



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة -1- الحاج لخضر

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



فعالية تدخل علاجي معرفي - سلوكي في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج - دراسة إكلينيكية -

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور :

وناس أمزيان

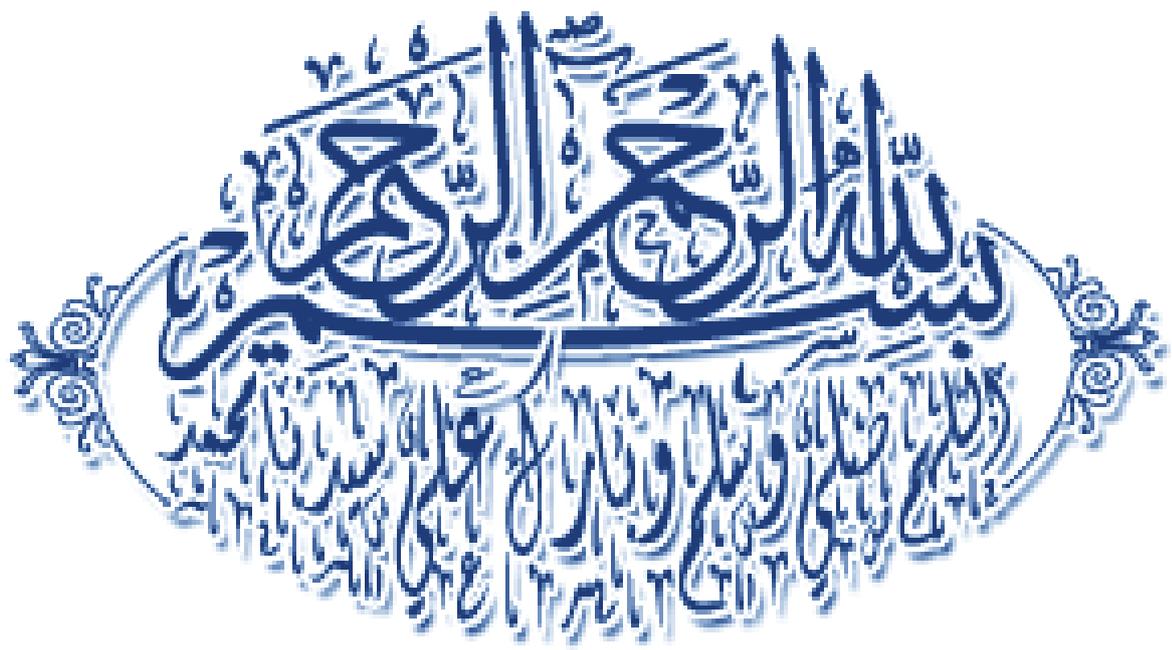
إعداد الطالب :

سعاد بن عبيد

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
نور الدين جبالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 1	رئيسا
وناس أمزيان	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 1	مشرفا ومقررا
يوسف عدوان	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 1	عضوا مناقشا
السعيد قارة	أستاذ محاضر - أ -	جامعة مسيلة	عضوا مناقشا
لحسن العقون	أستاذ محاضر - أ -	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا
مصطفى شريك	أستاذ محاضر - أ -	جامعة سوق أهراس	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2017/2018م - 1438/1439هـ



شكر وتقدير

الشكر لله أولاً ودائماً على أن منحني النوفيق والسداد لخروج هذه الدراسة المتواضعة إلى النور فالحمد لله حمدنا كثيراً طيباً مباركاً فيه.

ولا يمكنني أيضاً إلا أن أتوجه بحميد الشكر والامتنان والعرفان بالفضل إلى:

- الأستاذ الدكتور أمزيان وناس المشرف على الأطروحة على دعمه ومساندته ونصائحه الدائمة.

- الأستاذة الأفاضل: الأستاذ الدكتور جبالي نور الدين، الأستاذ الدكتور عدوان يوسف، الأستاذة الدكتورة يوسفى حلة، الأستاذة كحل سمير، على المساعدة المميزة والجادة التي ساهبت كثيراً في توجيهي منذ طرح فكرة موضوع الدراسة حتى لهايتها.

- الدكتور عبد الله الناصر من الأردن الشقيق الباحث الحقوقي والخير في مجال الإصلاح الجنائي الذي كان له الفضل الأول في اختيار موضوع الدراسة من خلال دراسته "صدمة الإفراج" التي زودني بها كهدية فكانت الأساس الأول الذي بنيت عليه الدراسة، دون أن أنسى صديقه الأستاذ الصحفي قصي السور الذي سهل لي الاتصال والنواصل معه كل الامتنان لهما.

- أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطونيا بجامعة باقة 1 الأفاضل كل باسمه الذين لم يدخلوا على بنوحيه أو نصيحتة.

- المشار كان في الدراسة اللذين لولاها لما رأت النور فلهما موفور الشكر وخالص الامتنان.

- الصديقات الصادات اللاتي غمرني بدعمن ومساندتهن وعلى رأسهن أختي هبة معمرى على كرمها وحملها عناء ترجمة العديد من المراجع الأجنبية بحكم تخصصها في اللغة الإنجليزية، سعاد، نسرين، حميدة، سامية، أمينة، سماح، إحسان، حسينة...

- إلى طلبة ماستر الانحراف والجريمة الدفعة الأولى خاصة من كان عاملاً منهم في المؤسسات العقابية على مساعدتهن المميزة في توضيح جوانب ساعدتني على النبص والفهم أكثر.

- إلى عائلتي وعلى رأسهم رمز العطاء اللامشوط والدتي الكريمة شفاها الله وحفظها ولاح مني بركتها، والشكر موصول أيضاً إلى شقيقتي وأشقائي السند القوي في كل المحطات، حفظهم الله جميعاً ورحمهم من غادرنا وترك مكانه حياً بيننا.

- إلى كل من ساندني ولو بكلمة طيب لها خاطري.

ملخص الدراسة:

تتناول هذه الدراسة فعالية تدخل علاجي معرفي -سلوكي مقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج (Release Trauma)، وهي دراسة إكلينيكية تهدف الباحثة من خلالها في محاولة متواضعة منها إلى الكشف عن مدى فعالية تدخل علاجي معرفي -سلوكي مقترح في خفض شدة الأعراض (الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، والشعور بالخزي) الناتجة عن حالة التأزم (Release Crises) التي يعيشها المفرج عنهم في الفترة التي تلي مباشرة إطلاق سراحهم من المؤسسات العقابية، وذلك لرفع مستوى الصحة النفسية العامة لديهم من خلال مساعدتهم على استعادة توافقهم النفسي-الاجتماعي الذي يمكنهم من الاندماج مجدداً في المجتمع بشكل ناجح. استخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي معتمدة على أسلوب دراسة الحالة المفردة باعتباره من أهم أساليب التجريب الإكلينيكية عملية متبعة في ذلك التصميم (أ-ب) بقياس قبلي وقياس بعدي، وهو أحد تصميمات تجارب الحالة المفردة التي تسعى لتتبع الأعراض المرضية خلال العلاج. تم تطبيق التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح على حالتين منفردتين ومتجانستين في بعض الخصائص: الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، السن، مدة الحبس، طبيعة الإفراج. استعانت الباحثة في دراستها بمجموعة من الأدوات وهي: المقابلة الإكلينيكية المستندة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس، الملاحظة، اختبار الصحة النفسية العامة (GHQ-60)، قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب (HAM-D)، مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A)، مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة (D-PTSD)، مقياس أندروس لخبرة الخزي (A- ShameScale)، التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية Classification « ICD-10 of Mental and Behavioral Disordre ». أظهرت نتائج الدراسة من خلال حساب الدلالة العملية (Practical signification) معبرا عنها بحجم التأثير (Effect Size) حسب معايير كوهين لحجم التأثير، والدلالة الإكلينيكية (Clinical Signification) من خلال حساب مؤشر التغير الثابت Reliability Change « (RCI) Index » حسب طريقة جاكوبسون، أن للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح أثر في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج وزيادة مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم من المؤسسات العقابية.

Abstract

The study's title is the effectiveness of the proposed cognitive-behavioral intervention to reduce the level of post-release Trauma, this clinical study aimed to detect the effectiveness of proposed cognitive-behavioral intervention to reduce the severity of symptoms (depression, Anxiety, post-traumatic stress, and sense of shame) resulting from release crisis in the period immediately following their release from penal institutions (Jails), to raise their general mental health by helping them restore their psychosocial and social adjustments that enable them to reintegrate in the community. The researcher used the clinical approach based on the individual case study method as one of the most important methods of clinical experimentation (A_ B design), by pre-test and posttest, which is one of the individual case studies that seek to track the symptoms during the treatment. The proposed cognitive-behavioral intervention is applied to two individual and homogeneous cases in certain characteristics: social status, education level, age, confinement duration, release nature. The researcher used a number of tools: the clinical interview based on the fourth and the fifth diagnostic and statistical manual, clinical observation, General Health Questionnaire (GHQ-60), Hamilton Depression List (HAM-D), Hamilton Anxiety Questionnaire (HAM-A), Davidson Post Traumatic Stress Disorders Questionnaire (D-PTSD), Anderson Shame Scale (A- Shame Scale), The International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10). The results show through the practical significance (the Efficacy of Effect Size according to Cohen's criteria for the size of the effect), and the clinical significance (the Relative Change Index (RCI), according to Jakobson's method) that Cognitive-Behavioral Intervention had the role of improving the general mental health level among released people from the penal institutions and it is effective in reducing the level of post-release trauma.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	الجانب النظري
	الفصل الأول: مدخل عام
12	مقدمة
19	الإشكالية
27	الفرضيات
28	دوافع الدراسة
29	أهمية الدراسة
30	أهداف الدراسة
31	الدراسات السابقة
46	المفاهيم الإجرائية
	الفصل الثاني: صدمة الإفراج
49	أولاً: مفهوم الصدمة
62	ثانياً: صدمة الإفراج
74	ثالثاً: النماذج التي يمكن أن تساعد في تفسير صدمة الإفراج
78	رابعاً: آثار السجن النفسية والسلوكية على شخصية المفرج عنهم
89	خامساً: مصادر الضغوط التالية لصدمة الإفراج
100	سادساً: المصالح الخارجية للرعاية اللاحقة وإعادة إدماج المفرج عنهم
103	سابعاً: دور الأسرة والمجتمع المدني في التخفيف من صدمة الإفراج
108	ثامناً: الصحة النفسية المجتمعية واستراتيجيات الدعم النفسي للسجناء المفرج عنهم

الفصل الثالث: العلاج المعرفي - السلوكي

- 116 أولاً: ماهية العلاج المعرفي - السلوكي
- 132 ثانياً: النماذج النظرية للعلاج المعرفي - السلوكي
- 138 ثالثاً: استراتيجيات العلاج المعرفي - السلوكي
- 145 رابعاً: العلاج المعرفي - السلوكي للضغوط / الإجهاد
- 155 خامساً: خطوات العلاج المعرفي - السلوكي
- 170 سادساً: أهمية العلاج المعرفي - السلوكي في قطاع العدالة الجنائية

الجانب الميداني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

- 180 أولاً: منهج الدراسة
- 180 ثانياً: التصميم التجريبي
- 181 ثالثاً: حدود الدراسة
- 182 رابعاً: حالات الدراسة
- 183 خامساً: أدوات الدراسة
- 197 سادساً: الخطوات الإجرائية لتطبيق التدخل العلاجي
- 208 سابعاً: أساليب التحليل الإحصائي

الفصل الخامس: نتائج الدراسة

- 211 أولاً: عرض نتائج الحالة الأولى
- 236 ثانياً: عرض نتائج الحالة الثانية

الفصل السادس: تفسير نتائج الدراسة

- 261 أولاً: تفسير نتائج الدراسات في ضوء الفرضيات
- 280 ثانياً: مناقشة النتائج.
- 300 الخلاصة
- 303 اقتراحات
- 305 المراجع
- الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول
69	جدول رقم: (01) يبين معايير التشخيص المقترحة لمتلازمة ما بعد السجن.
127	جدول رقم: (02) يمثل العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية.
129	جدول رقم: (03) يمثل التشوهات المعرفية.
183	جدول رقم: (04) يبين خصائص حالات الدراسة.
186	جدول رقم: (05) يبين شدة أعراض مرض الاكتئاب حسب درجة كل عرض.
199	جدول رقم: (06) يمثل الملخص العام للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.
203	جدول رقم: (07) يمثل ملخص جلسات التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح للحالة (1).
206	جدول رقم: (08) يمثل ملخص جلسات التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح للحالة (02).
223	جدول رقم: (09) يبين تقدير مخاطر الحالة (1).
228	جدول رقم: (10) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية للحالة (1).
231	جدول رقم: (11) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية والأفكار البديلة للحالة (1).
248	جدول رقم: (12) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية للحالة (2).
251	جدول رقم: (13) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية والأفكار البديلة للحالة (2).

فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل
116	شكل رقم: (01) يبين نموذج العلاج المعرفي - السلوكي.
132	شكل رقم: (02) يبين تفاعل الأبعاد الأربع لتشكيل خبرة الإنسان في إطار المنحى المعرفي- السلوكي.
133	شكل رقم: (03) يمثل النموذج المعرفي لأرون بيك، 1995.
148	شكل رقم: (04) يمثل دور الضغوط في حدوث الأمراض الجسمية والنفسية.
155	شكل رقم: (05) يوضح إدارة الضغوط في إطار العلاج المعرفي - السلوكي.
159	شكل رقم: (06) يبين توجيه صياغة الحالة للعلاج المعرفي-السلوكي ويوضح دورها في العملية العلاجية.
162	شكل رقم: (07) يوضح نموذج شبكة « SECCA ».
216	شكل رقم: (08) يوضح التحليل الوظيفي للحالة (1) حسب نموذج شبكة « SECCA »
242	شكل رقم: (09) يوضح التحليل الوظيفي للحالة (2) حسب نموذج شبكة « SECCA »

الجانب النظري

الفصل الأول

مدخل عام

مقدمة:

اتجه اهتمام الباحثين في مجال علم العقاب والتشريعات العقابية مع بداية القرن الواحد والعشرين بكل ما يتعلق بالمؤسسات العقابية وبنزلائها، وأصبح هناك اهتمام أكبر ببحث قضايا السجناء ألزم المؤسسات العقابية توجيه عملية التأهيل نحو مساعدة نزلائها على تحسين مستوى التفكير لديهم، وتنمية مواهبهم وقدراتهم، وتمكينهم من الحياة، والعمل على تكييفهم وإدماجهم في المجتمع (شريك، 2018، ص5). وأحدث علم النفس بذلك تأثيراً كبيراً على تطبيقات النظم العقابية في السنوات الأخيرة وقد افترض أن نجاح الجناة الحاملين لخصائص مضطربة في الجلسات العلاجية النفسية يعني تمكنهم من العدول عن ارتكاب سلوكيات إجرامية مجدداً، وأكد خبراء علم النفس أن هناك ملامح معينة للجلسات العلاجية النفسية التي تجعل هناك حد أقصى لتحقيق أثر فعال وهادف للتقليل من إعادة الجاني ارتكاب السلوكيات الإجرامية بعد الإفراج عنه من بينها الأساس النظري؛ فاستناد الجلسات العلاجية على أساس نظري للسلوك الإجرامي تجعلها فعالة ولها دعم تجريبي جيد وتنفذ برامج النظرية للعمل على تعلم مهارات جديدة وتغيير مواقف سلوكية وتطوير قدرة على الاتصال وزيادة في فهم الذات والقدرة على حل المشكلات والتخلص من المشاعر السلبية. ويمثل الملمح الثاني للجلسات العلاجية تحديد مستوى الخطر بالاعتماد على معرفة التاريخ الإجرامي للأفراد مثل العمر أثناء الإدانة الأولى، عدد مرات الإدانة، والأنواع الأكثر حساسية للجلسات لهؤلاء الجناة بالتوازي مع أعلى درجة خطر من إعادة السلوك الإجرامي، وهو ما يدعى بمبدأ الخطر. أما الملمح الثالث فيتمثل في عوامل الحاجة للخطر كأهداف التغيير ويبين هذا الملمح وجود رد فعل اجتماعي بعينه وقدرات ومواقف اجتماعية تؤثر في الجناة، ليبين أن العمل مع الجناة يكمن في تغيير مفهومهم في الإجرام، من خلال تحقيق أهداف تسطر لتبديل السلوك الإجرامي. ويتضمن الملمح الرابع أهداف متعددة تتضح في تدريب مجموعة من الجناة بصفة مستمرة على مهارات اجتماعية وتعلم التحكم في الانفعالات على وجه الخصوص وتوفير مساعدة لتطبيق تلك التدريبات من خلال برنامج مراقب. ويهتم الملمح الخامس بالاستجابة وهناك طريقتان يمكن من خلالهما مساعدة الجناة على الإقبال

على الجلسات العلاجية بهدف التغيير تخص الطريقة الأولى؛ الجهود الإصلاحية التي يكون لها تأثير إذا كانت واضحة ومحددة الأهداف بالإضافة إلى تركيزها على نشاط اكتساب المهارات، أما الطريقة الثانية فهي ضرورة تبني استراتيجيات للجلسات تنسجم مع تنوع خصائص المشاركين فيما يتعلق بالسن والجنس والعرق واللغة وأساليب التعلم (ديفيدز، 2010/2009، ص 388-390). وبالاستناد إلى هذه الملامح رشح علماء النفس المهتمين بمجال المعاملة العقابية المقاربة المعرفية - السلوكية كواحدة من المقاربات التي يمكن الاعتماد عليها في تغيير مفهوم الإجرام لدى نزلاء المؤسسات العقابية باعتبار أن التدخلات المعرفية - السلوكية العلاجية تهدف إلى تعديل الحديث عن الذات والمعتقدات ويمكن من خلال الاستراتيجيات المعرفية التعرف على التقييم الخاطئ للمواقف وإبراز المعتقدات المشوهة والنزاع في العلاقات والاعتبار المنطقي للدليل لدحض هذا التقييم الخاطئ وجوهر المعتقدات وما يحدثه هذا التدخل في انفعالات الفرد، كما تمكن الاستراتيجيات السلوكية من توليد بديل للسلوكيات المنحرفة، وأظهرت التدخلات المعرفية - السلوكية مع بعضها فعالية في علاج عدة اضطرابات.

وبشكل عام تعتبر المقاربة السلوكية - المعرفية من المقاربات العلاجية الرائدة في العلاج النفسي لما تحض به من الدعم التجريبي الذي حققه العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى انتشار برامج التدريب على العلاج المعرفي - السلوكي، بالإضافة إلى أن قصر مدته ومناسبته للاستخدام مع المجموعات أضفى المزيد لمخزون فعالية العلاج المعرفي - السلوكي من جانب التكلفة وما لها من أهمية من الناحية الاقتصادية (جراسكي، 2012/2010، ص 16-36)، جعلت أغلب البرامج المطبقة في علاج مشكلات الانحراف مستوحاة من هذه المقاربة التي تستهدف تعديل السلوك والأفكار الخاطئة أو الاتجاهات المضطربة لدى الأشخاص الذين يظهرون صعوبات في التكيف الاجتماعي ولديهم اختلالات سلوكية ومعرفية (كربال، 2018، ص 05). وبينت نتائج دراسات متعددة أن البرامج الأكثر فعالية هي تلك التي استخدمت التقنيات المعرفية - السلوكية لتحسين الأداء المعرفي لدى الجناة، وبذلك تم تصميم برامج سلوكية معرفية لاستخدامها مع السجناء في الإصلاحات

والمؤسسات العقابية إما لإعادة الهيكلة المعرفية للسلوكيات المشكلة باعتبار هذه الأخيرة غير فعالة وتدل على عمليات تفكير مختلفة وتضم التشوهات المعرفية، والمفاهيم الخاطئة الاجتماعية، والمنطق الخاطئ، أو تعليم مهارات المواجهة وحل المشكلات وتركز على تحسين حالات العجز في قدرة السجين على التكيف مع المواقف العصبية والضاغطة بالتركيز على سلوكيات ومهارات السجناء باعتبارها غير مؤهلة. وحسب بعض الدراسات فإن معظم البرامج السلوكية -المعرفية التي تم تطويرها للجناة تميل إلى أن تكون من النوع الأول (إعادة الهيكلة المعرفية)، مع التركيز على حالات العجز والتشوهات المعرفية محاولة مساعدة الجناة في أربع جوانب أساسية تتمثل في تحديد المشكلات التي أدت إلى نزاع مع السلطات كجانب أول، أما الجانب الثاني فيتمثل في اختيار الأهداف، ويختص الجانب الثالث بتوليد حلول بديلة إيجابية، وفي الجانب الرابع تنفذ هذه الحلول (Milkman, Wanberg, 2007, P 03-05).

وفي هذا الإطار أدخلت الجزائر خمسة برامج علاجية متخصصة تقوم على نظرية العلاج المعرفي - السلوكي تخص الإدمان على المخدرات، العود الإجرامي، النساء المجرمات، الأحداث والبرنامج المتخصص للسلوكيات العنيفة لدعم إعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين وفقا لاحتياجات جمهورها العقابي، وذلك في إطار الإصلاح الذي عرفته المنظومة العقابية الجزائرية ضمن مشروع رئيس الجمهورية لإصلاح العدالة الذي أقره سنة 2003. وتعمل هذه العلاجات المتخصصة على تحقيق أهداف عامة كإكتساب عادات سلوك اجتماعي بهدف تجنب العود الإجرامي وتدعيم إعادة الإدماج الاجتماعي، كما تعمل على تحقيق أهداف خاصة كتحمل المسؤولية للسلوك الإجرامي، خفض التشوهات المعرفية، تعزيز وتدعيم القدرات المعرفية للأحكام والنقد الذاتي... الخ (بوروي، 2018، ص 06-10).

ورغم تصنيف العلاج السلوكي المعرفي (CBT) بشكل عام في المستوى الأعلى فيما يتعلق بأثره على الانتكاس بما يتمتع به من أساس نظري متطور يستهدف بشكل واضح "التفكير الإجرامي" كعامل مساهم في السلوك المنحرف، ومع ذلك، هناك اختلاف كبير في نتائج الدراسات من حيث حجم الأثر والفعالية العلاجية للبرامج العلاجية المعرفية-السلوكية المطبقة على نزلاء المؤسسات العقابية والإصلاحية (Lipsey et all, 2007,

(p4)، خاصة في الفترة التي تسبق الإفراج والتي تعقبه مباشرة حيث يتعرض المفرج عنهم إلى ما اصطلح عليه بصدمة الإفراج (Release Shock).

هناك من يرى أن صدمة الإفراج ناتجة عن الآثار السلبية لتجربة السجن بما فيها الإعاقة المعرفية وهناك شبه إجماع في آراء الخبراء المهتمين بالسجون أنه في حال النظر للموضوع من وجهة نظر المسجونين، فإن تجربة السجن تكون مؤلمة تتطوي على تبعات اجتماعية ونفسية طويلة الأمد من حيث الانعزال، والانفصال على مستوى الزمن، خاصة لدى المسجونين الذي يقضون عقوبة السجن لمدة طويلة (سجولند، 2016، ص 305-306) مما يجعل من لحظة الإفراج صدمة لهم. حيث يذهب ترافيس وآخرون (Travis et al, 2001) إلى أن لحظة الإفراج تمثل حالة شديدة من القلق والإجهاد لدى المفرج عنهم يعكس قلقاً حقيقياً حول كيفية وإمكانية التعامل مع العالم الخارجي بنجاح (Travis et al, 2001, P 18).

وتعتبر مرحلة ما بعد الإفراج مرحلة انتقالية حاسمة حيث يواجه السجناء العديد من التوترات المرتبطة بالتغيرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية المفاجئة والسريعة داخل أنفسهم ومن حولهم، والتي يعجزون عن التعامل معها بكفاءة الأمر الذي قد يدفع ببعضهم إلى التعرض لأزمة نتيجة الضغوط التي يعيشونها خلال الأشهر الأولى لخروجهم من المؤسسة العقابية (الناصر، الروشدة، 2011، ص 88). وتكمن الأزمة النفسية لما بعد الإفراج (Release Crisis) في أن المفرج عنهم يواجهون بالاختلاف الكبير بين ظروف الحياة التي تعودوا عليها خلال فترة سجنهم - خاصة إن كانت طويلة - في المؤسسات العقابية وظروف الحياة في المجتمع، كما أن المفرج عنهم عليهم تأمين مطالب معيشتهم المتنوعة والتي قد يفشلون في تدبيرها، وأنهم يشعرون بضغط التخلف اتجاه تغيرات المجتمع التي لا يعلمون بها وقد لا يفهمونها ولا يستطيعون التكيف معها فيتولد لديهم الشعور بعدم الثقة في النفس، وينعرس لديهم الاعتقاد بصعوبة اندماجهم ثانية في المجتمع ويعزز هذه الصعوبة نظرة المجتمع إليهم (وصمة السجن) باعتبارهم مجرمين لا بد من تجنبهم ورفضهم مما يجعل المفرج عنهم

يشعرون بالخزي والدونية نتيجة الوصمة التي تجعلهم ينسحبون فتقل بذلك علاقاتهم ويتولد لديهم العداء الاجتماعي الذي يدفعهم إلى ارتكاب السلوكيات الإجرامية مجدداً (الصادي، 1988، ص 65)..

ومن هنا يكون التساؤل أشد إلحاحاً حول درجة فعالية البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية المطبقة على السجناء لإعادة إدماجهم في المجتمع من جديد بعد الإفراج عنهم، وفي هذا الصدد هناك من يرى أنه حتى لو قدمت للمفرج عنه مستويات رعاية ممتازة أثناء سجنه فهو في حاجة إلى العلاج أو لخدمات دعم في الخارج بعد إطلاق سراحه كجزء من خطة العلاج داخل السجن لمواجهة الضغوط التي تفرضها صدمة الإفراج وذلك من خلال معرفة الكيفية التي يستجيب بها المفرج عنه لتلك الضغوط وذلك حسب اعتقاداتهم وطرق تفكيرهم وقدراتهم على التحمل.

وبناء على ما سبق ذكره ترى الباحثة أن كل ما سبق يجعل الالتفات إلى البحث في الجوانب المعرفية والإدراكية للمفرج عنهم يصبح ضرورة ملحة لمساعدتهم على تخطي مرحلة ما بعد الإفراج والضغوطات المصاحبة لها ويضمن لهم إعادة إدماج ناجح يقيهم من الانتكاس. خاصة وأن هناك دراسات (الناصر والرواشدة، 2010) كشفت عن نقص بارز في مكونات البرامج التأهيلية داخل المؤسسات العقابية فيما يتعلق بالوضع النفسي بصفة عامة من خلال نقص في استخدام فنيات إرشاد أو علاج خاصة أو تدخلات التعليم النفسي لكل حالة لإزالة الغموض عن بعض الجوانب التي تعيق التوافق النفسي لدى كل سجين في مرحلة ما بعد الإفراج. كما أن هناك عدة عقبات تحول دون إمكانية تطبيق العلاج النفسي على حالات فردية من السجناء فبالإضافة إلى العوائق التي تفرضها المؤسسات العقابية على التنفيذ النموذجي لبرامج العلاج والتأهيل لنزلاء هذه المؤسسة وما يعرف بـ (مقاومة المؤسسة) وهو مفهوم يشير إلى العوائق التي تقف حائلاً عن التقدم الذي يمكن تحقيقه من خلال برامج التأهيل والعلاج للتخفيف من ظاهرة العود الإجرامي (Larouche, 2008, P 185)، هناك العُرف السائد بين السجناء الذي يجعل من الصعب عليهم الاعتراف بأن لديهم مشكلات، ويقلل من عدد السجناء الذين يطلبون المساعدة النفسية للتحديث عن هذه المشكلات؛ كما لا يستطيع الأخصائي النفسي بالمؤسسات

العقابية أن يعد السجناء بسرية ما يجري بينهم. (كوبرز، 2015، ص 259)، وهذا ما يدل على عدم فعالية حقيقية للبرامج العلاجية المعرفية السلوكية التي قدمت للسجناء داخل المؤسسات العقابية والتي انعكست سلباً على قدرتهم على الاندماج في مجدداً بعد الإفراج.

وبناءً على ما سبق سعت الباحثة (في محاولة متواضعة منها) من خلال الدراسة الحالية من جهة إلى محاولة الكشف عن الجانب الباثولوجي لمفهوم صدمة الإفراج والضغط التالية لها، ومن جهة أخرى محاولة الكشف عن مدى فعالية تدخل علاجي معرفي -سلوكي قائم على منحى التعديل المعرفي للسلوك لميكناوم الذي يعتمد على التدريب التحصيلي ضد الضغوط في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج الناتجة عن حالة التأزم التي يعيشها المفرج عنهم في الفترة التي تلي مباشرة إطلاق سراحهم من المؤسسات العقابية ورفع مستوى الصحة النفسية لديهم الذي يمكنهم من الاندماج مجدداً في المجتمع بشكل ناجح باستخدام المنهج الإكلينيكي اعتماداً على أسلوب دراسة الحالة المفردة وفق التصميم (أ-ب).

ويعود اختيار الباحثة لمشكلة الدراسة الحالية لعدة أسباب أهمها غياب الجانب الباثولوجي لمفهوم صدمة الإفراج والضغط التالية لها ومدى تأثيرها على الصحة النفسية للمفرج عنهم ودور هذه الأخيرة في انتكاسهم وعودتهم للسجن رغم البرامج العلاجية المعرفية -السلوكية المقدمة لهم في المؤسسات العقابية، فحسب إحصائيات الأمم المتحدة لسنة 1996 هناك زيادة حجم الجريمة كل عام بنسبة 5% وهي تفوق بكثير نسبة زيادة عدد السكان، وقد تفاقمت نسبة العود إلى الجريمة إلى أكثر من (40 %) من المسجونين المفرج عنهم في سجون الدول العربية بشكل خاص (اللجنة الوطنية لرعاية السجناء والمفرج عنهم وأسرهم، 2001) رغم وجود برامج الرعاية اللاحقة التي ظهرت كتطور في السياسة الجنائية المعاصرة لمساعدة السجناء والمفرج عنهم على إعادة التوافق المتبادل بينهم وبين المجتمع وبخاصة البيئة المباشرة التي تحيط بهم وليمارسوا حياة سوية كمواطنين أسوياء ("الرعاية اللاحقة" 2010).

إن إحساس الباحثة بمشكلة الدراسة الحالية كان نتيجة اطلاعها على مجموعة من المراجع والدراسات في إطار التحضير لمذكرة الماجستير في التخصص الدقيق - علم نفس الوسط العقابي - والتي كانت عبارة عن دراسة مقارنة في التوافق النفسي-الاجتماعي بين عينة من المسبوقين بعقوبة سالبة للحرية وعينة من المسبوقين بعقوبة العمل للنفع العام للتعرف على ايجابيات العقوبات البديلة في الحفاظ على الصحة النفسية العامة للجناة والمنحرفين خاصة المبتدئين وتجنبهم التأثيرات السلبية لبيئة المؤسسات العقابية وضغوطها التي تؤثر على إعادة اندماجهم من جديد في المجتمع وتقودهم لارتكاب السلوكيات الإجرامية ثانية رغم برامج إعادة الإدماج والتأهيل التي تقدمها لهم، والتي أظهرت نتائجها أن العقوبات البديلة تساهم في الحفاظ على التوافق النفسي-الاجتماعي للجناة وتجنبهم التأثيرات السلبية لبيئة المؤسسات العقابية. وكانت دراسة " الناصر، الرواشدة" (صدمة الإفراج، 2010) أحد أهم هذه المراجع التي أشارت بشكل مباشر لمفهوم - صدمة الإفراج - والتي هدفت لاستكشاف مدى فعالية وكفاءة برامج الإرشاد النفسي وبرامج التدريب وإعادة التأهيل في مساعدة السجناء على تجاوزها والتكيف مع مرحلة ما بعد الإفراج وعلى الإدماج بشكل أفضل مع المجتمع من جديد. وزاد إحساس الباحثة بالمشكلة عند اطلاعها على دراسة ليم وكونست (Liem & Kunst, 2013) "متلازمة ما بعد السجن" (الإفراج) (PICS) « Post Incarceration Syndrome and Relapse », وتمثل اجتماع مجموعة من الأعراض لدى السجناء المنتكسين والمفرج عنهم تحول دون قدرتهم على التأقلم من جديد مع البيئة الخارجية بعد الإفراج عنهم.

