السلبية واستبدالها، إضافة إلى تدريبات تنظيم الأنشطة اليومية والتعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق. إن ثبات الأثر بهذا الشكل يشير إلى أن البرنامج قد حقق هدفاً وقائياً إلى جانب هدفه العلاجي، إذ إن توفير أدوات معرفية وسلوكية فعالة جعل الحالات قادرين على الاستمرار في الاستفادة من العلاج حتى بعد توقفه، وهذا البعد الوقائي يمثل قيمة مضافة في برامج التدخل النفسي، لأنه يضمن استدامة الأثر على المدى الطويل ويقلل من

احتمالية الانتكاس. وبذلك يمكن القول إن النتائج المتوصل إليها في هذه الفرضية تعكس بوضوح نجاح البرنامج في إحداث تغيير مستقر في حياة الأفراد، إذ لم تعد الأعراض الاكتئابية حاضرة بقوة كما كانت قبل التدخل، ولم يطرأ تدهور بعد انتهاء البرنامج، بل ظل مستوى التحسن قائماً ومستقرًا، وهذا ما يجعل هذه النتيجة واحدة من أكثر نتائج الدراسة دلالة من الناحية العملية والنظرية على حد سواء، فهي من جهة تثبت أن التدخل المعرفي السلوكي يمكن أن يكون فعالاً في معالجة حالات الاكتئاب المرتبطة بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور، ومن جهة أخرى تؤكد أن هذا النوع من البرامج قادر على إحداث تغييرات عميقة وطويلة المدى تتجاوز خفض الأعراض إلى بناء استراتيجيات وقائية تعزز استقلالية الأفراد وقدرتهم على مواجهة الحياة بمرونة وثبات.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع الاتجاه العام الذي أكدته العديد من الدراسات الأجنبية والعربية، حيث أوضحت أن العلاج المعرفي السلوكي يمثل أحد أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في خفض الاكتئاب المصاحب لاضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين من حوادث المرور، مع ثبات نسبي لهذا الأثر عبر الزمن. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة (Blanchard et al. (2003 تحسناً واضحاً في مؤشرات الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالمجموعة الضابطة، وهو ما يعزز ما توصلنا إليه من نتائج تفيد بقدرة هذا النوع من البرامج على إحداث خفض ملحوظ في الأعراض. كما بينت دراسة (Beck et al. (1979 أن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر على التخفيف اللحظي من الاكتئاب، وإنما يعمل على تعديل أنماط التفكير السلبية بشكل مستدام، وهو ما يفسر استقرار التحسن في نتائجنا عند القياس التتبعي. ويعزز هذا الطرح ما أكدته دراسة (Bryant et al. (2012 ودراسة (Wu, Li & Cho (2014 اللتان أثبتتا فاعلية البرامج القصيرة من العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب حتى بعد مرور عدة أشهر من المتابعة، وهو ما ينسجم مع النتائج الحالية التي أظهرت غياب فروق ذات دلالة بين القياس البعدي والتتبعي، مما يدل على

استمرار الأثر. في المقابل، جاءت نتائجنا مخالفة جزئياً لما توصلت إليه دراسة O'Donnell et al. (2004) ودراسة (1998) Mayou et al. اللتين كشفتاً عن ارتفاع معدلات الاكتئاب بين الناجين من الحوادث واستمرارها بعد عدة أشهر، وهو ما يمكن تفسيره باختلاف طبيعة العينات المدروسة وغياب تدخل علاجي معرفي سلوكي ممنهج في تلك الدراسات، بخلاف الدراسة الحالية التي اعتمدت برنامجاً علاجياً منظماً. أما على المستوى العربي، فإن نتائجنا تتقاطع مع ما توصلت إليه دراسة لطرش (2020) التي أبرزت وجود علاقة وثيقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى ضحايا الحوادث، مؤكدة بذلك أن أي تدخل علاجي يركز على تعديل البنية المعرفية يمكن أن يسهم في التخفيف من كلا الاضطرابين معاً. كما أن دراسة بولمدائس وبن شهيدة (2021) أظهرت انتشاراً واسعاً لأعراض PTSD بين ضحايا الحوادث مع تلازمها مع مؤشرات اكتئاب مرتفعة، مما يدعم أهمية التدخل المبكر الذي تبنته الدراسة الحالية. في حين أوضحت دراسة عزاق ولموشي (2019) ودراسة صيام (2017) أن ضحايا الحوادث غالباً ما يعانون من مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية، وخاصة الاكتئاب، وهو ما يعكس حجم الحاجة إلى برامج علاجية متخصصة كتلك التي أثبتت فعاليتها في بحثنا. وبذلك، فإن النتائج الحالية تتفق إلى حد بعيد مع معظم الدراسات السابقة التي أكدت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب وتحقيق استقرار نسبي للأثر على المدى المتوسط، وتختلف عن بعض الدراسات التي أبرزت استمرارية الأعراض بسبب غياب تدخل فعال، مما يمنح الدراسة الحالية قيمة مضافة من خلال تأكيدها على أهمية التدخل المنظم والممنهج في إحداث تغيير معرفي وانفعالي مستدام لدى الناجين من حوادث المرور.

4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على: "درجة مساهمة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب على مختلف أبعاده لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور مرتفعة وللإجابة عن هذه الفرضية، اعتمد الباحث على المقياس الذي تم تقسيمه إلى أربعة أبعاد رئيسية تمثل مظاهر الاكتئاب، وهي: البعد الوجداني، البعد المعرفي، البعد السلوكي، والبعد الجسمي. وقد استند اختبار الفرضية إلى مقارنة نتائج أفراد العينة في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية، من أجل الوقوف على فعالية البرنامج في خفض مستويات الاكتئاب عبر هذه الأبعاد. وتمت الاستعانة بالمعالجات الإحصائية المناسبة لاختبار دلالة الفروق بين المتوسطات، للتأكد من مدى مساهمة البرنامج في إحداث تغير إيجابي ملموس في الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية والجسمية المرتبطة بالاكتئاب. يوضح الجدول الآتي طبيعة كل بعد وما يقابله من مؤشرات سلوكية أو انفعالية أو معرفية أو جسدية تم رصدها ضمن المقياس.

الجدول رقم (23): الأبعاد الأربعة لمقياس الاكتئاب ومؤشراتها

البعد	الوصف	مؤشرات المقياس
البعد الوجداني (الانفعالي)	يركز على المشاعر والأحاسيس المرتبطة بالاكتئاب والتي تعكس المعاناة الداخلية للفرد.	الحزن المستمر، القلق، مشاعر الذنب، اليأس، ضعف تقدير الذات، انخفاض الشعور بالرضا.
البعد المعرفي	يتعلق بالأفكار السلبية والتصورات غير الواقعية للفرد عن ذاته والآخرين والمستقبل.	التشاؤم، الشعور بعدم القيمة، المعتقدات السلبية حول التكيف، تكرار التفكير في الفشل، إسقاط الخبرات السلبية على المستقبل.
البعد السلوكي	يتجسد في التغيرات السلوكية الناتجة عن الاكتئاب مثل الانسحاب أو فقدان الدافعية.	الانسحاب الاجتماعي، فقدان الاهتمام بالأنشطة، قلة المبادرة، ضعف الأداء الأكاديمي أو المهني، الميل إلى العزلة.

البعد الجسمي	يتضمن الأعراض البدنية المصاحبة للحالة الاكتئابية نتيجة التوتر والإنهاك النفسي.	اضطرابات النوم، فقدان أو زيادة الشهية، التعب والإرهاق الجسدي، الصداع أو الآلام المتكررة، اضطرابات الجهاز الهضمي.
--------------	--	--

الجدول رقم (24): نتائج اختبار (Paired Samples T-Test) لقياس فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب عبر أبعاده الأربعة (الوجداني، المعرفي، السلوكي/الدافعي، والجسمي) بين القياسات القبلية، البعدية، والتتبعية"

البعد	المقارنة	(M_diff) فارق المتوسط	T	Sig. (2-tailed)	الدلالة
البعد الوجداني	قبلي - بعدي	1.98	26.099	0.000	دال
	قبلي - تتبعي	2.05	33.387	0.000	دال
	بعدي - تتبعي	0.08	1.500	0.168	غير دال
البعد المعرفي	قبلي - بعدي	3.96	26.066	0.000	دال
	قبلي - تتبعي	4.12	33.047	0.000	دال
	بعدي - تتبعي	0.15	1.506	0.166	غير دال
البعد السلوكي /الدافعي	قبلي - بعدي	2.48	26.015	0.000	دال
	قبلي - تتبعي	2.57	33.257	0.000	دال
	بعدي - تتبعي	0.09	1.490	0.170	غير دال
البعد الجسمي	قبلي - بعدي	1.98	26.099	0.000	دال
	قبلي - تتبعي	2.05	33.387	0.000	دال
	بعدي - تتبعي	0.08	1.500	0.168	غير دال

تشير نتائج اختبار العينات المترابطة (Paired Samples T-Test) الواردة في الجدول إلى

أن الفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي كانت دالة إحصائياً عند مستوى

(0.000) في جميع أبعاد مقياس الاكتئاب (الوجداني، المعرفي، السلوكي/الدافعي، والجسمي)، حيث

تراوحت فروق المتوسطات ما بين (1.98 و 3.96)، وهو ما يعكس فعالية واضحة للبرنامج العلاجي

المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب على اختلاف أبعاده. كما أظهرت النتائج أن الفروق

بين القياس القبلي والتتبعي جاءت أيضًا دالة إحصائيًا في جميع الأبعاد وبقيم فروق مقارنة لتلك المسجلة في القياس البعدي، مما يدل على استمرارية أثر البرنامج العلاجي بعد مرور فترة زمنية من التطبيق. في المقابل، لم تسجل فروق دالة إحصائيًا بين القياس البعدي والتتبعي في جميع الأبعاد، حيث تراوحت قيم الدلالة بين (0.166 و 0.170)، وهو ما يعني ثبات نتائج البرنامج واستقرارها مع مرور الوقت. بشكل عام، تعكس هذه النتائج أن البرنامج العلاجي لم يحقق فقط خفضًا أوليًا في مستويات الاكتئاب بل حافظ على استمرارية هذا الأثر على المدى الزمني اللاحق.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أسهم بدرجة ملحوظة في خفض مستويات الاكتئاب لدى أفراد العينة محل الدراسة، وذلك على مختلف أبعاد مقياس بشير معمرية. فقد كشفت نتائج اختبار "ت" للعينات المترابطة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي، وكذلك بين القبلي والتتبعي، لصالح القياسين الأخيرين، وهو ما يعكس أن البرنامج أحدث تحسنًا ملحوظًا في أعراض الاكتئاب، كما حافظ على هذا التحسن بعد فترة من انتهاء الجلسات العلاجية. ومن جهة أخرى، أظهرت النتائج غياب فروق دالة بين القياس البعدي والتتبعي في جميع الأبعاد، وهو ما يدل على استقرار الأثر العلاجي وعدم تلاشيهِ مع مرور الوقت. ويُظهر هذا المعطى أن البرنامج لم يكن تدخلًا مؤقتًا أو سطحيًا، بل ساعد الأفراد على اكتساب استراتيجيات معرفية وسلوكية وظفوها في حياتهم اليومية مما ساعدهم على مواجهة الاكتئاب بفاعلية حتى بعد انتهاء فترة العلاج.

أولاً: البعد المعرفي

كشفت النتائج أن الانخفاض الأكبر في درجات الاكتئاب كان في البعد المعرفي، وهو أمر منطقي نظرًا للطبيعة الأساسية للبرنامج العلاجي الذي يقوم في جوهره على إعادة هيكلة الأفكار السلبية

والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالاكنتاب. فقد تراجعت الأفكار المرتبطة بالفشل الشخصي، ولوم الذات، والتشاؤم من المستقبل بشكل واضح بين القياس القبلي والبعدي، كما حافظ الأفراد على هذا التحسن في القياس التتبعي. ويُفسّر ذلك بأن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر على تغيير السلوكيات فقط، بل يتعمق في البنية الفكرية والمعرفية للفرد، حيث يتم تدريب المستفيدين على التعرف إلى أفكارهم السلبية، ومناقشتها، ثم استبدالها بأفكار أكثر واقعية واتزانًا. وبالتالي فإن الانخفاض الملحوظ في هذا البعد يشير إلى أنّ المستفيدين تعلموا مهارات معرفية أساسية ساعدتهم على التعامل مع المواقف الحياتية بطريقة مختلفة وأكثر إيجابية، مما انعكس مباشرة على مستوى الاكنتاب لديهم.

ثانيًا: البعد الوجداني (العاطفي)

على المستوى الوجداني، أظهرت النتائج انخفاضًا دالًا في مظاهر مثل الحزن العميق، وفقدان المتعة، وسرعة البكاء والانفعال. ويُعد هذا التحسن نتيجة مترابطة مع ما تحقق في البعد المعرفي، حيث إن تعديل الأفكار السلبية يؤدي بالضرورة إلى تحسن في المشاعر والانفعالات المرتبطة بها. فعندما يتعلم الفرد أن يُعيد تفسير الأحداث بطريقة أكثر واقعية وأقل تشاؤمًا، فإن ذلك ينعكس على حالته الانفعالية في صورة انخفاض بمستويات القلق والحزن واليأس. كما أنّ تطبيق استراتيجيات سلوكية مثل "التنشيط السلوكي" الذي يعتمد على إدماج الفرد في أنشطة ممتعة وذات معنى في حياته اليومية قد أسهم في استعادة جزء من الشعور بالرضا والسرور المفقود. وعليه فإن الانخفاض في هذا البعد يعكس أنّ البرنامج لم يؤثر فقط في الجانب الفكري للمستفيدين، بل أحدث كذلك تحولًا ملموسًا في تجربتهم الانفعالية.

ثالثًا: البعد السلوكي/الدافعي

أما بالنسبة للبعد السلوكي/الدافعي، فقد بينت النتائج انخفاضًا في مظاهر مثل فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، ضعف المبادرة، وصعوبة اتخاذ القرار، إلى جانب تراجع مستويات الخمول وقلة النشاط. وهذا التحسن يفسر بارتباطه بمكون التدريب السلوكي في البرنامج العلاجي، حيث تم تشجيع الأفراد على ممارسة أنشطة تدريجية، والتخطيط ليومهم بطريقة منظمة، وتعلم أساليب واقعية لحل المشكلات التي تعترضهم. كما أنّ تعزيز السلوكيات الإيجابية وزيادة مستوى المشاركة الاجتماعية كان لهما دور بارز في استعادة شعور الأفراد بالفاعلية الذاتية، مما أدى إلى تحسن ملحوظ في مستوى الدافعية لديهم. وبذلك يمكن القول إن الأفراد لم يقتصرُوا على تغيير طريقة تفكيرهم أو تحسين مزاجهم فحسب، بل بدأوا بالفعل في إحداث تغييرات ملموسة على سلوكهم اليومي، وهو ما يعكس نجاح البرنامج في تحقيق هدفه العملي بتعزيز القدرة على اتخاذ القرارات والانخراط في الأنشطة الحياتية.

رابعًا: البعد الجسمي (الفيزيولوجي)

أظهرت النتائج كذلك تحسنًا في الأعراض الجسدية المرتبطة بالاكتئاب مثل اضطرابات النوم، تغيرات الشهية، الشعور بالتعب والإرهاق الجسدي. ويمكن تفسير ذلك بأن التحسن المعرفي والوجداني والسلوكي انعكس بشكل غير مباشر على الجانب الجسمي، حيث إن انخفاض القلق والأفكار السلبية ساعد على تحسين نوعية النوم، كما أنّ الانخراط في الأنشطة وزيادة مستوى الحركة أسهما في رفع النشاط الجسدي وتنظيم الإيقاع الحيوي. ويُلاحظ أن التحسن في هذا البعد يُعد مؤشرًا مهمًا على شمولية أثر البرنامج، حيث لم يقتصر على الجوانب النفسية البحتة بل امتد ليشمل الجوانب الجسدية أيضًا، مما يعكس التكامل بين مختلف أبعاد الاكتئاب.

من أهم ما كشفت عنه النتائج غياب الفروق الدالة بين القياس البعدي والتتبعي في جميع الأبعاد، وهو ما يعني أنّ الأثر العلاجي الذي تحقق خلال فترة التطبيق لم يكن مؤقتًا أو هشًا، بل استمر بعد

انتهاء البرنامج. وهذا يُعزى إلى الطابع العملي للتقنيات المعرفية السلوكية التي زودت الأفراد بمهارات يمكنهم الاستمرار في تطبيقها بشكل ذاتي في حياتهم اليومية، مثل مهارات إعادة التقييم المعرفي، وإدارة الانفعالات، وتنظيم الأنشطة. فالفرد لم يكتفِ بتلقي تدخل خارجي لحل مشكلاته، بل تعلّم أدوات عملية تساعد على مواجهة الضغوط المستقبلية بطريقة أكثر فاعلية. ومن ثم، فإن النتائج تدل على أنّ البرنامج قد أسهم في بناء قدرات ذاتية لدى الأفراد، مما يفسر استقرار التحسن واستمراره حتى بعد انتهاء الجلسات.

تتوافق النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة مع ما أظهرته مجموعة واسعة من الأدبيات التي بحثت فعالية التدخلات المعرفية-السلوكية في خفض أعراض الاكتئاب و/أو اضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين من الصدمات، ولا سيما حوادث المرور. فالأدلة الواردة من دراسات أجنبية عديدة بيّنت أن برامج — CBT سواء كانت مطوّلة أو مختصرة — قادرة على إحداث انخفاض ملحوظ في شدة الاكتئاب والأعراض المرتبطة بالصدمة، مع استدامة أثرها في فترات المتابعة؛ إذ تشير دراسات مثل Blanchard et al. (2003) و Bryant et al. (2012) و Wu et al. (2014) و Guest et al. (2018) إلى تحسن كبير في مقاييس الاكتئاب بعد تطبيق برامج معرفية-سلوكية مقارنة بالمجموعات الضابطة، كما أظهرت الدراسة التنبؤية لـ Mayou et al. (1998) والحالات المسجلة في دراسات محلية عربية وجود علاقة وثيقة بين حدة الإصابة الجسدية وشدة الأعراض النفسية، مما يؤكد أهمية التدخل المبكر الذي يستهدف المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية للمصابين. كذلك تدعم نتائج O'Donnell et al. (2004) أهمية تقييم الاضطراب المشترك (PTSD) والاكتئاب ومعالجتهما معاً، وهو ما يتوافق مع طبيعة هذا التدخل الذي استهدف الأبعاد المعرفية والوجدانية والسلوكية والجسدية معاً. علاوة على ذلك، تشير نتائج Zoellner وآخرين إلى أن CBT قد يساهم أيضاً في بروز عناصر من النمو ما بعد الصدمة لدى بعض المستفيدين، وهو مؤشر إيجابي على أن أثر العلاج قد يتجاوز خفض العرضي للأعراض إلى دعم التكيف والنمو النفسي. وبناءً على هذا الإطار المقارن، تُبرز نتائج دراستنا اتساق فعالية البرنامج

المعرفي-السلوكي مع ما خلصت إليه التجارب السابقة، مؤكدةً أيضاً أن الفائدة لا تقتصر على بعد واحد بل تشمل جميع الأبعاد الرئيسة للاكتئاب وتستمر في مرحلة التتبع، مما يدعم تطبيق هذا النوع من التدخلات في سياقات الرعاية النفسية المحلية مع مراعاة تكييف بروتوكولاته لخصوصيات العينة والثقافة.

بناءً على ما سبق، يتضح أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي قد حقق أثراً شاملاً ومستداماً في خفض مستويات الاكتئاب عبر مختلف أبعاده: فقد ساعد في إعادة بناء الأفكار السلبية (البعد المعرفي)، وتحسين الحالة المزاجية والانفعالية (البعد الوجداني)، وتعزيز الدافعية والانخراط السلوكي (البعد السلوكي/الدافعي)، فضلاً عن التخفيف من الأعراض الجسدية (البعد الفيزيولوجي). والأهم أن هذا الأثر استمر حتى بعد انتهاء البرنامج، مما يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي كخيار علاجي شامل وقادر على إحداث تغييرات عميقة ومستدامة لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب.

5. حجم أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الجدول رقم (25): يوضح الجدول المرجعي لتحديد مستويات حجم الأثر

الأداة المستخدمة	حجم التأثير		
	صغير	متوسط	كبير
المستوى	0.01	0.06	0.14

وقد قمنا بحساب حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي) على المتغير التابع (الاكتئاب) بأبعاده الأربعة: البعد الوجداني، البعد المعرفي، البعد السلوكي، والبعد الجسمي. والجدول التالي يوضح حجم هذا التأثير وفق معادلة مربع إيتا (η^2) التي تسمح بتقدير نسبة المساهمة

الفعلية للبرنامج في خفض مستويات الاكتئاب لدى الأفراد المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور.

بالتعويض في المعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

الجدول رقم (26): قيم معادلة مربع ايتا لحجم تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للتخفيف من الاكتئاب

البُعد	N	t قيمة	t ²	(مربع إيتا) η ²	النسبة المئوية (η ² ×100)	تفسير حجم الأثر
الوجداني	10	26.099	681.16	0.987	98.7%	كبير جدًا
المعرفي	10	26.066	679.44	0.987	98.7%	كبير جدًا
السلوكي/الدافعي	10	26.015	676.78	0.987	98.7%	كبير جدًا
الجسمي	10	26.099	681.16	0.987	98.7%	كبير جدًا

تشير نتائج الجدول إلى أن حجم الأثر الناتج عن البرنامج كان كبيرًا جدًا في جميع الأبعاد (الوجداني، المعرفي، السلوكي/الدافعي، والجسمي)، حيث بلغت قيمة مربع إيتا (0.987) بما يعادل نسبة تفسير للتباين تصل إلى (98.7%). وهذا يدل على أن البرنامج المطبق كان فعالاً بشكل استثنائي في إحداث تغييرات واضحة وشاملة لدى أفراد العينة، إذ انعكس أثره بقوة على الجانب الانفعالي والمعرفي والسلوكي والجسمي على حد سواء. كما أن تقارب القيم في مختلف الأبعاد يوحي بأن الأثر لم يكن

جزئياً أو مقتصرًا على بُعد معين، بل كان شاملاً ومتوازنًا، وهو ما يعزز من مصداقية النتائج ويدعم قوة الفعالية التطبيقية للتجربة.

تشير نتائج الجدول إلى أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي قد حقق حجم أثر بالغ القوة على جميع أبعاد الاكتئاب المدروسة (الوجداني، المعرفي، السلوكي/الدافعي، والجسمي). فقد بلغت قيمة t في كل الأبعاد ما يقارب (26)، وهو مستوى مرتفع للغاية يعكس وجود فروق جوهرية بين متوسطات القياسات، سواء بين القبلي والبعدي أو بين الحالات المختلفة للعينة. كما أن قيم t^2 التي تجاوزت (676) تعكس تضخم حجم الفروق وعدم اقتصرها على مؤشرات إحصائية سطحية. الأهم من ذلك أن قيم مربع إيتا (η^2) جاءت متطابقة تقريبًا (0.987) في جميع الأبعاد، أي أن البرنامج العلاجي فسّر ما نسبته 98.7% من التباين في النتائج. وهذه نسبة استثنائية، إذ تشير إلى أن التغيرات المسجلة في أعراض الاكتئاب تكاد تكون عائدة كلها إلى تأثير البرنامج المطبق. وفق معايير كوهين (Cohen, 1988)، يُعتبر η^2 أكبر من (0.14) مؤشرًا على حجم أثر كبير، بينما القيم التي تجاوزت (0.98) هنا تصنف ضمن نطاق "كبير جدًا"، بل نادرة في الدراسات التجريبية ذات الطابع النفسي.

أولاً: البُعد الوجداني

يمثل البُعد الوجداني الجانب الانفعالي المرتبط بالاكتئاب، ويتجلى عادة في مشاعر الحزن العميق، اليأس، فقدان الأمل، والقلق المصاحب. أظهرت النتائج أن البرنامج كان فعالاً بشكل استثنائي في التخفيف من هذه الأعراض، حيث بلغ حجم الأثر (0.987) أي ما يعادل (98.7%) من التغير. يشير ذلك إلى أن التدخل المعرفي السلوكي قد أسهم بفاعلية في إعادة هيكلة طريقة تفسير الأفراد للمواقف الحياتية، وتزويدهم بآليات للتفكير الواقعي بعيدًا عن المبالغة في التعميم أو تضخيم الجوانب السلبية. كما أن المكون السلوكي من البرنامج، القائم على تشجيع الانخراط في أنشطة إيجابية، ساعد على

تخفيف حدة المشاعر السلبية وإحداث استقرار انفعالي. وبذلك، يمكن القول إن البُعد الوجداني شهد تحولاً جذرياً بفضل التكامل بين الممارسات المعرفية والسلوكية داخل البرنامج.

ثانيًا: البُعد المعرفي

يتعلق البُعد المعرفي بالتشوهات الإدراكية والأفكار السلبية التي يعاني منها الفرد المكتئب، مثل التقييم السلبي للذات والعالم والمستقبل (ثلاثية بيك). النتائج أظهرت أن حجم الأثر في هذا البُعد بلغ أيضًا (98.7%)، وهو ما يدل على أن التدخل المعرفي السلوكي قد نجح في تعديل أنماط التفكير غير السوية بدرجة شبه كاملة. إذ تمكّن الأفراد من استبدال المعتقدات اللاعقلانية بأخرى أكثر واقعية ومرونة، وهو ما انعكس على تحسين قدرتهم على التركيز، حل المشكلات، والتفكير الإيجابي. هذه النتيجة تتوافق مع الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي التي ترى أن الأفكار السلبية المشوهة هي المحرك الأساسي للاكتئاب، وبالتالي فإن إعادة بنائها تمثل المدخل الأساسي للتعافي.

ثالثًا: البُعد السلوكي/الدافعي

البُعد السلوكي/الدافعي يعكس أنماط الانسحاب الاجتماعي، قلة النشاط، فقدان الاهتمام، وضعف المبادرة، وهي من الأعراض الجوهرية للاكتئاب. النتائج بينت أن البرنامج أسهم بنسبة (98.7%) في تحسين هذا الجانب، وهي نسبة مذهلة تعكس نجاح التدخل في كسر الحلقة المفرغة بين الانسحاب الاجتماعي وتفاقم الأعراض. وقد تحقق ذلك عبر تقنيات "التنشيط السلوكي (Behavioral Activation) التي تعد من الركائز الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، حيث تم تشجيع المشاركين على الانخراط التدريجي في أنشطة تعزز الشعور بالكفاءة الذاتية والإشباع النفسي. ومن ثم، ساعد ذلك على إعادة بناء الدافعية وتحفيز الأفراد على التفاعل مع محيطهم اليومي.