وفي الأخير ترى الباحثة أنه يمكن أن تكون نتائج الدراسة الحالية نواة لسلسلة من الدراسات اللاحقة حول صدمة الإفراج والضغوط التالية لها كاضطراب يساهم وبشكل ملفت في انتكاس المفرج عنهم والعودة للسجن أو تدهور صحتهم النفسية بما يجعلهم عاجزين عن الاندماج مجددا في المجتمع ومزاولة حياتهم بشكل طبيعي، وذلك بعد أن تأكد للباحثة أن موضوع الدراسة مازال في مراحله الأولى، كما يمكن لنتائج الدراسة الحالية أن تلفت انتباه القائمين على الإصلاحات في السياسة العقابية إلى خطورة مرحلة ما بعد الإفراج وضرورة

تطبيق التدخلات العلاجية المعرفية-السلوكية على المفرج عنهم بشكل إلزامي خاصة في الأيام الأولى للإفراج لمساعدتهم على تجاوز صدمة الإفراج وخفض مستوى الضغوط التالية لها وذلك حتى لو قدمت للمفرج عنهم رعاية كافية أثناء فترة العقوبة، فهم في حاجة إلى العلاج أو لخدمات دعم في الخارج كجزء من خطة العلاج داخل السجن، وهو ما أكد عليه كوبر (2015) الذي دعا إلى البقاء على اتصال بأسر السجناء، والعمل مع الهيئات ذات الصلة في المجتمع لإنجاح عملية انتقالهم إلى المجتمع، وهو يرى أنه لا يكون برنامج العلاج في السجن عملياً حقاً إذا لم يقدم خدمات شاملة لفترة ما بعد الإفراج من السجن (كوبر، 2015، ص 253) لتحقيق درجة من الصحة النفسية للمفرج عنهم التي ستساهم في تحقيق الصحة النفسية للمجتمع والتي لا يمكن أن تتحقق إلا بتحققها لدى أفرادها.

الإشكالية:

يواجه السجناء المفرج عنهم بعد خروجهم من المؤسسات العقابية بيئة جديدة مغايرة لبيئة هذه المؤسسات خاصة لدى الذين أمضوا مدة طويلة داخلها، وغالبا ما لا يمكن ضمان نتائج هذه المواجهة التي تمثل موقفا صعبا أمام المفرج عنهم بعد مغادرتهم السجن (عرسان، 1986، ص 24)، فكثيرا ما يتحول هذا الموقف الصعب إلى أزمة لدى أغلبهم بسبب الاختلاف الكبير بين ظروف الحياة التي اعتادوا عليها خلال فترة إيدانهم في المؤسسات العقابية وظروف الحياة في المجتمع (الصادي، 1988، ص 98). وقد اصطلح على هذه الأزمة لدى علماء الاجتماع والقانون (الجنائي) بأزمة الإفراج أو "صدمة الإفراج" (Release Shock or Release Crisis)؛ وهي تمثل الحالة النفسية والاجتماعية والاقتصادية الصعبة التي يعيشها المفرج عنه خلال الأشهر الأولى لخروجه من المؤسسة العقابية (السدحان، 1999، ص 10) حيث تعد هذه الفترة من أرحق الفترات وأخطرها (الصادي، 1988، ص 22) بسبب العقبات والصعوبات التي يواجهها السجناء بعد الإفراج عنه.

ويرى عبد الفتاح عبد الصمد (1988) أن صدمة الإفراج تعبر عن مثيرات الصدمة « Stimuli of impact » كونها حالة تحدث نتيجة التغير المفاجئ من الاعتمادية إلى الاستقلالية في الفترة التي تلي مباشرة إطلاق سراح السجين (عبد الصمد، 1988، ص 60) والتي يقف المفرج عنه عاجزا أمامها لكونه غير جاهز أو مزود بما يكفل له التغلب عليها عندما يحاول الاندماج ثانية في المجتمع، فهي مرحلة انتقالية حاسمة يعيشها المفرج عنه تجعله تحت وطأة ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية تؤدي في الغالب إلى العودة للسجن إذا لم يجد من يقدم له يد المساعدة لتجاوزها (الناصر، الرواشدة، 2011، ص 153).

وأكثر ما يعانيه المفرج عنهم هو مشكلات التوافق والتأقلم ثانية مع المحيط الاجتماعي وعدم التوازن نتيجة الأنماط الاجتماعية المختلفة عن نمط مجتمع السجن وهو ما يجعلهم في حالة إحباط وتوتر نفسي يصعب تجاوزه يبرز في مركبات النقص الناتجة عن صدمة الشعور بالرفض، وبذلك تظهر على المفرج عنهم سلوكيات خاصة لم تكن موجودة عندهم من قبل تجربة السجن قد تساهم بشكل كبير كعوامل خطر للعودة للسجن ثانية (الهليل، 2010، ص 19)، ففي دراسة عبد الله أبو إياد (2010) حول نوعية الحياة وواقع الصحة النفسية لدى المترددين على السجون خلصت نتائجها إلى أن السلوك الإجرامي لدى المترددين على السجن يعود لتمثلهم لنوعية الحياة تمثلا بني على صحة نفسية معتلة، وأن هناك علاقة دالة بين التردد على السجن وانخفاض استجابات نوعية الحياة الذي يظهر في شدة الخوف المبطن بالغضب، اضطرابات النوم والأكل واستمرار القلق واضطراب التركيز، انعدام مستوى الطموح، النزوع نحو الانسحاب من الحياة، وهذا يطغى بشكل كبير لدى الفئة العمرية بين 32-54 سنة، فهؤلاء يعانون من صعوبات تأقلم بشكل حاد مما يحرمهم من الدعم النفسي والاجتماعي والعاطفي الذي افتقدوه (أبو إياد، 2010)، وهذا ما أكدته أيضا نتائج دراسة بارثولومبو (Bartholombew, 2009) التي خلصت إلى أن السجينات المفرج عنهن يواجهن صعوبات تمس صحتهم النفسية بعد مدة وجيزة من الإفراج.

ويشكل القلق أحد الاضطرابات النفسية البارزة لدى المفرج عنه نتيجة العوامل المرتبطة بفقدان الحب من الأسرة وعدم القبول من الأصدقاء وباقي المجتمع، وهو عبارة عن استجابة للضغوط المحيطة به قد يؤدي في حالة استمراره إلى دخول المفرج عنه في بعض المشكلات النفسية التي تعوقه عن أداء وظائفه في المجتمع من أهمها شعوره بالخوف والقلق من مواجهة المجتمع لحظة الإفراج عنه (الهليل، 2010، ص 25) والتي يطلق عليها "حمى البوابة" «Gatefever»؛ وهي متلازمة تعرف بالقلق والتهيج بالإضافة إلى ارتفاع مستويات التوتر والإجهاد لدى السجناء لحظة الإفراج عنهم والتي تعكس قلقا حقيقيا حول كيفية وإمكانية التعامل مع العالم الخارجي بنجاح (Travis et al, 2001, P. 18-19)، وفي هذا الصدد كشفت نتائج دراسة نيلسون وآخرون (1999) حول أول شهر بعد الإفراج من السجن أن لحظة خروج المفرج عنهم يصاحبها الشعور بالخوف والوحدة والارتباك لأن مغادرة المؤسسة العقابية وحدها شكلت صدمة بالنسبة لهم ووجدوا صعوبة في التعامل معها (Nelson et al, 1999). وعادة ما يكون المفرج عنهم شديدا الحساسا ولذلك كثيرا ما ينتابهم القلق نتيجة الشعور بالرفض والانتهاك من قبل الآخرين (المبيض، د س، ص 20)، وتزيد حدة السلوكيات التجنبية وسلبياتها على حياة المفرج عنهم إذا لم يجدوا من يشجعهم على اتخاذ خطوات متدرجة وتوجيههم إلى أن ينخفض القلق (سجولند، 2016، ص 181).

وتظهر أعراض الاكتئاب على المفرج عنهم في الشعور بمستقبل محدود يوصف هذا الشعور "بالإحساس بمستقبل محكوم عليه بالقصر كأن يقول المفرج عنه: "لا أتوقع أن يكون لي مستقبل مهني ولا حياة زوجية أو أسرية أو عمر طبيعي" (سجولند، 1016، ص 126)، وعادة ما يؤدي ذلك إلى رغبتهم بالانطواء والانعزال وضعف الثقة والأمل بأنفسهم وبالآخرين وعزوفهم عن البحث عن أي عمل وذلك نتيجة ضعف القدرة على التعلم بسبب الإحباط الذي تكرر لديهم من وجودهم لفترة في جو من الجمود الفكري والضغط والتوتر النفسيين الذي تفرضه بيئة السجن نتج عنها ضعف التركيز والانتباه لديهم. وكثيرا ما يعاني المفرج عنهم ضمن أعراض الاكتئاب من مشاكل في النوم وضعف الشهية للطعام ونقصان الوزن، وكذا من فرض الذكريات والأفكار التي

تدفع بخيالهم إلى الجنوح والبعد عن الواقع خاصة لمن يعيش منهم حالة شديدة من الانزعاج من كل هذه الأعراض، فغالبا ما ترافقها رغبة بالانتحار (شعبان، 2013، ص 201).

وذكر جورسكي (2016) أن أغلب المفرج عنهم يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة بسبب صدمات ما قبل السجن وصدمة الدخول للسجن والصدمات التي تعرضوا لها داخله ويتجلى ذلك في عدة أعراض تتضمن التهيج، ثورات الغضب، صعوبات التركيز، ذكريات تتمثل في تجارب إساءة داخل المؤسسة العقابية من الموظفين وكذا من السجناء، الكرب النفسي الحاد عند تذكر تلك الإساءة وانخفاض مستوى الثقة في الآخر جرائها-والذي انسحب على باقي الأفراد بعد الإفراج (Gorski, 2016). وبينت نتائج دراسة ليم وكونست (Liem&Kunst, 2013) أن هناك مجموعة محددة من أعراض الصحة النفسية يعاني منها المفرج عنهم نتيجة آثار السجن خاصة على مدى فترة طويلة من الزمن تقف دون قدرتهم على تحمل الضغوطات العديدة التي يواجهونها عند العودة إلى المجتمع، ويمكن لهذه الأعراض أن تجتمع في متلازمة فريدة من نوعها أطلق عليها متلازمة ما بعد السجن (PICS) « Post Incarceration Syndrome » تتضمن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة بالإضافة إلى عدة أعراض أخرى (Liem & Kunst, 2013, P. 336).

وبالإضافة إلى ما سبق يعاني المفرج عنهم غالبا من الشعور بالخزي والدونية اللذين خلفتهما بيئة السجن أين يشعر المفرج عنه أن كرامته وشرفه قد جرحا إلى الحد الذي يجعله يفقد الأمل في استعادة الاعتبار والاحترام لشخصه (شاكو، 1988، ص 45)، ووفقا لدراسة الباحثان الناصر، الرواشدة (2011) حول صدمة الإفراج تبين أن أكثر من نصف العينة يشعرون بالخزي والعار وبمخاوف متعلقة بتقبل الآخرين لهم، وغالبا ما يدركون ذواتهم بأنهم أقل قيمة ومنزلة من الآخرين (الناصر، الرواشدة، 2011، ص 22)، ويزيد من حدة الشعور بالخزي افتقار المفرج عنهم لمرونة الأنا في مواجهة المواقف الصعبة والتكيف مع الأحداث غير المواتية التي تعرقل مسيرة استعادتهم لتوافقهم النفسي- الاجتماعي (حننول، 2005، ص 55)، مما يسبب القلق والانعزال اللذين غالبا ما يصاحبان الشعور بالخزي، وقد تمثلت هذه السلوكيات حسب سجونند (2016) حالة مرضية

متعلقة بتجربة الإفراج كتجربة صادمة أو ربما تكون استجابة طبيعية لحالات الإجهاد القائمة على مواقف بعينها حدثت في فترة ما بعد الإفراج (سجولند، 2016، ص 133).

إن المشكلات النفسية السابقة الذكر الناتجة عن الضغوط التي يتعرض لها المفرج عنهم من المؤسسات العقابية ليست هي كل المشكلات، فقد تضاف عند بعضهم أشكال أخرى من ردود الفعل التي تزيد في تعقيد المشكلة أشار لها واسترن (Western et al, 2014) كحالات الانزعاج الشديد التي تؤدي إلى الضرب والاعتداء، ضعف القدرات العقلية نتيجة تعاطي الكحول وسوء استخدام العقاقير والاضطرابات العقلية الحادة، فهناك من يرى أن قلق السجن يكون أكثر حدة مباشرة بعد الخروج منه وعادة ما يتكرر عند محاولة المفرج عنهم الاندماج من جديد في المجتمع (Western et al, 2014, P. 41). كما لا يمكن اعتبار أن كل المفرج عنهم من المؤسسات العقابية معرضون لصدمة الإفراج والوقوع تحت وطأة ضغوط صعوبات التأقلم بعد إطلاق سراحهم، فهناك بعض الاضطرابات النفسية ناتجة عن آثار بيئة السجن تصاحب السجن بعد الإفراج عنه قد تعرف تحسنا بعد الإفراج وهو ما بينته نتائج بعض الدراسات القليلة (Kensey & Benaouda, 2011)، (Liem & Garcin, 2014)، وقد أكدت نتائجها أن الذين تتحسن حالتهم لتقرب ايجابيا نحو تحقيق مستوى لا بأس به من الصحة النفسية العامة هم أولئك الذين يتمتعون بنمط تفكير إيجابي متفائل وبنقطة في النفس ساعدتهم على تشكيل حياتهم بطرق ايجابية إلا أنهم قلة جدا.

يتبين من خلال ما طرح سابقا أن أغلب المفرج عنهم من المؤسسات العقابية يعيشون أزمة نفسية عقب إطلاق سراحهم نتيجة الضغوط التي يسببها تغير الظروف البيئية والمواقف السلبية التي يواجهونها، وفي هذا يرى المنظرون للمواقف الضاغطة أن إفراقات التأزم تنطلق لدى الفرد عندما يعتبر الموقف الذي يكون فيه ضاغطا، أي أن الأفراد لا يختلفون في تقييمهم للمواقف الضاغطة وإنما يختلفون في تقييمهم لقدراتهم ومصادرهم الشخصية، وأشار فرانك أوشبرج (Ochberg, 1993) إلى أن ردود الأفعال الانفعالية والوجدانية والنفسية والسلوكية

اتجاه الأزمات يمكن أن تتأثر شكلا وموضوعا بالمستوى المعرفي للفرد (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2000، ص 29).

ويعتبر التصدي لأي أزمة في ظل علم النفس المجتمعي جهدا معرفيا وسلوكيا يبذل للسيطرة أو للتسامح بهدف التقليل من الضغوط التي ترهق الفرد وقد تتجاوز إمكانياته لتجعله يواجه مشكلتين؛ تتحدد الأولى في مواجهة القلق والاكتئاب والتوتر وعدم الراحة وشكوكه حول ذاته ولومها، وتتمثل المشكلة الثانية في التعامل مع المواقف الخارجية وضرورة قيامه برد فعل مناسب حيالها. وقد أكد بعض علماء النفس على ضرورة التقييم المعرفي للحدث الضاغط من خلال تقييم بيولوجي أولي يليه تقييم رد الفعل المطلوب كتقييم ثانوي، ويساعد التنقيف على إدراك المشاعر والتسامح معها والسيطرة على رد الفعل الحاد والتعامل مع الموقف بشكل جديد (يوسف، 2005، ص 277).

ما استنتجته الباحثة هو أن الفهم الأساسي لاستجابات المفرج عنهم للضغوط التي تفرضها صدمة الإفراج يعتمد على معرفة الكيفية التي يستجيب بها المفرج عنه لتلك الضغوط، فبعضهم ينهار أمامها فيما يواجهها البعض الآخر وذلك حسب اعتقاداتهم وطرق تفكيرهم وقدراتهم على التحمل. وقد أشار كل من روبرت وديانا هيلز (1999) في هذا الصدد إلى حقيقة سيكولوجية مفادها أن لكل شخص نقطة انهيار نفسي « Psychological breaking point » تختلف تماما عن أي شخص آخر وذلك حسب عدة عوامل منها بنية شخصية الفرد ومزاجه، عمر الشخص وجنسه، وصحته الجسمية، وعلى تجارب الشخص في الحياة، وكذا على مصادر الضغوط وتكرارها ونوعيتها. كما يتوقف الأمر على شدة الضواغط « Stressor » التي يتعرض لها المفرج عنهم وعلى إرادتهم في التخفيف من وطأة الصدمة وشدة الضواغط والمضاعفات الخطيرة التي يترتب عنها سوء توافقهم الذي ينتهي بهم إلى القلق المرضي باضطراباته المزعجة أو إلى الاكتئاب الشديد والمزمن، الشيء الذي يتطلب تدخلا علاجيا متخصصا لتمكينهم من استعادة توافقهم مع أنفسهم ومع بيئتهم (هيلز، هيلز، 1999، ص 77-80). وقد أكد كل من ميلمان ونديبيرغ (Milkman & Wanberg, 2007) على

أن تدخلات التغيير العميقة ضرورية لمساعدة المفرج عنهم على خلق نمط حياة متوازن لزيادة قدرتهم على التعامل مع الإجهاد، وتعليمهم عملية تحديد طبيعة علامات الإنذار المبكر من الحالات عالية المخاطر وطرق معينة لاستحضار استراتيجيات معرفية-سلوكية لضبط النفس ومنع الانتكاس (Milkman & Wanberg, 2007, p. 29).

وتظهر أهمية تطبيق العلاج المعرفي-السلوكي في علاج الضغوط التي يعاني منها المفرج عنهم من جهة؛ باعتباره نموذج علاجي يعتمد على التشغيل المعرفي الذي يرى أنه خلال فترات الضغط والتوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً وتشويهاً وتصبح أحكامه مطلقة يسيطر عليها التعميم الزائد، وتصبح معتقدات الفرد الأساسية حول نفسه ومحيطه والعالم محددة بدرجة كبيرة (يوسفي، 2012، ص 279). ومن جهة أخرى تشير عمليات التأقلم والتصدي للأزمات إلى الجهود المعرفية السلوكية التي يبذلها الفرد بغية معالجة الظروف الضاغطة النوعية وكيفية تناولها والتوافق معها من خلال تقدير الفرد المعرفي لجوهر الأزمة (يوسف، 2005، ص 275)، وبهذا يدخل الفرد في مرحلة التعامل مع الموقف الضاغط معرفياً وسلوكياً حيث يتبنى مجموعة متنوعة من العمليات لحشد طاقاته المعرفية وجهوده السلوكية والوجدانية للتكيف مع المواقف الضاغطة ومواجهة الأزمة، قد يكون تكيفاً غير سوي يظهر على شكل توتر يفضي إلى أعراض مرضية تؤثر سلباً على صحته الجسمية والنفسية وتندرج بفشله في التوافق مع الأزمات التالية مستقبلاً (بركات، 2007، ص 192).

وعلى أساس ما سبق رجحت الباحثة العلاج المعرفي-السلوكي كأفضل علاج يمكن من خلاله خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج كونه يعتمد على أساليب وفتيات معرفية-سلوكية تساعد المفرج عنهم على التحكم ومقاومة الضغط من خلال تحديد مسببات الضغط والتعرف عليه وكيف يؤدي إلى الإنهاك النفسي والجسمي، ومراقبة الذات من خلال مراقبة الأحداث التي تشكل مصدر ضغط شديد وتسجيل ردود الأفعال الجسمية والانفعالية والسلوكية، وتعديل نمط المحادثة الذاتية الداخلية عن طريق تمييز الحديث السلبي الداخلي عندما يواجه الفرد أحداثاً ضاغطة والذي يساهم في حدوث المشاعر اللامنطقية التي ترسخ للضغوط، حل المشكلات واتخاذ القرارات وتحديد أهداف جديدة لأهميتها في إجبار المفرج عنه على التمييز بين ما يجب

تجنبه وما يجب تحمله، وما يجب التخفيف منه من الأحداث الضاغطة، وتساعد الواجبات المنزلية على تثبيت المهارات المتعلمة وممارستها في الحياة اليومية، كما يستخدم الاسترخاء لما له من فائدة على الصحة النفسية والجسمية في خفض الضغوط. وتمثل المساندة الاجتماعية فنية انفعالية فعالة في تقديم دعم وجداني للأفراد في أوقات شدتهم. وأغلب برامج إدارة الضغوط تتضمن هذا المدى الواسع من الأساليب المعرفية التي يمكن أن يتم الاختيار من بينها حسب ملائمتها للمفرج عنه للعمل على تحصينه من الضغط، فالتدريب التحصيلي ضد الضغط من الأساليب الأكثر استخداماً لمساعدة المريض على مواجهة ضغوطه تمده بخطوة واضحة في ذهنه ومدى واسع من الإجراءات الممكن اتخاذها قبل أن تصبح الخبرات الضاغطة عميقة يصعب السيطرة عليها) تايلور، 2008، ص 383)، كما تساهم استراتيجيات التحصين ضد الضغوط (ميكنباوم 1975) على تطوير المهارات المعرفية والانفعالية والسلوكية لمساعدة المفرج عنهم على التأقلم والتكيف (Novaco, 1977, P.601)، وقد جاءت نتائج دراسة كل من (الزغندي وعبدالهادي (2014)، كانوري (1997)) داعمة لفعالية التحصين ضد الضغوط في خفض مستوى التوتر والإجهاد لديهم.

وترى الباحثة أن تعلم المفرج عنه التحكم الذاتي في التفكير يعتبر الخطوة الأولى تليها مساعدته لتحديد وتصحيح وإعادة البناء المعرفي لمعتقداته ومخططاته المشوهة المتحيزة باستخدام تدخلات معرفية-سلوكية منظمة تهدف إلى بناء مهارات معرفية تساعد على التغلب على عجزه، وإدارة غضبه، والتدريب على المهارات الاجتماعية التي تساعد في التغلب على الضغوطات التي يعيشها في مرحلة ما بعد الإفراج، فالخطوة الحاسمة في تغلب المفرج عنهم على الضغوط التي يعيشونها واستعادة توافقهم النفسي والاجتماعي هي أن يصححوا تشوهاتهم المعرفية نحو أنفسهم ونحو غيرهم ونظرتهم للعالم ولمستقبلهم بشكل عام.

إن كل ما سبق عرضه يمكن بلورته في التساؤل التالي، وهو التساؤل الذي يشكل محور إشكالية الدراسة الحالية: هل للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح فعالية في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة

الإفراج (القلق، الاكتئاب، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي) ورفع مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم من المؤسسات العقابية؟

الفرضيات:

قبل تناول الفرضيات الأساسية التي حاولت الباحثة اختبارها في هذه الدراسة تجدر الإشارة إلى اعتبار مهم لا يمكن إغفاله وهو ضعف فاعلية برامج الرعاية اللاحقة للسجناء والمفرج عنهم بشكل عام في مساعدتهم على مواجهة مشكلات التأقلم والضغوط المصاحبة لها، وقد رد "فاروق مراد" رئيس المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالعربية السعودية ذلك إلى التقصير الذي يصل إلى حد عدم الاهتمام بالرعاية اللاحقة للسجناء خاصة بعد الإفراج عنهم وقيمتها ومدى فائدتها في الوقاية الحقيقية من الجريمة والانحراف ورعاية ذاتية للفرد المنحرف وتحديدًا في مجال الصحة النفسية (عرسان، 1986، ص 21). وبهذا فإن الالتفات إلى البحث في جوانب الصحة النفسية وتحديدًا دور الجانب المعرفي والإدراكي للمفرج عنهم يصبح ضرورة ملحة لمساعدتهم على تخطي صدمة الإفراج والضغوط المصاحبة أو التالية لها، خاصة وأن هناك قلة في الدراسات النفسية العيادية - في حدود اطلاع الباحثة- وبالأخص في العالم العربي التي تصدت لهذا الموضوع رغم أهميته وهو الواجب الذي دفع الباحثة لدراسته في ظل تخصصها الدقيق - علم نفس الوسط العقابي -.

ويمكن على ضوء ما تمت معالجته سابقًا صياغة فرضيات الدراسة الحالية والتي حددتها الباحثة في فرضيتين أساسيتين على النحو التالي:

- الفرضية الأولى: للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح أثر في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج (القلق، الاكتئاب، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي).
- الفرضية الثانية: للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح أثر في زيادة مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم.

دوافع الدراسة:

1- يعتبر مفهوم صدمة الإفراج مفهوما حديث النشأة لم يحض بالدراسة والبحث العلمي الكافي من الناحية النفسية الباثولوجية خاصة على مستوى الوطن العربي إن لم يكن منعدما تماما - وذلك في حدود إطلاع الباحثة-، ومن هنا كان الدافع الأساسي للباحثة في دراستها الحالية هو الكشف عن الجانب النفسي الباثولوجي لهذا المفهوم، وهل يشكل الإفراج صدمة بالمعنى الباثولوجي للصدمة النفسية والتي تظهر أعراضها في مرحلة ما بعد الإفراج عن السجناء منذ لحظة إطلاق سراحهم والتعرف على أهم الأعراض والمشكلات النفسية المصاحبة أو التالية لها.

2- بحكم تخصص الباحثة الدقيق - علم نفس الوسط العقابي- الذي يهتم ببيئة المؤسسات العقابية وتأثيرها على نزلاتها أثناء فترة حبسهم وبعد الإفراج عنهم من ناحية الصحة النفسية كان دافعا في حد ذاته لبناء خلفية علمية لهذه الفئة واستكشاف جوانب شخصياتهم خاصة في جانبها المعرفي باعتبار أن سلوكيات الأفراد ناتجة عن نمط تفكيرهم، والتعرف على أهم المواقف الضاغطة كما يدركها المفرج عنه والكشف عن المحتوى المعرفي لها، وكيف تساهم طبيعة إدراكه في عجزه عن التصدي ومواجهة الضغوط عقب الإفراج عنه التي تسبب لأغلبية المفرج عنهم أزمة نفسية ومدى تأثير تبعاتها السلبية على صحتهم النفسية العامة التي تفضي بهم إلى اضطرابات نفسية والتهميش والانعزال وقد تساهم وبشكل كبير في الانتكاس والعودة للسجن مرة أخرى.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة الحالية في جانبين رئيسيين: نظري وعملي.

أ- الأهمية النظرية:

1- تكمن أهمية الجانب النظري للدراسة الحالية في حداثة الموضوع وندرة البحوث الغربية والعربية التي تناولته من وجهة النظر النفسية الإكلينيكية - في حدود ما اطلعت عليه الباحثة - فقد جاء تناول

مفهوم (صدمة الإفراج) مقتصرًا على بحوث قانونية واجتماعية بالتحليل للظروف الاجتماعية التي يواجهها السجناء عقب الإفراج عنهم، أو لتقييم برامج المعاملة العقابية بما فيها برامج الصحة النفسية. وبذلك فإن أهمية الدراسة الحالية تعتبر إثراءً للتراث النظري في مجال الصحة النفسية المجتمعية لفئة السجناء المفرج عنهم والذي لم يلقى الاهتمام البحثي الكافي للكشف عنه.

2- كما تعتبر الدراسة الراهنة ذات أهمية كونها ستدعم ضرورة النظر ولفت وتوجيه الاهتمام بالدراسة والبحث لدور الجانب المعرفي في شخصيات المفرج عنهم ومدى تأثيره على انفعالاتهم وسلوكياتهم، وكيف تؤثر معتقداتهم وإدراكا تهم السلبية الناتجة عن بيئة المؤسسات العقابية وثقافته الفرعية على سلوكياتهم بعد الإفراج عنهم، وذلك قصد إيجاد طرق للتكفل وتحقيق الدعم النفسي ورفع مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم بالموازاة مع البحوث التي تؤكد على الدعم الاجتماعي والمادي في عملية المقاومة للضغوط التي يتعرض لها السجناء بعد الإفراج.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل أهمية الدراسة في جانبها التطبيقي من خلال نتائجها في:

1- لفت انتباه رجال القانون والقائمين على السياسة العقابية لمرحلة ما بعد الإفراج كفترة خطيرة ومرحلة حرجة تؤثر على الصحة النفسية للمفرج عنهم نتيجة مواجهتهم لصعوبات ما بعد الإفراج والتي تحول دون نجاحهم في الاندماج مجدداً في المجتمع، وتساهم في ارتفاع معدلات الانتكاس والعودة ثانية للسجن في ظل غياب الرعاية والتكفل النفسي والمتابعة من جهات رسمية.

2- أن الاهتمام بالصحة النفسية والعقلية للسجناء من خلال الأدوية والبرامج العلاجية النفسية المختلفة داخل المؤسسات العقابية فقط لا يكفي، ومن الضروري أن تكون هناك متابعة نفسية لاحقة بشكل إلزامي عن طريق برامج للرعاية والتكفل النفسي في مرحلة ما بعد الإفراج وهو ما قد يعد اهتماماً باستقرار المجتمع وأمنه من خلال الاهتمام بصحة أفراد.

3- إبراز أهمية تطبيق العلاجات المعرفية-السلوكية خارج المؤسسات العقابية باعتبارها أكثر العلاجات المستخدمة وبشكل كبير في الدول الأجنبية المتقدمة لمساعدة السجناء على التأقلم مع بيئة السجن وضغوطها والذي أكدته عدة دراسات - متضمنة في عنصر الدراسات السابقة-، وبذلك يمكن لها أن تساهم وبشكل كبير أيضا في مساعدة المفرج عنهم على التأقلم من جديد مع البيئة الخارجية والتغلب على الضغوط التي تفرضها عليهم.

أهداف الدراسة:

- 1- تسعى الباحثة (في محاولة متواضعة منها) من خلال الدراسة الحالية إلى الكشف عن الجانب الباثولوجي النفسي لمفهوم صدمة الإفراج وتأثيرها على السجناء بعد الإفراج عنهم منذ لحظة إطلاق سراحهم، باعتبارها فترة حرجة لما يصاحبها من ضغوط تؤثر سلبا على مستوى صحتهم النفسية العامة وذلك في غياب من ينتظرهم بالاحتواء والرعاية النفسية خارج السجن خاصة الذين كانت مدة إيدانهم طويلة.
- 2- كما تسعى الباحثة أيضا للتعرف على أهم الضغوط النفسية التي تتسبب في حالة التأزم التي يعيشها المفرج عنه نتيجة مواجهته لتحديات ما بعد الإفراج والتي تحول دون استعادة توافقه النفسي-الاجتماعي.
- 3- ومن جانب آخر فإن الباحثة تهدف أيضا إلى محاولة خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج من خلال تدخل علاجي معرفي- سلوكي مقترح يبرز للمفرج عنهم دور الجانب المعرفي من شخصيتهم في إدراك مشكلاتهم ومصادرها وكيفية مواجهتها، وذلك بتعليمهم مجموعة من الاستراتيجيات والمهارات المعرفية-السلوكية المستمدة من نموذج العلاج المعرفي-السلوكي لمساعدتهم في التغلب على بعض مشكلاتهم في مختلف الجوانب الشخصية والاجتماعية والاقتصادية واستعادة توافقهم النفسي-الاجتماعي بما يجعلهم يبقون بعيدا عن مخاطر الانتكاس والعودة للسجن مجددا.

الدراسات السابقة ومناقشتها:

اطلعت الباحثة في حدود إمكانياتها وما تحصلت عليه وبحسب متغيرات الدراسة الحالية على مجموعة من الدراسات السابقة تمثلت أساسا في دراسات تناولت بعض الاضطرابات النفسية الناتجة عن مشكلات وصعوبات ما بعد الإفراج لدى المفرج عنهم من المؤسسات العقابية، ودراسات تناولت أغلبها فعالية البرامج العلاجية ذات المنحى المعرفي-السلوكي للسجناء داخل هذه المؤسسات لندرة هذه الدراسات على المفرج عنهم، تعرضها الباحثة كما يلي:

أ- دراسات تناولت المشكلات والاضطرابات النفسية لدى المفرج عنهم:

1. دراسة جاكوب وآخرون (Jacob.J et al) (2016): "التغيرات في الاكتئاب والإجهاد بعد الإفراج

في سجن خال من التبغ في الولايات المتحدة". هدفت الدراسة إلى معرفة التغيرات في مستوى الاكتئاب والإجهاد بين السجناء قبل ثمانية (08) أسابيع من الإفراج والمفرج عنهم بعد ثلاثة أسابيع من الإفراج من أحد سجون الولايات المتحدة الأمريكية وذلك على عينة قوامها 208 جمعت بين الذكور والإناث، شملت خصائصها الديمغرافية العمر والجنس والعرق/ الإثنية والتعليم والدخل السنوي (قبل السجن) وطول مدة السجن والحالة المعيشية. وتم استخدام عدة مقاييس وهي مقياس منها مقياس الاكتئاب (CES-D-10) ومقياس الإجهاد المتصور (PSS) ومقياسين من ليكرت طبق واحد منها لمعرفة عدد المرات التي عان فيها المشاركون من مشاعر أو سلوكيات محددة كما طبقت المقابلة كأداة في الدراسة. وخلصت النتائج إلى أن أغلبية المشاركين تحسنا في مستوى الاكتئاب والإجهاد بعد الإفراج، وأن نسبة لا بأس بها (30,8% للاكتئاب و29,8% للإجهاد) تقام عندها مستوى الاكتئاب والإجهاد بين خط الأساس ومتابعة بعد ثلاثة أسابيع من الإفراج، كما أظهروا اكتئابا شديدا ودرجة أعلى من الضغط المتصور بعد الإفراج. وبالمقارنة بين الذين تحسنا في مستوى الاكتئاب والإجهاد بعد الإفراج، وبين الذين تقام عندهم مستوى الاكتئاب/الإجهاد بعد الإفراج دلت النتائج أن هذه الفئة

الأخيرة كان لها دخل مادي منخفض إضافة إلى مستوى منخفض أيضا في الصحة البدنية وأن أكثر هذه الفئة يعيشون في بيئة غير مستقرة.