رابعًا: البُعد الجسمي

يشمل البُعد الجسمي الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للاكتئاب مثل التعب، اضطرابات النوم، فقدان الشهية أو زيادتها، والتوتر العضلي. الجدول أوضح أن البرنامج كان فعالاً في التخفيف من هذه الأعراض أيضًا بنسبة (98.7%). ورغم أن التدخل كان معرفيًا سلوكيًا بالدرجة الأولى، إلا أن أثره امتد إلى الجوانب الجسدية، وذلك عبر تحسين الحالة المزاجية وتخفيف التوتر النفسي الذي ينعكس مباشرة على الوظائف الجسدية. هذا يبرز العلاقة التبادلية بين الأبعاد الانفعالية والمعرفية من جهة، والجسدية من جهة أخرى، إذ إن تحسن التفكير والمزاج يؤدي تلقائيًا إلى تحسن في الأعراض الجسدية.

عند النظر إلى النتائج بشكل تكاملي، يتبين أن جميع الأبعاد الأربعة (الوجداني، المعرفي، السلوكي/الدافعي، والجسمي) حققت نفس النسبة من حجم الأثر تقريبًا، أي (98.7%). هذا التساوي في القيم له دلالات مهمة؛ فهو يشير إلى أن أثر البرنامج لم يكن جزئيًا أو متركزًا في بُعد معين، وإنما كان شاملاً ومتوازنًا. فالمعالجة التي استهدفت الأفكار السلبية انعكست على الانفعال، والمعالجة السلوكية انعكست على الدافعية، والتحسين النفسي انعكس على الأعراض الجسدية. هذا التوازن يعكس قوة البرنامج وفعالته في إحداث تغيير متعدد الأبعاد لدى الأفراد المكتئبين.

6. نسبة الكسب المعدل لبلاك

- مامدى الأثر الذي يمكن أن تحدثه المعالجة التجريبية؟

لحساب فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، فقد تم حساب نسبة الكسب المعدلة بموجب معادلة كسب بلاك المعدلة، وذلك لفحص ما إذا يحقق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي نسبة كسب

معادلة (بلاك) أكبر من (1.2) في خفض مستويات الاكتئاب بأبعاده الأربعة لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور".

- معادلة نسبة الكسب المعدلة لبلاك (Blake): قام "بلاك (Blake)" بتعديل نسبة الكسب التي وضعها "ماك جويجان (McGuigan)" من خلال إضافة حد جبري ثانٍ بقيمة $P/(M_2 - M_1)$ ، وأطلق عليها نسبة كسب بلاك المعدلة (MG) *Modified Blake's Gain Ratio*، وهي:

$$MG = \frac{M_2 - M_1}{P - M_1} + \frac{M_2 - M_1}{P}$$

حيث إن:

- M_2 هو المتوسط البعدي.
- M_1 هو المتوسط القبلي.
- P هي الدرجة العظمى للاختبار.

ويمتد مدى هذه النسبة من (0) إلى (2)، وقد اعتبر "بلاك" أن الحد الأدنى لقبول الفعالية هو (1.2). بمعنى أنه إذا كان معدل الكسب أقل من (1.2) فإن البرنامج العلاجي لا يحقق استفادة فعلية، أما إذا كان معدل الكسب أكبر من (1.2) فإن ذلك يدل على وجود استفادة ملموسة من البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب بأبعاده المختلفة. والجدول الموالي يوضح ملخص نتائج الكسب المعدل.

الجدول رقم (27): يوضح نتائج الكسب المعدل لمتغير الإكتئاب

البُعد	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي	الدرجة العظمى	نسبة بلاك المعدلة	% النسبة	التفسير
الوجداني	6.472	3.1	9.633	0.516	51.6%	تحسن جيد جداً
السلوكي/الدافعي	6.054	3.0	9.012	0.508	50.8%	تحسن جيد
المعرفي	9.394	4.5	13.984	0.516	51.6%	تحسن جيد جداً
الجسمي	4.280	2.2	6.371	0.499	49.9%	تحسن مقارب للجيد

من خلال الجدول رقم (27) نجد أن جميع الأبعاد الأربعة تجاوزت 49% من نسبة الكسب المعدلة، مما يعني أن البرنامج العلاجي في التأثير على مختلف جوانب الاكتئاب. التفوق الملحوظ كان في البعدين الوجداني والمعرفي، وهو ما يتماشى مع فلسفة العلاج المعرفي السلوكي التي تركز على تعديل الأفكار والمشاعر أولاً، لينعكس ذلك لاحقاً على السلوك والجسم. أما في ما يخص التفاوت الطفيف بين الأبعاد يبرز أن بعض المظاهر (خاصة الجسدية) تتطلب تعزيزاً إضافياً في البرامج العلاجية أو امتداد فترة أطول للملاحظة.

أظهرت النتائج المتعلقة بالبعد المعرفي انخفاضاً ملحوظاً في متوسط الدرجات بين القياس القبلي والبعدي، حيث بلغت نسبة بلاك المعدلة مستوى يُشير إلى تحسن معتبر. هذا الانخفاض يعكس نجاح البرنامج العلاجي في إعادة هيكلة الأفكار السلبية التي كان يتبناها الأفراد حول أنفسهم والعالم والمستقبل. فمن المعلوم أنّ الاكتئاب يرتبط ارتباطاً وثيقاً بما يُعرف بـ الثالوث المعرفي السلبي الذي تحدث عنه Beck، والمتمثل في النظرة السلبية للذات، وللبيئة، وللمستقبل، التدخل المعرفي السلوكي عمل على تعديل هذه المعتقدات غير المنطقية عبر تقنيات مثل: الحوار السقراطي، اختبار الواقع، والتدريب على التفكير البديل. هذا ما يفسر التحسن النسبي في الجانب المعرفي، إذ أصبح الأفراد أكثر قدرة على إدراك الواقع بشكل واقعي ومرن بدلاً من الانغماس في التعميمات السلبية المطلقة، تتوافق هذه النتائج مع ما

توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة، مثل دراسة (O'Donnell et al. 2004) التي أبرزت العلاقة الوثيقة بين تعديل الأنماط المعرفية وانخفاض الأعراض الاكتئابية بعد حوادث المرور. كما تؤكد أبحاث (Ellis 1994) حول العلاج العقلاني الانفعالي أنّ التدخل المباشر على الأفكار غير العقلانية يؤدي إلى تحسن ملحوظ في المزاج والسلوك، وبذلك يمكن القول إنّ التحسن المعرفي المحقق في هذه الدراسة لا يمثل مجرد خفض في الدرجة الإحصائية، بل يعكس تغيراً نوعياً في طريقة التفكير لدى الأفراد، ما يجعل نتائجه قابلة للاستمرار على المدى الطويل.

أما على صعيد البعد السلوكي، فقد أظهرت النتائج تحسناً معتبراً تمثل في ارتفاع نسب الكسب المعدل مقارنة بالوضع القبلي. هذا يشير إلى أنّ البرنامج العلاجي ساهم في إعادة تنشيط السلوكيات الإيجابية والتقليل من التجنب والانسحاب الاجتماعي، وهي مظاهر سلوكية شائعة لدى الأفراد المكتئبين. لقد استند البرنامج إلى مبدأ التعزيز السلوكي الذي يُعدّ من الركائز الأساسية في علاج الاكتئاب، حيث يركز على إعادة إدماج الفرد في أنشطة يومية ممتعة ومجزية تقلل من العزلة وتزيد من فرص الحصول على خبرات إيجابية. الواجبات المنزلية التي طُبِّقت خلال الجلسات – مثل تسجيل الأنشطة الممتعة ومراقبة السلوكيات السلبية – كان لها دور بارز في تعزيز هذا التحسن.

تؤكد الدراسات السابقة فعالية هذا النوع من التدخل، إذ أوضحت أبحاث Jacobson et al. (1996) أنّ مجرد تطبيق تفعيل السلوكيات، يمكن أن يكون فعالاً في خفض أعراض الاكتئاب حتى دون التدخل المعرفي المباشر. ما توصلت إليه الدراسة الحالية يتسق مع هذا الطرح، حيث برز أنّ تغيير السلوك يخلق دائرة إيجابية تؤثر بدورها في التفكير والمشاعر. وعليه، يمكن اعتبار التحسن في البعد السلوكي دليلاً على أن الأفراد لم يحققوا فقط تحسناً داخلياً في تصوراتهم، بل أيضاً تغيراً ملموساً في أنماط حياتهم اليومية، وهو ما يزيد من فرص استمرارية النتائج.

أما البعد الوجداني، فقد أظهرت النتائج أنّ نسبة بلاك المعدلة عكست تحسناً جيداً، تمثل في انخفاض مستويات الحزن والشعور بالذنب وتحسن المزاج العام. هذا التحسن الانفعالي يشير إلى أنّ الأفراد أصبحوا أكثر قدرة على تنظيم مشاعرهم والانفصال عن الدائرة الانفعالية السلبية التي يغذيها الاكتئاب.

تفسير هذه النتائج يمكن ربطه بنظرية التنظيم الانفعالي (Gross, 1998) التي تؤكد أنّ القدرة على إعادة تقييم المواقف والانفتاح على بدائل معرفية يسهم في خفض حدة المشاعر السلبية. فالبرنامج العلاجي مكّن الأفراد من تدريب عملي على تقنيات مثل الاسترخاء، وإعادة التقييم المعرفي، والتعبير الانفعالي المنضبط. التحسن في البعد الوجداني يرتبط أيضاً بتغيرات في الجانبين المعرفي والسلوكي؛ إذ أنّ الأفكار الإيجابية الجديدة والسلوكيات النشطة تعزز الشعور بالرضا والأمل. هذه العلاقة التبادلية بين الأبعاد الثلاثة تجعل من نتائج هذا البعد مؤشراً قوياً على نجاح التدخل العلاجي، تتوافق هذه النتائج مع دراسة Beck et al. (1979) التي بيّنت أنّ انخفاض الحزن والشعور بالذنب يُعدّ من أوائل العلامات على فعالية العلاج المعرفي السلوكي. كما تدعمها دراسات لاحقة أوضحت أنّ التغيير الانفعالي لا يقتصر على التخفيف اللحظي، بل يسهم في بناء مرونة نفسية تساعد الأفراد على مواجهة المواقف الضاغطة مستقبلاً.

أما البعد الجسمي فقد أظهر تحسناً مقبولاً، وهو ما يتضح من نسب الكسب المعدل التي بقيت في مستوى أقل مقارنة ببقية الأبعاد، لكنها لا تزال تعكس انخفاضاً معتبراً في الأعراض الجسدية مثل اضطرابات النوم، فقدان الشهية، والشعور بالتعب المستمر. هذا التحسن يمكن تفسيره من خلال العلاقة الوثيقة بين الأعراض النفسية والجسدية، إذ أنّ انخفاض حدة الاكتئاب على المستويات المعرفية والوجدانية والسلوكية يؤدي تدريجياً إلى تحسن الأعراض الجسدية. فالأفراد الذين أصبحوا أكثر نشاطاً وإيجابية،

قلّت لديهم مستويات التوتر العصبي والهرموني (خصوصًا الكورتيزول)، مما انعكس على تحسن النوم والشهية. تؤكد الأبحاث في مجال علم النفس العصبي هذه العلاقة، حيث أوضحت دراسات مثل Thase (2001) أنّ العلاجات المعرفية السلوكية تساهم في إعادة التوازن الكيميائي العصبي بشكل غير مباشر عبر تعديل الأفكار والسلوكيات، وهو ما يظهر على هيئة تحسن جسدي، رغم أنّ نسبة التحسن في هذا البعد كانت أقل، إلا أنّها تبقى ذات دلالة علاجية، إذ أنّ الأعراض الجسدية عادة ما تكون الأكثر مقاومة للتغيير وتحتاج إلى وقت أطول. ومع ذلك، فإنّ النتائج الحالية توحى بأنّ البرنامج العلاجي كان ناجعًا حتى في هذا الجانب.

إذا ما تأملنا النتائج عبر الأبعاد الأربعة مجتمعة، يتضح أنّ البرنامج العلاجي لم يقتصر تأثيره على جانب واحد، بل أحدث تغييرًا شاملاً ومتكاملاً. فالبعد المعرفي تفاعل مع السلوكي والوجداني، وهذه التغيرات الثلاثة انعكست على البعد الجسمي. هذا التداخل بين الأبعاد يعكس حقيقة أنّ الاكتئاب ظاهرة متعددة الأبعاد، لا يمكن معالجتها إلا من خلال مقاربة شمولية تراعي تكامل الجوانب النفسية.

تشير النتائج أيضًا إلى أنّ نسب التحسن، وإن اختلفت في درجتها، إلا أنّها جميعًا اتجهت نحو الانخفاض في الأعراض، وهو ما يعزز مصداقية فعالية البرنامج. كما أنّ الاستقرار النسبي للنتائج في القياس التتبعي يثبت أنّ التحسن لم يكن ظرفيًا بل استمر حتى بعد انتهاء البرنامج.

هذه الخلاصات تتفق مع ما ذهب إليه دراسات عديدة في مجال العلاج النفسي، والتي شددت على أنّ الفعالية الحقيقية لأي برنامج تكمن في قدرته على إحداث تحولات معرفية وسلوكية وانفعالية مترابطة، تنعكس على الأبعاد الجسدية والنفسية للفرد.

استنتاج عام:

تكشف نتائج هذه الدراسة بوضوح عن فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة المدروسة، حيث أظهرت البيانات وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي لصالح البعدي. فقد كان المتوسط القبلي لمستوى الاكتئاب مرتفعاً نسبياً، ما يعكس حدة الأعراض قبل التدخل، بينما شهد المتوسط البعدي انخفاضاً ملحوظاً بعد تطبيق البرنامج، وهو ما يؤكد أن التدخل أحدث تغييراً جوهرياً في حالة المشاركين. هذا التغير يشير إلى أن العلاج لم يقتصر على التعديل السطحي للمزاج بل مس البنية العميقة للأعراض الاكتئابية، سواء من حيث التفكير السلبي أو من حيث الاستجابات الانفعالية والسلوكية.