2. دراسة هاني مصطفى الزغندي وعلاء عبد الهادي (2014): "الوصمة المجتمعية وعلاقتها

بالعودة الجريمة"؛ هدفت الدراسة إلى الآثار الاجتماعية للوصمة الجنائية وعلاقتها بالعودة للجريمة والتي أصبحت جزءاً لا يتجزأ من التاريخ الاجتماعي للمفرج عنهم، ومصدر من مصادر القلق والتوتر في علاقاتهم الاجتماعية. شملت عينة الدراسة الكلية 100 فرد من المفرج عنهم، وقد راعى الباحث أن تغطي العينة مستويات اقتصادية مختلفة، وأن ينتموا إلى مدن وقرى، وأعمار مختلفة وتباين مستويات التعليم، مع اختلاف طبيعة الجرائم، اعتمدت الدراسة على استبيان الوصمة المجتمعية من إعداد الباحث ونموذج دراسة الحالة كأدوات وتم تحليل النتائج بواسطة التحليل الكمي والكيفي للبيانات من خلال ذكر بعض الشواهد من كلام الباحثين. أظهرت النتائج أن المفرج عنه يعيش اضطراباً في علاقاته الاجتماعية بسبب تأثيرات الوصم وعدم قبوله بالوصمة التي ألصقت به في نطاق المجتمع الخارجي والتي تمثلت في العلاقة بينه وبين والديه وأخوته وقد امتدت لتتطال بالأصدقاء والجيران وقد اتخذت في معظمها شكلين هما: الابتعاد وعدم الاهتمام، وهذا يعني أن المفرج عنهم يواجهون نبذ اجتماعي، وساعد في ذلك كثرة المشكلات التي واجهت السجناء بعد الإفراج والتي استغرقت كل أوقاتهم وتفكيرهم بحيث باعدت بينهم وبين الآخرين من حولهم، وكل هذا جعل الباحث يوصي بإعادة تأهيل المفرج عنه نفسياً ليكون قادراً على مواجهة كل هذه الصعوبات والضغوط المصاحبة لها.

3. دراسة ماريك ليم ومارتن كونست (Marieke.L & Kunst.M) (2013): "هل توجد متلازمة

ما بعد السجن يمكن التعرف عليها بين المفرج عنهم؟" « PostIncarceration Syndrome and Relapse » (PICS)؛ تشكل هذه الدراسة جزءاً من مشروع بحثي دولي واسع النطاق بشأن آثار الحبس الطويل الأجل على حياة السجناء والفعل الإجرامي لمرتكبي جرائم القتل، وتهدف إلى تقييم تأثير الماضي الإجرامي وطول مدة السجن والأحداث الرئيسية للحياة على جرائم إعادة الإجرام بين مرتكبي جرائم القتل في الولايات المتحدة وأوروبا.

جمعت الدراسة بين المنهجين الكمي والنوعي واعتمدت على المقابلات كأداة رئيسية في البحث والتي أجريت مع 25 من المشاركين المدانين بجريمة القتل (23 رجلا وامرأتين تراوحت أعمارهم بين 39 و70 سنة) الذين أفرج عنهم في بوسطن وماساتشوستس. أظهر تحليل النتائج فيما يخص محور آثار الحبس على الصحة العقلية والنفسية والطريقة التي تعامل بها المفرج عنه مع هذه الآثار مجموعة من الأعراض، فبالإضافة إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كاضطراب بارز شملت آثار الحبس أعراض مستمرة ومتكررة للشخصية المؤسسية التي حددت في صعوبة الثقة في الآخرين، صعوبة في الانخراط في علاقات حميمة، صعوبة اتخاذ القرارات، كما شملت أعراض الارتباك الاجتماعي الحسي/ المكاني، والتي تحددت في الارتباك المكاني الذي يولد صعوبة في التفاعل اجتماعيا بالإضافة إلى أعراض الاغتراب الاجتماعي/ الزماني التي شملت الشعور بعدم الانتماء في البيئات الاجتماعية خارج السجن، والشعور أن الإفراج عنهم مؤقت فقط. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه يمكن التوصل من خلال هذه الأعراض إلى وجود متلازمة فريدة من نوعها كمجموعة محددة من أعراض لاضطرابات في الصحة العقلية والنفسية التي تستحق المزيد من البحث الكمي والنوعي خاصة وأنها ستسلط الضوء على كيفية ارتباط الصدمات النفسية أثناء السجن بالضغوط المرتبطة بإعادة الإدماج في المجتمع بعد الإفراج، كما بينت نتائجها أنه يمكن التوصل إلى وجود فعلي لمتلازمة ما بعد السجن قد تصنف في الدليل الإحصائي الخامس كنوع فرعي من اضطراب ما بعد الصدمة تسمح باعتراف أكثر ملائمة لآثار السجن والعلاج والمتابعة المناسبة للسجناء المفرج عنهم.

4. دراسة فيشر وأوكنال (Visher & O'Connell)(2012): "السجن والإدراك الذاتي للسجناء حول

العودة إلى ديارهم" تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن تصورات السجناء الذاتية وهم يستعدون لمغادرة السجن حول العودة للمجتمع، وكذا الكشف عن تأثير السجن على إعادة الإجراء وضرورة التركيز بشكل خاص على الآليات الممكنة على المستوى الفردي التي تؤثر على تصورات السجناء للحياة بعد الإفراج عنهم، ودور تجارب السجن في أنماط الإساءة يتطلب بالضرورة الاهتمام بمفاهيم الأفراد وتجاربهم. استخدمت هذه الدراسة المقابلة

والتقارير الذاتية التي أجريت مع 800 من الرجال والنساء السجناء الذين يستعدون لمغادرة السجن، واستخدمت التحليلات الوصفية والانحدارية في تحليل النتائج التي تشير إلى أن الدعم الأسري ووجود أطفال والحد من استخدام المخدرات في السجن يزيد من التفاؤل في نجاح مرحلة ما بعد الإفراج لدى السجناء، وأن التأثيرات السلبية للسجن خاصة الفترات الطويلة أو تعاطي المخدرات داخل السجن أو تعاطيها من طرف أسر السجناء كلها عوامل تقلل من التفاؤل بشأن الحياة بعد السجن.

5. دراسة شينكفيلد وغرافام (Shinkfield & Graffm) (2010): " دور الحالة الانفعالية في إعادة

إدماج السجناء السابقين" هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الحالة الانفعالية في إعادة إدماج السجناء المفرج عنهم وذلك على عينة تكونت من (101) شملت (72 ذكر و29 أنثى) الذين أفرج عنهم قبل شهر واستخدمت استبيانين كأدوات للبحث استبيان للخبرات المرتبطة بالحياة داخل السجن واستبيان وضعية الحياة التي واجهها السجناء بعد الإفراج، كما استخدمت الدراسة كل من مقياسي الاكتئاب والقلق لبيك. وأشارت النتائج إلى أن متوسط درجات الاكتئاب كان أعلى درجة في مرحلة ما بعد الإفراج منه قبل الإفراج بينما لم تتغير متوسطات درجة القلق خلال فترة الدراسة، كما تبين وجود علاقات دالة إحصائية بين متغيرات إعادة الاندماج العديدة والحالة الانفعالية بعد الإفراج، وقد ارتبطت مستويات القلق والاكتئاب الأدنى في كل مرحلة قياس بعد الإفراج بالعمر الأكبر والصحة النفسية الأفضل، وارتبطت مستويات القلق والاكتئاب الأعلى بالاشتراك في برنامج التأهيل ما بعد الإفراج (الناصر والرواشدة، 2011، ص151).

6. دراسة عبد الناصر وحسين الرواشدة (2010): " صدمة الإفراج للسجناء وإدماجهم في المجتمع؛

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برامج الرعاية اللاحقة لدعم عملية إعادة اندماج السجناء السابقين في المجتمع الأردني من خلال بحث التأثيرات التبادلية والتنبؤية بين بعض متغيرات الشخصية للسجناء والأوضاع المعيشية ومواقف الدعم المتوقعة لمواجهة ضغوط الصعوبات في مرحلتي ما قبل الإفراج وما بعده. طبقت الدراسة على عينة قوامها 471 سجين موزعة على أربع سجون (391 سجيناً و80 سجيناً). استخدمت

المقابلة والملاحظة للسجناء قبل وبعد الإفراج كأدوات للدراسة بالإضافة استبيان ما قبل الإفراج تضمن ثلاثة محاور أساسية تمثلت في خصائص الشخصية، الأوضاع المعيشية، وأوضاع الدعم ، وتوصلت نتائج الدراسة فيما يتعلق بمحور الصحة النفسية شعور السجين بكرب وتعاسة شديدة، الإحباط الشديد، نوبات خوف شديد ، الشعور بالخزي والنظرة الدونية كلما اقترب موعد خروجه من السجن وفيما يتعلق بمحور توقعات المشاركين حول مشكلات الصحة النفسية بعد الإفراج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية أيضا في توقعات السجناء لصعوبات نفسية التي سيواجهونها بعد الإفراج بين نزلاء السجون الأربع الذين شاركوا في البرامج التأهيلية المطبقة داخل السجن وهو ما يظهر عدم التمايز واختلاف نوعية هذه البرامج وفعاليتها في التأثير على توجيه السجناء لبرامج علاج اضطرابات الصحة النفسية المرتبطة بما بعد الإفراج والتفكير بما سيحدث معهم بعد الإفراج أو معالجة الاضطرابات التي يعانون منها والتخفيف من حدتها. كما أشارت النتائج لعدم فعالية برامج الرعاية اللاحقة في التأثير ايجابيا على الصحة النفسية للسجين والتخفيف من درجة قلقه وغضبه وإحباطه المتعلق بالضغوط التي تفرضها الصعوبات التي تنتظره بعد الإفراج عليه لنقص بارز في مكونات البرامج التأهيلية فيما يتعلق بالوضع النفسي من خلال نقص في استخدام فنيات إرشاد خاصة أو تدخلات التعليم النفسي لكل حالة لإزالة الغموض عن بعض الجوانب التي تعيق التوافق النفسي لدى كل سجين في مرحلة ما بعد الإفراج.

7. دراسة عبد الله أبو إياد (2010): "توعية الحياة وواقع الصحة النفسية لدى المترددين

على السجون والإصلاحات" هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين نوعية الحياة والصحة النفسية لدى المترددين على السجون بالمغرب في ضوء عدد من المتغيرات (العمر، الجنس، مكان السكن، المنحدر المهني والاجتماعي، المستوى التعليمي للأبوين، الترتيب الأسري، الدخل المادي، المستوى التعليمي). اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي والمنهج الإكلينيكي، واستخدمت مقياس الصحة النفسية لسكر 2003، ومقياس نوعية حياة لليون تيري (Lewine terrie,2008) كأدوات طبقت على عينة شملت

300 فرد من المترددين على السجون من بينهم 50 امرأة. وخلصت الدراسة إلى انخفاض واضح في مستوى متوسطات تقديرات المترددين على السجن بشأن نوعية الحياة في شكل تأثيرات سلبية للتردد على السجون التي تعاني من ضعف في البرامج العلاجية والتأهيلية والإدماجية، ولسلبية المجتمع العام وضعف ثقافة الاحتضان والتقبل والرعاية الإدماجية مما يزيد من حدة التوتر والاضطراب وتعميق الإحساس بأن المجتمع مجرد سجن كبير يصعب العيش داخله. وقد صرح أكثر من 65 % من عينة البحث أن علاجهم من بعض الأمراض كان صعبا داخل المجتمع العام، وقد أظهرت الدراسة أن هناك علاقة دالة بين التردد على السجن وانخفاض استجابات نوعية الحياة الذي يظهر في انعدام مستوى الطموح، النزوع نحو الانسحاب من الحياة، استهلاك المخدرات وشدة الخوف المبطن بالغضب، اضطرابات النوم والأكل واستمرار القلق واضطراب التركيز وهذا يطغى بشكل كبير لدى الفئة العمرية بين 32-54 سنة، فهؤلاء يعانون من صعوبات تكيف بشكل حاد مما يحرمهم من الدعم النفسي والاجتماعي والعاطفي الذي افتقدوه. وعلى المستوى الاجتماعي أظهرت النتائج عدم التقبل الاجتماعي المفعم بالتحقير والحذر والحيطه والتهميش خارج السجن وانتهت الدراسة إلى أن السلوك الإجرامي لدى المترددين على السجن يعود لتمثلهم لنوعية الحياة تمثلا بني على صحة نفسية معتلة.

8. دراسة بارثولومبو (Bartholombew)(2009): "أساليب نظام العدالة الجنائي لتخفيض نسب العود

ومساعدة السجناء السابقين على إعادة الاندماج في المجتمع". هدفت الدراسة إلى استكشاف الحاجات النفسية والاجتماعية والاقتصادية لعينة تكونت من (15) سجينه سابقة تتراوح أعمارهن بين (20-45) عاما بعد مدة وجيزة من الإفراج، استخدمت الدراسة المقابلة المعمقة كأداة لجمع بيانات وصفية لفهم أوضح لعملية إعادة الاندماج في المجتمع بواسطة تحليل المسارات التي اتبعتها السجينات السابقات في مواجهة الصعوبات التي واجهنها بعد إطلاق سراحهن والاستراتيجيات التي استخدمتها لإعادة اندماجهن في المجتمع، والأسباب التي تقف وراء العودة للجريمة، والدوافع والحوافز والطرق التي يستعملنها للامتناع عن الجريمة، وكذا المعاني المستخلصة من تجاربهن. خلصت نتائج الدراسة أن السجينات المفرج عنهن يواجهن صعوبات تمس صحتهن

النفسية وذلك بسبب ضعف في الوسائل وبرامج التأهيل النفسي وكذا المختصين المتمرسين لمعالجة السجناء الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية والذين هم بحاجة إلى اكتساب مهارات المواجهة والتعامل مع الحياة بعد الإفراج عنهم.

9. دراسة انجريد (Ingrid.A) (2007): "الإفراج من السجن - مخاطر عالية للموت لدى المفرج عنهم"

هدفت الدراسة إلى التعرف على معدل الوفيات بين السجناء المفرج عنهم ومقارنتها بمعدل الوفيات بين سكان المجتمع العادي باستخدام القياس والتكيف غير المباشرين للعمر والجنس والعرق، وهي دراسة ذات أثر رجعي على عينة شملت 30 232 سجينا سابقا تم الإفراج عنهم بين 1 جويلية 1999 و 31 ديسمبر 2003، وقد تم التحليل الإحصائي بحساب معدلات الوفيات الإجمالية مقسوما على سنوات الشخص المعرض للخطر و 95% من فترات الثقة، وتعرف الفترة الزمنية المعرضة للخطر بأنها الفترة الفاصلة بين الإفراج عن السجين والاعتقال مرة ثانية. استخدم تحليل البقاء على قيد الحياة وذلك خلال الأسبوعين الأولين بعد الإفراج والفترات اللاحقة بعد أسبوعين من الإفراج عن السجين، كما تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية SPSS وبرنامج انتركولد (INTERCOLD) لإجراء التحليلات. أظهرت نتائج الدراسة أن من بين الأسباب الرئيسية للوفاة بين السجناء السابقين هي جرعة زائدة من المخدرات، الانتحار وقد بينت الدراسة أن ارتفاع معدل انتشار الأمراض العقلية الكامنة والإجهاد النفسي للمفرج عنهم قد يزيد من خطر الانتحار.

10. دراسة فريدنبارق وآخرون (Freudenberg et al) (2005): "المفرج عنه من السجن الآثار الاجتماعية والصحية لعودة النساء السجينات والمراهقين الذكور على أسرهم ومجتمعاتهم".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الآثار السلبية لقلّة توفر التأمين الصحي والدخل للسجناء بعد الإفراج عنهم من السجن خاصة وأن أغلب المفرج عنهم يعانون من مشكلات صحية جسمية وأخرى على مستوى الصحة العقلية وسوء استخدام المخدرات والتي عادة ما تزيد في تفاقم هذه المشكلات بعد الإفراج وتحديدًا لدى المفرج عنهم الذين يعودون إلى بيئات ذات تأمين صحي ضعيف. وبينت نتائج الدراسة بعد تحليل الانحدار باستخدام اختبار 2 x التي أجريت

على عينة قوامها 491 من المراهقين الذكور و476 من النساء البالغات المفرج عنهن من سجون مدينة نيويورك أن كلا الفئتين لديهم معدلات إعادة اعتقال عالية، كما أظهرت انخفاض ملحوظ لاستخدام المخدرات والنشاط غير المشروع بعد الإفراج، وارتبط ارتفاع التأمين الصحي وعلاج تعاطي المخدرات لدى بعض السجناء بعد الإفراج بمعدلات حجز أقل لدى هذه الفئة، كما أكدت النتائج على أن المشاركين في الدراسة قد لا يكونون ممثلين للسجناء ككل وأنه ليس جميعهم يعانون من مشاكل خطيرة وأن من كانت لديهم صعوبات ومشاكل كبيرة كانوا أقل احتمال لاستكمال مقابلات المتابعة، وفي بعض الحالات التي تم تقييم تعاطي المخدرات لديها عند خط الأساس والمتابعة لم يكن متسقا مما أدى إلى ضعف في تقييم التغيير، وأن تقييم التجارب والنتائج المتعلقة بما بعد الإفراج بعد 15 شهر من الإفراج تمت في نفس مقابلة المتابعة وهو ما يجعل من غير الممكن تحديد إذا كانت نتائج ما بعد الإفراج هي سبب أو نتيجة لبعض العوامل المشتركة السابقة.

ب- دراسات تناولت العلاجات المعرفية-السلوكية للسجناء والمفرج عنهم:

1- دراسة العتيبي (2014): " فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغوط النفسية لدى

نزلاء السجون"؛ تهدف الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي في تخفيض مستوى الضغوط النفسية لدى نزلاء السجون وذلك على عينة من النزلاء السعوديين المودعين في سجن الملز بالرياض وعددهم (208) نزلاء والذين صدرت بحقهم أحكاما بقضايا السرقة والقضايا الأخلاقية، الحقوق الخاصة، الرشوة، التزوير وجميع القضايا الأخرى باستثناء قضايا القتل والمخدرات والمسكرات وذلك بهدف الحصول على العشرين الأوائل من مرتفعي الضغوط النفسية وبعد الحصول عليها (ن= 20) تم تقسيمها إلى مجموعتين متكافئتين (10) نزلاء يمثلون مجموعة تجريبية و(10) نزلاء آخرين يمثلون مجموعة ضابطة. اعتمدت الدراسة على المنهج الشبه تجريبي للتعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي-السلوكي الذي سيطبق على النزلاء (كمتغير مستقل) لتخفيض مستوى الضغوط النفسية (كمتغير تابع) مستخدم تصميم المجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة مع القياس القبلي والبعدي لكل مجموعة على حده باستخدام مقياس الضغوط النفسية

لدى نزلاء السجون. وأظهرت النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الاختبار البعدي في الضغوط النفسية لصالح المجموعة التجريبية وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي في الضغوط النفسية لصالح القياس البعدي، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاختبار البعدي في الضغوط النفسية داخل المجموعة التجريبية تبعاً للمتغيرات الخارجية (العمر، نوع القضية، مدة الحكم الصادر).

2- دراسة هاني مصطفى الزغندي وعلاء عبد الهادي (2014): "برنامج علاجي متعدد المحاور

للمدمج المجتمعي وخفض مستوى العودة للجريمة لدى المفرج عنهم"؛ هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي متعدد المحاور للمدمج المجتمعي وخفض مستوى العودة للجريمة لدى المفرج عنهم وإعادة دمجهم بالمجتمع. أجريت الدراسة بالتعاون مع مؤسسة "إبدأ" للتنمية والدمج المجتمعي على عدة حالات من المفرج عنهم من سجون مصر، استخدمت هذه الدراسة بعض استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي كتنمية الثقة بالنفس، إدراك مشاعر الآخر، الكشف عن التحريفات والافتراضات والمخططات المعرفية للتعامل مع وصمة الإفراج، التدريب على الاسترخاء، التدريب على المهارات الاجتماعية كمهارة التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية ومهارة رفض الطلبات بشكل مهذب، مواجهة الصعوبات الحياتية، تبصير المفرج عنه بمخاطر العودة للجريمة والانحراف وكيفية الحفاظ على ما تم انجازه من تقدم من خلال البرنامج. وتم اختبار مدى التقدم والتحسين لدى المفرج عنهم بتطبيق القياس البعدي.

3- دراسة أكاباما إليزابيث.ج. Akpama Elizabeth.G. (2013): "تأثير برنامج علاجي معرفي

وعلاج سلوكي على التكيف النفسي للسجناء في السجن وما بعد الإفراج عنهم في سجن أفوكانغ بولاية كروس ريفر بنجيريا" وهي دراسة تجريبية بتصميم المجموعات الضابطة والتجريبية باستخدام (اختبار قبلي واختبار بعدي) للكشف عن أثر العلاج المعرفي والعلاج السلوكي على التكيف النفسي وتعديل السلوك للسجناء،

وذلك بتطبيقه على عينة تكونت من 120 سجين (109 ذكور و 11 إناث). تم تقسيم العينة قبل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بشكل عشوائي إلى 3 مجموعات 40 سجينا في كل مجموعة (36 ذكور و 4 إناث بالنسبة للمجموعتين 1-2 و 36 سجين من الذكور و 3 سجينات بالنسبة للمجموعة الضابطة. بعد تطبيق العلاج الذي استمر 8 أسابيع تم تطبيق الاختبار البعدي وتم تحليل النتائج باستخدام اختبار ت. أظهرت النتائج أن هناك فرق كبير بين نزلاء السجون الذين خضعوا للعلاج المعرفي وغيرهم ممن لم يخضعوا له في التكيف النفسي وأن هناك فرق كبير أيضا بين السجناء الذين تلقوا العلاج السلوكي والذين لم يتلقوا علاجاً على الإطلاق في التعديل السلوكي، وتم التوصل إلى استنتاج مفاده أن السجناء الذين يتلقون أي شكل من أشكال العلاج يختلفون عن أولئك الذين لم يتلقوا أي نوع من أنواع العلاج في تعديل سلوكهم وتكيفهم النفسي. وخلصت الدراسة إلى أن العلاجات المعرفية والسلوكية تؤثر بشكل ايجابي على السجناء خاصة بعد السجن وأوصت بإخضاعهم لهذا النوع من العلاجات الذي سيساعدهم في نجاح اندماجهم في المجتمع مجدداً بعد الإفراج عنهم.

4- دراسة جبالي وكريال (2010): "التعديل المعرفي السلوكي كأسلوب لعلاج الضغوط لدى المساجين"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير أسلوب التعديل المعرفي السلوكي والمتمثل في إعادة التقييم المعرفي والوعي الانتقائي وكذلك أسلوب التدريب على الاسترخاء، لعلاج حالات الضغوط النفسية التي يعاني منها المسجون في الوسط العقابي اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي كونه المنهج الأنسب من حيث التشخيص والعلاج لأربع حالات مستخدمة المقابلة كأداة للتشخيص. وبعض الاستراتيجيات المعرفية السلوكية إعادة البناء المعرفي للمسجون، الاسترخاء العضلي والتنفس، إستراتيجية الوعي الانتقائي. أظهرت النتائج العلاجية للحالات بناء على الإجراءات والاستراتيجيات العلاجية التي اتبعتها الباحثة لعلاج ضغوط الوسط العقابي زوال جزء كبير من أعراض الضغط النفسي، وأبدى المفحوصون ارتياح كبيراً مقارنة بفترة ما قبل العلاج.

5- دراسة سيفانسان أدريس (Sevensson.A) (2004): "برنامج المهارات المعرفية للسجناء المنتكسين في سجن سويديشبر وباتيون بالسويد"؛ هدفت الدراسة إلى تقييم آثار البرنامج التأهيلي للمهارات المعرفية (CSS) في الفترة بين 1995-2000، وهو برنامج علاجي لروس وفابيانو (Ross & Fabiano, 1986) تعتمده السويد منذ سنة 1995 في مؤسساتها العقابية ويستهدف البنية والقدرات المعرفية للسجناء من خلال التدخل بتقنيات معرفية وتدريبات تعالج العجز المعرفي لديهم. استخدمت الدراسة المنهج التجريبي لمعرفة أثر البرنامج العلاجي (CSS) على المدى القصير من خلال تأثيره على المهارات والاتجاهات المعرفية الاجتماعية المرتبطة بالإجرام والتعامل مع الانفعالات بطرق بناء أكثر لتغيير السلوكيات الإجرامية، وعلى المدى الطويل تتناول تأثير البرنامج على معدلات العود إلى الإجرام بين المشاركين المفرج عنهم من الذكور والذي ينبغي أن يتبعه انخفاض ملموس في العود بين المشاركين مقارنة بمن لم يطبق عليهم برنامج (CSS). شملت العينة 118 مشاركا من الذكور كمجموعة تجريبية خضعت لبرنامج (CSS) العلاجي مقابل 349 مشاركا من المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا للبرنامج العلاجي، وكانت معايير المطابقة تشمل (الحالة الاجتماعية- الديموغرافية، الجنس)، والجريمة الأولى تشمل (عمر الجاني عند إدانته، نوع العقوبة ومدتها، نوع الجريمة)، آخر إدانة وتشمل (العمر عند الإدانة الأخيرة، نوع الجريمة، حكم العقوبة، تاريخ الإفراج عند آخر إدانة). كما تم استخدام عدة مقاييس في الدراسة مقياس اتساق الشخصية «SOC» لأنتونيو فيكس، (Antonio Vex, 1987) مقياس «IVE» لقياس تقدير الذات، ومقياس الميول الجنائية. أظهرت نتائج الدراسة باستخدام تحليل انحدار كوكس بتحليل البقاء على المدى القصير أن التغييرات مذنبة هناك تأثير للبرنامج العلاجي (CSS) على بعض التغييرات المحدودة وهي تشمل مؤشرات البنية المعرفية (التعميم)، ومؤشرات سلوكية (اتخاذ القرار وتنفيذه)، ومؤشرات تحفيزية (تقدير الذات) ولم يثبت بشكل صحيح تأثير البرنامج على هذين المؤشرين الأخيرين، وأما تأثير البرنامج في العود على المدى الطويل لم تكن ذات دلالة إحصائية عالية. وقد أدت دراسة الارتباط بين تأثير البرنامج القصيرة الأجل على المهارات المعرفية والاجتماعية والتأثيرات الطويلة المدى على العود إلى وجود

ارتباطين هامين إحصائياً بين العود والموقف اتجاه مؤشر القانون فضلاً عن الموقف اتجاه رجال الأمن. وبينت نتائج هذه الدراسة أن تأثير برنامج (CSS) على إدراكات المشاركين لا يمكن الاعتماد عليها نظراً لعدم مطابقة المجموعة التجريبية مع المجموعة الضابطة في عدة متغيرات معرفية، وعدم وجود متابعة طويلة الأجل على بيانات اختبار الشخصية، كما لم يتم ضبط بعض المتغيرات كظروف معيشة المشارك وبعض سمات شخصيته التي من شأنها أن تجعله أقل عرضة لارتكاب جرائم جديدة بعد الإفراج عنهم، كما أن حجم العينة كان صغيراً جداً لاستنتاج آثار البرنامج على إعادة السلوكيات الإجرامية لمجموعات فرعية من العينة.

6- دراسة فريندشيب وآخرون (Friendship.C et al) (2002): "فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي للسجناء في بريطانيا في خفض معدلات العود"؛ هدفت الدراسة إلى مقارنة معدلات العود لدى المجموعة التي شاركت في البرنامج العلاجي مع مجموعة ضابطة لم تشارك في البرنامج خلال السنوات 1992-1996. كما فحص التقييم تأثير كل من العلاج مع المتغيرات الأخرى ذات الصلة كطول مدة السجن، ودرجة خطورة المجرم. شملت العينة (670) من السجناء الذكور الذين يقضون عقوبة بالسجن لمدة سنتين أو أكثر والذين شاركوا في البرنامج العلاجي، استخدمت الدراسة المنهج شبه تجريبي بأثر رجعي واعتمد البرنامج العلاجي على برنامجين متعددي الاستراتيجيات المعرفية- السلوكية (يطلق عليها برامج المهارات المعرفية وهي برامج اعتمدها المؤسسات العقابية في كندا وأمريكا) التي تركز أساساً على مهارات التفكير وأنماطه، وقد انسحب ما يمثل 10 % من المشاركين في العلاج في مراحل مختلفة ولأسباب مختلفة تمثلت في: قرار من السجن لترك للعلاج، طلب السجن عدم حضور الموظفين، نقل السجن لمؤسسة أخرى، الإفراج عن السجن، مرض السجن. وقد تم اختيار ستة (06) متغيرات متجانسة بين المجموعتين شملت الجريمة الحالية، طول مدة السجن، العمر عند الخروج، عدد الإدانات السابقة، احتمال الانتكاس. ولم يكن التطابق تاماً بين المجموعتين في كل هذه المتغيرات وتمت مطابقتهم ضمن نطاق مستهدف مثل العمر، ودرجة الخطورة، عدد الإدانات، وتم تحديد سجناء لم يدخلوا ضمن هذه المتغيرات بصفة عشوائية. تكون البرنامج العلاجي من 20 جلسة بتقدير 40

ساعة هدف إلى تحديد مهارات التفكير الإجرامي، تحديد النمط المعرفي، فهم القيم التي تحكم السلوك، التحكم الذاتي (التفكير قبل التنفيذ)، مهارات حل المشكلات بين الشخصية، أخذ المنظور الاجتماعي في الاعتبار. أظهرت النتائج تراجع إعادة الاعتقال بشكل كبير بعد معالجة المهارات المعرفية في الفترة بين 2002-2003 مما يقدم دليل واضح على فعالية العلاج المعرفي - السلوكي للجناة.

- مناقشة الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية منها:

من خلال الدراسات السابقة التي تم عرضها - في حدود اطلاع الباحثة - أظهرت نتائج بعض هذه الدراسات (Freudenberg et al, 2005)، (Ingrid.A, 2007) أن أغلب المفرج عنهم يعانون من مشكلات على مستوى الصحة النفسية والعقلية والتي عادة ما تتفاقم لدى المفرج عنهم الذين يعودون إلى بيئات ذات وعي وتأمين صحي ضعيف، وقد يساهم ارتفاع معدل انتشار الأمراض النفسية والعقلية الكامنة والإجهاد النفسي للمفرج عنهم إلى زيادة خطر عودتهم لارتكاب سلوكيات إجرامية وقد يؤدي لدى البعض الآخر إلى الانتحار. كما بينت نتائج جل الدراسات السابقة (دراسة جاكوب وآخرون (Jacob.J et al, 2016)، دراسة ماريكليم ومارتن كونست (Marieke.L & Maarten.K, 2013)، دراسة شينكفيلد ورافام (Shinkfield & Graffm, 2010)، دراسة عبد الناصر وحسين الرواشدة (2010)، دراسة عبد الله أبو إياد (2010)، دراسة بارثولوميو (Bartholombew, 2009)، دراسة انجريد (Ingrid.A, 2007)، دراسة فريدنبارق وآخرون (Freudenberg et al, 2005) أن هناك عدة مشكلات نفسية يعاني منها المفرج عنه تجعله في حالة ضعف وعدم القدرة على العودة بنجاح إلى المجتمع من أهمها صعوبات تكيف حادة، اغتراب، عدم الثقة، استمرار القلق، الخوف المبطن بالغضب، اضطرابات النوم واضطرابات الأكل واضطراب التركيز، اضطرابات التوجه المكاني، أعراض الضغوط التالية للصدمة (PTSD)، الأمراض العقلية، سوء استخدام المواد، كما دلت نتائج دراسات أخرى (Marieke.L & Maarten .K, 2013) على وجود متلازمة ما بعد السجن Syndrom Post Carcerale إلا أن نتائجها مازالت لم تدعم ببحوث تثبت وجود هذه المتلازمة.

واعتبرت دراسات أخرى (الناصر والرواشدة، 2011) أن الإفراج قد يسبب صدمة بالنسبة لبعض المفرج عنهم، كما أشارت نتائج بعض الدراسات (Blinswanger et al, 2013), (Brown.M & Sharfstein, 2014) إلى ارتفاع نسبة الوفيات بعد الإفراج نتيجة الانتحار أو زيادة في جرعات المخدرات جراء صعوبات يتعرض لها السجناء المفرج عنهم والتي تقودهم إلى سوء استعمال المواد لتجاوزها وتحمل الضغوطات الناجمة عنها. وقد أشارت نتائج دراسة كل من عبد الله أبو إياد (2010) و (Kensey & Benaouda, 2011) إلى أنه يمكن افتراض أنه على الأرجح قد تكون نسبة خطورة أكبر للآثار النفسية للسجين عقب الإفراج عنه وأن السلوك الإجرامي لدى المترددين على السجن يعود لتمثلهم لنوعية الحياة بعد الإفراج تمثلاً بني على صحة نفسية معتلة.

كما جاءت نتائج الدراسات السابقة التي ركزت على البرامج العلاجية المعرفية السلوكية متباينة حول فاعلية هذه البرامج العلاجية فنتائج دراسة (Friendship et al, 2002) ، تؤكد فاعليتها لدى السجناء والمفرج عنهم، بينما أظهرت نتائج دراسة (الناصر والرواشدة، 2011)، (Sevensson.A, 2004) فشل البرامج الإرشادية والعلاجية النفسية بما في ذلك البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية في تحقيق أهدافها العلاجية، وقد ردت هذه الدراسات أسباب فشل البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية وعدم فاعليتها لنقص في مكونات البرامج التأهيلية فيما يتعلق بالوضع النفسي من خلال نقص في استخدام استراتيجيات خاصة أو تدخلات التعليم النفسي لكل حالة لإزالة الغموض عن بعض الجوانب التي تعيق التوافق النفسي- الاجتماعي لدى كل سجين أثناء الاحتجاز أو في مرحلة ما بعد الإفراج.