وإذا ما انتقلنا إلى نتائج القياس التتبعي، نجد أنها شكلت دليلاً إضافياً على قوة البرنامج وفاعليته على المدى الزمني. إذ بينت التحليلات أن الفروق بين القياس البعدي والتتبعي لم تكن دالة إحصائية، مما يعني أن مستويات الاكتئاب ظلت مستقرة نسبياً بعد انتهاء البرنامج. هذه النتيجة تُعتبر من أهم المؤشرات في البحوث العلاجية، لأنها تدل على أن الأثر لم يكن مؤقتاً أو محدوداً بزمّن التطبيق، بل استمر بفضل استراتيجيات التكيف والمهارات المعرفية والسلوكية التي اكتسبها المستفيدون خلال الجلسات. ومن ثم فإن ثبات الأثر يشير إلى أن المشاركين تمكنوا من استيعاب مبادئ العلاج واستخدامها بشكل ذاتي، الأمر الذي مكنهم من مواجهة الأفكار السلبية وإعادة بناء توازنهم النفسي دون الحاجة المستمرة إلى دعم خارجي.

وعند تحليل الأبعاد المكونة للاكتئاب، نجد أن البرنامج أحدث تأثيراً ملحوظاً على كل بعد بشكل مستقل، وهو ما يعكس شموليته. فقد انخفضت درجات الحزن بشكل دال، الأمر الذي يعكس تحسن المزاج العام وتراجع مشاعر اليأس وفقدان الأمل. هذا الانخفاض يُظهر أن استراتيجيات العلاج، مثل إعادة الهيكلة المعرفية وتغيير طريقة تفسير الأحداث، ساعدت المشاركين على رؤية المواقف الحياتية

بقدر أكبر من الواقعية والتوازن. كما سجل بعد فقدان الاهتمام تحسنًا بارزًا، وهو مؤشر على استعادة الدافعية والقدرة على الانخراط في الأنشطة الممتعة، وهو ما يمثل حجر الزاوية في إعادة الاندماج بالحياة اليومية. هذه النتيجة على وجه الخصوص توضح أن البرنامج لم يقتصر على العمل على المستوى المعرفي، بل تضمن مكونات سلوكية عملية حفزت الأفراد على إعادة بناء روتين حياتهم بما يحد من الانسحاب والعزلة.

وفيما يتعلق ببعد الشعور بالذنب، فقد لوحظ انخفاض معتبر في مستويات اللوم الذاتي، وهو ما يُعتبر من أبرز مؤشرات التحسن في الاكتئاب. ذلك أن الشعور المفرط بالذنب يمثل سمة مركزية للاضطراب ويغذي استمراره عبر دوامة من الأفكار السلبية حول الذات. نجاح البرنامج في خفض هذا البعد يدل على فعالية الجلسات المعرفية التي ركزت على تحدي المعتقدات اللاعقلانية واستبدالها بأفكار أكثر توازنًا، إضافة إلى تدريب المشاركين على التعاطف مع الذات والتسامح مع الأخطاء. أما على المستوى الجسدي، فقد شهدت الأعراض somatic تحسنًا واضحًا أيضًا، مثل اضطرابات النوم والتعب المزمن، مما يعكس أن التغيرات النفسية التي أحدثها البرنامج انعكست على الجسد. هذا يؤكد العلاقة التفاعلية بين الأبعاد النفسية والجسدية في الاكتئاب، حيث يؤدي التخفيف من الضغط النفسي والمعرفي إلى تقليل الشكاوى الجسدية.

كما برز أثر البرنامج بوضوح على التغيرات المعرفية، حيث انخفضت مستويات التشنوهات الفكرية وصعوبات التركيز. هذا التحسن ينسجم مع البنية النظرية للعلاج المعرفي السلوكي الذي يقوم أساسًا على تعديل الأفكار المشوهة وتعزيز التفكير الواقعي والمرن. النتائج بهذا الشكل تكشف أن التدخل ساعد على تحسين قدرات المشاركين على معالجة المعلومات والتفكير الإيجابي، وهو ما يُعتبر مؤشرًا على

إعادة التوازن الإدراكي. إن تراجع التشوهات المعرفية يعد خطوة مركزية نحو الوقاية من الانتكاس، لأنه يقلل من احتمالية إعادة إنتاج الأفكار السلبية التي تُعيد إنتاج الأعراض.

عند النظر في نتائج تحليل حجم الأثر باستخدام مربع إيتا، يتبين أن التدخل لم يحقق فقط فروقاً دالة بل أحدث تأثيرات قوية وعميقة. فقد تراوحت نسب الأثر بين 44.2% و 51.8%، وجميعها تقع ضمن مستوى الأثر الكبير. هذا يعني أن البرنامج تمكن من تفسير ما يقارب نصف التباين في درجات الاكتئاب لدى العينة، وهو مستوى معتبر للغاية في البحوث النفسية. ويُلاحظ أن أعلى نسبة للأثر كانت في بعد فقدان الاهتمام، ما يعكس أن الجلسات السلوكية التي شجعت على الانخراط في النشاطات الجديدة قد كانت ذات فعالية بالغة. كما أن الأثر الكبير في بعد التغيرات المعرفية يعزز الطرح القائل إن العلاج المعرفي السلوكي يحقق نتائجه بالدرجة الأولى من خلال إعادة تشكيل أنماط التفكير السلبية. إن حصيلة هذه النتائج تكشف عن أن البرنامج العلاجي لم يقتصر على خفض أعراض معينة بشكل انتقائي، بل امتد ليشمل جميع الجوانب المكونة للاكتئاب: الانفعالية والمعرفية والجسدية والسلوكية. وهذا بدوره يعزز من قيمته التطبيقية باعتباره تدخلاً شاملاً قادراً على معالجة الاضطراب من زواياه المتعددة. كما أن ثبات الأثر بعد انتهاء التطبيق يشكل برهاناً على أن المشاركين اكتسبوا مهارات طويلة المدى تمكنهم من مواجهة التحديات المستقبلية، وهو ما يرفع من قيمة البرنامج كأداة علاجية وقائية في آن واحد.

وبناءً على ما سبق، يمكن استنتاج أن العلاج المعرفي السلوكي أثبت فعاليته بشكل علمي وعملي في التخفيف من حدة الاكتئاب وتحقيق استمرارية في التحسن بعد انتهاء الجلسات. وقد أوضحت النتائج أن هذا التدخل قادر على إحداث تغيير عميق ومستدام في حياة الأفراد، عبر تعديل أنماط التفكير السلبية، وتخفيف الانفعالات المؤلمة، وتحفيز السلوكيات الإيجابية، وتخفيف الأعراض الجسدية. ومن

ثم يُوصى باعتماد هذا النوع من البرامج بشكل أوسع في الممارسات العلاجية، وتكييفه مع مختلف البيئات الثقافية والاجتماعية، لما له من أثر بارز في تحسين جودة الحياة النفسية وتقليل المعاناة المرتبطة

بالاكتئاب

خاتمة

أظهرت نتائج هذه الدراسة بجلاء أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي شكّل تدخلاً فعالاً ومؤثراً في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى العينة المستهدفة. فقد أثبتت التحليلات الإحصائية أن هناك انخفاضاً دالاً في شدة الاكتئاب بين القياس القبلي والبعدي، ما يعكس النجاح في إعادة التوازن الانفعالي والمعرفي للمشاركين. كما أظهرت نتائج القياس التتبعي أن الأثر الإيجابي للبرنامج لم يكن عابراً أو مقيداً بزمان التطبيق، بل حافظ على استمراريته، وهو ما يعكس أن الأفراد تمكنوا من استيعاب الاستراتيجيات العلاجية وتوظيفها بشكل ذاتي حتى بعد توقف الجلسات. هذه النتائج تشكل دليلاً علمياً على أن التدخلات المعرفية السلوكية تُعتبر من أنجع الأساليب العلاجية في ميدان الصحة النفسية، خاصة عند التعامل مع الاضطرابات الاكتئابية التي تمتاز بالتعقيد والتداخل بين الجوانب الانفعالية والمعرفية والجسدية.

لقد كشفت الدراسة أيضاً عن أن البرنامج العلاجي لم يقتصر على التأثير في مستوى الاكتئاب العام، بل امتد أثره ليشمل جميع الأبعاد الفرعية المكونة له، بدءاً من الحزن وفقدان الاهتمام، مروراً بالشعور بالذنب والتغيرات الجسدية، وصولاً إلى التغيرات المعرفية. وقد بلغ حجم الأثر مستويات مرتفعة في جميع الأبعاد، مما يعكس أن التغيرات التي أحدثها البرنامج كانت جوهرية ومؤثرة في حياة المشاركين. ويعزز ذلك أهمية الدمج بين الأساليب المعرفية التي تستهدف تعديل الأفكار والمعتقدات المشوهة، والأساليب السلوكية التي تسعى إلى إعادة تنشيط الدافعية وتحفيز المشاركة في الأنشطة الإيجابية. إن التوازن بين هذين المكونين هو الذي منح البرنامج قوته وشموليته، وجعل منه تدخلاً قادراً على معالجة مختلف أوجه المعاناة المرتبطة بالاكتئاب.

خاتمة

كما أن ثبات الأثر بعد فترة من انتهاء البرنامج يُعتبر من أبرز النتائج، إذ إنه يعكس أن المستفيدين لم يكونوا رهائن للمساندة الخارجية بل تمكنوا من تحقيق استقلالية في مواجهة أعراضهم. هذا الجانب يبرز القيمة العملية للعلاج المعرفي السلوكي بوصفه تدخلاً لا يقتصر على تخفيف الأعراض وإنما يسعى إلى تمكين الأفراد وتزويدهم بأدوات معرفية وسلوكية قابلة للتوظيف المستدام. ومن ثم فإن النتائج المتوصل إليها لا تُظهر فقط فعالية البرنامج في خفض الاكتئاب، بل تؤكد دوره الوقائي في الحد من احتمالية الانتكاس مستقبلاً.

إن هذه الحصلة العلمية تُسهم في إثراء الأدبيات المتعلقة بالتدخلات العلاجية في الصحة النفسية، وتفتح المجال أمام مزيد من البحوث التطبيقية التي تختبر فعالية البرامج العلاجية عبر عينات أوسع وفي سياقات ثقافية متنوعة. كما تُبرز أهمية الاستثمار في بناء برامج علاجية تتناسب مع خصوصية البيئة الاجتماعية والثقافية، بما يضمن تحقيق أقصى درجات الفعالية. ومن هذا المنطلق، يمكن القول إن الدراسة قدمت نموذجاً تجريبياً داعماً لتبني العلاج المعرفي السلوكي كخيار أولي في التعامل مع حالات الاكتئاب.

التوصيات والمقترحات

1. توسيع نطاق تطبيق البرنامج على عينات أكبر ومتنوعة من حيث العمر والجنس والخلفية الاجتماعية، للتحقق من عمومية النتائج.
2. إدماج العلاج المعرفي السلوكي في الممارسات العلاجية بالمؤسسات الصحية والنفسية، بوصفه مقاربة فعالة في خفض الاكتئاب.
3. تكييف البرنامج ثقافياً بما يتلاءم مع خصوصيات المجتمع المحلي، لضمان تقبل المستفيدين وانخراطهم الفعّال.

4. تدريب الأخصائيين النفسيين على تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وفق معايير علمية دقيقة.
5. تطوير برامج وقائية مبنية على نفس المبادئ لمواجهة بؤادر الاكتئاب قبل تفاقمه.
6. دمج التدخلات العلاجية مع الدعم الأسري لزيادة فاعليتها وتعزيز شبكة المساندة الاجتماعية للمستفيدين.
7. استخدام أدوات تقييم متعددة (مقاييس نفسية، مقابلات سريرية، ملاحظات سلوكية) لزيادة دقة القياسات المستقبلية.
8. إجراء دراسات طويلة لمتابعة المستفيدين على مدى زمني أطول، بهدف فحص استمرارية الأثر على المدى البعيد.
9. الاهتمام بالتكامل العلاجي عبر الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي وتدخلات أخرى مثل العلاج الدوائي أو تقنيات الاسترخاء.
10. إدراج محتوى توعوي في المؤسسات التربوية والجامعية يعرّف بالعلاج المعرفي السلوكي ويبرز أهميته في مواجهة الضغوط النفسية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- الأَعْظَمِي، حَمْدِي. (2013). (الاكتئاب: أسبابه، مظاهره، وأساليبه علاجه). القاهرة: دار الفكر العربي.
- إِبْرَاهِيم، مُحَمَّد شَعْلَان. (2011) الاضطرابات النفسية والعقلية: الاكتئاب نموذجًا. القاهرة: دار الفكر العربي.
- العِيد، وَسِيلَة. (2022). تحديد الإطار المفاهيمي للعلاج (المعرفي - السلوكي). مجلة الأسرة والمجتمع، 10 (1)، 238-251.
- بَلْمِيهَوْب، كَمَال. (2017). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق المعمم. مجلة الإرشاد النفسي والتربوي، 1 (1)، 100-120.
- بَلخِير، سَامِيَة. (2021). الوسواس القهري والاكتئاب في ظل جائحة كوفيد-19: دراسة ميدانية. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 14 (2)، 690-710.
- بَلْحَسَنِي، وَرْدَة، وَالْإِمَام، أَحْمَد. (2019). تشخيص الاكتئاب في ضوء DSM-5. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 11 (2)، 147-160.
- بَن سَعِيد، مَلِيكَة. (2022). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الأعراض الاكتئابية. مجلة علم النفس والعلوم التربوية، 8 (2)، 45-65.
- بَنمُوسَى، بُوْبَكْر. (2019). الاكتئاب لدى مرضى القلب وعلاقته بالقلق. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.
- بُوْثْلَبَة، نَوَال. (2021). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المراهقين. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 12 (2)، 89-102.