المتأمل لمحتوى الدراسات السابقة يجدها قد تناولت من جهة المشكلات والاضطرابات النفسية لدى المفرج عنهم ويلاحظ تركيزها على المشكلات النفسية بصفة عامة ومنها من تناولت التصور الإدراكي لمرحلة ما بعد الإفراج لدى السجناء وعلاقته بفشل أو نجاح المفرج عنه في استعادة اندماجه في المجتمع من جديد. ومن جهة أخرى تناولت بعض الدراسات البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية لفائدة السجناء (عدا دراسة واحدة على المفرج عنهم في إطار برنامج متعدد المحاور) التي تباينت نتائجها حول فاعلية هذه البرامج في

علاج المشكلات النفسية للسجناء ومساعدتهم على التكيف مع ضغوط بيئة المؤسسة العقابية و كذا الضغوط الناتجة عن الصعوبات التي تواجههم عقب الإفراج عنهم.

كما يلاحظ على هذه الدراسات في جانبها المنهجي أن أغلبها اعتمد على المناهج الوصفية الارتباطية وعلى المعالجات الكمية (الإحصائية) فيما يخص المشكلات والاضطرابات النفسية للسجناء والمفرج عنهم.

كما اعتمدت الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية على المنهج التجريبي ذي المنحى الجمعي الذي يستخدم تصميم المجموعتين مجموعة ضابطة (control Group)، ومجموعة تجريبية (Experimental Group) التي لا يمكن الاعتماد على نتائجها كثيرا نظرا لعدم مطابقة المجموعة التجريبية مع المجموعة الضابطة في عدة متغيرات معرفية، وحتى في ضبط بعض المتغيرات كظروف معيشة المشارك وبعض سمات شخصيته، بالإضافة إلى أنها اهتمت فقط بمتوسط الأداء الذي لا يظهر أثر العلاج على مستوى الفرد، وأنها لم تأخذ بعين الاعتبار التباين في أداء الفرد الواحد الذي يحدث أثناء المراحل التجريبية المختلفة والذي يساعد في تحليل السلوك وتعديله كما يساعد على اكتشاف المتغيرات المسؤولة عنه. كما أن النتائج الإحصائية تظهر دلالتها أن طريقة العلاج فعالة أو غير فعالة، وهذا لا يعني بالضرورة أنها كانت فعالة في تحسين أداء كل فرد من أفراد المجموعة، فالمعالج لا بد وأن يحتاج معلومات على مستوى الفرد الواحد لتحديد فعالية طريقة علاجية معينة وهذا في ظل صعوبة الحصول على تجانس فعلي بين الأفراد المشاركين فيما يتعلق بالاضطرابات والسلوكيات موضع الدراسة أو بعض المتغيرات كسماتهم الشخصية.

وقد يضاف إلى الملاحظات السابقة الناتجة عن تصميمات المجموعتين مشكلة صغر حجم العينة وصعوبة تطبيق المعالجات الإحصائية عليها الشيء الذي ينجر عنه ضعف في استنتاج أثر البرنامج وفعاليتها (الخطيب، 2003، ص ص 144-145) وهو ما أكدته نتائج دراسة (Sevensson.A, 2004).

إن مراجعة الباحثة للدراسات السابقة مكنها من الإلمام ببعض خصائص فئة السجناء والمفرج عنهم خاصة منها الجانب المعرفي، كما مكنها من معرفة أهم الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي تنتشر بين

أفراد هذه الفئة سواء أثناء فترة الاحتجاز وما تتميز به البيئة المغلقة من خصوصية تساعد على ظهور بعض الاضطرابات لدى السجناء واستمرارها معهم بعد الإفراج عنهم، أو التي يواجهونها عقب الإفراج عنهم نتيجة ضغوط الصعوبات التي يتعرضون لها. وقد استفادت الباحثة أيضا من مناقشة نتائج هذه الدراسات من اختيار المنهج الإكلينيكي بالإضافة إلى استخدام أسلوب دراسة الحالة المفردة في العلاج النفسي كأحد الأساليب والطرق التجريبية المستخدمة في المنهج الإكلينيكي، وهو تطبيق للمنهج التجريبي على العينات الصغرى واستخدام إحدى تصميماته الخاصة (أ-ب) في معرفة مدى فعالية تدخل علاجي معرفي- سلوكي مقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج وما تخلفه من اختلالات نفسية تؤثر على التوافق النفسي- الاجتماعي للمفرج عنهم من المؤسسات العقابية مما ينعكس سلبا على صحتهم النفسية العامة ويعيق نجاحهم في استعادة اندماجهم من جديد داخل المجتمع.

المفاهيم الإجرائية:

أولاً: الضغوط التالية لصدمة الإفراج: يعبر مفهوم الضغوط التالية لصدمة الإفراج إجرائيا في الدراسة الحالية عن الأعراض النفسية (الاكتئاب، القلق، أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي)، الناتجة عن حالة التأزم بسبب مجموعة من الموانع والمعوقات الشخصية والبيئية والمجتمعية التي يعيشها المفرج عنهم من المؤسسات العقابية بعد إطلاق سراحهم، ويدركونها على أنها تفوق قدرتهم وإمكاناتهم على التأقلم والتكيف معها والشعور بالعجز أمامها، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات التوتر والإجهاد لديهم وهو ما يؤثر سلبا على مستوى صحتهم النفسية العامة. وقد تم الكشف عن هذه الأعراض من خلال اختبار الصحة النفسية العامة وتم التأكد منها ومعرفة درجات شدتها باستخدام عدة مقاييس أخرى (مقياس الاكتئاب، مقياس القلق لهاملتون، مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مقياس الشعور بالخزي). وبذلك يكون مفهوم -الضغوط التالية لصدمة الإفراج- بعيد عن مفهوم الضغوط التالية للصدمة (PTSD) كاضطراب نفسي مصنف في التصنيفات العالمية لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية.

ثانياً: التدخل العلاجي: يعبر مفهوم التدخل العلاجي إجرائياً في الدراسة الحالية عن تطبيق استراتيجيات علاجية معرفية- سلوكية مقترحة (الحوار السقراطي، إعادة البناء المعرفي الذي تضمن بدوره كشف الأنماط المحددة للتفكير وتغيير الحديث الذاتي السلبي (الأفكار السلبية)، اتخاذ القرارات، التحصين ضد الضغوط: -الاسترخاء، التحكم في القلق، التخيل، لعب الدور-، المهارات الاجتماعية، والواجبات المنزلية) ومعرفة مدى فعاليتها على إحداث تأثير إيجابي في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج (الاكتئاب، القلق، أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي) وزيادة مستوى الصحة النفسية العامة لدى الحالات موضع الدراسة الراهنة (المفرج عنهم من المؤسسة العقابية) من خلال حساب الدلالة العملية والدلالة الإكلينيكية بعد تطبيقها.

الفصل الثاني: صدمة الإفراج

أولاً: مفهوم الصدمة

ثانياً: صدمة الإفراج

ثالثاً: النماذج التي يمكن أن تساعد في تفسير صدمة الإفراج

رابعاً: آثار السجن النفسية والسلوكية على شخصية المفرج عنهم

خامساً: مصادر الضغوط التالية لصدمة الإفراج

سادساً: دور الأسرة والمجتمع المدني في التخفيف من صدمة الإفراج

سابعاً: المصالح الخارجية للرعاية اللاحقة وإعادة إدماج المفرج عنهم

ثامناً: الصحة النفسية المجتمعية واستراتيجيات الدعم النفسي للسجناء

المفرج عنهم

تحاول الباحثة من خلال هذا الفصل التطرق لمفهوم صدمة الإفراج انطلاقاً من تحديد المفهوم النفسي الإكلينيكي للصدمة والتطرق بعدها لمفهوم صدمة الإفراج وأهم عناصرها والعوامل المساهمة في تعرض المفرج عنه لها، وكذا التطرق لبعض النماذج النظرية التي يمكن تفسير صدمة الإفراج من خلالها بالإضافة إلى آثار السجن على شخصية المفرج عنهم، ومصادر الضغوط التالية لصدمة الإفراج ودور كل من المصالح الخارجية للرعاية اللاحقة والأسرة والمجتمع المدني في إعادة إدماج المفرج عنهم وكذا دور الصحة النفسية المجتمعية وبعض الاستراتيجيات للتخفيف من صدمة الإفراج.

أولاً: مفهوم الصدمة:

1- تعريف الصدمة:

يعود لفظ الصدمة (Trauma) وجمعها صدمات (Traumata) في اللغات الأوروبية حسب (روبار، Rober, 1995) إلى الكلمة اليونانية " جرح أو يجرح"، وهو مصطلح عام يشير إما إلى إصابة جسمية سببتها قوة خارجية مباشرة، أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف.

وأشار (ميكناوم) (Meichenbaum, 1994) إلى أن الصدمة تعبر عن حوادث عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة تحتاج إلى جهود غير عادية لمواجهتها والتغلب عليها.

وتعرف الصدمة أيضاً بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة قد ينتج عنه تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتمكن من التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية، وغالباً ما تؤدي الصدمة إلى الخوف العميق والعجز أو الرعب (عبد الخالق، 2006، ص 44).

وعرفها (رانشمان) (Ranchman, 1980) على أنها أي حدث مفاجئ خطير لا يمكن التحكم به ولا يمكن توقعه، كما أنه غير منتظم وغير معتاد يؤدي مثل هذا الحدث إلى ردة فعل عاطفية سلوكية يمكن أن تمتد لفترة طويلة مخلفة وراءها أعراضاً انفعالية وسلوكية تؤثر على التوافق الاجتماعي للمتعرض للصدمة.

كما عرفها (جيمس) (James, 1989) على أنها " الصدمة العاطفية التي تسبب دمارا للشخص وهي تجربة لا يمكن تحملها ولا يمكن السيطرة عليها، ويكون لها تأثير نفسي يتسبب في توليد الشعور بفقدان الأمل، فقدان الأمان، عدم القدرة على السيطرة على الأمور والنفوس" (ثابت، 2014، ص 14).

ويشير (الحفني، 1999) إلى أن الصدمة في العموم خبرة مؤذية تؤثر في الجسم والنفوس والتكامل بينهما، وصددمات الحياة (Life Traumas) هي التجارب التي يمر بها الشخص وتترك أذاً بالغا في نفسه تطبع بشخصيته ويسببها تضطرب فتكون قلقاً أو اكتئابية أو وسواسية قهرية أو شبه فصامية، وقد تؤثر أيضاً على الناحية الجسمية بما يسمى بالأمراض السوماتية.

ومن خلال التعريفات السابقة للصدمة النفسية (Psychological Trauma) نجد أنها لا تخرج عن كونها أحداثاً قاسية أو عنيفة يتعرض لها الشخص مما يجعله غير قادر على الاستجابة لها بشكل ايجابي مهما حاول جاهدا التغلب عليها والتكيف معها، هذا الوضع يولد لدى الشخص المتعرض للصدمة الشعور بفقدان الأمل والأمان، ويجعله يعيش حالة من الضغط النفسي تفضي إلى مجموعة من الاضطرابات والأمراض النفسية والجسمية التي تنعكس سلباً على صحته العامة وعلى توافقه الاجتماعي.

2- خصائص الصدمة النفسية:

- يتضمن مفهوم الصدمة النفسية عدداً من العناصر الهامة التي تحدد خصائصها من أهمها:
- الصدمة حالة من الرعب ينتج عنها الفزع والقلق والتوتر بشكل حاد مستمر ومتكرر على فترات زمنية متقاربة.
- يميز الصدمة النفسية عنصر المفاجأة غير المتوقعة حيث لا يدري عنها الفرد ولم يكن على دراية بها من قبل للاحتياط لها والعمل على تجنبها والوقاية منها.
- تمثل الصدمة حدث قاس وعنيف قد تهدد حياة الفرد وقد يشل حركته وتجعله عاجزاً عن مواجهتها والتغلب عليه بطرق فعالة.
- تطلق الصدمة طلاقات هائلة من الشعور بالألم والمعاناة وفقدان الأمن والأمان.

- يتحول أحيانا الغضب إلى عدوانية هجومية عند الفرد الذي يتعرض للإجهاد العصبي والنفسي التالي للحدث الصدمي كرد فعل ضد أي شخص يخاف منه أو يحتمل أن يؤذيه.
- شعور الفرد الذي تعرض لصدمة نفسية بعقدة الذنب، فغالبا ما نجده يردد بينه وبين نفسه أنه كان بإمكانه تجنب الصدمة وأنها غلطته أن جعل من نفسه ضحية وقد كان بإمكانه تجنب ذلك (عمر، 2007، ص ص 36-37).

وبذلك فإن جوهر الصدمة النفسية يكمن في استجابات الفرد للحدث الصادم من خلال ردود أفعال سلوكية ومعرفية وجسمية وهذه الأخيرة تشمل الارتعاش، التعرق، تغير الحساسية للألم، أما الاستجابات السلوكية فتتمثل في الرعب، الدهشة، التجمد. وتظهر الاستجابات المعرفية في تطاير الأفكار وتشتتها، الشعور بالعجز... إلخ، تأتي هذه الاستجابات مباشرة بعد الحدث أو قد تتأخر في الظهور أو قد تظهر وتطور بأشكال مفاجئة ويمكن تصنيف ردود الفعل على الصدمة في ثلاثة فئات أساسية:

- **ردود الفعل الإقتحامية (Intrusive Reactions):** تمثل أفكار وصور مختزنة تقتحم الوعي دون إرادة الفرد وتعيده إلى حالة الانزعاج والقلق المرافق للحدث الصادم بشكل غير مفهوم لما حوله كتذكره لصور الحادث، أو أصوات أو روائح رافقته أو معاودة تخيل الحادث بشكل كلي.
- **ردود الفعل التجنبية (Avoidance Reaction):** وتظهر في الابتعاد عن كل ما يذكر بالحدث الصادم، كالخوف من الذهاب إلى مكان الحدث نفسه، ورفض الحديث عن موضوع الحدث، وفي أكثر الحالات شدة يظهر التجنب على شكل إغماء وربما يبدو كردود تخلخلية (Dissociation) تتجلى في فقدان ذاكرة جزئي وربما كلي.
- **ردود الفعل الجسدية** وتنتج عن شدة الانفعالات واستمرارها مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية قد يعي صاحبها ارتباطها بالانفعال، كآلام المعدة، وتسرع ضربات القلب، الصداع الشديد، اضطرابات النوم، فرط التعرق، الهياج وفرط النشاط (سميكر وآخرون، 2010، ص 60).

ويمر الشخص المتعرض للصدمة بعدة مراحل أولها مروره بحالة من المفاجأة للحدث (مرحلة الصدمة)، تعقبها محاولة لا إرادية منه إلى رفض الحدث الذي وقع (مرحلة الإنكار) وبعدها يبدأ الشخص بالتأثر بما حدث فينتابه الشعور بالغضب أو الذنب (مرحلة المشاعر) ليعقب ذلك مرحلة التفاعل الكامل مع الحرمان والشعور بالحزن والاكتئاب (مرحلة الأسى). وبمرور الوقت يحاول المتعرض للصدمة أن يعيد صياغة حياته من جديد محاولاً ملأ الفراغ الذي تركه هذا الفقدان والحرمان بأمر أخرى، تعينه على مواصلة حياته (مرحلة التكيف). وتختلف أيضاً المدة الزمنية وشدة كل مرحلة من هذه المراحل بحسب طبيعة الحدث والحرمان، وكذا طبيعة الفرد وشخصيته ونوعية المساعدة و الدع المتوفر له (مبيض، د س، ص 11).

ويوجد عنصران يمكن من خلالهما النظر لحدث معين على أنه صدمة وهما:

- **طبيعة الحدث:** غالباً ما تكون الأحداث الصادمة إما أحداثاً قد تم خلالها التعرض لأذى جسدي أو

نفسى خطير، أو أحداثاً تثير خوفاً من أن يتعرض الشخص للقتل أو لإصابة خطيرة.

- **معنى الحدث بالنسبة للضحية:** بعض الأحداث صادمة للجميع تقريباً (مثل الاغتصاب) بينما

بعض الأحداث تعتبر صادمة لشخص دون آخر؛ في هذه الحالات يمكن البحث عن معنى الحدث بالنسبة

للشخص وما الظروف التي رافقت هذا الحدث. كما أن هناك بعض الأشخاص تكون استجاباتهم للصدمة

النفسية بصورة ايجابية، ويتم تكيفهم مع آثارها المختلفة باستخدام العوامل المختلفة للتكيف مثل الدين والترابط

الأسري والاجتماعي والتكافل والعوامل الثقافية والاجتماعية للفرد (شعبان، 2013، ص 12).

3- أنواع الصدمات النفسية:

تتنوع الأحداث الصدمية التي قد يتعرض لها الفرد فقد تكون أحداثا عنيفة مرتبطة بالكوارث الطبيعية أو الحروب الفجائية أو الخسائر المادية والمعنوية، أو السلوكية العدوانية، أو العمليات الإجرامية الإرهابية، أو الأمراض المستعصية المزمنة، أو الحرمان بفقدان عزيز بالموت أو الطلاق (عمر، 2007، ص 38).
وتصنف الأحداث الصدمية إلى نوعين رئيسيين؛ نوع أول ونوع ثاني (Type I & Type II) (سميكر وآخرون، 2010، ص 67). وقد حددت (ليوناردو تيير) (Terr.I, 1999) هذين النوعين من الأحداث الصادمة وهما:

أ- الأحداث الصادمة الوحيدة غير المتكررة (Single Trauma): ويمثل هذا النوع حدث صادم واحد في حياة الإنسان ينطبق عليه صفات الحدث الصادم الغير متوقع والخطير الذي يترك آثارا سيئة وذكرياته لفترة زمنية طويلة حتى لو مرت عدت سنوات.

ب- الأحداث الصدمية المتكررة (Recurrent Trauma): يعتبر نوع من الخبرات الصادمة التي تحدث بشكل مستمر في حياة الشخص مثلما هو الحال في أوقات وأماكن الحروب والاحتلال وسوء المعاملة الجسدية والانفعالية ويتخذ مراحل متعددة؛ غالبا ما يصاب الشخص المتعرض لصدمات متكررة بالتباعد الاجتماعي والذي يعني إنكار الحدث كأحد استراتيجيات التأقلم ضد هذا الخطر المستمر لتجنب حالة الهلع (شعبان، 2013، ص 12).

وهناك أنواع أخرى تندرج تحت الحرمان كافتقار الإنسان لحريته وفقدان الاحترام للنفس وفقدان أحد أعضاء الجسم بعد عملية جراحية أو حادث وفقدان مصدر الرزق بفقد المهنة أو الوظيفة أو الثروة؛ ويمكن أن تؤدي كل هذه الأنواع من الحرمان إلى ردود أفعال مشابهة لما يمرّ به الفرد عقب حرمانه وفقدته لقريب أو عزيز لديه (مبيض، د س، ص 11).

4- الاضطرابات النفسية التي قد تظهر بعد الصدمة:

أ- اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية:

يشير (ريبير) (Reber, 2001) أن معجم (بنجوين) عرف اضطراب الضغوط (الإجهاد، الكرب) التالية للصدمة (Traumatic Stress Disorder PTSD) على أنه " الاضطراب الناتج عن التوترات التي تظهر بعد الإجهاد النفسي بسبب حادثة أو صدمة مثل الكارثة الطبيعية أو الحرب أو الاغتصاب (الحريري، 2009، ص 65).

وحسب الدليل الخامس لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM5) فإن اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) يتضمن استجابة بالغة لمصادر الإجهاد تحوي القلق المتزايد، تقادي المؤثرات المرتبطة بالصدمة وأعراض للإثارة المتزايدة. وتعتبر هذه التشخيصات مهمة فقط في سياق الصدمات الخطيرة ومن الضروري أن يتعرض الشخص أو أن يشاهد حدثا يتضمن تعرضه لموت حقيقي أو إصابة خطيرة أو تعرضه لانتهاك جنسي. وقد تم تجميع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في أربع فئات رئيسية:

- الفئة الأولى: تكرار التعرض لحادث الصدمة بشكل تداخلي، في شكل ذكريات متكررة أو كوابيس للحادث.
- الفئة الثانية: التهرب من المؤثرات المرتبطة بالحادث ولكن هذه الاستراتيجية تفشل غالبا وبالتالي يتكرر التعرض للأعراض.
- الفئة الثالثة: الإشارات الأخرى للتغير المزاجي والمعرفي بعد الصدمة، وقد تتضمن عدم القدرة على تذكر الجوانب المهمة للحادث أو المفهوم السلبي المستمر أو لوم الذات أو الآخرين عن الحادث أو عدم المشاركة في الأنشطة المهمة والشعور بالانفصال عن الآخرين أو عدم القدرة على مواجهة العواطف الإيجابية.
- الفئة الرابعة: أعراض الإثارة المتزايدة والتفاعل، وتتضمن سلوك الاهتياج أو العدوانية أو الهدام للنفس وصعوبة في النوم وصعوبة في التركيز وفرط اليقظة وردود الفعل المفاجئة المبالغ فيها، وعقب تطور اضطراب كرب ما بعد الصدمة تصبح الأعراض مزمنة (كرينج وآخرون، 2015، ص ص 420-422).

وفي التشخيص التفريقي لابد من الانتباه لنوع ومدة الإجهاد (Strssor) ونوع العرض والأعراض الباكرة، أما الاضطرابات التي يجب فصلها في التشخيص التفريقي عن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة (PTSD) فتشمل اضطرابات التكيف (التأقلم)، عسر المزاج، اضطراب الضغط الحاد، اضطرابات القلق والاكتئاب، إصابات وأمراض دماغية، اضطرابات سوماتية (سميكر وآخرون، 2010، ص ص 76 - 78).

ب- القلق:

يعد اضطراب القلق (Anxiety Disorders) انفعال غير سار، وشعور مكرر بتهديد مصحوب بعدم الراحة وعدم الاستقرار مع إحساس بالشدة والتوتر وخوف دائم لا مبرر له غالبا ما يرتبط بالمستقبل والمجهول، مع استجابة مسرفة مبالغ فيها لمواقف لا تتضمن خطرا حقيقيا. ويتسم المصابون بالقلق سواء كانوا أطفالا أم راشدين بالحساسية الزائدة، عدم النضج الانفعالي، نقص الثقة في النفس، الخوف من المواقف الجديدة، المخاوف المرضية غير الواقعية، نقص المهارات الاجتماعية، توقع حوادث سيئة، شعور غامر بالنقص وعدم الكفاءة، القابلية المرتفعة للانزعاج، الصداع، الأحلام المزعجة أو الكوابيس، الشكوى من أعراض عضوية عديدة، الشعور بالتعاسة، العصبية والتوتر، الوسواس، سوء الصحة الجسمية.

ج- الخوف المرضي:

الخوف المرضي أو الرهاب (Phobia) انفعال قوي عنيف يمتد من الضيق وعدم السرور إلى الرهبة والهلع، وهو يمثل استجابة انفعالية غير تكيفية (من الضيق حتى الهلع) تحدث نتيجة لمنبهات لا تثير الخوف لدى الأشخاص الأسوياء. يصاحب اضطراب الخوف المرضي تغيرات فسيولوجية وشعورية وتعبيرية ينجم عنها استجابات حركية أو تجنبية. ومن أهم مسببات الخوف المرضي البرق والرعد، الحشرات الزاحفة، القطط وبعض الحيوانات الأخرى، الأماكن الواسعة أو المغلقة، الطائرات، الموت والمقابر، الدم، الغرباء وتجاهل الآخرين، الظلام، الزحام، أطباء الأسنان، التعرض للنقد والفشل، الوحدة، المسؤولية، التحدث أمام الجمهور.

د - الاكتئاب:

يمثل الاكتئاب (Depression) حالة انفعالية مستمرة نسبيا من الحزن والضيق والانقباض، مع شعور بالهم والغم وهبوط القوى الحيوية ونقص الدافعية، وتندرج هذه الحالة الانفعالية من الشعور البسيط بالحزن والتشاؤم، مروراً بالأسى والكآبة والعجز، وصولاً إلى الشعور بالقنوط واليأس ومحاولة الانتحار كأقصى درجة من الاكتئاب، ويصاحب هذه الانفعالات عادة الافتقار إلى المبادأة والكسل وفتور الهمة والتردد والأرق وفقدان الشهية إلى جانب أعراض أخرى كالضجر والسأم والملل، وتقدير منخفض للذات وكرهها، وبطئ الحركة وتأخر الاستجابة، والانسحاب الاجتماعي والشعور بالوحدة، ظهور أفكار انتحارية، التردد وعدم الحسم كثرة البكاء، تناقص الدافع الجنسي، الشعور بالذنب والفشل (عبد الخالق، 2006، ص ص 86-91).

ويشير (رونارد.إ.ف) (Renand. Edwin.F) أن تجربة حدث منفرد لا يمكن أن تقودنا للتشخيص وأن الأعراض بعد الحدث هي من تؤدي إلى التشخيص، فعندما يشعر الفرد بالعجز أو أنه مثقل بالضغط بسبب حدث معين فالنتيجة عبارة عن صدمة. هذه الفروق مهمة لأن معاشة الأفراد لنفس الحدث وردود أفعالهم اتجاهه تكون بطرق مختلفة (DeVeaux, ND, P. 262) .

5- الفروق بين الصدمات والأزمات:

عند التعرض للحديث عن الصدمة لا بد من التعرض للحديث عن الأزمة (Trauma - Crisis)، وستوضح الباحثة أوجه الفروق بين المصطلحين على أن يكون توضيح طبيعة الأزمة النفسية وأهم خصائصها بشيء من التفصيل في عنصر مستقل موالى من هذا الفصل باعتبارها تساهم في تحديد مفهوم رئيسي يمثل المتغير التابع في الدراسة الحالية (الضغوط التالية لصدمة الإفراج).

يرى بعض الباحثين أن الصدمة تتضمن بشكل عام جميع ردود الفعل المتصفة بخصائصها وتتمثل تحديداً في الاسترجاع (Flachback) ورؤية الأحداث الصدمية المؤلمة السابقة، أو إثارة الفزع والترجيع (Startle) أو الاحتراس غير العادي (Hyper Vigilance)، أو التشتت الذهني (Attention Deficit) بالإضافة إلى غيرها

من الاضطرابات المتعارف عليها الناتجة عن الضغوط التالية للصدمة (عمر، 2007، ص ص 36-38). وتعرف الأزمة على أنها "حالة مفاجأة ناتجة من تغيير مفاجئ تسبب به كارثة أو حادثة أو طارئ مفاجئ يخلق حالة من التوتر والإحساس بالخطر مما يهدد كيان الفرد والمجتمع". ولا يقصد بالمفاجأة هنا أنها وليدة لحظة مفاجئة بل هناك بعض المؤشرات تدل على قرب حدوث الأزمة وهو ما يفرقها عن الصدمات (الرويلي، 2011، ص ص 03-10).

6- طبيعة الأزمة النفسية:

أ- تعريف الأزمة النفسية:

تعني الأزمة لغة الضيق والشدة، ويعرف قاموس (وستر) الأزمة بأنها نقطة تحول أو لحظة حاسمة أو وقت عصيب، وكلمة أزمة في اللغة العربية الدارجة تدل على حدث عصيب يهدد كيان وجود الفرد. أما اصطلاحاً فإن الأزمة تعني ظرف انتقالي يتسم بعدم التوازن ويمثل نقطة تحول في حياة الفرد وغالباً ما ينتج عنه تغيير كبير، كما تعبر عن خبرة متعلقة بمعوق غير مألوف أو موقف عصيب يمكن أن يؤدي إلى نتائج سلبية (بن عميرة، 2009، ص 10).

وتعرف الأزمة على أنها تغيير سريع يضع الفرد في تحد لا مخرج منه إلا من خلال تغيير أو تعديل في سلوكه بشكل ما، أي أن الفرد يواجه موقفاً يحتاج إلى أن يتخذ قراراً لإحداث تغيير في حياته إلى الأفضل (يوسف، 2005، ص 287).

وقد عرف الرويلي (الرويلي، 2011) الأزمة على أنها "حالة مفاجأة ناتجة من تغيير مفاجئ تسبب به كارثة أو حادثة أو طارئ مفاجئ يخلق حالة من التوتر والإحساس بالخطر مما يهدد كيان الفرد والمجتمع". ولا يقصد بالمفاجأة هنا أنها وليدة لحظة مفاجئة بل هناك بعض المؤشرات تدل على قرب حدوث الأزمة وهو ما يفرقها عن الصدمات والكوارث (الرويلي، 2011، ص ص 03-10) بالإضافة إلى عدة خصائص أخرى:

✓ قلة الوقت.

✓ الارتباك في صناعة القرار.

✓ عدم وفرة المعلومات.

✓ عدم توفر الإمكانيات.

✓ التوتر والإحساس بالخطر.

ويرى راجح (1970) أن الأزمات تختلف من حيث شدتها وطول بقائها أو من حيث استعصائها على الحل فتكون أشد وأعق أثرا إن كانت الدوافع المعوقة قوية وملحة أو حيوية وهامة أو كانت أهدافها ذات قيمة كبيرة للفرد، وتكون مستعصية على الحل إن كانت المشكلة تفوق قدرة الفرد على حلها أو احتمالها (بركات، 2007، ص 04).

ب-العوامل المسببة للأزمات:

حدد شومان (2001) ثلاثة أنواع من العوامل التي تسبب وهي:

• **التغيرات التي تحصل في الحياة:** وتعني أن أي تغيير في حياة الشخص قد تسبب له الأزمة، وأهم

من ذلك التغيير الشعور الذي قد يصاحب الأزمة.

• **المشكلات اليومية:** قد تسبب المشكلات اليومية الأزمات وهناك أصناف عديدة منها المشاكل الأسرية

، الصحة، ضغط الوقت، البيئة المحيطة، المسؤولية المالية، العمل وأمن المستقبل.

• **العوامل البيئية:** مثل الإزعاج والازدحام والحرارة جميعها لها صلة وثيقة بالشعور بالعداوة والأزمات

النفسية والإزعاج يكون أكثر تأثيرا عندما يكون غير متوقع (بركات، 2007، ص 05).

3- أثر الأزمة النفسية على الفرد:

ذهب خبراء الإرشاد والعلاج النفسي الممارسين والمهنيين في مجال اضطرابات الضغوط التالية للصدمة

في نفس اتجاه نظرية الأزمة. فقد ذكر ستيل ورايدر (Steele & Raider, 1991) أنه لا يمكن التأكيد على أن أي

أزمة يمر بها الفرد في حياته تتسبب في حدوث أزمة نفسية له لأن كل شخص له سمات شخصيته وقدراته

واستعداداته التي يمكنه أن يواجه بها أي تغيير في حياته؛ هذا يعني أن الشخص الذي يعاني من أزمة نفسية نتيجة مروره بأحداث عصبية في حياته لا يمكنه أن يتوافق في تعاملاته مع غيره فيصاب بما يسمى سوء التوافق الاجتماعي فيقع في صراع نفسي يفضي به إلى أزمة نفسية. ولا تعتبر حالة التغيير نفسها هي التي تسبب الأزمة النفسية عند الفرد إنما هي استجابة الفرد لهذا التغيير الذي حدث. وتختلف الاستجابة من شخص لآخر تبعا لإدراكاتهم المختلفة فقد يكون عاديا لدى البعض ومؤثرا إيجابيا عند البعض الآخر ومؤثرا سلبيا على بعض ثالث. كما يتوقف أيضا على اختلاف سمات شخصية الفرد وقدراته واستعداداته وخبراته التي قد تمكنه من تقبل التغيير الحاصل في حياته والتوافق معه أو قد يعجز عن تقبل هذا التغيير فيقع في أزمة نفسية (عمر، 2007، ص ص 40-41).

وأشار فرانك أوكبرج (Ochberg, 1993) إلى أن معرفة الشخص بأبعاد الأزمة وما يحدد لها من مصوغات اجتماعية وقانونية وإدراكية لنشاط جسده تساهم بشكل فاعل في الاقتناع بالتشخيص والميل لطلب المساعدة الإكلينيكية واختيار مسار التوافق السوي، أي أن ردود الأفعال الانفعالية والوجدانية والنفسية والسلوكية اتجاه الأزمات يمكن أن تتأثر شكلا وموضوعا بالمستوى المعرفي للفرد. وقد أشارت الدراسات إلى أن مستوى الإحساس بالتأزم تزيد بين الأفراد الذين تعرضوا لخبرات صدمية سابقة عن غيرهم ممن ليس لديهم تاريخ صدمي، أي أن الأحداث الصدمية التي يخبرها الفرد يزداد تأثيرها السلبي على الحالة النفسية للذين لهم تاريخ سابق في إظهار تلك الاضطرابات ولم يتلقوا علاجاً أو تحصيناً وقائياً تجاه تكرارها.

وعلى مستوى الفروق في الجنس بينت دراسة (روبرت باينوس وكاثيري نادر) (Pynoos & Nader, 1988) أن الفروق بين الجنسين تؤثر في أنماط تقويم المواقف الصادمة، وأن المراهقين من الذكور قد يشعرون بأن الحادث الصادم قد أنقص من تقديرهم لذاتهم (ذكورتهم)، وعادة ما تكون ردة فعلهم على شكل غضب نرجسي لتقوية موقفهم والعمل على الانتقام والتخطيط له. أما المراهقات من الإناث فقد تتناهن مشاعر العجز الجسدي

والخجل من ردة العدوان وتسيطر عليهن مشاعر الرفض اتجاه هاجس الانتقام (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2000، ص ص 25-29).