قائمة المراجع

- بوجليدة، كريمة. (2021). دور العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض القلق الاجتماعي لدى طلبة الجامعة. *مجلة دراسات وبحوث في العلوم الاجتماعية والإنسانية*، 10(2)، 120-136.
- بوخاري، ص. (2022). الألكسيثيميا والاكتئاب لدى المصابين بالسكري. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 9(2)، * 412-430 المركز الجامعي مغنية.
- بوخاري، هدى. (2023). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لحالة مراهق يعاني من الضغط النفسي. *مجلة دراسات حول الصحة النفسية والعلاج السلوكي*، 1(2)، 132-150.
- بوزيد، شهرة أنور السادات. (2017). الإرشاد العقلاني الانفعالي ودوره في تغيير الأفكار اللاعقلانية. *مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية*، 5(3)، 188-208.
- بوشاللق، سعاد، ودريسي، فاطمة. (2015). الذكاء الانفعالي والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، (18)، 77-95. جامعة المسيلة.
- بشرى، عبد القادر. (2003). *الاكتئاب: دراسة في علم النفس المرضي*. الجزائر: الديوان الوطني للأشغال التربوية.
- بقري، ناصر. (2008). *الاكتئاب النفسي: دراسة سيكولوجية*. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- بيان مرابطي، كريمة. (2022). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسيدا. *مجلة الطب النفسي والاجتماعي*، 3(2)، 35-50.

- خطاب، كريمة. (2010). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الناجين من الحوادث. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 23(2)، 120-140.
- حاودمويصة، سامية. (2022). الاكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة وهران 2.
- حجازي، محمد. (2013). *الصحة النفسية*. القاهرة: دار المعرفة.
- حدان، فاطمة، وبلحسيني، وردة. (2024). الاكتئاب لدى الشابات العاملات: دراسة نفسية اجتماعية. *مجلة الإرشاد النفسي والاجتماعي*، 18(02)، 160-168.
- خطابي، رميسة، وشلبي، محمد. (2024). مقارنة نظرية للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 10(2)، 1-12.
- خويلد، أسماء. (2013). الفنيات العلاجية في الإرشاد العقلاني الانفعالي. *مجلة الحكمة*، 1(4)، 6-16.
- رزقاني، عيسى، ومنصوري، زهية. (2023). العلاج المعرفي السلوكي وأهم تقنياته في التخفيف من السلوك التتمري. *مجلة آفاق للبحوث والدراسات*، 6(1)، 408-423.
- زغبوش، بن عيسى، وعلوي، إسماعيل. (2002). *العلاج النفسي المعرفي* (ط. 1). الأردن: عالم الكتب الحديث.
- زيتوني، سميرة. (2020). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المراهقين. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 7(1)، 131-148.
- سرحان، عبد العزيز. (2003). *الاكتئاب: أسبابه - أعراضه - علاجه*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

قائمة المراجع

- شيباني، لزهرة. (2019). أسس العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي العام والسريري. *مجلة الحكمة للدراسات النفسية*، 5(1)، 1-16.
- عزي صالح، نوال، وصادقي، فاطمة. (2019). العلاج المعرفي السلوكي - مقارنة نظرية عند أرون بيك وجيفري يونغ. *آفاق علمية*، 11(3)، 656-671.
- عجابي، أمينة. (2020). برنامج إرشادي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد باستخدام أسلوب Meichenbaum. *التواصل*، 25(2)، 293-308.
- عدائكة، آسيا، وحرابوية، لبنى. (2017). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب عند المرأة المتأخرة في الإنجاب. *دراسات نفسية*، 8(14)، 109-130.
- عكاشة، أحمد. (2012). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فنتازي، كريمة. (2018). *الاتجاه المعرفي-السلوكي وعصرنة العلاج النفسي: مفاهيمه الأساسية وأساليبه العملية*. جامعة عنابة، الجزائر.
- فليتي، سعاد. (2022). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بالتصلب اللويحي. *مجلة العلوم الإنسانية والنفسية*، 7(1)، 90-102.
- فغموس، طارق، وبوخاري، سهام. (2020). فعالية تقنية التعرض ومنع الاستجابة في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري. *دراسات نفسية*، 11(1)، 114-164.
- قرشي، محمد. (2017). العلاج المعرفي السلوكي - مقارنة نظرية عند أرون بيك وجيفري يونغ. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 6(2)، 30-48.
- قنوعه، عبد اللطيف، وقشاشطه، عبد الرحمن. (2016). دراسة الأفكار اللاعقلانية في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، 4(4)، 231-248.

- كروم، نوال، ومنقوشي، سعاد. (2021). العلاقة بين الاكتئاب واضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المرضى النفسيين. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 12 (3)، 270-285.
- لطفي، الشربيني. (2001). *الاكتئاب: أسبابه - تشخيصه - علاجه*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- محروقي، م. (2023). التنبؤ بالاكتئاب من خلال الصراع النفسي لدى طلبة الجامعة. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 16 (1)، 150-163.
- مرانقة، وفاء. (2020). التدخلات المعرفية السلوكية مع الألم المزمن. *مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية*، 21 (1)، 359-380.
- يحيى، محمد حبيب، وبوعروة، أحلام. (2025). توطين نظرية REBT في السياق الثقافي العربي الإسلامي. *المعيار*، 29 (2)، 849-859.
- يوسف، حسين. (2011). التدريب التحصيلي ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند Meichenbaum. *دراسات نفسية*، 2 (6)، 49-74.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2020). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: Mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Public Health*, 28(1), 55–68. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>
- Bryant, R. A. (2007). Survivor guilt in the context of traumatic events. *Psychological Medicine*, 37(6), 915–923.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. D. V. (2019). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 31(1), 10–20.
- Dekel, S., Solomon, Z., Elklit, A., & Ginzburg, K. (2011). Emotional impact of trauma exposure and posttraumatic symptoms in PTSD and survivor guilt. *Journal of Traumatic Stress*, 24(5), 522–526.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413–431. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. New York: Oxford University Press.

- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning* (Rev. ed.). New York: Washington Square Press.
- Freud, S. (1961). *The ego and the id* (J. Riviere, Trans.). New York: Norton. (Original work published 1923).
- Friedman, M. J. (2013). *Posttraumatic and acute stress disorders*. Springer Publishing Company.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hendin, H., & Haas, A. P. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 586–591.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hutson, H. R., Hall, D. H., & Pack, T. L. (2015). Survivor guilt following fatal accident trauma. *Journal of Emergency Psychiatry*, 27(2), 143–149.
- Hutson, H. R., Hall, C. D., & Pack, T. L. (2015). Survivor guilt: Understanding the psychology of survival. *Journal of Emergency Mental Health*, 17(2), 73–81.

- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1992). Changes in outlook following disaster: Preliminary analysis of a questionnaire measure of positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 271–279.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support, attributional style, coping style, and post-traumatic symptoms. *Personality and Individual Differences*, 13(12), 1249–1251.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Wiley & Sons.
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R., & Andrews, L. (1993). Crisis support in the aftermath of disaster: A longitudinal perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 177–185.
- Kellerman, H. (2001). *Survivor guilt: A self-defeating behavior*. Springer.
- Kubany, E. S., & Manke, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 27–61.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8(4), 428–444.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 451–466.

- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2020). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 73(4), 451–466.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2021). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 84(4), 449–464.
- Levi-Belz, Y., & Gilo, M. (2020). Emotional and cognitive factors shaping suicide survivor's identity. *Frontiers in Psychology*, 11, 511.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706.
- Maguen, S., & Litz, B. T. (2012). Moral injury in veterans of war. *PTSD Research Quarterly*, 23(1), 1–6.
- Matthews, L., & Harris, R. (2012). Survivor guilt and PTSD in traffic accident victims: A longitudinal analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 617–623.
- National Institute of Mental Health. (2019). *Trauma and road traffic accidents: Mental health considerations*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute of Mental Health. (2020). *Post-traumatic stress disorder*. <https://www.nimh.nih.gov>
- National Safety Council. (2020). *Injury facts: Roadway incidents and survivor care*. Itasca, IL: NSC.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., & Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years

- after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251–262.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2007). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467–480.
 - Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the “survivor syndrome.” *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 313–315.
 - Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2008). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Department of Veterans Affairs.
 - Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds III, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601–2608.
 - World Health Organization. (2017). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: WHO Press.
 - World Health Organization. (2018). *Global status report on road safety 2018*. Geneva: WHO Press.
 - Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
 - Yehuda, R., McFarlane, A. C., & Shalev, A. Y. (2015). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 70(5), 383–385.

الملاحق

الملحق (01): جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

الجلسة الأولى

التعارف وبناء العلاقة العلاجية			عنوان الجلسة
الجلسة	الأولى	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	جماعية، تمهيدية، تفاعلية		
خطة الجلسة	- الترحيب وتقديم المعالج للمجموعة لخلق جو من الأمان والقبول. - تنفيذ نشاط تعارف يساعد المشاركين على كسر الجليد والتواصل الأولي. - مناقشة توقعات المشاركين من البرنامج العلاجي وتحفيز التعبير عنها. - عرض أهداف البرنامج وهيكله الزمني بشكل واضح ومبسط. - الاتفاق الجماعي على قواعد العمل (السرية، الاحترام، الحضور، التفاعل). - مشاركة أولية للمشاعر أو الانطباعات لخلق الانسجام بين الأعضاء. - ختام الجلسة بتلخيص ما تم وتكليف المشاركين بمهمة تحفيزية خفيفة.		
أهداف الجلسة	- كسر الحواجز النفسية بين المشاركين. - بناء مناخ من الأمان والاحترام. - تعريف المشاركين بالمعالج ومحتوى البرنامج. - توضيح أهمية المشاركة الفعالة. - ضبط التوقعات الواقعية من البرنامج. - مناقشة المخاوف أو الاعتراضات. - الاتفاق على قواعد المجموعة (السرية، الالتزام، الاحترام)		
محاور التدخل العلاجي	- بناء علاقات علاجية قائمة على الثقة والدعم المتبادل بين أعضاء المجموعة والمعالج. - إرساء شعور بالأمان النفسي داخل بيئة الجلسة بما يتيح حرية التعبير والانخراط. - الحد من مشاعر القلق الاجتماعي والانغلاق من خلال تعزيز الانتماء للمجموعة.		
الفنيات المستخدمة	- العصف الذهني: التعبير عن توقعات المشاركين. - التعارف التفاعلي: أنشطة تعارف لتعزيز الألفة. - الحوار المفتوح: بناء الثقة بين الأعضاء. - التعاقد العلاجي: الاتفاق على القواعد الجماعية.		

الملاحق

- نشاط تعارفي تفاعلي. - نقاش حول أهداف البرنامج. - عرض مرئي لمحتوى البرنامج. - صياغة قواعد العمل الجماعي.	الأساليب التدريبية
- أوراق عمل فردية وجماعية. - سبورة وأقلام ملونة لعرض المفاهيم والمخرجات. - جهاز عرض (Data Show) لتقديم محتوى مرئي داعم.	المستلزمات التدريبية

الجلسة الثانية

التثقيف النفسي حول الصدمة و الإكتئاب			عنوان الجلسة
الجلسة	الزمن	الثانية	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	تعليمية، معرفية، جماعية.		
خطة الجلسة	- مراجعة مختصرة لما تم في الجلسة السابقة. - عرض مفهوم الصدمة النفسية واكتئاب ما بعد الحادث. - شرح الفرق بين الاستجابة الطبيعية وغير الطبيعية بعد الحادث. - عرض فيديو توعوي مبسط حول الأعراض النفسية المحتملة. - مناقشة تفاعلية لتجارب المشاركين المتعلقة بالأعراض النفسية. - تلخيص المفاهيم بشكل جماعي ومبسط. - ختام الجلسة وتكليف المشاركين بتسجيل أعراضهم خلال الأسبوع.		
أهداف الجلسة	- تعريف المشاركين بمفهوم الصدمة النفسية. - شرح العلاقة بين الحادث والاكتئاب النفسي. - تمييز المشاركين بين الاستجابات النفسية السليمة والمضطربة. - زيادة الوعي الذاتي بالأعراض التي يمر بها الفرد. - تصحيح المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالاضطرابات النفسية. - تخفيض مشاعر العار أو الخجل المرتبطة بالأعراض. - تعزيز تقبل الحاجة إلى العلاج النفسي.		
محاور التدخل العلاجي	- رفع مستوى الوعي النفسي.		

الملاحق

- إزالة الغموض المرتبط بالاضطرابات النفسية. - تهيئة المشاركين لتقبل العلاج والانخراط فيه.	
- المحاضرة: تقديم معلومات حول الصدمة والاكتئاب. - العرض المرئي: فيديو توعوي قصير. - المناقشة: استيعاب العلاقة بين الحادث والاضطراب. - الإجابة عن التساؤلات: تصحيح المفاهيم الخاطئة.	الفنيات المستخدمة
- عرض فيديو توعوي مبسط. - أنشطة تفاعلية جماعية (نقاش جماعي تفاعلي) - توزيع كتيب مبسط حول الصدمة النفسية.	الأساليب التدريبية
- جهاز عرض (data show). - كتيبات تثقيفية مطبوعة. - سبورة وأقلام تمييز.	المستلزمات التدريبية

الجلسة الثالثة

النموذج المعرفي السلوكي			عنوان الجلسة
الجلسة	الزمن	الثالثة	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	تفسيرية، تفاعلية، تدريبية.		
خطة الجلسة	- مراجعة الجلسة السابقة. - تقديم نموذج بيك (الفكر - المشاعر - السلوك). - شرح تفاعلات النموذج في مواقف الحياة اليومية. - تطبيق عملي لتحليل موقف مرّ به المشارك. - مناقشة جماعية حول الأفكار التلقائية المرتبطة بالحوادث. - تلخيص المفاهيم وإعطاء تمرين منزلي. - ختام الجلسة بفتح مساحة للأسئلة		
أهداف الجلسة	- تقديم النموذج المعرفي السلوكي كمحور أساسي للعلاج. - شرح كيفية تفاعل الأفكار والمشاعر والسلوك. - زيادة الوعي بالأفكار التلقائية وتأثيرها.		

الملاحق

- تحليل مواقف حياتية باستخدام النموذج. - تدريب المشاركين على التمييز بين المكونات الثلاثة. - تعزيز الثقة في استخدام النموذج لتحليل الذات. - التمهيد لجلسات تعديل الأفكار السلبية.	
- التثقيف المعرفي السلوكي. - بناء الفهم الذاتي الديناميكي. - تفعيل المراقبة الذاتية للأفكار والسلوك.	محاوالت التدخل العلاجي
- المحاضرة: شرح نموذج بيك (الفكر-المشاعر-السلوك). - الرسم التوضيحي: تصميم النموذج على السبورة. - لعب الأدوار: تجسيد مواقف حياتية. - النقاش الجماعي: تحليل مكونات الموقف.	العمليات المستخدمة
- شرح تفاعلي باستخدام الرسوم. - تطبيق جماعي على النموذج. - نقاش أمثلة من الواقع. - تمرين مصغر في مجموعات.	الأساليب التدريبية
- أوراق عمل مطبوعة. - سبورة وأقلام توضيحية. - نموذج مثلث بيك مرسوم مسبقًا.	المستلزمات التدريبية

الجلسة الرابعة

التعرف على الأفكار التلقائية السلبية			عنوان الجلسة
60/45 دقيقة	الزمن	الرابعة	الجلسة
			طبيعة الجلسة
			خطة الجلسة
- استرجاع محتوى الجلسة السابقة والتدريبات المنزلية. - شرح مفهوم الأفكار التلقائية السلبية. - تقديم أمثلة واقعية من الحياة اليومية.			

الملاحق

- نشاط جماعي لاكتشاف الأفكار المتكررة بعد الحادث. - استخدام بطاقات تحليل الأفكار. - مناقشة الأثر الانفعالي والسلوكي لتلك الأفكار. - إعطاء تمرين بيتي لتسجيل الأفكار اليومية.	
- تحديد وتسمية الأفكار السلبية التلقائية. - فهم توقيت ومصدر هذه الأفكار. - ربط الأفكار بمشاعر وسلوكيات لاحقة. - تمييز التكرار النمطي في التفكير. - رفع الاستبصار المعرفي. - التحضير لجلسة تعديل التفكير. - تعزيز الوعي الذاتي المعرفي اليومي.	أهداف الجلسة
- التنقيب عن الفكر السلبي. - ربط التفكير بالانفعال والسلوك. - تدريب الذات على المراقبة اليومية.	محاور التدخل العلاجي
- بطاقات الأفكار: اكتشاف الأفكار السلبية. - التمارين الدفترية: تسجيل الأفكار والمشاعر. - الحوار التفاعلي: ربط الأفكار بالسلوك. - نقاش مجموعات: مشاركة الملاحظات.	الفنيات المستخدمة
- تمرين كشف الأفكار التلقائية. - تسجيل يومي للأفكار والمشاعر. - تحليل جماعي لحالات واقعية. - مشاركة دفترية بين الأعضاء.	الأساليب التدريبية
- دفتر تسجيل الأفكار. - بطاقات تعليمية بالألوان. - قلم وأوراق ملاحظات.	المستلزمات التدريبية

الملاحق

الجلسة الخامسة

تعديل التفكير السلبي			عنوان الجلسة
الجلسة	الخامسة	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	جماعية، علاجية، تفاعلية، تطبيقية		
خطة الجلسة	- استرجاع مختصر لما تم في الجلسة السابقة. - تقديم مفهوم التفكير السلبي التلقائي ومخاطره على المزاج والسلوك. - عرض أدوات فحص الأفكار: أسئلة التحدي، جمع الأدلة، النظر في البدائل. - تطبيق نموذج تعديل الأفكار على مواقف واقعية من حياة المشاركين. - تمرين جماعي باستخدام جدول الأفكار السلبية والإيجابية. - مناقشة جماعية لتعزيز التفكير الواقعي والداعم. - تكليف بواجب بيتي: استخدام جدول تعديل التفكير على موقف يختاره كل مشارك.		
أهداف الجلسة	- تدريب المشاركين على التعرف إلى الأفكار السلبية التلقائية. - إكسابهم مهارات فحص واقعية هذه الأفكار وتحديها. - مساعدتهم على بناء بدائل فكرية أكثر عقلانية وتوازناً. - دعم القدرة على التفاعل مع الذات بإيجابية وتقبل.		
محاور التدخل العلاجي	- تعديل التفكير كأداة أساسية في العلاج المعرفي السلوكي. - تعزيز مهارة الانتباه إلى الأفكار ومراقبتها بوعي. - الربط بين التفكير والمزاج والانفعالات السلبية.		
العمليات المستخدمة	- التفكير السقراطي: تحدي واقعية الأفكار السلبية. - جداول الأفكار: تحليل وتعديل التفكير. - المقارنة المعرفية: بناء بدائل أكثر واقعية. - لعب أدوار: تبني التفكير الجديد.		
الأساليب التدريبية	- تطبيق جداول تعديل الأفكار. - نقاش جماعي حول أمثلة تطبيقية. - تدريب فردي على تقييم الأدلة. - مهام منزلية لاستبدال التفكير.		

الملاحق

المستلزمات التدريبية	- أوراق عمل تتضمن جداول الأفكار السلبية وتحديها. - أقلام وسبورة لعرض النموذج التوضيحي. - عرض PowerPoint يتضمن خطوات تعديل التفكير. - بطاقات مواقف حياتية للمناقشة الجماعية.
----------------------	---

الجلسة السادسة

الإسترخاء والتحكم الإنفعالي			عنوان الجلسة
الجلسة	السادسة	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	جماعية، علاجية، تطبيقية، تدريبية.		
خطة الجلسة	- مراجعة مختصرة لما سبق وتبادل الانطباعات. - توضيح العلاقة بين التوتر البدني والانفعالات السلبية. - تعريف المشاركين بتقنيات التنفس العميق والاسترخاء العضلي التدريجي. - تدريب عملي جماعي على كل تقنية مع توجيه صوتي. - مناقشة أثر التمرين على الحالة المزاجية. - تكليف بتطبيق التمارين يوميًا وتدوين الملاحظات.		
أهداف الجلسة	- تعليم المشاركين كيفية تهدئة الجسد كمدخل لتهدئة النفس. - تدريبهم على أدوات للتحكم بالقلق والانفعالات الصادمة. - دعم الاستقلالية في إدارة الانفعالات السلبية.		
محاور التدخل العلاجي	- الربط بين الجسد والانفعال. - بناء شعور بالتحكم في الذات والانفعال. - التعرف إلى الإشارات الجسدية للتوتر.		
الفنيات المستخدمة	- تمارين التنفس: تهدئة الانفعال الجسدي. - الاسترخاء العضلي التدريجي: تقليل التوتر. - الصوت الموجه: استخدام صوت مساعد للاسترخاء. - النقاش بعد التمرين: إدراك أثر الاسترخاء.		
الأساليب التدريبية	- تدريب عملي على التنفس العميق. - تطبيق جماعي للاسترخاء التدريجي.		

الملاحق

- جلسة موجهة باستخدام صوت مسجل. - تقييم شعوري بعد التطبيق.	
- مسجل أو جهاز صوتي لتوجيه التمرين. - وسائد أو كراسي مريحة. - أوراق عمل لمتابعة الممارسة.	المستلزمات التدريبية

الجلسة السابعة

التعرض التخيلي			عنوان الجلسة
الجلسة	السابعة	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	علاجية، حساسة، موجهة، فردية ضمن جماعة.		
خطة الجلسة	- تهيئة المشاركين نفسيًا لتجربة التخيل بأمان. - شرح معنى وفائدة التعرض التدريجي للذاكرة الصدمية. - بدء التمرين: توجيه المشاركين لاستحضار تفاصيل الحادث في بيئة آمنة. - استخدام التكرار التدريجي وإعادة السرد. - مناقشة الانفعالات المصاحبة بعد التمرين. - دعم المشاركين وتثبيت شعور الإنجاز. - تكليف بمواصلة الكتابة أو التخيل التدريجي.		
أهداف الجلسة	- تقليل أثر الذكريات الصدمية المؤلمة. - كسر حلقة التجنب والانفجار العاطفي. - مساعدة المشاركين على إعادة السيطرة على الذكريات.		
محاور التدخل العلاجي	- العلاج بالتعرض داخل الذاكرة. - إزالة التحسس الانفعالي التدريجي. - توجيه التفكير تجاه الواقع الآمن.		
الفنيات المستخدمة	- المحاضرة: شرح مبدأ التعرض التخيلي وأهميته. - التخيل: تمرين تخيلي موجه لتفاصيل الحادث. - التنفيس الانفعالي: التعبير عن المشاعر بعد التمرين.		

الملاحق

	- الحوار والمناقشة: تبادل المشاعر مع المعالج. - العصف الذهني: مناقشة وسائل السيطرة أثناء التعرض. - الاسترخاء: قبل وبعد التخيل. - الواجب المنزلي: إعادة تمرين التعرض التخيلي كتابة.
الأساليب التدريبية	- محاضرة تمهيدية حول التعرض. - تخيل موجه للحادث في جو آمن. - مناقشة شعورية بعد التمرين. - تمرين تنفسي مهدئ. - عصف ذهني حول المواجهة. - واجب منزلي: تسجيل تجربة التعرض.
المستلزمات التدريبية	- مساحة آمنة وهادئة. - سماعات أو صوت المعالج. - أوراق لتدوين التجربة بعد الجلسة.

الجلسة الثامنة

إعادة بناء صورة الذات			عنوان الجلسة
الجلسة	الزمن	الثامنة	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	جماعية، بنائية، تعزيزية		
خطة الجلسة	- مناقشة أثر الحادث على نظرة الشخص لنفسه. - تحليل الأفكار المشوهة عن الذات بعد الحادث. - عرض تمرين "أنا قبل وبعد الحادث" للمقارنة الواقعية. - استخدام بطاقات صفات إيجابية لتعزيز جوانب القوة. - مناقشة جماعية حول استعادة الصورة الذاتية. - واجب بيئي: كتابة خطاب دعم ذاتي.		
أهداف الجلسة	- تعديل التشوهات في نظرة الفرد لنفسه. - تعزيز تقدير الذات والثقة بالنفس. - بناء تصور إيجابي واقعي للهوية الشخصية.		

الملاحق

- الهوية بعد الصدمة. - الصلابة النفسية والمرونة. - التحول من الضعف إلى القوة.	محاور التدخل العلاجي
- تمارين التصور الإيجابي: تخيل الذات القوية بعد الحادث. - بطاقات التقدير الذاتي: تعزيز المشاعر الإيجابية. - إعادة السرد الإيجابي: قص سردي لتطور الذات. - مشاركة جماعية: تبادل تجارب حول تغير الذات.	الفنيات المستخدمة
- تمرين "أنا قبل وبعد الحادث". - استخدام بطاقات صفات إيجابية. - نشاط كتابي لإعادة بناء صورة الذات. - نقاش تشاركي حول التقدير الذاتي.	الأساليب التدريبية
- أوراق مخصصة للتمرين الزمني. - بطاقات صفات، أقلام ملونة. - ملصق جماعي لكلمات إيجابية مشتركة.	المستلزمات التدريبية

الجلسة التاسعة

التعامل مع الذكريات المفاجئة			عنوان الجلسة
الجلسة	التاسعة	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	تدريبية، معرفية، واقعية، داعمة.		
خطة الجلسة	- مراجعة تجارب المشاركين مع الذكريات المفاجئة. - شرح آلية الذكريات الاقتحامية وكيفية تأثيرها. - تقديم تقنيات السيطرة عليها: تثبيت الواقع، إعادة التوجيه الذهني، الإيقاف. - تدريب عملي على تقنيات صرف الانتباه. - تمرين اليقظة الذهنية مع المعالج. - تكليف بالتطبيق اليومي وتسجيل المشاعر.		
أهداف الجلسة	- الحد من استحواذ الذكريات المؤلمة. - تعزيز التحكم بالانتباه والوعي. - تمكين الشخص من السيطرة على المحتوى العقلي.		

الملاحق

- الذكريات كعرض بيولوجي ونفسي للصدمة. - العلاقة بين الفلاش باك والانفعالات. - التدريب الذهني الواعي.	محاور التدخل العلاجي
- تقنيات الإيقاف الذهني: الحد من الذكريات السلبية. - إعادة التوجيه الذهني: تحويل الانتباه لمثيرات محايدة. - تمارينات اليقظة الذهنية: العودة إلى اللحظة الحالية. - حوار علاجي: التعامل الواقعي مع الصور العقلية.	الفنيات المستخدمة
- تمرين إيقاف الأفكار المزعجة. - نشاط تركيز على الحواس (Grounding) - جلسة يقظة ذهنية موجبة. - نقاش حول استراتيجيات السيطرة.	الأساليب التدريبية
- بطاقات خطوات كل تقنية. - مواد حسية (كرات مضغ، عطر، صوت). - مكان هادئ للتأمل والتدريب.	المستلزمات التدريبية

الجلسة العاشرة

التعرض التدريجي للمواقف المجتنبية			عنوان الجلسة
الجلسة	العاشرة	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	علاجية، تفاعلية، واقعية، تدريجية.		
خطة الجلسة	- تعريف المشاركين بمفهوم التجنب السلوكي وأثاره. - شرح آلية التعرض التدريجي وأهميته في كسر الخوف. - بناء "هرم التعرض" لكل مشارك وفق درجة القلق. - تدريب جماعي على موقف بسيط ضمن الهرم. - وضع مهام منزلية لتطبيق التعرض التدريجي الواقعي. - مناقشة التوقعات والصعوبات المحتملة.		
أهداف الجلسة	- تقليل التجنب المرتبط بالصدمة.		