ج- حلول الأزمة:

تعرض علم النفس المجتمعي إلى مشكلة الأزمات وتأثيرها على الأفراد والمجتمعات على حد سواء، ويرى أن حلول هذه المشكلة يعتمد على معيارين أساسيين وهما:

✓ معيار التكيف: يمثل معيار حالة مؤقتة ومحدودة زمنياً يتم بها المواءمة بين سلوك الفرد ومتطلبات

محددة للتخفيف من الضغوط النفسية التي تؤدي إلى أمراض نفسية وتتضمن عملية التكيف أبعاداً أيديولوجية واجتماعية ودلالات ذاتية وقيمية، كما تشير عملية التكيف أيضاً من وجهة نظر علم النفس المجتمعي إلى تعديل سلوك الفرد استجابة لظروف محددة. وهذا المعنى يتضمن أهمية تغيير البيئة من حولنا كحل أو كبديل، وهو بذلك يتضمن الدعوة إلى التفكير في أن مساعدة الأفراد والجماعات المهتمشة على التكيف مع البيئة كما هي أم الأجدى محاولة دفعهم ورعايتهم وزيادة وعيهم ثم مساعدتهم لتغيير الواقع البيئي من حولهم. وهذا جعل علم النفس المجتمعي يشير إلى أهمية النظام الاجتماعي كمعيار أساسي في تحقيق الصحة النفسية للفرد والمجتمع.

✓ معيار التصدي:

يتضمن التصدي للأزمة في ظل علم النفس المجتمعي جهداً معرفياً وسلوكياً يبذل للسيطرة أو للتسامح ويهدف إلى تقليل من الضغوط التي ترهق الفرد وقد تتجاوز إمكانياته في مرحلة تعرضه لأزمة معينة. وغالباً ما يواجه الفرد الذي يمر بأزمة مشكلتين: مشكلة التعامل مع مشاعره الخاصة وتتحدد في مشكلته في مواجهة القلق والاكتئاب والتوتر وعدم الراحة وشكوكه حول ذاته ولومها. ومشكلة التعامل مع المواقف الخارجية وتتمثل في ضرورة قيام الفرد بعمل مناسب. وقد أكد بعض علماء النفس على ضرورة التقييم المعرفي للحدث الضاغط الذي

ينقسم بدوره إلى مرحلتين؛ تتضمن المرحلة الأولى تقييم بيولوجي أولي، وتتضمن المرحلة الثانية رد الفعل المطلوب كتنظيم ثانوي. ويساعد التنقيف على إدراك المشاعر والتسامح معها والسيطرة على رد الفعل الحاد والتعامل مع الموقف بشكل جديد (يوسف، 2005، ص 277).

ثانيا: صدمة الإفراج:

إن التداخل الحاصل بين مفهومي (الصدمة، الأزمة) خلق نوعا من عدم الثبات على مصطلح واحد في البحوث والدراسات في العلوم الاجتماعية والقانونية التي اهتمت بموضوع "صدمة" أو "أزمة" الإفراج، إلا أنها أجمعت على أن المعنى الاصطلاحي لكلا المفهومين (الصدمة/الأزمة) يعبر عن مختلف المعوقات والصعوبات التي يعيشها المفرج عنهم من المؤسسات العقابية في الفترة التي تعقب إطلاق سراحهم والتي غالبا ما تشكل لهم أزمة قد تستدعي التكفل والعلاج النفسي لتجاوزها (بن عبيد، 2017، ص 374). وستحاول الباحثة من خلال هذا العنصر الكشف عن الجانب النفسي الباثولوجي لمفهوم "صدمة الإفراج".

1- تعريف صدمة الإفراج:

يطلق على "صدمة الإفراج" أيضا في علم الاجتماع والعلوم القانونية (الجنائية) بصفة عامة "أزمة الإفراج" (Release Shock or Release Crisis)، وقد عرفها علماء الاجتماع على أنها الحالة النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها المفرج عنه خلال الأشهر الأولى لخروجه من المؤسسة العقابية، حيث تعد هذه الفترة من أرحق الفترات وأخطرها إن لم يجد المفرج عنه من السجن من يأخذ بيده (الصادي، 1988، ص 22). وعرف (الصادي، 1988) صدمة الإفراج على أنها مختلف العقبات التي يواجهها السجين بعد الإفراج عنه والتي تستدعي استمرار مسؤولية المجتمع في مساعدته على التغلب عليها حتى يستطيع أن يندمج تدريجيا مع المجتمع والعودة للحياة المنتجة الشريفة (في عرسان، 1986، ص 28).

وقد عرف أيضا (عبد الفتاح عبد الصمد، 1988) صدمة الإفراج أو ما يعرف أيضا بمثيرات الصدمة « Stimuli of impact » على أنها الحالة التي تحدث نتيجة التغير المفاجئ من الاعتمادية إلى الاستقلالية في الفترة التي تلي مباشرة إطلاق سراح السجين من المؤسسة العقابية أو الإصلاحية (عبد الصمد، 1988، ص 60).

وقد أعطا الباحثان في المجال الجنائي والحقوقى (الناصر والرواشدة، 2011) تعريفاً أكثر شمولية لـ"صدمة الإفراج" على أنها الحالة التي تتضمن مجموعة من الموانع والمعوقات الشخصية والمعيشية البيئية والاجتماعية التي يصادفها السجناء السابقين، ويقفون عاجزين أمامها لكونهم غير جاهزين أو مزودين بما يكفل لهم التغلب عليها عندما يحاولون الاندماج ثانية في المجتمع، وتمثل عوامل خطر أساسية للعودة للجريمة. وهي مرحلة انتقالية حاسمة يعيشها المفرج عنه عقب خروجه من المؤسسة العقابية ينجر عنها مجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها المفرج عنه خلال الأشهر الأولى بعد إطلاق سراحه تؤدي في الغالب إلى العودة للسجن إذا لم يجد من يقدم له يد المساعدة لتجاوزها (الناصر، الرواشدة، 2011، ص ص 153-158). فهناك العديد من الدراسات أثبتت أن أغلب الجرائم التي يرتكبها العائدون للجريمة إنما تقع في الأشهر الستة التالية للإفراج عنهم (السدحان، 1999، ص 10)

ومن خلال التعريفات السابقة نجد أنها جميعاً تشير إلى مرور السجناء المفرج عنهم عقب إطلاق سراحهم بأزمة باعتبار أن الأزمة مرحلة انتقالية حاسمة ناتجة عن أحداث فجائية تسبب ضغوطاً قد تقضي إلى اضطرابات نفسية. حيث يمر السجناء بعد الإفراج عنهم بفترة انتقالية حرجة ينتج عنها مجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية، وهي تعبر عن الصدمة الحاصلة من تعرض السجناء المفرج عنهم للتغير المفاجئ من الاعتمادية المطلقة في كل أمور المعيشة والحياة داخل المؤسسة العقابية إلى الاستقلالية المطلقة أيضاً في الفترة التي تلي مباشرة إطلاق سراحهم والتي تشعرهم بالعجز أمامها لإدراكهم ضعفهم في مواجهة تحديات الحياة خارج السجن في محاولة منهم للاندماج مجدداً في المجتمع، وتمثل هذه الأزمة أحد عوامل الخطر الأساسية للعودة للجريمة التي تؤدي في الغالب إلى العودة للسجن إذا لم يجد المفرج عنهم من يقدم لهم يد المساعدة لتجاوزها.

2- التعريف الإكلينيكي لصدمة الإفراج:

تُعبّر "صدمة الإفراج" من الناحية الإكلينيكية عن مجموعة من الأعراض تظهر لدى السجناء عقب

الإفراج عنهم؛ وقد عرفها (مبيض، د س) على أنها حالة القلق أو الاكتئاب أو الغضب الناتجة عن عقبات التأقلم التي يتعرض لها السجناء المفرج عنهم مع الحياة والناس من جديد بعد غياب قد يصل إلى عشر سنوات أو يزيد عنها، وقد تضاف عند بعض المفرج عنهم أشكال أخرى من ردود الفعل التي تزيد في تعقيد الأزمة كسوء استخدام العقاقير أو حالات الانزعاج الشديد التي تؤدي إلى الضرب والاعتداء (مبيض، د س، ص 13).

وعرفها ترافيس وآخرون (Travis et al, 2001) على أنها حالة القلق التي يواجهها السجناء لحظة الإفراج عنهم ويطلق عليها "حمى البوابة" «Gate fever» وهي متلازمة تعرف بالقلق والتهيج بالإضافة إلى ارتفاع مستويات التوتر والإجهاد لدى السجناء لحظة الإفراج عنهم مما يعكس قلقا حقيقيا حول كيفية وإمكانية التعامل مع العالم الخارجي بنجاح؛ وذلك فيما يخص التعامل مع المشاكل اليومية سواء ما تعلق منها بالعلاقات الشخصية أو الضغوط المالية في وقت واحد والتي لم تكن موجودة أثناء السجن، مما قد يؤدي إلى زيادة مستويات التوتر وردود فعل إجرامية في كثير من الأحيان (Travis et al, 2001, P. 18-19).

وأشار غورسكي (Gorski, 2016) إلى "صدمة الإفراج" من خلال مجموعة من الأعراض تشكل ما يسمى بمتلازمة ما بعد السجن (الإفراج) (PICS) «Post Incarceration Syndrome»؛ تظهر هذه الأعراض لدى السجناء السابقين أو المفرج عنهم نتيجة التعرض للسجن في وسط عقابي مع فرص قليلة للتعليم والتدريب المهني وإعادة التأهيل. وهو مفهوم حديث انبثق كنتيجة للاستشارات الإكلينيكية بالتعاون مع برامج إعادة التأهيل في نظام العدالة الجنائية الأمريكية التي تعاملت مع السجناء وبرامج علاج الإدمان وكذا برامج الصحة العقلية التي تتعامل مع المفرج عنهم، وتكون أعراض المتلازمة (PICS) أكثر حدة لدى السجناء الذين تعرضوا للحبس الانفرادي لفترات طويلة أو تعرضوا للإساءة داخل المؤسسة العقابية. وقد تتطور متلازمة ما بعد الإفراج (PICS) إلى الاعتماد على العقاقير أو الانتكاس، وترتبط شدة أعراض هذه المتلازمة (PICS) بمهارات التأقلم قبل الدخول للسجن وكذا طول مدة السجن وعدد مرات السجن الانفرادي ونسبة الانخراط في برامج تربية وبرامج إعادة التأهيل في المؤسسة العقابية (Gorski, 2016).

من خلال التعاريف السابقة تعرف الباحثة "صدمة الإفراج" إكلينيكيًا على أنها مجموعة من الأعراض الناتجة عن حالة التأزم التي يعاني منها المفرج عنهم بسبب الضغوط التي يعيشونها في الفترة التي تلي إطلاق سراحهم مباشرة من المؤسسات العقابية، وهي تعتبر فترة حرجة نتيجة التغير المفاجئ من الاعتمادية إلى الاستقلالية التي تؤدي إلى صعوبات في التأقلم من جديد مع المجتمع الخارجي وتفضي إلى ظهور عدة مشكلات نفسية وسلوكية كالقلق والاكتئاب والغضب والعنف وسوء استخدام العقاقير والتي غالبًا ما تتسبب في عودة المفرج عنهم ثانية لارتكاب سلوكيات منحرفة والتعرض للسجن مجددًا ما لم يجدوا الرعاية الصحية والدعم الاجتماعي لإعادة إدماجهم بشكل سليم وآمن في المجتمع.

3- أعراض صدمة الإفراج:

أشارت نتائج دراسة ماريك وكونست (Marieke & Kunst , 2013) إلى أن هناك مجموعة محددة من أعراض الصحة النفسية والعقلية التي يعاني منها السجناء المفرج عنهم نتيجة آثار السجن خاصة على مدى فترة طويلة من الزمن، ويمكن لهذه الأعراض حسب القائمين بالدراسة أن تجتمع في متلازمة فريدة من نوعها تتضمن:

أ- أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

تعتبر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المزمن الأكثر انتشارًا بين المفرج عنهم وتتمثل في أحلام مؤلمة متكررة غالبًا ما تنطوي على تجربة السجن، فرط الإثارة (اضطرابات النوم) والتجنب المستمر من المحفزات والخدر العاطفي (Marieke & Kunst , 2013, P. 336) وذكر جورسكي (Gorski, 2016) أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المفرج عنهم تسببه صدمات ما قبل السجن والصدمات التي تعرض لها داخل السجن و تضم مجموعة من الأعراض:

- ذكريات تتمثل في تجارب إساءة داخل مؤسسة السجن.
- الكرب النفسي الحاد عند تذكر الإساءة داخل مؤسسة السجن.

- حلقات التفكك والخدر العاطفي والقيود الانفعالية.
- مشكلات مزمنة تخص الوظائف العقلية والتي تتضمن: التهيج، ثورات الغضب، صعوبات التركيز، اضطرابات النوم، استجابات مفاجئة مبالغ فيها.
- التهرب المستمر من كل ما يثير ذكريات أحداث صادمة.
- يقظة مفرطة.
- جنون العظمة.
- انخفاض مستوى الثقة في الآخر بسبب الخوف من الإساءة من طرف الموظفين في المؤسسة وكذا السجناء والذي قد يعمم على باقي الأفراد بعد الإفراج.

ب- شخصية بطابع المؤسسة العقابية (الشخصية المؤسسية):

ترجع هذه الشخصية إلى بيئة السجن الضاغطة التي عاش فيها السجين والتي تتمثل في الامتثال الكامل للسلطة ولأوامرها في الحياة اليومية، كبت تفضيلات طرق العيش، إقصاء التفكير النقدي وإقصاء تحديد القرارات الشخصية، القبول بالأوامر الصارمة والتخلي عن التصريح بالأفكار أو المشاعر الشخصية.

بالإضافة إلى ذلك أشار الباحثان (Marieke & Kunst, 2013) من خلال نتائج دراستهما إلى أن السجن يؤثر بشكل عميق في شخصية السجين التي تصاحبه بعد الإفراج عنه فيتصرف وكأنه مازال في السجن حيث يواجه صعوبة في الثقة بالآخرين والشعور الدائم باعتماد أحدهم عليه، وعدم القدرة على الانخراط في العلاقات الاجتماعية بعد الإفراج فيصبح في حالة انعزال اجتماعي يعكس العجز عن الانخراط في العلاقات الحميمة أيضا ذلك لأن البيئة الخاصة بالسجن تفرض على المحبوس مقاطعة الغير والعمل على وضع حواجز تحميه ممن حوله.

ج- متلازمة الحرمان الاجتماعي - الحسي:

تتجلى هذه المتلازمة في حالة ارتباك مكاني وحسي بعد الإفراج لصعوبة في إدراك التوجه المكاني ولعدم

وجود التقارب الجسدي والاتصال البصري أثناء وجوده في السجن الناتج عن صعوبات في التفاعلات الاجتماعية. فقد صرح أحد المشاركين في دراسة ليم وكوست (2013) "...أنه كان من الصعب عليه جدا الذهاب إلى مكان والعودة باتخاذ اتجاه آخر فكان عليه أن يستدير ويعود على نفس الاتجاه..." (Marieke & Kunst, 2013, P. 336)

ويذكر (غورسكي) (Gorski,2016) أن التعرض للحبس الانفرادي لفترات طويلة يزيد من أعراض متلازمة الحرمان الاجتماعي-الحسي الذي يحد تماما من التواصل الاجتماعي والتنبه الحسي، هذه الأعراض تتضمن: صداع حاد مزمن، نكوص تطوري وضعف التحكم في الدوافع، تفكك الشخصية، ضعف التركيز والعجز في ضبط حالات الغضب، ضعف التحكم في الغرائز الأولية، عدم القدرة على التخطيط، ضعف القدرة على توقع النتائج المنطقية للسلوك، تفكير وسواسي خارج التحكم، سمات الشخصية الحديدية.

د - الاغتراب الاجتماعي/الزمني:

تتجلى هذه الأعراض في مشاعر عميقة من الاغتراب لدى السجناء بعد الإفراج عنهم تنعكس في شعورهم بعدم الانتماء في البيئات الاجتماعية التي عادوا إليها، وغالبا ما تسيطر على المفرج عنه فكرة أن إطلاق سراحه سيكون مؤقتا فقط وأنه في نهاية المطاف سوف يعود للسجن، وحتى في حالة حدوث أشياء جيدة بالنسبة له غالبا ما يشك في استمرارها لأنه يعتقد في أن الحرية التي أصبح يتمتع بها هي حالة مؤقتة فقط (Marieke & Kunst, 2013, P. 337).

وبين غورسكي (Gorski,2016) أن هناك آثارا تظهر على بعض السجناء المنتكسين الذين يحملون أعراض متلازمة ما بعد السجن تمثلت في:

1- سمات الشخصية ضد الاجتماعية:

تشهد سمات الشخصية ضد الاجتماعية تتطور أعراض بالإضافة إلى الأعراض الأساسية السابقة تظهر أثناء السجن كمهارة مواجهة داخل السجن وكذلك كمكانيزم دفاعي نفسي، فالسمة الأولى في الشخصية ضد الاجتماعية تضم الميل إلى تحدي السلطات وكسر القوانين والاعتداء على الآخر.

في حال المصابين بأعراض متلازمة بعد السجن كل هذه الميول تختفي خلف أسلوب العدوان السلبي والذي يعتبر جزء من الشخصية بطابع المؤسسة، فالسجناء ممن يعانون من أعراض متلازمة بعد السجن يميلون إلى التعامل على النحو التالي:

- النفاق والإذعان كأسلوب عدوان سلبي في التعامل مع المعالجين والسلطات.
- استخدام التهديد المباشر والسلوك العدواني في حال انفرادهم بالسجناء خارج أي مراقبة للسلطات.

2- اضطراب استخدام العقاقير التفاعلي-الإرتكاسي:

يعاني العديد من السجناء المنتكسين الذين عاشوا متلازمة بعد السجن من أعراض اضطراب استخدام العقاقير والكثير منهم كانوا مدمنين قبل دخول السجن و لم يعالجوا أثناء السجن حيث واصلوا التعاطي داخل السجن عن طريق السوق السوداء، في حين أن البعض الآخر أدمن داخل السجن في محاولة منهم للتأقلم مع متلازمة ما بعد السجن والظروف المسببة لها، أما المجموعة الثالثة يحدث لهم انتكاس متعلق باستخدام العقاقير أو يطورون اضطراب استخدام العقاقير كنتيجة لاستهلاك الكحول أو المخدرات في محاولة للتأقلم مع متلازمة ما بعد السجن وهم على وشك الإفراج عنهم.

ويلخص الجدول التالي أعراض متلازمة ما بعد السجن كمعايير اقترحها الباحثان لبيم وكونست

(Marieke & Kunst, 2013) كنوع فرعي من اضطراب الضغوط التالية للصدمة لإدراجها في الدليل التشخيصي

والإحصائي للاضطرابات العقلية بعد تعزيزها بعدة دراسات أخرى على المستوى الدولي (Marieke

& Kunst, 2013, P. 336).

<p>معايير التشخيص المقترحة لمتلازمة ما بعد السجن كنوع فرعي من اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، (الطبعة 05)</p>
<p>• يفى الفرد بالمعايير التشخيصية لـ: (PTSD) بالإضافة إلى ذلك الأعراض المستمرة أو المتكررة التالية:</p>
<p>• السمات الشخصية المؤسسية الناجمة عن السجن، بما في ذلك: « Institutionalized personality traits resulting from incarceration »</p> <p>- صعوبة في الثقة بالآخرين. - صعوبة في الانخراط في العلاقات الحميمة. - صعوبة في اتخاذ القرارات.</p> <p>• متلازمة الحرمان الاجتماعي الحسي، بما في ذلك: Social-sensory deprivation syndrome</p> <p>- الارتباك المكاني التي تواجه صعوبة في التفاعل اجتماعيا.</p> <p>• الاغتراب الاجتماعي / الزمني، بما في ذلك: Social/temporal alienation</p> <p>- الشعور بعدم الانتماء الاجتماعي. - الإدراك السلبي للأحداث والمواقف.</p>

جدول رقم: (01) يبين معايير التشخيص المقترحة لمتلازمة ما بعد السجن.

4- مراحل ظهور أعراض صدمة الإفراج:

دلت نتائج دراسة ليم وكونست (Marieke & Kunst , 2013) إلى أن هناك عدة مراحل لظهور أعراض متلازمة ما

بعد السجن التي يعاني منها السجناء المفرج عنهم والتي تتمثل في:

- المرحلة 1: تتميز بالعجز وفقدان الأمل بسبب عدم القدرة على تطوير مخطط للعودة إلى المجتمع والذي غالبا ما يزداد تعقيدا بسبب العجز عن تأمين التمويل للعلاج والتدريب المهني.
- المرحلة 2: تتميز بالخوف الشديد الذي قد يصل إلى شل الحركة.
- المرحلة 3: تتميز بظهور غضب شديد وذكريات وكذا العديد من أعراض اضطراب قلق ما بعد الصدمة.
- المرحلة 4: تتميز بميل للسلوك العدواني والتأثر بأقل استفزاز.
- المرحلة 5: تتميز ببذل مجهود لتفادي العنف وذلك عن طريق العزلة لتفادي مثيرات العنف.

- المرحلة 6: تتميز بكثافة الذكريات، الكوابيس، تذبذب النوم، مشكلات التحكم في الذات بسبب فرض العزلة على الذات مما يقود إلى أفعال عنف وعدوانية والذي بدوره يؤول إلى التوقيف ثم السجن.

يمكن الإشارة إلى أن أعراض صدمة الإفراج قد تتأزم لتؤدي بالفرج عنهم إلى الانتكاس وبالتالي عدم الأهلية غالبا

لتلقي المساعدة الاجتماعية لتأمين الصحة العقلية وخدمات التدريب المهني وتأمينهم ضد الإدمان (Gorski,2016).

5 - عناصر صدمة الإفراج:

بين عبد العال (1988) أن صدمة الإفراج تتضمن ثلاثة عناصر متفاعلة فيما بينها هي:

- أ- السمات الشخصية للمفرج عنه: وتمثل السمات الشخصية التي تؤثر على عملية إعادة التوافق النفسي- الاجتماعي للمفرج عنه مثل اتجاهاته السلوكية وقدراته وإمكاناته وموارده الذاتية إلى جانب تكوينه الانفعالي.
- ب- برامج التأهيل والخدمات لمقدمة للسجناء: وتمثل عمليات التأهيل المقدمة داخل المؤسسات العقابية وهل أدت دورها في مساعدة المحكوم عليهم أثناء فترة العقوبة على استعادة القدرة على التوافق مع المجتمع من جديد.
- ج- دعم المجتمع للمفرج عنه: ويتمثل في قدرة المجتمع على توفير ما يلزم من الضروريات لمساعدة المفرج عنه على استعادة اندماجه مجددا بين أفراد (عبد العال، 1988، ص 179). وقد أثبتت عدة دراسات أن المفرج عنه إذا قابله المجتمع بتحفظ ونفور وتركه يواجه بمفرده صعوبات استعادة اندماجه من جديد فإن عوامل الانحراف تتحالف لجذبه لصفها ليعود بذلك لارتكاب السلوكيات الإجرامية (السنبلي، 1988، ص 25).

6- العوامل المساهمة في تقاوم شدة صدمة الإفراج لدى المفرج عنهم.

هناك عدة عوامل تساهم في تعرض السجناء المفرج عنهم لصدمة الإفراج من أهمها:

- غياب أهل السجن لحظة الإفراج عنه: تعتبر لحظة الإفراج عن السجين وطريقة استقباله من العوامل ذات انعكاسات مهمة على مستقبل تكيف المفرج عنه مع الحياة والمجتمع. وهي من العوامل الأساسية لتعرضه لصدمة الإفراج عند غياب أهله وذويه ومن يقوم برعايته والسهرة على راحته ساعة الإفراج عنه؛ وهو ما يجعل المفرج عنه يشعر بفقدان المحبة والثقة والاحترام من أقرب الناس له وكذا فقدان الدعم الذي سيساعده في استعادة تكيفه مع الحياة خارج السجن من جديد (المبييض، د س، ص 29).

- انقطاع التواصل مع الأسرة: غالبا ما يشعر المساجين الذين لا يتلقون زيارات من أفراد أسرهم وذويهم بشكل مستمر على اختلاف أسباب الانقطاع بأنهم فقدوا مكانتهم التي كانوا يتمتعون بها بين أفراد أسرهم وفقدوا معها انتمائهم العائلي والاجتماعي، هذا ما يجعلهم يشعرون بخوف فقدان السند ويتصورون بأنهم سيعيشون

غرياء بين أناس غرياء بعد الإفراج عنهم خاصة عندما لا يجدون أحدا في انتظارهم خارجا فينتابهم تردد في الاتصال بذويهم أو الإعراض عنهم ورفض أي مبادرة تأتي من أحدهم وهو ما يزيد وضعهم تأزما.

- **طول مدة السجن:** يتعرض المفرج عنهم الذين كانت مدة إيدانهم طويلة إلى صدمة الإفراج أكثر من غيرهم، وذلك بحكم تكيفهم مع مجتمع السجن وتبني ثقافته الفرعية بكل عناصرها. هذا التكيف مع بيئة السجن وثقافته يجعل السجن يتعرض لصدمة الإفراج نتيجة التغير المفاجئ بعد الإفراج عنه ويجعله يستشعر الاغتراب ويصعب عليه إمكانية استعادة مكانته بين أفراد المجتمع الخارجي وهو ما يزيد من تأزم وضعيته.

- **جرائم القتل:** تعد جرائم القتل واحدة من العوامل المساعدة على تعرض السجن المتهم بها لصدمة الإفراج بعد إطلاق سراحه وذلك لكونهم عرضة لخطر انتقام أهل الضحية ولو بعد مدة طويلة من الحبس، بالإضافة إلى افتقارهم للحماية التي كانت توفرها لهم المؤسسة العقابية (أمزيان، 2013، ص 89).

- **الحرمان من التعبير عن المشاعر:** في ظل العوامل السابقة غالبا ما يتجنب المفرج عنهم الحديث عن المشكلات والصعوبات التي تعرضوا لها في السجن، وتعترضهم بعد الإفراج عنهم وهو ما يساعد على ظهور استجابات مرضية وسلوكيات سلبية بشكل عام ناتجة عن كبت المشاعر ومنع التعبير عنها. وكثيرا ما يمنع الحرمان من التعبير عن مشاعر الأسى والحزن والفقدان إلى تأخير بداية التكيف مع حياة المفرج عنهم الجديدة، وإلى تأخير قدرتهم على الانطلاق قدماً إلى الأمام في حياتهم الخاصة إذا لم يجدوا متنفس صحي وطبيعي ومأمون لهذه المشاعر (المبيض، د س، ص 27).

وقد تصبح ردود الأفعال هي المشكلة الأساسية التي تواجه المفرج عنه وليس مجرد الحالة الانفعالية المرافقة لصدمة الإفراج، وتتباين ردود أفعال المفرج عنهم تجاه الصعوبات الحياتية التي يواجهونها بحسب حدة الأزمة وظروفها، وشخصية المفرج عنه، وما مرّ معه في حياته من تجارب وأحداث وبحسب توقعاته واستيعابه لما يحدث ويحيط به من متغيرات. فهذه العوامل وغيرها تحدد إلى أي مدى يستطيع المفرج عنه التكيف مع ضغوط

ما بعد الإفراج (المبيض، د س، ص 13) أي التكيف مع ما يواجهه من تحديات التي من أهمها:

- فقدان السجين لبعض الحقوق والمزايا.
- الوضع تحت مراقبة الشرطة.
- المشاكل المادية.
- صعوبة الحصول على عمل.
- عدم تقبل المجتمع المحلي.
- تأثير العناصر الإجرامية (عياد، 2017).

ثالثاً: النماذج والنظريات التي يمكن أن تساعد في تفسير صدمة الإفراج:

1- نموذج نظام الفرد- البيئة (التأهب - الجهد):

يعتبر نموذج (التأهب - الجهد) إلى اليوم أكثر النماذج رواجاً وتعميماً، وهو نموذج كلي تفاعلي يفترض أن الاضطراب النفسي هو نتيجة للتهيؤ لنوع محدد من الاضطراب نحو المرض (التأهب) والذي يتم التعبير عنه في ظل ظروف من الجهد البيئي العام أو المعين. وحسب ما ذكرته لينهان (2014) حول نموذج " التأهب- الجهد" أن مصطلح "التأهب" يشير في العموم إلى التهيؤ الأساسي أو الحيوي إلا أن استخداماته الحديثة تشير إلى أنه يشتمل على أية خصائص فردية تزيد من فرصة الشخص في ظهور الاضطراب وتطوره وذلك عندما يواجه الشخص مقدار معين من الجهد حيث يشر مصطلح " الجهد" إلى المثيرات والخبرات البيئية غير السارة فإن الشخص المتأهب يطور الاضطراب الغير مهياً للتعامل مع هذا الجهد وهو ما يفضي إلى تفكك الوظائف السلوكية. ويعد هذا النموذج كاف لتسهيل فهم الآلية الفعلية التي تؤدي إلى النتائج اللاحقة إلا أنه يمكن النظر إلى أن النظم والبيئات ليست ثابتة عبر الزمن وأن هناك تغير مستمر على مستوى الفرد وبيئته بشكل مهم، وهذه الاختلافات متبادلة الاستقلالية وتتغير عندما تتغير المهام الخاصة بها من خلال التأثير المتبادل على بعضهما.

2- نظرية الأزمة النفسية:

ظهرت نظرية الأزمة بظهور حركة الصحة النفسية المجتمعية التي قدمت مفهومين أساسيين في مقابل المفهوم التقليدي للمرض النفسي وهما مفهوم الأزمة ومفهوم الوقاية.

وتقدم نظرية الأزمة نموذجاً يتكامل مع المنظور البيئي يبين أنه إذا حدث فشل ما في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد وحدثت ظروف قاسية راهنة فقد يستجيب الفرد بحالة من الحزن المؤقت، وفي محاولة منه لتجاوزها قد يعاني من حالة مرضية سيئة تحتاج إلى التدخل بالرعاية لتساعد الفرد على التغلب عليها والاستفادة منها والخروج أقوى مما كان وقد لا يستطيع، ويعود تباين نتائج الأزمة بالنسبة للأفراد إلى اختلاف البيئة التي

يعيشون فيها واختلاف وسائل الدعم والمساندة المقدمة لهم. وتتصور هذه النظرية إمكانية حدوث تطور ونمو

للفرد يتجاوز العلاج النفسي للمرض الموجود ومن ملامحها الأساسية:

أ. وجود حدث ضاغط أو أحداثا تتطلب تغييرا.

ب. طبيعة المشكلة تؤدي إلى إرهاق الموارد المتاحة للفرد بكل أنواعها نفسيا وجسديا وماديا وكذلك موارد

أسرته والآخرين الذين يشكلون علاقات الدعم الاجتماعي.

ومن أهم مصادر الضغوط التي يتعرض لها الفرد والتي تجعله يعيش أزمة:

1- **ضغوط بيئية:** وتشمل ضغوطا اجتماعية تتمثل في الفقر والبطالة والعزلة والتغير الاجتماعي والأقليات

والتغير المجتمعي السريع، وكذا في ضغوط الأسرة -معاملة سيئة- والمكانة الاجتماعية والممتلكات والمرض

والحالة المادية. وهناك الضغوط الثقافية فالفرد معرض لضغوط ثقافية إذا وقع فريسة بين ضغط نسقين من القيم

المتصارعة مما قد يؤدي إلى ظهور أعراض مرضية مثل القلق أو انحرافات سلوكية مثل الجريمة وفي مثل هذه

الحالات فإن الدعم الاجتماعي يصبح له أهمية كبيرة حيث يجد الفرد نفسه غير قادر على أن يتوحد مع إحدى

هذه القيم ويحتاج لجماعة خارجية يعتمد عليها بحثا عن الاستقرار والوقاية من التوتر. وتبرز أيضا الضغوط

الاقتصادية (البطالة، فقدان الوظيفة) في المشاكل المادية فنقص المال قد يعيق الكثير من متطلبات الحياة ذلك

أن التغيرات الحديثة زادت من قيمة المال في المجتمع وأصبح يمثل التقدير والقوة والأمان.

2- **ضغوط مهنية:** عدم قبول ظروف العمل السلبية مثل العمل المرهق وانخفاض المعنويات وعدم التقدير

والرقابة المهنية.

3- **ضغوط فردية ذاتية:** وتتمثل في صراعات وطموحات الفرد التي لم يستطع تحقيقها ومثيرات أخرى ويصبح

كل ذلك مصدرا للضغط لا يسهل تخفيفه وقد تصبح عملية التأقلم مع الحدث الضاغط عملية معقدة (يوسف،

2005، ص ص، 273-274).

وتبين نظرية الأزمة كيفية إدارة الأفراد للتغيرات الرئيسية في حياتهم والتعامل مع أزماتها كما توفر إطارا للرعاية الصحية والعقلية لفهم أزمات الحياة الحادة، وقد تطورت الأفكار الأساسية للنظرية من قبل ليندمان (Lindman) الذي قدم وصفا للعمليات التكيفية في حالات الحداد والأسى، وأوضح أدوار وكلاء المجتمع ومؤسساته في مساعدة الأسر الذين فقدوا عزيزا لديهم على التكيف الفعال مع أحداث وظروف فقدهم.

وخلال العقدين الماضيين تزايد اهتمام الباحثين بدور مصادر التأقلم والعمليات المستخدمة في إدارة أزمات الحياة الضاغطة (Coping Resources) والتصدي لها والسيطرة عليها. وتتضمن مصادر التأقلم مع الأزمات والتوافق معها بشكل عام العوامل الشخصية الثابتة نسبيا، والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على كيفية محاولة الفرد إدارة أزمات حياته وتحولاتها الضاغطة (بركات، 2007، ص 191). وتشكل الاستجابة للضغوط نمطين أساسيين:

- **الاستجابة العدوانية:** وهي استجابة بدائية يكون فيها الفرد أكثر حساسية لردود أفعال الآخرين، وقد تؤدي هذه الاستجابة إلى تقليل مشاعر القلق والتعب النفسي ولكنها لا تحل المشكلة ولا تقضى على الضغط ومن الممكن أن يتم توجيه هذه الاستجابة العدوانية إلى الداخل أي إلى الذات.

- **الاستجابة الانسحابية:** ويتم فيها توجيه الغضب إلى الذات ويشعر الفرد بالغضب والاكنتاب وينسحب تاركا المشاكل دون حل، وقد يؤدي هذا إلى أمراض نفسية قد تقود الفرد إلى انهيارات عصبية أو أمراض عقلية أو قد يؤدي إلى ردود أفعال نفسية جسمية تظهر في أعراض جسدية يشعر فيها الفرد أنه يعاني من مرض عضوي، كما قد تؤدي إلى قلق نفسي مزمن. وقد ينتج عن ردود الأفعال المرتبطة بالضغط على المدى البعيد ردود أفعال منحرفة في التعامل مع المجتمع - ضد المجتمع -.

كما تشير عمليات التأقلم والتصدي للأزمات إلى الجهود المعرفية السلوكية التي يبذلها الفرد بغية معالجة الظروف الضاغطة النوعية وكيفية تناولها والتوافق معها، ومن أبرز الباحثين في هذا المجال (موس) (1988) (Moos) الذي وضع نموذج تصوري استنادا على نظرية الأزمة وذلك لفهم كيفية نمو تحولات الحياة وأزماتها

ونتاؤها على الفرد، من خلال تقدير الفرد المعرفي لجوهر الأزمة وتبني الفرد لمجموعة متنوعة من الخصائص لمهارات تكيف أساسية مع الأزمات والتصدي لها (يوسف، 2005، ص 275).

وقد حدد (موس) وزملاؤه (1992) ثلاثة مجموعات تؤثر في رد الفعل المبكر للأزمة وهي:

1. الخصائص الديموغرافية والشخصية للفرد.
2. الخصائص البيئية الفيزيائية والاجتماعية.
3. جوانب المواقف الضاغطة أو الأزمة ومكوناتها.

هذه الخصائص تؤثر بصورة منفردة أو مجتمعة على الصحة الجسمية للفرد وتكيفه النفسي وذلك لدورها في عملية تقدير الفرد المعرفي للأزمة وكيفية وصوله إلى معنى للحدث والمهارات التكيفية التي يوظفها أثناء الأزمة حتى يستطيع تجاوز سلبياتها، فبمجرد تعرض الفرد للموقف الضاغط يبدأ في إدراك الأزمة والشروع في تحديد أساليب مواجهته والتكيف معها وتحديد طاقاته وقدراته الممكنة على تحمل آثارها عليه، ثم يدخل الفرد في مرحلة التعامل مع الموقف الضاغط معرفيا وسلوكيا والتي يمكن تسميتها مرحلة العمليات حيث يتبنى الفرد مجموعة متنوعة من العمليات لحشد طاقاته المعرفية وجهوده السلوكية والوجدانية للتكيف مع الموقف الضاغط ومواجهته بحلول ايجابية، وفي المرحلة الأخيرة تتضح نتائج الموقف وأثاره على الفرد حيث يتضح فيها مدى التفاعل بين مكونات هذا النموذج ومدى التوافق والتكيف الذي حققه الفرد في مواجهة الأزمة فقد يكون تكيفا سويا في صورة حلول ايجابية وفعالة في مواجهة الموقف تزيد من قدرته على مواجهة أزمات أخرى في حياته التالية، وقد يكون تكيفا غير سوي يظهر على شكل حلول سلبية وانسحابية تؤثر في حالة الفرد فيظهر عليه التوتر وتبرز الأعراض المرضية التي تؤثر سلبا على صحته الجسمية والنفسية وتندر بفشله في التوافق مع الأزمات التالية في حياته المستقبلية (بركات، 2007، ص 192).

رابعاً: آثار السجن النفسية والسلوكية على شخصية المفرج عنهم:

تختلف الآثار النفسية والسلوكية للسجن بين المفرج عنهم لعدة عوامل كما جاء سابقاً وذلك حسب الظروف والأحداث ونوعية المعاملة في المؤسسة العقابية وبحسب طبيعة السجن وتكوينه الشخصي والمعرفي والسلوكي، وكذلك بحسب طبيعة الدعم والتشجيع الذي تلقاه بعد الإفراج عنه. ومن أهم الخبرات النفسية والسلوكية التي قد يخلفها السجن والتي تؤثر على الكثير من السجناء عقب الإفراج عنهم ما يلي:

1- صدمة السجن:

يعتبر السجن على الأقل في المرة الأولى قطيعة جذرية عن العالم المعلوم والمعروف والدخول في العالم المجهول الأمر الذي يسبب صدمة تؤدي إلى مشكلات نفسية بين السجناء، ويمكن تفسير هذه الصعوبات بفقدان السيطرة وحرية الاختيار وتدهور الروابط والعلاقات ذات الأهمية وغياب التحفيز وعدم وجود نموذج إيجابي. وقد حدد العلماء والباحثين خمسة اضطرابات مرتبطة بصدمة السجن:

1- الفلق.

2- الاكتئاب.

3- غياب التواصل والانسحاب.

4- أعمال التشويه الذاتي والإصابة المتعمدة.

5- الانتحار (معاوية، 1990، ص 111).

والواقع أن السجن لا بد من أن يمر بضيق نفسي شديد نتيجة لعزله عن العالم وتقييد حريته والعيش مرغماً في بيئة ضيقة ومحدودة وتحت ظروف صارمة (المركز العربي للدراسات الأمنية، 1984، ص 78)، فأغلب بيئات السجن تتميز بالازدحام الشديد واشتراك السجناء في الزنانات والافتقار إلى التحكم في الظروف المادية وحالة الخمول المفروضة على السجناء وتعرض عدد أكبر منهم للصدمة التي تؤدي إلى انهيارات نفسية قد تقودهم للانتحار (كويرز، 2015، ص 86).

وغالبا ما يتحول هذا الضيق إلى العنف بسبب التوتر بين الأفراد، وتجدر الإشارة إلى أن الصعوبات والضغوط التي يعيشها السجناء في المؤسسة العقابية تؤثر عليهم بدرجات متفاوتة تبعا لاختلاف قدراتهم على التكيف داخل السجن وطول فترة السجن والدعم الذي يتلقاه السجن من الشبكة الخارجية (Larouche, 2008, P. 183). وقد تتفاقم صدمة السجن لدى المسنين من السجناء بسبب إمكانياتهم المحدودة لإقامة صداقات مع سجناء آخرين، كما أنهم قد يواجهون صعوبات في التواصل معهم ومخاوف بشأن فقدان الاتصال بالعالم الخارجي وبالتحديد عند السجناء المحكوم عليهم مدى الحياة ما قد يؤدي إلى تفاقم الشعور بالوحدة والقلق. واستندت بعض البحوث إلى أوجه التشابه مع الأحداث الصادمة خارج السجن من أجل تفسير أثر السجن على السجناء وتوصلت إلى أن تجربة السجن حدث مدمر نفسيا يعكس أضرار الناجي من كارثة (Davies, 2011, P. 09). إن هذه التأثيرات السلبية لصدمة السجن هو ما يجعل تناول العقاقير والأدوية المهدئة ينتشر بنسب مرتفعة جدا بين المساجين الجدد قصد التغلب على التشنج والاضطرابات النفسية في محاولة منهم للتكيف مع بيئة السجن وتحمل ضغوطها (معاوية، 1990، ص 111).

ونظراً لعدم قدرة السجناء على التحكم في انفعالاتهم يلجأ بعضهم إلى العنف عند أبسط صور الاستفزاز ويُرسَلون إلى الحبس المشدد (الحبس الانفرادي) كبيئات تأديبية نتيجة لذلك؛ وطبيعة الحبس التأديبي تفرض صدمات جديدة حادة للغاية على معظم السجناء نظرا للعزلة والظروف القاسية المسببة للإجهاد اللذين يقودان إلى المزيد من التدهور في الحالة النفسية لهؤلاء السجناء. وقد بين الطبيب النفسي (ستيوارت جراسيان) أن وحدات الحبس الانفرادي المنعزل تشبه بيئات الحرمان الحسي تؤدي عادةً إلى المرض الذي أطلق عليه اسم "متلازمة وحدة الحبس الانفرادي" ومن أعراضه توتر مجهول السبب وفرط الاستجابة للمثيرات الخارجية والتشتت الإدراكي والهلاوس والشعور بالأوهام والصعوبة في التركيز والتذكر وحالات الارتباك الحادة وظهور التخيلات العدائية الأولية وأوهام الاضطهاد والإثارة الحركية والانفعالات الهدامة العنيفة والمشوهة للذات والتراجع السريع في الأعراض عند انتهاء العزل (كوبرز، 2015، ص ص 61-91).

كل هذه أمور من الصعب على السجين تجاوزها بعد الإفراج عنه؛ فقد تتطور صدمة السجن إلى الاعتماد على العقاقير وذلك بالعودة إلى استخدام العقاقير (في حال الإدمان سابقاً) أو الانتكاس إلى أعراض نفسية في حال وجود مشكلات نفسية سابقة إضافة إلى مشكلات البطالة والتشرد (Debi et all, 2011, P. 03)، مما يوحي بأن المرض قد يأخذ دورة زمنية طويلة الأمد تجعل المفرج عنه أكثر عرضة للأزمات والصعوبات النفسية والتي قد تصيبه في المستقبل، ولو بعد سنوات من إطلاق سراحه (مبيض، د س، ص 20). وهذا ما يجعل العلاج النفسي للسجناء بعد الإفراج عنهم ضرورة ملحة وقد أكدت هذا ما كشفت عنه نتائج دراسة قام بها المركز العربي للدراسات الأمنية في أن ما يقرب من 20% إلى 25% من السجناء يحتاجون إلى علاج نفسي معمق خاصة لمن هم محكومون بمدة طويلة والمصابين منهم بأمراض عقلية (Prison Psychosos) ناجمة عن بيئة السجن وضغوطه (المركز العربي للدراسات الأمنية، 1984، ص 78).

إن تجاهل آثار صدمة السجن لها عواقب اجتماعية وخيمة لأن معظم هؤلاء المدانين يُطلق سراحهم بعد انتهاء مدة العقوبة وهم يعانون من اضطرابات وإعاقات نفسية مزمنة قد تتطور إلى حالات الانتحار، بالإضافة إلى حالات هياج عنيف غير مبرر ظاهراً وغير متوقع (كوبرز، 2015، ص 81) قد يعيدهم لارتكاب سلوكيات إجرامية بعد الإفراج عنهم.

2- اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

هناك ما يشير إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يصيب ما يقارب نصف السجناء المفرج عنهم وخاصة الذين ترافق سجنهم مع أحداث قاسية مادية كانت أو نفسية، ففي هذه الحالات تفرض الذكريات نفسها فرضاً وبشكل قهري على المفرج عنه فيبدو منهمكاً مع أفكاره وكأنها تحدث لتوها من جديد فيرى الأشخاص والمشاهد نفسها وكل ما مرّ معه من قبل وتكرر هذه الذكريات مما يُشعره بالإرهاك، وقد يصاب بالأرق فلا ينام وإذا تمكن من النوم طارده الأفكار والذكريات بشكل أحلام مزعجة وكوابيس ليلية وكأنه ما زال في السجن، وتطول وتشتد الأعراض كلما تجنّب المفرج عنه الحديث فيما قد مر به في محاولة منه للهروب مما حدث خاصة إذا لم

يجد من يساعده على التحدث عنها ومواجهة الواقع والتكيف معه بالطريقة المناسبة التي تتسجم مع المرحلة التي هو فيها (مبيض، د س، ص 19).

ومن أكثر الحوادث والصدمات التي يتعرض لها السجناء الاغتصاب حيث يرتفع معدل وقوع الاغتصاب في السجون ولا يتوافر رقم دقيق لهذه الحوادث نظراً لعدم الإبلاغ عن الكثير منها، وتشير تقديرات المكتب الفيدرالي للسجون في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن نسبة تتراوح بين 9% و 20% من السجناء الذكور يقعون ضحية للاعتداء الجنسي أثناء مدة عقوبتهم بالسجن، وهذه النسب لا تشمل الحالات التي يوافق فيها السجن على المشاركة في أعمال جنسية لأن رفضه يؤدي إلى تعرضه للضرب والاغتصاب.

وغالباً ما يتبع الاغتصاب في السجن اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة وعدم القدرة على المشاركة بفعالية في الأعمال وتعاطي المخدرات داخل السجن بالإضافة إلى الارتفاع الهائل في احتمالية الفشل الاجتماعي والتعرض للاعتقال مرة أخرى بعد إطلاق سراح السجن (كوبرز، 2015، ص 81). وبالنسبة للنساء فقد وجد أن السجناء يختلفن عن باقي النساء في المجتمع كون لديهن تاريخ صدمي فنسبة تعرضهن للإساءة أو العنف الجسدي أو الجنسي تبلغ 44% إلى 88% (Debi et all, 2011, P.18).

إن استمرار هذه الأعراض دون تكفل وعلاج يدمر حياة الكثير من السجناء بعد الإفراج عنهم، ومهما كانت درجة النجاح التي يحققونها بعد إطلاق سراحهم فهم لا يستطيعون منع توارد الذكريات المرعبة على أذهانهم والعجز الشديد عن الثقة في الآخرين وقد يصبح العديد من المفرج عنهم معتدين بمجرد أن تتاح لهم الفرصة لذلك، سيجعلهم يعودون على الأرجح إلى الجريمة بعد خروجهم من السجن (كوبرز، 2015، ص ص 184-252).

3- إصابات الدماغ بسبب الصدمات والمشكلات داخل السجون:

تشير الدراسات إلى أن 25-87% مصابون أو تعرضوا لإصابة في الدماغ أو إصابة بسبب صدمة بالمقارنة مع 8.5% من أفراد المجتمع، والسجناء ذوي الإصابات الدماغية غالباً ما يواجهون مشاكل في الصحة

العقلية مثل: الاكتئاب، القلق، اضطراب استخدام العقاقير، كما أشارت بعض الدراسات من خلال التقارير الذاتية للسجناء أن المصابين بواحد أو أكثر من إصابات الدماغ توجد لديهم نسب عالية من إدمان العقاقير والكحول في السنة التي سبقت دخول السجن. إن إصابات الدماغ بسبب صدمات تتسبب في العديد من المشكلات المعرفية كاضطراب في الانتباه لدى السجنين مما قد يؤثر على استجاباته واضطراب في الذاكرة الذي قد يؤدي إلى صعوبة فهم أو تذكر القوانين بالإضافة إلى ردود فعل لفظية وجسدية بطيئة، التهيج أو الغضب وصعوبة السيطرة عليه والسلوك الاندفاعي بشكل عام الذي يتضمن العنف مع الغير مع احتمال وجود إصابات، السلوك الجنسي الشاذ... الخ. غالباً ما تفسر هذه الأعراض بشكل خاطئ من قبل موظفي السجن على أنها سلوك غير متعاون يظهره السجنين إما كتحدي متعمد منه أو كرفض للانصياع للأوامر مما ينجر عنه إجراءات تأديبية من قبل موظفي السجن. ويؤدي الافتقار للعلاج وإعادة التأهيل للسجناء الذين يعانون من مشاكل تتعلق بإصابة الدماغ بسبب صدمات تزيد من احتمال سوء استخدامهم للمواد مرة أخرى والتي قد تؤدي إلى التشرذم وإعادة الاعتقال وزيادة خطر الموت بعد الإفراج عنهم (Safer et al, 2006, PP 1-2).

4- الاكتئاب:

يظهر الاكتئاب عند السجنين كنتيجة وردة فعل لما حرم منه خاصة حريته وكرامته ولما مرّ به خلال سنوات السجن والتعذيب المادي والمعنوي كنتيجة لآثار السجن على حياة السجنين النفسية والأسرية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية، وقد يصيب الاكتئاب وبدرجات مختلفة ما يقارب نصف السجناء (مبيض، د س، ص 16). وقد ينتقل السجن المصاب بالاكتئاب من حالة الحزن إلى الانعزال ليصل في أشد حالاته إلى محاولة الانتحار أو الانتحار الفعلي أوقد يؤدي به إلى اضطراب "إيذاء الذات وتشويهها" ويتمثل في تشويه الجسد كجرح النزلاء أنفسهم بقطعة حادة أو بلعها أو ضرب الرأس للحائط، وقد يقوم السجنين بهذه الأفعال قصد لفت الأنظار إليه لاستجداء العطف والاهتمام (ربيع وآخرون، 1994، ص 371). ويبدو هذا الاكتئاب من خلال تغيرات معرفية ونفسية وجسدية تظهر على السجنين منها شعوره بالحزن في معظم الأوقات، فقدان الرغبة للقيام بما

اعتاد عليه من أعمال وأنشطة، الشعور بالانطواء والرغبة بالانعزال عن الآخرين والبقاء لوحده مع أفكاره وذاكراته، الشعور الشديد بالذنب وبأنه بلا قيمة، الأفكار السلبية وضعف الثقة والأمل بنفسه وبالآخرين والمستقبل ولا يرى إلا الجوانب السلبية في حياته، ضعف القدرة على التركيز والانتباه مما يؤثر على ذاكرته ويضعف قدرته على التعلم، انعدام الأمن والشعور الدائم بعدم الاستقرار، اضطراب النوم وضعف الشهية للطعام. غالبا ما تؤثر هذه الأعراض بشكل شديد على نشاط السجين بعد الإفراج عنه وذلك على جميع جوانب حياته الاجتماعية والأسرية والمهنية وتؤثر كذلك على علاقاته مع أهله وأصدقائه والمجتمع ككل (مبيض، د س، ص 17).

5- إماتة الشعور بالفردية وافتقاد الدافعية والكفاءة الذاتية:

يفقد السجين شعوره بذاتيته وفرديته وهويته الشخصية التي كانت تلازمه خارج السجن ومن مظاهر انعدام الشعور بالذاتية في السجن ارتداء الزي الموحد وحمل السجين لرقم يحل محله الذي يصبح هو أساس التعامل معه، وطريقة الحياة الموحدة داخل الزنازين وتناول نفس الطعام في نفس الموعد مع نفس الأشخاص إضافة إلى انعدام الخصوصية حتى في قضاء الحاجات الطبيعية الفسيولوجية. كل هذا يعود بالسلب على دافعية السجين بسبب روتين الحياة داخل السجن لأنها تدور على وتيرة واحدة وهو ما يؤدي إلى شعور السجين بفقد دافعيته بحيث تقل قدرته على التفكير السليم وحل المشكلات (ربيع وآخرون، 1994، ص 364)، كما يضعف عند السجين الشعور بالمسؤولية للخدمات التي توفرها المؤسسات العقابية دون أدنى جهد منهم فيخفض معه شعورهم بالمسؤولية ويستمرؤون الحياة السجنية السهلة دون أي جهد للسعي للكسب، وهذا ما يلازم أغلب السجناء بعد الإفراج عنهم فيجعلهم لا يستشعرون المسؤولية اتجه أنفسهم ولا اتجاه أسرهم وقد يؤثرون العودة للسجن ثانية لسهولة الحياة فيها. وغالبا ما يؤثر فقدان الشعور بالفردانية والدافعية والكفاءة الذاتية على حياة السجين بعد الإفراج ما يتطلب ضرورة المتابعة والرعاية اللاحقة له ومساعدته على استعادة شعوره بذاته ودافعيته وتنشيط كفاءته الذاتية ليتمكن من الإقبال على الحياة بشكل إيجابي (اليوسف، 2014، ص 48).

6- الحرمان الجنسي وفقدان الحياة الجنسية المشروعة:

يعتبر الحرمان الجنسي من أهم المشكلات التي يعاني منها النزير وهو ما يجعل مرض الجنسية المثلية ينتشر بصورة كبيرة بين نزلاء السجون حيث تتراوح نسبة الجنسية المثلية في السجون بين 30 % إلى 85 %، ويتم هذا نتيجة الإغواء من طرف المصابين بالجنسية المثلية قبل دخولهم السجن لغيرهم من السجناء أو إكراههم أحيانا على ذلك (عيسى، 1984، ص 80). وقد يؤدي هذا الاضطراب الجنسي الذي يسببه الحرمان الجنسي إلى انتشار أمراض خطيرة من أهمها مرض نقص المناعة المكتسبة (ربيع وآخرون، 1994، ص 366)، وهو ما يعود بشكل خطير على المجتمع عند إطلاق سراح هؤلاء أين يصبح المجتمع مهدد بانتشار هذه الآفات والأمراض. وأشار اليوسف (2014) أن هناك محاولات لعدة بلدان عربية منها المملكة العربية السعودية إزاء هذا الوضع الخطير، حيث وضعت تدابير وإجراءات إصلاحية تسمح بلقاء السجنين بزوجته في خلوة شرعية تحقق العفاف لكلا الطرفين - الزوج والزوجة - (اليوسف، 2014، ص 49).

7- الاضطرابات العقلية:

تمثل بيئة السجن مصدر جديد للمعاناة وظهور السلوك المرضي كنتيجة لحياة السجن والعزلة حيث يجد السجن نفسه في فراغ يغرقه في النرجسية يحاكي نفسه ولا يرى ذاته إلا على مرآة نفسه فيصبح سجين ذاته وأفكاره العدوانية السابقة نحو الغير والتي تتحول إلى سلوكيات عنيفة نحو ذاته بفعل عزله وهامشيته، وما يفرضه مجال السجن من انفعالات سلبية تطغى على العقل والمنطق وتداخل الزمان والمكان في تركيب فوضوي فيصبح الزمان مرتبط بوقع حركة الحاجات البيولوجية للجسم خاصة منها الجوع والعطش، هذه العوامل تساعد على تمزق صورة الذات والجسم لدى السجنين. وقد يتطور الأمر إلى ظهور هلوسات وهذيانات وتسود التظلمات والشكاوى وأحلام اليقظة مما ينجر عنه تفكك تدريجي في شخصية السجنين وفقدان هويته على مدى مدة السجن ليسقط في هاوية المرض العقلي. فهناك خيط رفيع بين التشقق النفسي العام للسجين والتشقق الذي يفضي إلى المرض العقلي للفرد سجيناً كان أم حراً، فإذا توفرت لدى السجنين خبرات صدمية سابقة لدخوله السجن فإن السجن

يعتبر مجال مفجر وبشكل مبكر للمرض العقلي. وبذلك يمكن القول أن بيئة السجن ومناخه لا يمكن أن تصنع المرض العقلي وإنما تساعد على تطور الاستعدادات الفردية المرضية لظهور المرض العقلي لدى السجين (مكي، 2007، ص ص 183-186).

8- متلازمة جانسر (Ganser's Syndrome):

تطرق الحنفي (1995) إلى متلازمة جانسر (Ganser's Syndrome) التي تعرف بالعديد من الأسماء منها الخبل الهستيرى أو متلازمة الهراء، وينتشر بين نزلاء السجون بشكل أكبر من انتشاره في المجتمع العادي وتظهر أعراضه في طبيعة إجابات السجين على الأسئلة الموجهة له التي غالبا ما تكون محض هراء وكثيرا ما صنف على أنه مرض عقلي قد يؤدي إلى إعفاء المريض من المسائلة القانونية؛ ويذهب بعض الأطباء النفسانيين إلى اعتباره استجابة انفصالية تتكون لدى الأفراد الذين يعانون من عدم الاستقرار النفسي ومشاكل الشخصية (ملا علو، 2012، ص ص 30-31).

9- ضعف تواصل السجين مع الأسرة والمجتمع:

أشارت عدة دراسات إلى أن هناك علاقة ارتباطية واضحة بين الزيارات والعودة للجريمة كما أشارت إحدى هذه الدراسات إلى أن 50 بالمائة من السجناء الذين لم يتلقوا زيارات من أسرهم وأقربائهم ألقى عليهم القبض في العام التالي لإطلاق سراحهم، وأن 12 بالمائة منهم دخلوا السجن مرة أخرى بعد أكثر من سنة من طلاق سراحهم، وأن 70 بالمائة من السجناء الذين حضوا بزيارات منتظمة من ثلاثة أشخاص على الأقل أثناء قضائهم مدة عقوبتهم في السجن لم يقبض عليهم خلال العام الأول من إطلاق سراحهم، وأن 2 بالمائة فقط منهم دخلوا السجن مرة أخرى. وهناك من السجناء من يمنعهم كبريائهم من الظهور أمام أفراد أسرهم وأقربائهم وهم بالسجن فيرفضون زيارات أسرهم ويبعدون عن الرغبة في أن يراهم أطفالهم وأسرهم وهم بملابس السجن لأن ذلك يؤثر سلبا على مشاعرهم ويجعلهم يشعرون بالخزي (كوبرز، 2015، ص 188). وأحيانا يطلب السجين من أسرته وذويه عدم زيارته خاصة إن كان هو المعيل الوحيد لهم لأن ذلك يزيد في ألمه لإحساسه الدائم بأنه السبب في

الوضع السيئ الذي تعيشه أسرته بعد دخوله السجن (ربيع وآخرون، 1994، ص361)، مما يزيد من الشعور بالاغتراب عن الواقع الاجتماعي الذي ينجر عنه صعوبة في التأقلم معه نتيجة الانعزال خاصة إن كانت فترة الحبس طويلة (اليوسف، 2006، ص 51).

10- الإصابة بالأمراض الجسمية.

يصاب السجين كغيره من الناس خارج السجن بالأمراض المختلفة الأخرى وقد يدخل السجن وهو أصلاً مصاب ببعض هذه الأمراض وبسبب غياب الرعاية الطبية اللازمة فقد يطلق سراحه وقد أصيب بأمراض متعددة مزمنة لسنوات ومن غير علاج يذكر، ومن جملة هذه الأمراض:

- الأمراض القلبية المزمنة.

- ارتفاع ضغط الدم.

- السكري.

- أمراض الجهاز الهضمي.

- ذالأمراض الصدرية كالربو والسل.

- أمراض سوء التغذية وفقر الدم (المبييض، دس، ص 16).

وتشير سلسلة من التقارير إلى مجموعة من التحديات الفسيولوجية التي يواجهها نزلاء المؤسسات العقابية من أمراض الجهاز التنفسي وحتى القلب والأوعية الدموية؛ وتذكر (Crawley, 2004) أنه لم يكن لدى السجناء خاصة المسنين سوى القليل من المعرفة حول ما يمكن توقعه حول حالتهم الصحية بعد الإفراج عنهم كما أعطيت لهم القليل جدا من التفاصيل حول ما سيحدث لهم، هذا ما يخلق عددا من العوائق التي تعرقل عملية إعادة الاندماج لأن السجناء قد يفتقرون إلى القدرات الوظيفية وشبكات الدعم الكافية كالأسرة والأصدقاء للتكفل بهم ورعايتهم مما يثير الكثير من الأسئلة حول قدرات مصلحة السجون على التعامل مع القضايا المتعلقة بالصحة الجسدية للسجناء، ويتحدى مبادئ النظام الذي يعامل بشكل غير مرن جميع السجناء بطريقة موحدة ورفض

الاعتراف بكون بعض السجناء كالمسنين لهم احتياجات خاصة ومتطلبات محددة جدا. وهذا يوضح أن السياسة والممارسة داخل السجن فشلت في معالجة هذه الخصوصيات (In Davies,2011, PP 06-07).

11- اكتساب الخبرات الإجرامية:

يمنح السجن وقت فراغ كبير للسجناء يجعلهم يكتسبون المزيد من الأساليب الإجرامية نظرا لاحتكاكهم بالمجرمين المحترفين فتنتقل بذلك عدوى الإجرام فيما بينهم (عبد الهادي، 1994، ص 11)، ولا يمكن أن لا نشير هنا إلى أن ثقافة مجتمع السجن لا تعبر اهتماما لثقافة المجتمع الخارجي التي تتكر الجريمة وتتبدأ وتبحث على تقايدها من جهة، ومن جهة أخرى لا تحت على السلوك السوي فيتعود السجين على عدم الاكتراث بتقاليد وعادات وقوانين مجتمعه وما يصاحبه من انعدام تأنيب الضمير (كاره، 1987، ص ص 48-49) وضعف الإحساس بالخطيئة تحت تأثير التعرض للاسهواء والقدوة السيئة من العناصر الإجرامية داخل السجن التي تحبذ السلوك المضاد للمجتمع الخارجي وتتنظر لهذا الأخير نظرة عدائية نتيجة إحساس السجناء بالظلم والكره وعدم تقبل المجتمع الخارجي لهم بعد الإفراج عنهم (عيسى، 1984، ص 79). وذهب بعض الباحثين في هذا إلى وصف المؤسسات العقابية على أنها أماكن لتفريخ السلوك الإجرامي لما يتناقله السجناء من دروس والتعرف على أحدث الأساليب والوسائل الإجرامية (اليوسف، 2014، ص 42)، وساعد على ذلك العزلة القهرية والفراغ الذي تفرضه بيئة المؤسسة العقابية على السجين لذا غالبا ما يُملأ بما يساعد على اكتساب وإنتاج سلوكيات جديدة للجريمة (مكي، 2007، ص 183)، خاصة في ظل العوائق التي تفرضها المؤسسات العقابية على التنفيذ النموذجي لبرامج العلاج والتأهيل لنزلاء هذه المؤسسة والذي يعرف بمقاومة المؤسسة وهو مفهوم يشير إلى العوائق التي تقف دون التقدم الذي يمكن تحقيقه من خلال برامج التأهيل والعلاج للتخفيف من ظاهرة العود الإجرامي، وقد ذكر (لاوس) (Laws) أن أهم العوائق المؤسساتية التي واجهها عند تنفيذه لبرنامج العلاج مع مجموعة من الأحداث المقيمين في المؤسسة تتمثل في العوائق الخاصة بالتحكم (Control) كالتحكم في عملية

الالتحاق بالبرنامج، والتوقيت الذي يترك فيه الحدث البرنامج، والتحكم في عملية التحويل، والتحكم في عملية التدريب للمشرفين على تنفيذ البرنامج (ربيع وآخرون، 1994، ص 560).

خامسا: مصادر الضغوط التالية لصدمة الإفراج:

بينت بعض الدراسات الأمنية التي أجريت على العديد من المنحرفين أن إجرامهم يعود للتوترات النفسية التي يعانون منها قد تعود لصددمات مروا بها (الهليل، 1988، ص 22)، ويتضاعف مستوى التوترات النفسية عند دخولهم السجن ومرورهم بصدمة السجن بالإضافة إلى طبيعة بيئة السجن الضاغطة ليستمر السجين في معاناته من الضغوط بعد الإفراج عنه الناتجة عن الصعوبات والتحديات التي يواجهها، ومن بين أهم مصادر هذه الضغوط ما يلي:

1- الانتقال المفاجئ من السجن إلى المجتمع الخارجي:

يواجه المفرج عنه بعد خروجه من السجن بيئة جديدة بعيدة عن بيئة السجن التي اكتسب منها ثقافتها خلال فترة العقوبة خاصة في حالات العقوبات طويلة المدة وغالبا ما لا يمكن ضمان نتائج هذه المواجهة التي تمثل موقفا صعبا أمام المفرج عنهم بعد مغادرتهم السجن (عرسان، 1986، ص 24)، فالانتقال الذي يحدث للمفرج عنه بعد مرحلة الاعتماد الكلي على الآخرين خلال مدة تواجده بالمؤسسة العقابية إلى مرحلة الاستقلالية والاعتماد على النفس عملية انتقالية ليست سهلة عليه تجعل من الضروري تهيئته ومساعدته لتحمل مسؤوليته في مواجهة متطلبات الحياة من جديد (الهليل، 2010، ص 19).

وقد أشار (الصادي، 1988) أن الأزمة النفسية للمفرج عنهم تكمن في أنهم يواجهون اختلاف كبير بين ظروف الحياة التي اعتادوا عليها خلال فترة إدانتهم في المؤسسات العقابية وظروف الحياة في المجتمع، كفشله في تدبر أمور معيشته وقد اعتاد على تلبية بعض المطالب دون عناء إضافة إلى الشعور بالتخلف أمام أفراد المجتمع نظرا للتغير الذي لم يواكبه بسبب احتجازه فيجعله إما عاجزا عن فهمه أو عن التكيف معه مما يولد لديه شعور بضعف الثقة في نفسه ويرسخ لديه الاعتقاد بصعوبة اندماجه في المجتمع من جديد (الصادي، 1988، ص 98).