الملاحق

	- تعزيز المواجهة الآمنة للمواقف المخيفة. - دعم التعافي عبر إعادة الاندماج في الحياة الواقعية.
محاور التدخل العلاجي	- علاقة التجنب بالمحافظة على الاضطراب. - التدريب السلوكي التدريجي على المواجهة. - تمكين المشاركين من بناء خطة علاجية فردية.
الفتيات المستخدمة	- هرم التعرض: بناء تدريجي لمواقف التجنب. - التمثيل العلاجي: محاكاة للمواقف الصعبة. - الواجب المنزلي: مواجهة واقعية لموقف حقيقي. - التغذية الراجعة: تقييم الخبرات الميدانية.
الأساليب التدريبية	- بناء هرم تجنب شخصي. - لعب أدوار لمواقف مخيفة. - تنفيذ مهمة منزلية فعلية. - مناقشة التقدم وتعديل الخطة.
المستلزمات التدريبية	- أوراق عمل لبناء الهرم. - بطاقات مواقف. - سبورة وأقلام لتلخيص النماذج.

الجلسة الحادي عشر

حل المشكلات واتخاذ القرار			عنوان الجلسة
60/45 دقيقة	الزمن	الحادي عشر	الجلسة
تدريبية، معرفية، تطبيقية.			طبيعة الجلسة
- مناقشة الصعوبات اليومية بعد الصدمة. - شرح نموذج خطوات حل المشكلات. - عرض أمثلة تطبيقية على مشكلات من واقع المشاركين. - تدريب جماعي على استخدام النموذج في مواقف حياتية. - تكليف بتطبيق النموذج لحل مشكلة واقعية.			خطة الجلسة
- تمكين المشاركين من خطوات منهجية لحل مشكلاتهم. - تعزيز الشعور بالكفاءة والسيطرة.			أهداف الجلسة

الملاحق

	- تقليل التشتت والقلق الناتج عن العجز الإدراكي.
محاور التدخل العلاجي	- ضعف حل المشكلات كأثر للصدمة. - نموذج اتخاذ القرار المنطقي. - دعم الاستقلالية والإيجابية.
الفنيات المستخدمة	- نموذج حل المشكلات: تحديد، تحليل، حل. - توليد البدائل: العصف الذهني. - لعب أدوار: تجربة البدائل في مواقف واقعية. - تقييم النتائج: اتخاذ قرارات فعّالة.
الأساليب التدريبية	- ورش عمل تطبيقية لمواقف حقيقية. - تصميم جداول مقارنة للحلول. - تمثيل بدائل قرارات. - تمرين متابعة لحل مشكلة قائمة.
المستلزمات التدريبية	- أوراق نموذج حل المشكلات. - أقلام ملونة، سبورة. - حالات تطبيقية مطبوعة

الجلسة الثانية عشر

عنوان الجلسة	الدعم الاجتماعي		
الجلسة	الثانية عشر	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	جماعية، تفاعلية، تربية.		
خطة الجلسة	- فتح نقاش حول أهمية العلاقات الاجتماعية في الشفاء. - تحديد مصادر الدعم الحالية لدى المشاركين. - بناء "خريطة شبكة الدعم" لكل مشارك. - تدريب على مهارات التواصل والتعبير عن الاحتياجات. - لعب أدوار لتحسين التفاعل مع الآخرين.		
أهداف الجلسة	- تعزيز الإحساس بالانتماء والدعم. - تعليم مهارات لبناء علاقات إيجابية.		

الملاحق

- تقليل مشاعر العزلة بعد الصدمة.	
- العزلة كعرض صادم. - مهارات طلب المساعدة. - تفعيل الموارد الاجتماعية.	محاور التدخل العلاجي
- خريطة الدعم: تحديد مصادر الدعم المحيط. - تمارين تواصل: تعزيز المهارات الاجتماعية. - لعب أدوار: مواقف طلب المساعدة. - تدوين الأدوار الاجتماعية: إدراك مكانة الفرد.	العمليات المستخدمة
- رسم خريطة شبكة العلاقات. - نشاطات تواصل جماعي. - تمرين "طلب الدعم". - استعراض أدوار الفرد الاجتماعية.	الأساليب التدريبية
- أوراق خريطة الدعم. - أدوات رسم، أقلام. - بطاقات مهارات تواصل.	المستلزمات التدريبية

الجلسة الثالثة عشر

تعزيز التقدير الذاتي			عنوان الجلسة
الجلسة	الجلسة	الجلسة	الجلسة
60/45 دقيقة	الزمن	الثالثة عشر	تعزيزية، ايجابية، جماعية.
مراجعة النجاحات والإنجازات السابقة لكل مشارك.			طبيعة الجلسة
- تمرين "أنا أفخر بـ..." لمراجعة القدرات. - تقديم "جدول الإنجازات الصغيرة". - تدريب على استخدام التوكيدات الإيجابية. - مشاركة جماعية لتغذية الثقة بالنفس.			خطة الجلسة
- بناء إحساس إيجابي بالذات. - مراجعة القدرات الشخصية بعد التجربة الصادمة.			أهداف الجلسة

الملاحق

	- تعزيز احترام الذات عبر التكرار والمشاركة.
محاور التدخل العلاجي	- الذات المشروخة بعد الصدمة. - الإنجاز كأداة لتقوية الذات. - الدعم المتبادل الجماعي.
العمليات المستخدمة	- التوكيدات الإيجابية: تعزيز الحديث الذاتي الداعم. - جدول الإنجازات: استحضار النجاحات الصغيرة. - التأمل الإيجابي: جلسة تصور لمواقف قوة. - التغذية الراجعة الإيجابية: من المجموعة والمعالج.
الأساليب التدريبية	- نشاط "أنا أنجح عندما..." - كتابة التوكيدات في دفتر خاص. - مشاركة قصص النجاحات الشخصية. - تمرين جماعي حول تقدير الذات.
المستلزمات التدريبية	- دفتر إنجازات. - بطاقات عبارات إيجابية. - أوراق تمرينات فردية.

الجلسة الرابعة عشر

الوقاية من الانتكاس			عنوان الجلسة
الجلسة	الأولى	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	ختامية، وقائية، تنظيمية		
خطة الجلسة	- مراجعة المهارات المكتسبة عبر البرنامج. - تحديد المواقف عالية الخطورة للانتكاس. - وضع خطة شخصية لإدارة الانتكاس. - تقديم دليل مبسط للتعامل مع الانتكاسات. - تدريب جماعي على استباق الانتكاس.		
أهداف الجلسة	- مساعدة المشاركين على الحفاظ على التحسن. - إعدادهم للتعامل مع التراجع الطبيعي.		

الملاحق

	- تعزيز القدرة على الصمود والاستمرارية.
محاور التدخل العلاجي	- فهم دور الانتكاس في العلاج. - تقنيات المواجهة الذاتية. - التخطيط الوقائي الاستباقي
الفنيات المستخدمة	- وضع خطة مستقبلية: ما العمل عند الانتكاس؟ - مراجعة المهارات المكتسبة: جدول تعليمي. - توقع العقبات: تمرين استباقي. - تعزيز الوعي الذاتي: التقييم الذاتي للمخاطر.
الأساليب التدريبية	- تصميم خطة مواجهة شخصية. - مراجعة جماعية لأدوات العلاج. - ورشة توقعات ومهارات مضادة. - دفتر مراجعة الإنجازات.
المستلزمات التدريبية	- نموذج خطة مواجهة. - كتيب مراجعة المهارات. - أقلام وأوراق تذكير.

الجلسة الخامسة عشر

عنوان الجلسة	التقييم الختامي		
الجلسة	الخامسة عشر	الزمن	60/45 دقيقة
طبيعة الجلسة	جماعية، ختامية، تقييمية		
خطة الجلسة	- إجراء القياس البعدي (استبيانات التقييم) - مناقشة الفروق بين الحالة قبل وبعد. - تقديم شهادات مشاركة رمزية. - تبادل الانطباعات والتجارب. - إنهاء العلاقة العلاجية بشكل صحي وإيجابي.		
أهداف الجلسة	- تقييم فعالية البرنامج العلاجي. - منح المشاركين فرصة للاحتفال بتقدمهم.		

الملاحق

- إغلاق العلاقة العلاجية بأمان.	
- أهمية التقييم والمتابعة. - المعنى الإيجابي للنهاية. - تعزيز الاستقلال الذاتي.	محاور التدخل العلاجي
- استبيان بعدي: قياس التحسن. - شهادة مشاركة: تعزيز الإنجاز. - تبادل الانطباعات: دعم إنهاء العلاقة العلاجية. - الختام الإيجابي: التركيز على الأمل والاستمرار.	الفنيات المستخدمة
- تعبئة مقياس التقييم الختامي. - تقديم الشهادات الرمزية. - دائرة الوداع والتغذية الراجعة. - تقديم موارد للمساعدة المستقبلية.	الأساليب التدريبية
- استبيانات تقييم. - شهادات رمزية.	المستلزمات التدريبية

الملحق (02): استمارة تحكيم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

أولاً: البيانات الشخصية

الاسم واللقب:

الدرجة العلمية:

التخصص:

مؤسسة الإنتماء:

البريد الإلكتروني:

الأستاذ/ة المحترم/ة،

تحية طيبة وبعد، ،

في إطار إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي يستهدف التخفيف من حدة الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور، نضع بين أيديكم هذا البرنامج الذي أُعدَّ استناداً إلى المبادئ النظرية والتطبيقية للعلاج المعرفي السلوكي، مع مراعاة خصائص الفئة المستهدفة وظروفها النفسية والاجتماعية.

ونظراً لما لكم من خبرة علمية ومهنية في ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي، نرجو منكم التفضل بالمساهمة في تحكيم هذا البرنامج، وذلك من خلال تقييم مدى توافقه مع المعايير العلمية من حيث:

- وضوح ودقة الأهداف.
- شمولية المحتوى وتماسكه.
- ملائمة الفنيات والأساليب للفئة المستهدفة.
- التدرج المنهجي والتنظيم العام للبرنامج.

نرجو منكم التكرم بقراءة بنود الاستمارة بعناية، وتقدير مدى انطباق كل معيار على البرنامج باستخدام سلم التقدير المرفق، مع تدوين أي ملاحظات ترونها ضرورية في الحقول المخصصة لذلك. إن مساهمتكم العلمية تمثل إضافة نوعية مهمة للارتقاء بمستوى البرنامج وضمان فاعليته التطبيقية، ونثمن عالياً وقتكم وجهدكم المبذولين في خدمة البحث العلمي والممارسة النفسية الرشيدة.

الملاحق

الباحث:

ثانيًا: تعليمات التحكيم

نرجو منكم التفضل بإبداء رأيكم في بنود هذه الاستمارة بهدف تقويم البرنامج العلاجي المرفق. يُرجى وضع إشارة (✓) في الخانة التي تمثل رأيكم، مع إبداء الملاحظات إن وُجدت. علماً أن سلم التقدير هو كما يلي:

1= ضعيف / 2= مقبول / 3= جيد / 4= جيد جداً / 5= ممتاز

أولاً: ملائمة أهداف البرنامج

المعيار	1	2	3	4	5	الملاحظات
الأهداف واضحة ومحددة بدقة.						
الأهداف قابلة للقياس والتحقق.						
الأهداف مناسبة للفئة المستهدفة (الناجون من حوادث المرور).						
الأهداف تغطي مجالات معرفية وانفعالية وسلوكية.						

ثانيًا: محتوى البرنامج العلاجي

الملاحق

المعيار	1	2	3	4	5	الملاحظات
المحتوى مبني على أسس علمية مستمدة من العلاج المعرفي السلوكي.						
تسلسل الجلسات منطقي ومتدرج من التهيئة إلى الإغلاق العلاجي.						
المحتوى يعالج الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية للاكتئاب.						
البرنامج يتماشى مع خصائص الصدمة النفسية الناتجة عن الحوادث.						

ثالثاً: فنيات وأساليب التنفيذ

المعيار	1	2	3	4	5	الملاحظات
التنوع في الفنيات (محاضرات، تمارين، حوار، تخيل، لعب أدوار.....).						
الأساليب مناسبة للفئة المستهدفة (اللغة،						

الملاحق

						المستوى، الخصائص النفسية).
						التدرج في استخدام الفنيات من البسيطة إلى المعقدة.
						التمارين الميدانية (الواجبات المنزلية) مناسبة وفعالة.

رابعًا: التنظيم العام للبرنامج

المعيار	1	2	3	4	5	الملاحظات
عدد الجلسات كافٍ لتحقيق أهداف البرنامج.						
الوقت المخصص لكل جلسة مناسب للمحتوى والفئة المستهدفة.						
البرنامج منظم في شكل واضح وسهل التتبع من قبل الممارس.						

خامسًا: مقترحات وملاحظات عامة للمحكم

.....

.....

.....

.....

.....