2- عدم مقابلة السجين عند الإفراج عنه من قبل أسرته والمقربين له:

تعد لحظة خروج السجين من السجن لحظة صعبة جدا وما يزيد من صعوبتها عدم وجود أفراد أسرته أو أحدا من أهله وأقربائه في استقباله، وهذا ما يولد لدى السجين عقب الإفراج عنه مباشرة شعورا بالفتور وعدم الاكتراث لمقابلته والنظر إليه على أنه السبب في نظرة المجتمع السيئة إليهم وفقدانهم لمكانتهم وسمعتهم فيشعر بفقدان الحب من أقرب الناس إليه (الهليل، 2010، ص 24).

ويشكل عدم احتواء المفرج عنهم من قبل أسرهم انحلال علاقاتهم العائلية مما يولد لديهم عداوا اجتماعيا قد يجرمهم مرة أخرى لارتكاب سلوكيات إجرامية تعيدهم إلى السجن نتيجة الرفض وعدم تقبلهم من طرق أسرهم (الصادي، 1988، ص 98)، ومن الأهمية أن تحرص أسرة المفرج عنه وذويه على التأني وإعطاءه الوقت الكافي للتأقلم المتدرج مع الحياة من جديد (المبيض، د س، ص 25).

3- التفكك الأسري:

أشار الدكتور (صفوت الأخرص) إلى أهمية الأسرة في احتواء أفرادها ونشاطاتهم وتنظيم علاقاتهم الاجتماعية خاصة في إطار الرعاية الاجتماعية للمفرج عنهم لتخفيف أزمة الإفراج وشدتها بعد إطلاق سراحهم وهو ما قد يساعد كثيرا على استعادة توافقهم مع المجتمع (في عرسان، 1986، ص 28). ومن الضغوط التي يعانيها المفرج عنه شعوره بأنه بات على هامش أحداث الحياة حتى في حالة بقاء أسرته تحافظ على نوع من التماسك ويتجلى ذلك في كونه لا يشعر بدور له في قرارات الأسرة، ففي غيابه اضطر أفراد الأسرة تحت ضغط الواقع ومتطلبات الحياة أن يأخذوا أدوارًا جديدة لتسيير أمور الأسرة خاصة الزوجة أين تأخذ دور الزوج بعد سجنه، وبعد إطلاق سراحه قد لا ترغب الزوجة بالعودة لدورها القديم وأن تتيح لزوجها أن يأخذ دوره السابق مخافة أن يعتقل ثانية مما يضطرها لإعادة التأقلم من جديد وهو ليس بالأمر السهل كما في المرة الأولى. كما يمكن أن تكون الأسرة أثناء غياب المفرج عنه قد غيرت في طبيعة حياتها كأن تكون قد انتقلت للعيش في مدينة أخرى ويلح السجين بعد إطلاق سراحه على العودة للحياة السابقة ولا تستطيع الأسرة أن تصل إلى اتفاق

مما يهدد بالافتراق والتفكك، فقد سجلت كثرة حالات الطلاق بين السجناء بعد خروجهم من السجن أو العيش معاً كزواج صوري لأجل الأولاد. كما اتضح أن المفرج عنهم يجدون صعوبة في علاقتهم مع أبنائهم لاسيما من قضى منهم وقت طويل داخل السجن فبعد خروجهم وجدوا أبنائهم كبروا بمكونات نفسية واجتماعية سلبية نتيجة تبعات علاقتهم بأباء سجناء، (شعبان، 2013، ص 204). وما يزيد في شعور المفرج عنهم بالضغط الفتور الذي يقابله به أبناءه كونه السبب في نظرة المجتمع السيئة لهم، وبينت الدراسات أن نسبة المفرج عنهم الذين يشعرون بفقدان محبة الأسرة 24 %، بل ويفقدون الثقة فيهم ويرونهم مصدر لمشكلات الأسرة (الهليل، 2010، ص 24).

4- المواجهة السلبية التي يقابل بها المفرج عنه من قبل المجتمع:

أكثر ما يعانیه المفرج عنه من السجن هي مشكلات التوافق مع المحيط الاجتماعي وعدم التوازن بسبب الانقطاع الذي فرضته العقوبة السالبة للحرية نتيجة الأنماط الاجتماعية المغايرة عن نمط مجتمع السجن وبذلك تظهر على المفرج عنه سلوكيات خاصة لم تكن موجودة عنده من قبل تجربة السجن منها:

- العدوانية والانطواء.

- شخصية حادة وغير متكيفة.

- عدم الثبات النفسي الانفعالي.

- إعاقة قدرة الفرد على التفكير والحكم على الواقع.

- اضطرابات وقلق مزمن وتهيج واستنفار مستمرين.

- عنف ومشاجرات وردود فعل صاخبة عاطفياً.

وهذا يبين أن تجربة وآثار السجن لا تتوقف بمجرد الإفراج عن السجناء بل تمتد لتطال حياتهم

ومستقبلهم ما بعد فترة السجن (شعبان، 2013، ص 201)، وتجعلهم في حالة إحباط وتوتر نفسي يصعب

تجاوزه يبرز في مركبات النقص الناتجة عن صدمة الرفض مما تدفعهم للبحث عن يتقبلهم ولا يجدونها إلا في مجتمع المنحرفين وهو ما يجرحهم للانتكاسة والعود للانحراف (الهليل، 2010، ص 19).

5- الصعوبات المادية والاقتصادية:

من أبرز المشكلات الرئيسية التي تواجه المفرج عنه نتيجة فصله عن عمل بعد دخوله السجن الصعوبات المادية إضافة إلى عدم العناية بأسرته خلال وجوده بالمؤسسة العقابية خاصة إن كان هو معيها الوحيد فإن ذلك قد يُعد دافعا قويا له للعودة للانحراف مرة أخرى، وتزداد هذه المشكلة حدة عندما يخرج المفرج عنه وهو لم يؤهل لعمل ما داخل السجن وبخاصة إذا تصورنا وجود هذه الاحتياجات بجوار العامل السابق ذكره (السدحان، 1999، ص 13).

إن فشل المفرج عنه في الحصول على العمل المناسب الذي يمكنه من الإنفاق على نفسه وعلى أسرته يؤدي به للشعور بالألم والقلق، فالعجز المادي يدفع المفرج عنه للحصول على أي وسيلة لجلب المال وغالبا ما تكون العودة للجريمة هي أقرب وسيلة (الهليل، 2010، ص 24). وأظهرت نتائج دراسة كاره (1987) أن العامل الاقتصادي يعتبر مؤشرا مباشرا في عودة ارتكاب المفرج عنهم للسلوكيات الإجرامية (كاره، 1987، ص 128)، وهذا رغم وجود برامج تأهيلية مهنية تساعد على تخفيف اليأس وفقدان الأمل لدى السجناء في إيجاد عمل مناسب عقب الإفراج عنهم إلا أنها لم تكن ذات فاعلية وهو ما كشفت عنه نتائج دراسة الباحثان (الناصر والرواشدة، 2011) التي أشارت إلى أن برامج التأهيل كانت فعالة في توضيح ملابسات الوضع القانوني للمفرج عنهم وإمكانية توفر فرص مستقبلية للعمل (الناصر، الرواشدة، 2011، ص 223)، كما يفقد معظم المفرج عنهم مهارتهم في العمل أو الأعمال التي كانوا يمارسونها قبل السجن وهناك العديد من المفرج عنهم ممنوعون قانونا من ممارسة بعض الوظائف (Visher, 2008, P 02).

وتشير دراسة أمريكية (Petersilia, 2000) أن ما يصل إلى 60% من السجناء السابقين لا يعملون في سوق العمل المشروعة طيلة العام الأول الذي يلي الإفراج. وترتبط البطالة ارتباطا وثيقا بالمخدرات وتعاطي الكحول

والتي تتعلق بدورها بإساءة معاملة الأطفال والعنف داخل الأسرة والسلوكيات المنحرفة التي تساعد على عودة المفرج عنه للسجن مرة أخرى (Petersilia, 2000, P. 3). وذكر (ويليس) (Willis, 2004) أن هناك بعض الدراسات تشير إلى أن انخفاض 10 % من مداخل المفرج عنه مرتبطة بـ 10-20% من ارتفاع مستوى الأعمال الإجرامية وكذا انتكاسه والعودة إلى السجن، وقد دلت نتائج العديد من الدراسات في و.م.أ انخفاض نسبة السلوكيات الإجرامية لدى المفرج عنهم الذين يشغلون وظيفة معينة و كذا لدى المفرج عنهم ذوي الدخل العالي نسبة إلى ذوي الدخل المنخفض (Willis, 2004, P 27).

6- التشرد وعدم وجود مأوى مستقر:

إن التحدي الذي غالبا ما يغفله السجين المفرج عنه هو قضية السكن وهي من أولى المشكلات التي تواجه السجين بعد الإفراج عنه ويعتبر الإسكان مشكلا لعدة أسباب منها أنه نادرا ما يملك المفرج عنه الموارد المالية أو الأفراد الذين يدعمونه لامتلاك سكن آمن، كما تحضر بعض القوانين على العديد من السجناء السابقين امتلاك المساكن العامة ومن المشاركة في برامج الإسكان المدعومة من الدولة بالإضافة إلى أن بعض السجناء ليس مرحب بهم في منازل عائلاتهم، فلمجموع هذه الأسباب وغيرها ينتهي بعض المفرج عنهم بلا مأوى مع الأخذ بعين الاعتبار كل المخاطر التي ستعجز عن هذا التشرد.

وحسب دراسة أسترالية فإن لتجربة السجن أثر سلبي على إيجاد مسكن بعد الإفراج وترتبط تجربة السجن و إن كان لمدة قصيرة بارتفاع معدل التشرد والانتكاس. وقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن المفرج عنهم المنتكسين بشكل مستمر يجدون أنفسهم بدون مأوى و معزولين اجتماعيا (Travis et al, 2001, P 35).

ويشير (رودريجز وبرون) (Rodriguez & Brown, 2003) إلى وجود ثلاث عوامل رئيسية تساهم في تعقيد

حالة التشرد في صفوف المفرج عنهم وهي:

1- مواجهة المفرج عنهم نفس الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تؤدي إلى التشرد ضمن المجتمع.

2- مواجهة المفرج عنهم مشكلات في الإسكان مرتبطة بمشكلاتهم المرتبطة بنظام العدالة الجنائية.

3- نقص في الملكية؛ المشكل القائم بين كل من وكالات الدولة والتنظيمات المجتمعية.

وأفاد القليل من الدراسات التي تطرقت للتشرد والإسكان غير الآمن بعد الإفراج مباشرة في الولايات المتحدة الأمريكية أن من 4 % إلى 11% من المفرج عنهم في نيويورك وفيلادلفيا بقوا في ملاجئ أو بلا مأوى لمدة عامين من بعد الإفراج، وفي ماساتشوستس تم تعداد نحو 10% من المفرج عنهم بلا مأوى وغالبا ما يلجأ المفرج عنهم إلى استخدام الملاجئ أو السكن الانتقالي أو في غرفة واحدة (Western, 2014, P. 05).

7- الشعور بالخزي والدونية:

يعاني المفرج عنه غالبا من الشعور بالدونية والخزي الذين خلفتهما بيئة السجن أين يشعر أن هذه البيئة أفقدته شخصيته وكل القيم المتعلقة بها، كما يشعر أن كرامته وشرفه قد جرحا إلى الحد الذي يجعله يفقد الأمل في استرجاعها ثانية بنفس قيمتهما السابقة وكذا استعادة الاعتبار والاحترام لشخصه (شاكو، 1988، ص 45) بسبب الوصمة الاجتماعية التي ألصقها المجتمع به (سجين سابق) والتي تجعل من المتعذر عمليا على غالبية المفرج عنهم أن يندمجوا من جديد في المجتمع (القهوجي، 1998، ص 384)، وقد بين سجين مفرج عنه ذلك في قوله: " لقد أفرج عني فعلا وأصبحت طليقا ولكني أشعر بأني داخل سجن بل أن السجن كان أفضل لأنني أشعر أن كل من يحيط بي ينظر إلي باحتقار ولذلك أتجنب النظر إليهم، إنني أشعر بالعار أينما ذهبت" (الهلليل، 2010، ص 24). ووفقا لدراسة الباحثان الناصر، الرواشدة (2011) حول صدمة الإفراج تبين أن أكثر من نصف العينة يشعرون بالخزي والعار وبمخاوف متعلقة بتقبل الآخرين ونظرتهم لهم بعد عودتهم لمجتمعهم. وغالبا ما يدركون ذواتهم بأنهم أقل قيمة ومنزلة من الآخرين (الناصر، الرواشدة، 2011، ص 22). ويزيد من حدة الشعور بالخزي افتقار المفرج عنهم لمرونة الأنا في مواجهة المواقف والأحداث الصعبة والقاسية كالشعور بالقهر والظلم والفقر والعنف وغيرها من المواقف المحبطة، والتكيف مع الأحداث غير المواتية والتي قد تعرقل مسيرة المفرج عنهم في استعادتهم لشخصيتهم في اتجاهها الطبيعي التي تترك خبرات مؤلمة تظهر نتائجها السلبية في حياته القادمة على المستوى النفسي والاجتماعي (حنتول، 2005، ص 55) وأهمها القلق والانعزال التي غالبا

ما تصاحب الشعور بالخزي، كما تشيع الشكاوى، وقد تمثل هذه السلوكيات حالة مرضية متعلقة بتجربة الإفراج كتجربة صادمة أو ربما تكون استجابة طبيعية لحالات الإجهاد القائمة على موقف بعينه حدث في فترة ما بعد الإفراج (سجولند، 2016، ص ص 132-133).

8- أزمة علاقات اجتماعية (Revol & René , 2002) :La crise deslien social

يرى رفل وريني (Revol & René , 2002) أن عدم اندماج الفرد في المجتمع الذي ينتمي إليه يسبب له أزمة، وهي تبدأ عندما يضعف الدور الوقائي للدولة (la mise en cause de L'etat protecteur) والذي يعني عدم وضوح هذا الدور بكل أبعاده أو عدم وجوده أصلاً أين يصبح الأفراد متزوكين لأنفسهم وهذا يشير إلى حالة تخلي المجتمع عن أفراد، وهي حالة تشبه حالة «سلب الحقوق الطبيعية للأفراد» التي تظهر جلياً في وضعية ضياع أو سلب أو إعاقة أو حرمان من حقوق الإنسان، كحالات الفقر وعدم التمكن من الرعاية الصحية وحالات البطالة المزمنة وحالات أخرى مشابهة التي تعيق الاندماج الاجتماعي.

وقد بين (طالب، دس) أن الفرد يعتمد على المجتمع في تحقيق رغباته وطموحاته عن طريق الانتماء والتضامن مع المجتمع وبذلك فإن المجتمع أيضاً مطالب بتوفير سبل وطرق تحقيق النجاح للفرد المندمج المتكيف معه، أما إذا كان غير ذلك فإن الفرد يجد نفسه غير مندمج وبالتالي غير متضامن وغير متكيف مع المجتمع وهو ما يفسح المجال للتهميش الاجتماعي الذي يفتح المجال للانحراف الاجتماعي (طالب، دس، ص ص 43-44).

وأشار عبد الهادي والزعندي (2016) إلى أن المفرج عنهم يواجهون المجتمع بمشكلات متعددة اجتماعية ونفسية واقتصادية وهم بذلك في أشد الحاجة إلى من يأخذ بأيديهم ويعينهم على تخطي الهوة التي تفصلهم بين حياتهم التي يحيونها داخل السجن وحياة المجتمع الحر الذي يقفون على أبوابه. فإن وجدوا هذه المعونة من المجتمع تكيفوا معه واندمجوا فيه، أما إذا لاقوا تنكراً من البيئة ونفوراً وصدًا من المجتمع فليس المتوقع منهم سوى

عداء سافرا للنظم والمعايير الاجتماعية وعود سريع إلى الإجرام ليثأر لنفسه من إهمال المجتمع لأمره واحتقاره لشأنه (عبد الهادي، الزغندي، 2016).

9- القلق والاكتئاب:

يشكل القلق التأثير النفسي والجسدي الشديد عقب الخبرات القاسية التي عاشها السجين في المؤسسة العقابية والتي تؤثر على حياته النفسية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية بعد الإفراج عنه (شعبان، 2013، ص 201)، حيث يشعر المفرج عنهم بالقلق نتيجة العوامل المرتبطة بفقدان الحب من الأسرة وعدم القبول من الأصدقاء وباقي المجتمع. فالقلق عبارة عن استجابة للضغوط المحيطة به قد يؤدي في حالة استمراره إلى دخول المفرج عنه في حالة اكتئاب وبعض المشكلات النفسية التي تعوقه عن أداء وظائفه في المجتمع من أهمها شعوره بالخوف عندما يواجه المجتمع وقد يؤدي به إلى ارتكاب جرائم جديدة أو انسحابه وانطوائه إن لم يجد التقبل من المحيطين به (الهليل، 2010، ص 25)؛ وعادة ما يشعر المفرج عنه بالخجل الشديد من الحديث عن مشاعره وأحاسيسه ومشكلاته النفسية لأنه يعتقد أنه سيظهر بمظهر الضعف ولذلك فقد يتردد كثيراً في الحديث عن كل ما يدور في نفسه وحياته مما يتطلب هذا خبرة وكياسة في التعامل معه في هذه الحالات. وفي جانب آخر قد ترافق المفرج عنهم حالة من الحزن والشعور بالذنب وتأنيب الضمير كلما رجعت به الذكريات إلى زملائه في السجن حيث يتذكر الحرمان الذي يعيشونه الآن (المبيض، د س، ص 20).

إن هذه الحالة من القلق التي يعيشها المفرج عنه عادة ما تسبب صعوبات نفسية مع أفراد أسرته من زوجة وأولاد أو أقرباء خاصة عندما لا يفهمون طبيعة المرحلة التي يمرّ بها وما يمرّ به من مشاعر وأحاسيس وأفكار تجعله في الغالب يتبنى السلوكيات التجنبية، أين يميل إلى تجنب المواقف التي تقتضي لقاء الأشخاص مما يؤدي ذلك إلى تقليص المشاركة الاجتماعية بشكل عام على المدى الطويل. وتزيد حدة السلوكيات التجنبية وسلبياته على حياة المفرج عنه إذا لم يجد من يشجعه على اتخاذ خطوات متدرجة وتوجيهه ليظل ثابتاً في جميع المواقف إلى أن ينخفض القلق (سجولند، 2016، ص 180-181).

وتتجلى أعراض الاكتئاب على المفرج عنه في فقدان الرغبة للإقدام على أي عمل أو نشاط وشعوره ورغبته بالانطواء والانعزال وضعف الثقة والأمل بنفسه وبالآخرين وذلك نتيجة ضعف القدرة على التعلم بسبب الإحباط الذي تكرر لديه من وجوده لفترة في جو من الجمود الفكري والضغط والتوتر النفسانيين التي تفرضها بيئة السجن والتي انعكست على المفرج عنهم بضعف التركيز والانتباه لديهم. كما يعاني المفرج عنهم من مشاكل في النوم تظهر في الأرق أو طول مدة النوم أو النوم المتقطع والاستيقاظ المبكر وحتى في حالة تمكنهم من النوم غالبا ما يعانون من الأفكار والذكريات بشكل أحلام مزعجة وكوابيس ليلية. وكثيرا ما يعاني المفرج عنهم ضمن أعراض الاكتئاب ضعف الشهية للطعام ونقصان الوزن وكذا من فرض الذكريات والأفكار التي تدفع بخيالهم إلى الجنوح والبعد عن الواقع خاصة لمن يعيش منهم حالة شديدة من الانزعاج من كل هذه الأعراض فغالبا ما ترافقها رغبة بالانتحار (شعبان، 2013، ص 201). وعادة ما يكون الشعور بمستقبل محدود أيضا من الأعراض الشائعة للاكتئاب أو لاضطراب الكرب التالي للصدمة وإن لم يكن من الأعراض الأساسية، ويوصف هذا الشعور "بالإحساس بمستقبل محكوم عليه بالقصر" كأن يقول الشخص لا أتوقع أن يكون لي مستقبل مهني ولا حياة زوجية أو أسرية أو عمر طبيعي" (سجولند، 1016، ص 126). فقد أظهرت إحدى الدراسات أن 32 % من السجناء المفرج عنهم يشعرون بضيق الأمل في المستقبل نتيجة فقدانهم للعمل أو وظيفة أو فقدانهم لاحترام أقرب الناس إليهم (في الهليل، 2010، ص 22). يمكن لهذه الأعراض أن تؤدي بالمفرج عنهم من المؤسسات العقابية إلى ارتكاب جريمة أخرى كاستجابة لا توافقية للظروف البيئية السيئة التي تحيط بالفرد والتي تولد بالضرورة ردود فعل لا توافقية (معاوية، 1990، ص 122).

10- خطر التعرض للوفاة بعد الإفراج من السجن:

كشفت منشورات أكسفورد الطبية (2009) عن تزايد نسب الوفيات بعد انتقال السجناء إلى المجتمع مشيرة إلى خطورة الفترة التي تعقب الإفراج مباشرة التي تتطلب تنظيم انتقال المفرج عنهم إلى برامج العلاج المجتمعية. وغالبا ما تكون أسباب الوفاة مرتبطة بالمخدرات وهي الأكثر شيوعا، ففي كثير من الأحيان يتم التقليل من جرع

الأدوية والعقاقير مثل المواد الأفيونية أو البنزوديازيبينات (benzodiazepines) ولكن الرغبة تكون عالية في استخدام العقاقير لدى السجناء بعد الإفراج عنهم مما يعرضهم لخطر الوفاة. وكشفت دراسة استرالية أن السجناء الأستراليين من الذكور أكثر عرضة للموت بعد الإفراج حوالي أربع أضعاف عن أقرانهم غير المسجونين وأن النساء عند الإفراج عنهن كن أكثر عرضة للموت بنسبة ثمانية أضعاف، ودعت إلى بذل الجهود لخفض الوفيات بعد الإفراج عن السجناء من خلال ضمان الانتقال السلس إلى العلاج المجتمعي وخدمات الدعم (Marshall et al, 2009, P.335). حيث بعد الإفراج يعود الفرد إلى المحيط المساعد على الإدمان، هذا المحيط الذي يؤدي إلى إحياء قوي للإدمان مما يجعل المفرج عنهم عرضة للموت بتأثير الجرعات الغير مدروسة التي يتناولونها من المخدرات أو الكحول خلال الشهر الأول بعد الإفراج (Daniel, 2007, P. 409). وبصفة عامة نجد السجينات المفرج عنهن في العديد من الدول أكثر عرضة من الرجال مبالغة في استهلاك العقاقير والمواد المخدرة خاصة لمن كان لهن سوابق في الإدمان على العقاقير بسبب كونهن على الأغلب ضحايا عنف وتحرش جنسي. بالإضافة إلى الحزن الذي ينتابهن نتيجة انفصالهن عن عن أبنائهن (UNODC, 2007, P. 78).

وتوصلت الدراسات في أوروبا وأستراليا والولايات المتحدة الأمريكية إلى أن السجناء يعانون من ارتفاع معدل الوفيات بعد الإفراج حيث أن نسب الوفيات لدى المفرج عنهم الذكور الذين يغادرون سجون ولاية واشنطن يبلغ (29) ضعفا من الأفراد العاديين وهم أكثر عرضة للموت خلال الأسبوع الأول بعد الإفراج بينما كان احتمال تعرض السجينات للموت بعد الإفراج (69) ضعفا.

وأظهرت نتائج دراسة أسترالية للمفرج عنهم أن تاريخ العنف والإجرام والتعرض للسجن مرات عديدة ودخول مستشفى الأمراض العقلية أثناء السجن مرتبط مع زيادة خطر الوفيات الناجمة عن أسباب مختلفة بعد الإفراج. فخلال الفترة الانتقالية من المرجح أن يشارك المفرج عنه في أنشطة جنسية عالية الخطورة والاستخدام غير المشروع للعقاقير. كما لوحظ ارتفاع معدلات الانتحار سنة واحدة بعد الإفراج عن معدل الوفيات العام، ويقدر بـ(36) عند النساء و(08) عند الرجال في انكلترا وويلز (Fazel & Baillargeon, 2010, P. 960-961).

وأكد الدليل الميداني لمجلس أبحاث إعادة تأهيل ضحايا التعذيب على تضاعف عدد الوفيات من ضعفين إلى ثلاثة أضعاف خلال السنتين اللتين تعقبان الإفراج عن المساجين بعد الخروج من السجن، ومن أهم مشاكل الصحة الجسمية التي تهدد المفرج عنهم بخطر الموت الأمراض القلبية المزمن، السكري، الإصابة بالعدوى فيروس نقص المناعة ، التهاب الكبد الوبائي و السل، الإدمان على المخدرات، المشروبات الكحولية، التبغ (سجولند، 2016، ص 308).

سادسا: دور الأسرة والمجتمع المدني في التخفيف من صدمة الإفراج:

أظهرت العديد من الدراسات لعلماء الاجتماع مؤخرا مشاكل العودة إلى المجتمع ومنها العوائق الهيكلية والعقبات التي تحول دون بداية مرنة مثل المشاكل الأسرية، العلائقية، المهنية والمادية (المالية والإسكان والنقل) وغيرها. ومشكلات التغيرات المتعلقة بالخصائص الاجتماعية المختلفة (الرسمية) كمستوى من العمل، واستقراره، ومدة الخبرة المهنية، الطبقة الاجتماعية، تغيير الإقامة وغيرها (Goethals, 1980, P. 82) وهو ما يساعد على العود لارتكاب جرائم جديدة لتبقى عجلة الإجرام تدور حول نفسها، الإجرام يغذي السجون والسجون تغذي الجريمة (نصر، 2014).

إن سير تفاعل المفرج عنهم من السجن مع بقية أعضاء المجتمع الخارجي يسير في اتجاهات متبادلة إلا أن نقطة البدء تركز على المسؤولية الجماعية وليس على المفرج عنهم، فكل ما قدم للسجناء من برامج علاجية وتأهيلية لن تعطي أكلها ما لم يحسن المجتمع باختلاف مؤسساته استقبال المفرج عنهم ومساعدتهم على تحسين ظروفهم لمنع انحرافهم من جديد (شاكو، 1988، ص 82)، وأكد على ذلك الباحث خالد الحانق (2009) في قوله: "يجب أن يعي المجتمع أن السجنين مواطن وجزء منه ولا بد أن يمدوا له يد العون وتأهيله بل وتقبله كما يُقبل أي مواطن لو وظيفة معينة، فالمخطئ قد نال جزاءه وإن كانت العقوبة لسلك محدد فإن الإنسان يبقى الخير فيه، وإذا تم قبوله على أنه إنسان صالح يمكن له العيش بكرامة بغض النظر عما بدر منه في السابق." ("التنسيق بين العمل والسجون"، 2009). وأكد على هذا أيضا الضبيب (2000) حيث يرى أن على المجتمع قبول عودة المفرج عليهم من السجون أو دور الملاحظة ومساعدتهم وتشجيعهم على صقل توبتهم وجعلها في ميزان الصفح ونسيان الماضي والانطلاق لصنع حاضر شريف (الضبيب، 2000، ص 57).

وحت الدليل الميداني لمجلس أبحاث إعادة تأهيل ضحايا التعذيب على عقد اجتماعات توعية داخل المجتمع المحلي للتغلب على مشكلات المواقف السلبية والرافضة للمجتمع اتجاه المفرج عنهم من السجن وتحسين فهم مشكلتهم بين أفرادهم. وأوصت بإشراكهم في أنشطة في إطار تحقيق المشاركة الاجتماعية للمساهمة في تسيير

إدماج المفرج عنهم في الشبكات الاجتماعية، وإشراك قادة المجتمع والأشخاص البارزين في مشكلات المفرج عنهم لتحسين الدعم لهم وقبولهم وذلك بالتأكيد على انتماء المفرج عنهم للمجتمع. ويمكن للانتباه وتقديم الدعم لهم تيسير شفائهم واستقامتهم والتخلي عن إصاق الوصمة بهم التي تعتبر من الأسباب الرئيسية لاستبعادهم من المشاركة في حياة المجتمع ما يؤدي إلى الإصابة بصدمة الإفراج، فمن المهم فهم علاقات القوة في المجتمعات المحلية أي تلك القائمة بين السلطات ورجال الدين وقادة المجتمع والقيم الثقافية والتقاليد (سجولند وآخرون، 2016 ص ص 191-193).

وترى سوزان سولومان (Soloman, 1986) أن الدعم الاجتماعي وتماسك شبكة العلاقات الاجتماعية يشكل سياجا يحمي الفرد ويمنع بعض التأزم المرتبط بضغط الأزمة ويتيح للفرد الفرصة لتخطيها، وقد أشارت أيضا إلى أن اتساع تلك الشبكة الاجتماعية مع احتمال عجز الفرد على مسايرة المتطلبات الاجتماعية والتغلب على صراع الأدوار وتبادلها داخل تلك الدائرة، من الممكن أن تؤدي الأزمة إلى إلقاء أعباء كبيرة ترفع احتمال الإصابة بالاضطرابات أو مستوى الإحساس بالتأزم عقب الأزمات التي يتعرض لها المفرج عنه؛ هذا يعني ارتباط تخفيف الآثار الضارة لصدمة الإفراج بمستوى الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد، وأن غيابه أو ضعفه يزيد من تأثير الصدمة (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2000، ص 24).

أن يصبح المفرج عنه من المؤسسة العقابية عضوا في المجتمع وبحقق الاندماج الاجتماعي لا يعني مجرد العيش في مكان معين بين أفراد بل يعادل لعب مجموعة من الأدوار ومنح مستوى أساسي من المعيشة، وتتحدد الخطوات الأولى للاندماج الاجتماعي باعتباره تطورا للعلاقات الأسرية الحصول على وسيلة للعيش والتواصل مع الأسرة وتوفير الإقامة، ويوفر الدخل الشروط اللازمة لإقامة علاقات أكثر تطورا داخل المجتمع. وبذلك يشمل الاندماج الاجتماعي في الوقت نفسه خلق الانتماء المجتمعي والأمن المادي والعلاقات مع الأسرة وإقامة مستقرة وسبل العيش والمشاركة في الحياة الاجتماعية والشعور بتقدير المجتمع. فالنفور من الأسرة أو

الاستغناء عنها والسكن غير الآمن يعرض المفرج عنه للعيش على هامش المجتمع، مع قدر ضئيل من المشاركة في الأدوار والفرص الاجتماعية التي تمثل المشاركة الكاملة في المجتمع (Western et al, 2014, P 03).

وتدل بعض البحوث والدراسات أن النظام الأسري إذا كان متماسكا فإنه يكون بمثابة معين قوي وتدعيم إيجابي لمساعدة العضو المصاب بالأزمة النفسية فيها بحيث يمكنه التكيف مع أعراضها دون أن يكون لها آثار سلبية قوية عليه، وقد أكد هذا المعنى كل من وليامز ووليامز (Williams & Williams, 1987) اللذين ينظران إلى أن المصاب بالصدمة النفسية لا يمكنه أن يعيش لوحده منعزلا عن أسرته ولكن يجب على أعضاء أسرته مساعدته حتى يتخطى أزماته (عمر، 2007، ص 36). وفي هذا يرى شاكو (1988) أن لأسرة السجنين دور كبير في استيعاب الدور الجديد له بعد الإفراج عنه وإعادة تنظيم علاقاته الاجتماعية، فهي الإطار الهام للفرد في نشاطاته وخاصة في الدول العربية أين تشكل الأسرة إحدى أهم مؤسساتها الاجتماعية (شاكو، 1988، ص 84)، كما تلعب دورا رئيسيا في توفير السكن ودعم الدخل والتواصل الاجتماعي وفي تطبيع حياة المفرج عنهم.

وتشير الأبحاث إلى أن العلاقات العاطفية القوية والمستقرة يمكن أن تكون نقطة تحول ايجابية، ومع ذلك يمكن لها أن تكون مزعزة للاستقرار لا سيما عندما يكون الشريك من المنحرفين أو المجرمين. هذه الحالات تشير إلى أن الآباء والأجداد والأشقاء بدلا من الأزواج قد يكونون مصدرا هاما للدعم العاطفي والاجتماعي (Western et al, 2014, P. 04)، وهو ما توصل إليه الباحثون في معهد فيرا "Vera Institute" عام 1999 من خلال متابعة 49 شخصا تم الإفراج عنهم من سجون مدينة نيويورك خلال الثلاثين يوما الأولى التالية مباشرة للإفراج عنهم، أين وجدوا أن دعم الأسرة لعب دورا حاسما خلال الثلاثين يوما الأولى على وجه التحديد، وكشفت المقابلات عن اثنين من المجالات الهامة لدعم الأسرة وهما الدعم العاطفي وتوفير السكن. وكشفت الدراسة أيضا على أن قبول الأسرة والتشجيع وكذلك الدعم العاطفي المدرك من الأسرة كلها على حد سواء ذات الصلة بنجاح عملية الإفراج، كما أن السجناء الذين تم الإفراج عنهم مؤخرا والذين أثبتوا نجاحا في مجال العمل والامتناع عن العقاقير كان

ذلك بدعم وقبول أسرهم لهم، بالإضافة إلى ذلك فإن من عادوا إلى العيش مع أسرهم أقل احتمالاً للفرار من الإفراج المشروط (Visher & Travis, 2003, 100-101).