الملحق رقم (03) مواضيع الواجبات المنزلية

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الواجب المنزلي
1	التعارف وبناء العلاقة العلاجية	كتابة توقعاتك من البرنامج، و3 مخاوف أو تساؤلات تراودك حول المشاركة.
2	الثقيف النفسي	تدوين أبرز ما تعلمته عن الصدمة والاكتئاب، وما أثار انتباهك في الفيديو أو النقاش.
3	النموذج المعرفي السلوكي	وصف موقف مررت به مؤخرًا، وتحليل عناصره (فكر – مشاعر – سلوك) باستخدام نموذج مثلث بيك.
4	الأفكار التلقائية السلبية	تسجيل ثلاثة مواقف يومية، وتحديد الأفكار التلقائية السلبية المصاحبة لكل منها.
5	تعديل التفكير السلبي	اختيار فكرة تلقائية واحدة سلبية، وتطبيق نموذج "فحص الفكرة" لاستخراج بديل أكثر توازنًا.
6	الاسترخاء والتحكم الانفعالي	ممارسة تمارين التنفس العميق أو الاسترخاء العضلي يوميًا وتدوين أثرها على حالتك النفسية.
7	التعرض التخيلي	إعادة تمرين التعرض التخيلي في مكان هادئ، وكتابة تفاصيل ما شعرت به أثناء وبعد التمرين.
8	إعادة بناء صورة الذات	إعداد قائمة بصفاتك الإيجابية قبل الحادث وبعده، ثم تأمل الفرق من منظور تطوري.
9	التعامل مع الذكريات الاقترامية	تطبيق تقنية "إيقاف الفكرة" أو "العودة للواقع" عند حدوث ذكرى مزعجة، وتدوين الموقف والاستجابة.
10	التعرض التدريجي للمواقف المجنبه	تنفيذ أول خطوة من خطة هرم التعرض التي وضعتها داخل الجلسة، وكتابة ما شعرت به قبل وبعد التنفيذ.
11	حل المشكلات واتخاذ القرار	تطبيق خطوات حل مشكلة بسيطة تواجهك حاليًا، وتدوين البدائل التي فكرت فيها والقرار النهائي.
12	الدعم الاجتماعي	التواصل مع شخص تثق به لمشاركته أمرًا شخصيًا، وكتابة كيف شعرت بعد ذلك.
13	تعزيز التقدير الذاتي	كتابة 5 نجاحات صغيرة أو مواقف شعرت فيها بالكفاءة خلال الأسبوع، ومشاركتها لاحقًا في الجلسة.
14	الوقاية من الانتكاس	صياغة خطة شخصية للتعامل مع علامات الانتكاس، تتضمن إشارات الخطر وخطوات المواجهة.

الملاحق

كتابة رسالة قصيرة لنفسك المستقبلية، تتضمن ما تعلمته من البرنامج وأمنياتك لنفسك في المرحلة القادمة.	التقييم الختامي والتوديع	15
--	--------------------------	----

الملاحق

الملحق (04): قائمة المحكمين

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
جابر نصر الدين	أستاذ تعليم عالي	علم النفس الاجتماعي	جامعة بسكرة
عائشة نحوي	أستاذ تعليم عالي	علم النفس العيادي	جامعة بسكرة
بورزيق كمال	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي والصحة النفسية	المركز الجامعي أفلو الأغواط
بوخياري ربيع	أستاذ محاضر ب	ارشاد وصحة نفسية	جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف
شفيقة كحول	أستاذ تعليم عالي	علوم التربية	جامعة بسكرة
مصطفى سليم هدار	أستاذ محاضر أ	علوم التربية	جامعة بسكرة
إسماعيل رابحي	أستاذ تعليم عالي	علوم التربية وعلم النفس	جامعة بسكرة
يحي بوأحمد	أستاذ محاضر أ	علوم التربية وعلم النفس	جامعة بسكرة
شفيق ساعد	أستاذ محاضر أ	علم النفس الاجتماعي المرضي	جامعة بسكرة
مدور مليكة	أستاذ تعليم عالي	علم النفس المعرفي	جامعة بسكرة

الملاحق

الملحق (05): مخرجات حساب معامل اتفاق المحكمين حول البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

الجلسات	م1	م2	م3	م4	م5	م6	م7	م8	م9	يقيس	لا يقيس	الفرق	الفرق/9
الجلسة 01	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	7	0.78
الجلسة 02	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8	1	7	0.78
الجلسة 03	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 04	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	7	0.78
الجلسة 05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 06	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 07	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 08	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 09	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
الجلسة 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0	9	1
البرنامج ككل	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	7	0.78

الملاحق

الملحق (06): مقياس الإكتئاب

01	الحزن	0 لا أشعر بالحزن. 1 أشعر بالحزن معظم الوقت. 2 أشعر بالحزن طول الوقت. 3 أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك
02	التشاؤم	0 لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. 1 أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت 2 أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3 أشعر بأنه لا أمل في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا.
03	الفشل السابق	0 لا أشعر بأي شخص فاشل. 1 لقد فشلت أكثر مما ينبغي. 2 كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. 3 أشعر بأي شخص فاضل تماما.
04	فقدان الاستماع بالحياة	0 استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1 لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2 أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3 لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.
05	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0 لا أشعر بالذنب. 1 أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. 2 أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 3 أشعر بالذنب في كل الأوقات.
06	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	0 لا أشعر بأي يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى. 1 أشعر بأي يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى. 2 أشعر بأي سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى. 3 أشعر بأي سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى
07	عدم حب الذات	0 شعوري نحو نفسي عادي. 1 فقدت الثقة في نفسي. 2 أصبت بخيبة أمل في نفسي. 3 لا أحب نفسي.
08	نقد الذات ولموها	0 لا أنقد ولا ألوم نفسي. 1 أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.

الملاحق

2 انقد وألوم نفسي على كل أخطائي 3 أنقد والوم نفسي على كل ما حدث بيسيم من أشياء سيئة.		
0 ليس لدي أي أفكار للانتحار. 1 لدي افكارلدي أفكارلانتحارولكن لا يمكنز تنفيذها. 2أريد ان انتحر. 3 قد أنتحرلو سمحت في الفرصة.	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	09
0 لا أبكي أكثر مما تعودت. 1 أشعر بالرغبة في البكاء. 2 أبكي أكثر مما تعودت. 3 ايكي بكثرة جدا.	البكاء	10
0 أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية. 1 أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت 2. اتميج وأثور إلى درجة أنه من الصعب على البقاء مستقرا. 3 اصبح وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
0 لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1 أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية 2فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3 من الصعب على أن أهتم بأي شيء	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
0 اتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها. 1 أجد صعوبة في اتخاذ القرارات 2 لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه 3 لا أستطيع اتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
0 لا أشعر أنني عديم القيمة. 1 أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2 أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3 أشعر أنني عديم القيمة تماما.	انعدام القيمة	14
0 لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت. 1 لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 2 ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3 ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.	فقدان الطاقة على العمل	15
0 لم يحدث في أي تغيير في نظام نمومي 1 أ أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1 ب أنام أقل مما تعودت إلى حد ما. 2 أ أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. 2 ب أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. 3 أ أنام معظم اليوم.	تغيرات في نظام النوم	16

الملاحق

3 ب أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.		
0 غضب بدرجة عادية. 1 أغضب أكبر مما تعودت. 2 أغضب أكبر بكثير مما تعودت. 3 أكون في حالة غضب طول الوقت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
0 لم يحدث أي تغير في شهيتي. 1 أ شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما. 1 ب شهير أكبر مما تعودت إلى حد ما. 2 أ شهيتي أقل كثيرا مما تعودت. 2 ب شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. 3 أ ليست لدي شهية على الإطلاق. 3 ب لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.	تغيرات في الشهية	18
0 أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 1 لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. 2 من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3 أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء		19
0 لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت 1 أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 2 يعوقني الإرفاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 3 أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.	الإرهاق أو الإجهاد	20
0 إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1 أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 2 أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3 فقدت الاهتمام بالجنس تماما.	فقدان الاهتمام بالجنس	21

الملحق (07): استمارة الموافقة للمشاركة

عنوان الدراسة: فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الاكتئاب لدى الناجين من حوادث المرور.
أقرّ أنا الموقع أدناه بما يلي: -تمت إفادتي بطبيعة الدراسة وأهدافها وإجراءاتها. -علمت أن مشاركتي طوعية ويمكنني الانسحاب في أي وقت. -أتعهد بالحفاظ على سرية الجلسات واحترام تعليمات البرنامج.
الاسم الكامل:
التوقيع:
التاريخ. 2024/...../.....م

الملحق (07): موافقة بإجراء دراسة ميدانية (شبه تجريبية)

إلى السيد: مدير
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة
في الأمراض العقلية مشونش

الاسم واللقب: عبد المولى حيماتي.

البريد الإلكتروني:

hamm.abdelmoula@univ-adrar.edu.dz

رقم الهاتف: 0793 05 13 06



الموضوع: طلب ترخيص للقيام بدراسة شبه تجريبية ميدانية

يشرفني أن أتقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلبي هذا، راجيًا منكم التفضل بتمكينني من إجراء دراسة ميدانية شبه تجريبية داخل مؤسستكم الصحية، وذلك في إطار إنجاز أطروحة الدكتوراه بعنوان: "فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المصابين بمتلازمة الناجي جراء حوادث المرور"

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى عينة من الناجين جراء حوادث المرور وهي دراسة ذات بعد أكاديمي وبحثي محض، تدخل في صميم اهتمامات علم النفس الإكلينيكي وعلوم الصحة النفسية.

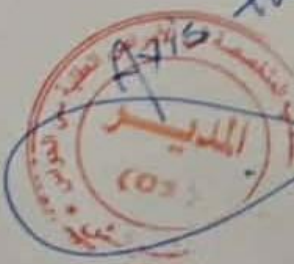
وبالنظر إلى خصوصية العينة محل الدراسة، أرجو من سيادتكم الموقرة تخصيص قضاء مناسب داخل المستشفى لاحتضان جلسات التدخل البحثي، وذلك بالتنسيق مع الطاقم الطبي والنفسي للمؤسسة، بما يضمن احترام خصوصية المرضى وسلامة سير العمل داخل المصلحة.

كما أتعهد شخصيًا بالالتزام بجميع الضوابط الأخلاقية للبحث العلمي، والحفاظ التام على سرية المعطيات الخاصة بالمبحوثين، مع ضمان عدم استخدام النتائج إلا في الإطار الأكاديمي الخاص بهذه الأطروحة.

وفي انتظار موافقتكم، تقبلوا مني، السيد المدير، فائق التقدير والاحترام.

إمضاء المدير

Favorable



السيد: زوال شيب

الملاحق

الملحق (09): استمارة متابعة تطبيق الجلسات

رقم الجلسة	الحضور (✓/X)	التفاعل (ضعيف/متوسط/جيد)	ملاحظات الباحث

الملحق (10): بطاقة بيانات الحالات

رقم الحالة	الجنس	العمر	المستوى الدراسي	مدة الإصابة	درجة الاكتئاب (قبلي)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

الملحق (11): نموذج تحديد الأفكار المشوهة

الموقف	الفكرة التلقائية	نوع التشويه المعرفي

الملحق (12): قائمة التمارين المنزلية للمستفيد

اسم التمرين	هدف التمرين	تم التنفيذ (نعم/لا)

الملحق (13): سجل الأفكار التلقائية

الموقف	الفكرة التلقائية	المشاعر المرتبطة	درجة تصديق الفكرة (0- 100%)	الرد العقلاني على الفكرة

الملحق (14): جدول النشاط اليومي

اليوم	النشاط المخطط له	النشاط المنفذ فعليًا	المشاعر المصاحبة (قبل/بعد)

الملحق (15): استمارة التقييم الذاتي للجلسة

يرجى من المشاركون تعبئة الاستمارة بعد نهاية كل جلسة علاجية:

رقم الجلسة	
ما مدى رضاك عن هذه الجلسة؟ (1 غير راضٍ، 5 راضٍ جدًا)	
ما أهم ما تعلمته اليوم؟	
ما مدى شعورك بالتحسن بعد الجلسة؟ (1 لم يتحسن، 5 تحسن كبير)	
هل تنوي تطبيق ما تعلمته؟ وكيف؟	
ملاحظات أخرى	

الملاحق

الملحق (16): خطة الوقاية من الانتكاسة

يرجى من المشاركون إعداد خطة شخصية لتفادي الانتكاسة بعد نهاية البرنامج العلاجي.

	المواقف التي قد تؤدي إلى الانتكاسة
	الأفكار السلبية التي قد تعود
	الاستراتيجيات التي ساستخدمها لمواجهةها
	الأشخاص أو الموارد التي يمكنني اللجوء إليها
	خطتي في حال شعرت بأعراض الاكتئاب من جديد

الملحق (17): مخرجات برنامج SPSS

1. اختبار اعتدالية التوزيع

اختبار اعتدالية التوزيع

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
قبلي	,103	10	,200*	,989	10	,995

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
بعدي	,100	10	,200*	,992	10	,999

الملاحق

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
تتبعي	,142	10	,200*	,983	10	,979

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2. مخرجات الفرضية الأولى

1

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 قبلي	26,2000	10	4,26354	1,34825
بعدي	15,8000	10	3,15524	,99778

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 قبلي/بعدي	10	,986	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 – قبلي بعدي	10,4000	1,26491	,40000	9,49514	11,30486	26,000	9	,000

3. مخرجات الفرضية الثانية

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 قبلي	26,2000	10	4,26354	1,34825
تتبعي	15,4000	10	3,83551	1,21289

الملاحق

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 قُبلي/تتبعي	10	,973	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 تنبعي – قبلي	10,80000	1,03280	,32660	10,06118	11,53882	33,068	9	,000

4. مخرجات الفرضية الثالثة

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 بعدي	15,8000	10	3,15524	,99778
تتبعي	15,4000	10	3,83551	1,21289

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 بعدي/تتبعي	10	,990	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 تتبعي- بعدي	,40000	,84327	,26667	-,20324	1,00324	1,500	9	,168