سابعاً: : المصالح الخارجية للرعاية اللاحقة وإعادة إدماج المفرج عنهم:

إن الإفراج عن السجن بعد انتهاء الحكم الصادر بحقه وتنفيذ العقوبة المقررة عليه لا يعني شفاؤه التام من مرض الانحراف السلوكي والإجرامي فضلاً عن الآثار التي يخلفها السجن في شخصية السجن المفرج عنه ، هذا ما يدعو إلى ضرورة استكمال علاج المفرج عنه من السجن بأساليب جديدة مختلفة عن الأساليب التي كانت تطبق أثناء فترة السجن، ومن هنا عمت فكرة الرعاية اللاحقة على اختلاف أشكالها للمفرج عنهم جميع تشريعات دول العالم (اللجنة الوطنية السعودية لرعاية السجناء والمفرج عنهم وأسرهم).

1 - تعريف الرعاية اللاحقة:

يقصد بالرعاية اللاحقة التي يقابلها في اللغة الإنجليزية مصطلح « Care After » مساعدة المفرج عنه من إحدى المؤسسات العقابية على إعادة التوافق المتبادل بينه وبين المجتمع وبخاصة البيئة المباشرة التي تحيط به، وذلك كمحاولة لمنع عودته إلى ارتكاب أية أفعال مضادة لقيم المجتمع وقوانينه ولتعزيز حياة سوية كمواطن شريف. ("الرعاية اللاحقة" 2010). وهي تمثل مجموعة من الأساليب المنظمة التي تستهدف تقديم أنواع كثيرة من العون الاجتماعي والنفسي والمادي الرسمي وغير الرسمي للمفرج عنهم من أجل تحويلهم إلى مواطنين عاديين والمساعدة في تمكينهم من مواجهة صدمة الإفراج (الهليل، 2010، ص 15).

2- أهمية الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم:

بين كل من (فوزي الصادي وفاروق مراد) أن للرعاية اللاحقة دور كبير خاصة من جانب الوقاية الاجتماعية فهي وسيلة فعالة بشقيها المؤسسي والمجتمعي في الحد من عودة السجناء المفرج عنهم لارتكاب جرائم جديدة (في عرسان، 1986، ص 28)، تتسبب فيها المشكلات التي يواجهونها عقب الإفراج عنهم وعلى رأسها صعوبة الاندماج مرة أخرى في المجتمع بعد انتهاء مدة العقوبة خاصة إذا كانت المدة طويلة (قدي، 2009). ويزيد من

صعوبة اندماج المفرج عنهم من جديد في المجتمع تطبعهم في الغالب بخصائص مجتمع السجن بكل ما يحمله ذلك المجتمع من معتقدات وأفكار وقيم غالباً ما تكون سلبية ومتعارضة مع قيم المجتمع الخارجي ومعتقداته، بالإضافة إلى التغيرات التي حدثت في بيئة السجناء الخارجية خلال فترة بقائهم في المؤسسة العقابية ومدى قدرتهم على التكيف معها بعد خروجهم منها. وما يجعل الرعاية اللاحقة ذات أهمية بالغة مرور المفرج عنه بصدمة الإفراج تجعله في حاجة لمؤسسات تقوم على رعايته لتجاوز هذه الصدمة ("خارجون من السجن"، 2010). ولهذا لا بد من القيام بعملية متابعة مستمرة للمفرج عنهم لحمايتهم من مؤثرات العود للانحراف مرة أخرى خاصة في المرحلة التي تلي إطلاق سراحهم أين يكون للمفرج عنه استعداد لتقبل المساعدة والتوجيه لأن تجربة السجن لا تزال ماثلة في مخيلته (درويش، 1988، ص 16).

3- أهداف الرعاية اللاحقة:

تتمثل أهم الأهداف التي تسعى الرعاية اللاحقة لتحقيقها في:

- إعداد المجتمع وتهيئته لتقبل السجن بعد الإفراج عنه.
- رعاية الأسرة في أثناء غياب عائلها بالسجن.
- إعداد المفرج عنه قبل مغادرة المؤسسة العقابية من الناحية النفسية والمهنية والتعليمية.
- العمل على الحد من العود للجريمة من خلال استقرار المفرج عنه.
- الاستفادة من طاقات المجتمع البشرية وعدم إهدارها (الياسين، 2016، ص 297).

وقد أثبتت التجارب أنه من المهم تهيئة المفرج عنه أولاً ثم أسرته بفترة كافية تسبق الإفراج لإحداث التقبل بينهما ثم البدء بالخطوات الأولى لتنفيذ برنامج الرعاية اللاحقة والذي سبق أن تمّ التخطيط له وحددت ملامحه الأساسية، وكلما كانت مدة البقاء في المؤسسة طويلة كانت الحاجة إلى فترة أطول للعمل على تهيئة المفرج عنه قبل خروجه وذلك عائد بالدرجة الأولى إلى طول فترة عزله عن المجتمع الخارجي. ونستطيع أن نقول أن هناك

علاقة طردية بين مدة الحكم والفترة اللازمة لتهيئته للخروج وتقديم برنامج الرعاية اللاحقة فكلما كانت فترة الحكم على السجين طويلة كانت الفترة اللازمة لتهيئته للخروج طويلة ("الرعاية اللاحقة"، 2010).

وبين الدكتور فوزي الصادي أن الرعاية اللاحقة الفعالة للمفرج عنهم لا تتحقق إلا من خلال ثلاثة أساليب متكاملة ومتفاعلة فيما بينها بحيث إن غاب أحد هذه الأساليب أثر ذلك سلبا على الأهداف التي تسعى الرعاية اللاحقة لتحقيقها وتتمثل هذي الأساليب في:

1- رعاية نزلاء السجون منذ اللحظة الأولى لتنفيذ العقوبة السالبة للحرية إلى لحظة الإفراج.

2- رعاية أسر نزلاء السجون خلال فترة تنفيذ العقوبة وتمتد هذه الرعاية بعد الإفراج.

3- رعاية المفرج عنه بعد انقضاء فترة العقوبة وعودته إلى المجتمع كمواطن صالح يسهم في بناء

نفسه ومجتمعه مثل بقية المواطنين.

وأكد محمد صفوت الأخرص (1986) على تكامل وظيفتي المؤسسات العقابية والرعاية اللاحقة تجمع بينهما مؤسسات اجتماعية تشرف عليها الدولة مزودة بأخصائيين اجتماعيين مدربين بصفة خاصة للتكفل بفئة المفرج عنهم من السجون. وأشار صفوت الأخرص إلى أن كفاءة مؤسسات الرعاية اللاحقة قد تتحدد بتكرار الفعل الإجرامي (في عرسان، 1986، ص 27).

وقد استحدثت الجزائر في هذا الإطار المصالح الخارجية لإدارة السجون وإعادة إدماج المفرج عنهم على غرار بقية الدول العربية والغربية وهي مصالح تابعة لإدارة المؤسسات العقابية للمتابعة والرعاية اللاحقة للسجناء المفرج عنهم، وذلك في إطار الإصلاحات التي عرفها القانون الجزائري لتنظيم السجون وإعادة إدماج المحبوسين سنة 2005 (بطاهر، 2001، ص 02) حيث حددت الجريدة الرسمية مهام المصالح الخارجية لإعادة الإدماج الاجتماعي المتمثلة أساسا في:

- متابعة الأشخاص الخاضعين للالتزامات والشروط الخاصة المترتبة عليهم في وضعهم في أحد

الأنظمة المنصوص عليها في قانون السجون، كما يمكنها بتكليف من السلطات القضائية بإجراء التحقيقات الاجتماعية ومتابعة الأشخاص الموضوعين تحت الرقابة القضائية (الجريدة الرسمية، 2007، ص 06).

- مرافقة المحكوم عليهم وتوجيههم حيث تقوم باستقبالهم بالمصلحة الخارجية أو التوجه لهم بالمؤسسات العقابية أين يتم الإصغاء لهم والتكفل بهم نفسياً والسعي لإيجاد حلول لمشاكلهم بالتنسيق مع مختلف هيئات الدولة التي من بينها وكالة التنمية الاجتماعية التابعة لوزارة التضامن، والوكالة الوطنية لتسيير القرض المصغر ومديرية النشاط الاجتماعي ومديرية الشؤون الدينية وكذا مؤسسات التكوين المهني.

- التنسيق والتعاون مع فعاليات المجتمع المدني ومع كل شخص يمكنه المساعدة في مهامها (بظاهر، 2001، ص ص 3-10).

- تقديم مساعدات اجتماعية ومالية تمنح للسجناء المعوزين عند الإفراج عنهم الذي نصت عليه "المادة 114" (تؤسس مساعدة اجتماعية ومالية تمنح للمحبوسين المعوزين عند الإفراج عنهم تحدد شروط وكيفية منح هذه لمساعدة عن طريق لتنظيم).

- العمل على استحداث مؤسسات عمومية تستقبل المفرج عنهم كيد عاملة في هذه المؤسسات وهو ما نصت عليه "المادة 115" من قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين (قانون تنظيم السجون، 2007، ص 22).

4- معوقات إعادة الإدماج والرعاية اللاحقة للمفرج عنهم من السجون:

في دراسة تونسية قام بها الباحث نصر سامي (2014) حول تأهيل المساجين وإعادة إدماجهم في المجتمع بعد الإفراج عنهم توصل إلى أنه توجد على الأقل أربع عراقيل تحول دون إعادة إدماج المساجين، وتشترك أكثر من مؤسسة اجتماعية في ذلك من بينها:

- المؤسسة السجنية ذاتها: حيث لا تشمل البرامج التأهيلية كل المساجين نظراً لحالة الاكتظاظ التي

تعاني منها أغلب السجون وغياب العدد الكافي من الإطارات السجنية المؤهلة لذلك، كما أن إدارة السجن أصبحت تعمل على إشراك السجناء في مسؤوليات الإشراف والإدارة للمساجين أنفسهم واقتصرت مهمتها على الحراسة والأمن العام للمؤسسة فقط. وتساهم معايير اختيار هؤلاء المشرفين من المساجين في استحالة تحقيق أي شكل من أشكال الإصلاح والتأهيل بفعل اختيار أسوأهم لضمان سيطرته على بقية المساجين.

- **المجتمع:** يشكل الموقف السلبي والرفض الذي يتخذه المجتمع اتجاه المفرج عنهم واحدا من أهم المعوقات للرعاية اللاحقة للمفرج عنهم وإعادة اندماجهم من جديد بين أفراد (الناصر، الرواشدة، 2011، ص 79). وأشار العديد من علماء الإجرام أمثال "ساكس وماتزا" إلى أن رفض المجتمع العيش مع السجناء المفرج عنهم يخلق لديهم ما يسمى (بالرفض المضاد)، وهو ما يكرّس في نفوسهم الروح الإجرامية والانتقامية من المجتمع ذاته.

- **المؤسسات الأمنية:** كما تساهم المؤسسات الأمنية هي الأخرى في فشل إعادة إدماج المفرج عنه، فقد أكد بعض خريجي السجون أنه كلما قرروا التوبة والابتعاد عن الحياة الإجرامية بعد كل تجربة سجنية يجدون أنفسهم مطاردين بالاعتقال مجددا وتوجيه التهم إليهم عندما تحصل جريمة في منطقة تواجدهم أو في المناطق المجاورة، وغالبا يجبرون على الاعتراف بجرائم حتى ولو لم يرتكبوها فاتهمات الأمن المتكررة للمفرج عنهم تصبح أحد العوائق الرئيسية أمام إدماجهم في المجتمع وهو ما يكرس الروح الإجرامية لديهم بدل المساهمة في تأهيلهم وإصلاحهم وإدماجهم (نصر، 2014).

ثامناً: الصحة النفسية المجتمعية واستراتيجيات الدعم النفسي للسجناء المفرج عنهم:

تعتبر المشكلات الصحية للمفرج عنهم معقدة وذلك لأنها تقترب بأعراض نفسية ومشاكل اجتماعية عدة غالباً ما تتفاوت درجة تعقدها بينهم فيكون البعض منهم أكثر تأثراً، ويعد توفير العلاج للمفرج عنهم المعرضون للخطر من الأمور المهمة ومن الأهمية أيضاً تقليل عوامل الخطر في المجتمع وحماية أفرادهم (سجولند، 2016، ص 450) للحفاظ على صحة المجتمع وتماسكه.

وفي هذا الإطار ظهرت خلال السنوات الأخيرة بعد الانتشار الكبير للاضطرابات النفسية بكل أشكالها ما يعرف بالصحة النفسية للمجتمع، وهي تمثل حركة ومنهج مختلف يهتم بدور المجتمع ككل تجاه أفرادهم وأيضاً تهتم بالموازنة بين الأفراد وبين البيئات التي يعيشون فيها ويتركز اهتمام هذه الحركة على العلاقات بين الأفراد في المجتمع والتي تتميز بأنظمة من العلاقات الرسمية وغير الرسمية المعقدة.

وبهذا الفهم المتطور فإن التدخلات الخاصة بالصحة النفسية المجتمعية والتي تهدف إلى تطوير وتنمية الصحة النفسية في المجتمع تتجاوز مستوى الفرد وتلقي باهتمامها على العمل السياسي والاجتماعي. وتعتبر مشاكل الجريمة وضحاياها من أبرز اهتمامات حركة الصحة النفسية المجتمعية نظراً لتزايد نسب انتشار الجرائم والعودة لها وتأثيرها على أسر مرتكبي الجرائم والمجتمع ككل. وعلى الجانب النفسي قد تؤدي خبرة التعرض لاعتداء إجرامي إلى نتائج نفسية تتراوح بين الإحساس بعدم الارتياح لفترة قصيرة إلى الاضطراب الشديد طويل المدة كاضطراب ما بعد الصدمة الذي عادة ما يفضي إلى العجز الكامل إذا لم يجد التكفل والعلاج (يوسف، 2005، ص 272).

ويستفاد من الصحة النفسية المجتمعية في إطار الاهتمام بالجناح والمجرمين المحبوسين في مراكز الأحداث أو المؤسسات العقابية وذلك بتقديم الرعاية النفسية والعلاج النفسي إذا اقتضى الأمر لنزلاء هذه المؤسسات، لأن حبسهم دون تقديم رعاية اجتماعية نفسية وتربوية لهم سوف يكون له انعكاس سلبي واضح على

سلوكهم وشخصياتهم فبات من الضروري تشجيع الأخصائيين في ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي على المشاركة في ميدان علاج المجرمين والوقاية من العودة للإجرام (معاوية، 1990، ص 111).

كما يساهم في الواقع العلاج السياسي المجتمعي للمفرج عنهم والاهتمام بهم في تنفيذ سياسات عامة وتتمثل

في:

1- تمويل نشر وتدريب برامج الصحة العقلية والإدمان المؤسسة على المجتمع والتي يديرها متخصصون مدربون

للتكفل بمتطلبات نظام العدالة الجنائية والتي تتنوع بين العلاج عن طريق برامج لجهاز القضاء وكذا لنظام الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم.

2- مضاعفة دور محاكم المخدرات والصحة العقلية لتطوير أساليب علاج بديلة عن السجن.

3- الحد من تطبيق الأحكام طويلة المدى.

4- سن برامج عالمية للمفرج عنهم بهدف تحضيرهم للانتقال للعيش في مجتمعاتهم على قاعدة برامج الإدمان

والصحة العقلية.

5- التأكد من أن لدى كل المفرج عنهم إمكانية المشاركة في البرامج الممولة من طرف الدولة بخصوص علاج

الإدمان والأمراض النفسية والعقلية (Gorski,2016).

من المهم أن يحصل السجناء المفرج عنهم الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية أو العقلية أو استخدام

العقاقير على خدمات المساعدة لدمجهم في برامج علاجية مجتمعية (Safer Healthier People, 2006, P. 1-2) وذلك

بإتباع استراتيجيات معينة لمساعدتهم في تخطي صدمة الإفراج وتجاوزها بأقل الأضرار، ومن بين أهم الاستراتيجيات

التي من المفيد الاعتماد عليها في الفترة التي تلي مباشرة الإفراج على السجناء ما يلي:

1- تطمين المفرج عنه وتقوية مشاعر احترامه لذاته وإعادة ثقته بنفسه من خلال بذل الجهود لمحاولة تحقيق

هذا الأمر.

2- مساعدة المفرج عنه على فهم صعوباته ومشاعره والعمل على تبصيره بأنه مهما كانت أسباب القلق والتوتر والانزعاج التي تصيبه فإنها تزداد شدة عندما لا يفهم حدوثها.

3- رعاية المفرج عنه ومساعدته على إقامة علاقة الاحترام والثقة والمحبة وذلك من خلال التآني بإعطائه الوقت الكافي للتأقلم البطيء والمتدرج مع أسرته والمجتمع والحياة من جديد.

4- مساعدة المفرج عنه على أخذ الوقت الذي يتطلبه للتكيف وعدم جعله يشعر باستعجال الآخرين له وإنما إشعاره عملياً بأن يأخذ الوقت الذي يطلبه للتكيف.

5- مساعدة المفرج عنهم على طرح الأفكار المختلفة التي ترد على أذهانهم وعلى تطوير مهارات الاستماع والإصغاء التي تسمح له بنقل مشاعره وأفكاره بصورة كلمات إلى شخص آخر متفهم يؤازره ويصدقها وهي من الاستراتيجيات العلاجية الهامة التي على الأخصائيين النفسيين الاعتماد عليها لمساعدة السجين الخارج إلى المجتمع على فهم مشاعره وطمأنته (المبيض، دس، ص 29). ويمكن تبويب الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها مع المفرج عنهم كما يلي:

- استراتيجيات التكيف هي استجابات سلوكية أو انفعالية متعلمة قصدية وهادفة لمواجهة الضغوط والتكيف معها أو تغييرها.

- المساعدة على التفكير المتفائل.

- التخطيط لحل المشاكل.

- إعادة التقييم.

- الانتماء وتحمل المسؤولية.

- التحكم بالنفس.

- التخفيف من كرب ما بعد الصدمة (شعبان، 2013، ص 206).

وتشير (كوفاجتن) (Covington, 2002) إلى أن الأفراد المفرج عنهم يحتاجون بدورهم إلى تكوين علاقات بأفراد يمكن الوثوق بهم يدعمونهم يهتمون بهم ويستمعون لهم واقترحت بعض الأساليب لدعمهم تركز على أساليب معرفية سلوكية بالدرجة الأولى منها:

- التأكيد على الاعتماد على الذات والحق في اتخاذ القرار لأن المفرج عنهم قد يواجهون مشكلات في اتخاذ القرارات، ففي السجن كانت طاعة السلطة هي القيمة الأساسية حيث تصدر الأوامر محددة ما يجب فعله منذ الاستيقاظ وحتى الخلود إلى النوم ولا يسمح لهم تماما باتخاذ أي قرار.
- مساعدة المفرج عنهم في التعرف على "ما هو ضمن ملكيتي" و "ما هو خارج إطار ملكيتي": وذلك بهدف تحديد.

مسؤولية التصرف ويتضمن: متى يمكن اتخاذ القرار؟ بمعنى أنهم ليسوا مسئولين عن اتخاذ القرارات المتعلقة بأمور خارج تحكهم مثل سلوكيات الأفراد.

- تجنب التفكير المستقطب أو الاستقطابي: يظن البعض أن إعطاء فرصة التحدث عما حدث يجعل المفرج عنه .

غير قادر على تحمل مسؤولية أفعاله أبدا، لكن في الواقع إذا تيقن أن الطرف الثاني ينصت لروايته للحوادث التي مر بها فإن ذلك يجعله أكثر قدرة على تحديد أخطائه.

- لعب الأدوار لمواقف صعبة: كالإجابة لإقناع رب العمل بالأهلية للعمل أو إقناع رب العمل بالموافقة على التوظيف (Debi et al, 2011, P.04).

والجدير بالذكر العمل على طمأنة المفرج عنهم إلى أنه ستتتابهم بين الحين والآخر مشاعر عميقة وربما تكون متضاربة قد يفهمون بعضها كمشاعر الغضب وقد يصعب عليهم فهم بعضها الآخر أو قد يجدون صعوبة في الحديث عنها، وهنا لا بد من أن يوضح لهم أن ما يشعرون به هو عبارة عن مشاعر إنسانية طبيعية كرد فعل على أحداث وظروف غير عادية وفي هذه الحالة تلزمه المساعدة والمساندة الاجتماعية التي تعزز

شعور المفرج عنهم بالانتماء ويجعلهم يستشعرون توحدهم بالجماعة من جديد ويساعدهم على تحقيق التكيف السليم (شعبان، 2013، ص 207)، الذي يعتبر من الأهداف التي يضطلع بها علم النفس المجتمعي لمساعدة السجناء على تجاوز الأزمة التي يعيشون معاناتها عقب الإفراج عنهم وذلك في سعيه لهدم العملية التي من خلالها تؤدي الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهونها إلى أمراض نفسية، وهو يرى أن عملية تكيف المفرج عنهم تتضمن أبعاداً أيديولوجية واجتماعية ودلالات ذاتية وقيمية، ولا يمكن الوصول إلى تحقيق مستوى مقبول من الصحة النفسية للمفرج عنهم من السجون دون أخذ النظام الاجتماعي بعين الاعتبار (يوسف، 2005، ص 277). فالبيئة الاجتماعية يمكن أن تكون سبباً مباشراً في مشكلة نوعية الأداء لدى المفرج عنهم ولو لم يكونوا مصابين بأي اختلال أو عجز وذلك بسبب انعدام إمكانية الحصول على الخدمات أو بسبب التمييز أو وصمة العار التي يلصقها المجتمع به (سجولند وآخرون، 2016، ص 501)، أو بسبب الاعتقاد المجتمعي الضمني بأن السجون ومن ثم السجناء ليسوا جزءاً من المجتمع الأوسع وقد بينت دراسة استرالية حول إعادة إدماج المفرج عنهم بأن هذا الاعتقاد ارتبط ارتباطاً وثيقاً بأن السجناء غير محميين بالخدمات الإنسانية الأساسية المتاحة لباقي أفراد المجتمع. كما أن أفراد المجتمع ينظرون للخدمات المقدمة للسجناء على أنهم غير مستحقين لها على الرغم من وجود إقرار بأن السجناء يستطيعون الحصول على الدعم والخدمات في السجن وبعد الإفراج. كل هذا يدل على استبعاد المجتمع لمسؤوليته عن إعادة تأهيل المنحرفين من أبنائه ويبدو حسب تحليل نتائج الدراسة ذاتها أن تأهيل السجناء وإعادة إدماجهم في المجتمع غير مرجح طالما لم يتم نشر الوعي المجتمعي بضرورة تقبل المفرج عنهم (Borzycki & Baldry, 2003, P.03).

خلصت الباحثة من خلال محتوى هذا الفصل الذي تناول مفهوم "الضغوط التالية لصدمة الإفراج" كمتغير رئيسي أول (تابع) في الدراسة الحالية لاعتبار أن أغلب السجناء يتعرضون لحالة من التأزم في الفترة التي تعقب الإفراج عنهم مباشرة، وهي حالة تفرز مجموعة من الأعراض تشارك في ظهورها آثار البيئة السجنية على شخصية السجين وكذا الضغوط التي تفرضها الصعوبات والتحديات التي يواجهها عقب إطلاق سراحه وتقييمه

لمستوى هذه الضغوط، باعتبار أن الضغوط النفسية أصبحت من المسلمات في كونها السبب الرئيسي للأمراض النفسية الانفعالية والجسدية (الحريري، 2009، ص 71) وهو ما يعطي لمصطلح "صدمة الإفراج" المعنى الإكلينيكي للصدمة النفسية، بالإضافة إلى عنصر المفاجئة الذي يتجسد في الانتقال المفاجئ للمفرج عنه من السجن إلى المجتمع الخارجي خاصة في حالات العقوبات طويلة المدة حيث تمثل هذه المواجهة موقفا صعبا أمام المفرج عنهم بعد مغادرتهم السجن (عرسان، 1986، ص 24)، فهي مرحلة انتقالية ليست سهلة تجعلهم يعيشون ضغطا كبيرا حول كيفية مواجهة متطلبات الحياة من جديد مما ينعكس سلبا على صحتهم النفسية وتكيفهم الاجتماعي. وهذا المعنى الإكلينيكي "صدمة الإفراج" بعيد عن المعنى الإكلينيكي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) الذي له جدول إكلينيكي قائم بذاته في التصنيفات العالمية لتشخيص الاضطرابات النفسية.

إن تحديد المعنى الإكلينيكي لمفهوم "صدمة الإفراج" يشير إلى ضرورة تكفل وعلاج نفسي بالمفرج عنهم وتوظيف جهود الصحة النفسية المجتمعية من خلال استغلال مؤسسات الرعاية اللاحقة في متابعة السجناء بعد الإفراج عنهم للتخفيف من مستوى الضغوط التي يتعرضون لها والوصول بهم إلى مستوى من الصحة النفسية يضمن لهم استعادة اندماجهم وتقبلهم من جديد بين أفراد المجتمع.

وقد خلصت الباحثة أيضا إلى دور الجانب المعرفي والسلوكي في شخصية المفرج عنه في مواجهة "صدمة الإفراج" من خلال المعنى الذي يعطونه للأحداث والمواقف الضاغطة التي يواجهونها وإدراكهم السلبى لها، والمهارات التكيفية الغير سوية التي يعتمدون عليها للتكيف معها والتي تؤدي إلى اضطراب في تفكيرهم وسلوكهم يكون بدوره سببا في ظهور مشكلات واضطرابات نفسية وسلوكية، وهذا حسب تفسير نظرية الأزمة التي ترى أن التكيف غير السوي يظهر على شكل حلول سلبية وانسحابية تؤثر في حالة الفرد فيظهر عليه التوتر وتبرز الأعراض المرضية التي تؤثر سلبا على صحته الجسمية والنفسية، كما قد تؤدي إلى ردود أفعال منحرفة ضد المجتمع (بركات، 2007، ص 192). وهذا ما أكده (موس) (Moos, 1988) استنادا على نظرية الأزمة

على أن عملية التأقلم مع الأحداث الضاغطة والتصدي للأزمات تعتمد على الجهود المعرفية السلوكية التي يبذلها الفرد من خلال تقديره المعرفي لجوهر الأزمة. وقد تضمن التصدي للأزمة في ظل علم النفس المجتمعي ضرورة التقييم المعرفي للحدث الضاغط بهدف التقليل من مستوى الشعور بالضغط الذي قد يتجاوز إمكانيات الشخص في مواجهة التوتر والقلق والاكتئاب ولوم ذاته وشكوكه حولها، ويسمح بالتعامل مع المواقف الضاغطة بشكل جديد من خلال إدراك المشاعر والتسامح معها والسيطرة على ردود الأفعال الحادة.

وبهذا قد يكون العلاج المعرفي-السلوكي أنسب تدخل علاجي نفسي يمكن من خلاله خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج ومساعدة المفرج عنهم على اكتساب البصيرة الكافية للتسامح مع ذواتهم والنظر للمستقبل برؤية واضحة والتعرف على دورهم وواجباتهم فيه، وهو ما قد يقوّمهم من العودة ثانية للانحرافات السلوكية التي تعيدهم للسجن مجدداً.

بناءً على ما سبق اختارت الباحثة العلاج المعرفي-السلوكي كمتغير رئيسي (مستقل) آخر في الدراسة

الحالية والذي سنتناوله نظرياً بشيء من التفصيل في الفصل الموالي.

الفصل الثالث: العلاج المعرفي - السلوكي

أولاً: ماهية العلاج المعرفي-السلوكي

ثانياً: النماذج النظرية للعلاج المعرفي-السلوكي

ثالثاً: استراتيجيات العلاج المعرفي-السلوكي

رابعاً: العلاج المعرفي-السلوكي للضغوط / الإجهاد

خامساً: خطوات العلاج المعرفي-السلوكي

سادساً: أهمية العلاج المعرفي-السلوكي في قطاع العدالة الجنائية

توضح الباحثة من خلال هذا الفصل منحى العلاج المعرفي - السلوكي انطلاقاً من ماهيته وأهم نماذجه النظرية وبعض استراتيجياته وتطبيقاته الإكلينيكية على الضغوط والإجهاد وخطواته ومؤشرات الاستجابة له وأهمية استخداماته لنزلاء المؤسسات العقابية ومساهمته في تعديل التفكير الإجرامي، وذلك في محاولة منها للتعرف على مدى ملائمة وأهمية التدخلات العلاجية المعرفية - السلوكية للمفرج عنهم من هذه المؤسسات ومساعدتهم على خفض مستوى التوتر والإجهاد النفسي الناتج عن صدمة الإفراج بسبب الصعوبات والتحديات التي يواجهونها عقب إطلاق سراحهم خاصة عند المبتدئين منهم والمحكوم عليهم بمدة طويلة، والتي قد تجعلهم فريسة للاضطرابات النفسية الانفعالية والسلوكية باعتبار أن الجانب المعرفي - السلوكي من شخصية المفرج عنه له دور كبير في مواجهته للأحداث والمواقف الضاغطة كما تبين ذلك في الفصل السابق.

أولاً: ماهية العلاج المعرفي - السلوكي:

1- تعريف العلاج المعرفي - السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي - السلوكي على أنه تكتيك سيكولوجي علاجي يستهدف تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكه لنفسه والمحيطين به وبيئته (الوكيل، 2012، ص ص 233-234). ويجمع العلاج المعرفي - السلوكي بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي (حسين، 2007، ص 157)، ويقوم على فرضية أن عملية إعادة تنظيم معلومات وأفكار الفرد سوف ينتج عنها إعادة تنظيم سلوكه (جيرالد، 2009/2011، ص 354). ويتم تعديل السلوك المضطرب من خلال تعلم سلوكيات جديدة تحل محل السلوكيات السابقة الغير ملائمة ويكون هذا التغيير خلال مدة زمنية محددة غالباً ما تكون بين 10 إلى 20 جلسة علاجية، يتم فيها اكتساب مهارات جديدة للتكيف باستخدام عدة استراتيجيات من أجل تحقيق التغيير على أن يتم المحافظة على المكتسبات الجديدة وتوظيفها على كل المواقف المشابهة التي يمر بها الفرد في حياته (Bond & Dryden, 2002, P. 03).

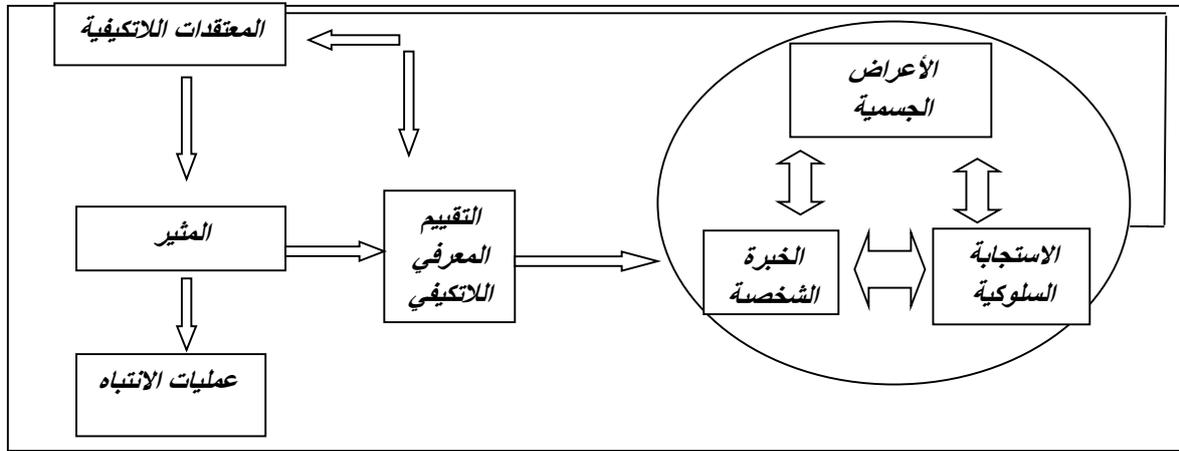
وقد عرف لويس مليكة (1994) العلاج المعرفي - السلوكي على أنه المنهج العلاجي الذي يحاول تعديل السلوك الظاهر للمريض من خلال التأثير على عمليات التفكير لديه، وذلك باستخدام أساليب عديدة في التدريب على مهارات المواجهة والتحكم في القلق كالتحصين ضد الضغوط وأسلوب صورة الذات المثالية والتدريب على التعليم الذاتي ووقف الأفكار... إلخ (لويس، 1994، ص 87).

وهناك العلاج المعرفي - السلوكي المختصر (Brief Cognitive Behaviour Therapy) وهو منحنى مختصر للعلاج المعرفي - السلوكي يتم تقديمه في عدد جلسات أقل من المتوسط الذي يقدم في العلاج المعرفي - السلوكي العادي (1-10) جلسات ليستمر العلاج في البيت، ويكون ذلك بتحديد وتقييم طبيعة مشكلة المريض بدقة إضافة إلى الاعتماد على بعض الكتيبات أو أشرطة صوتية أو برامج حاسوبية التي يزود بها المريض للحصول على التعليم النفسي أو التدريب السلوكي الذاتي دون الاعتماد على المعالج (Bond & Dryden, 2002, P. 22). وقد استخدم ألبرت أليس العلاج المعرفي - السلوكي المختصر مع الأفراد الذين يعانون من مشكلات التأقلم عند فقدان وظيفة أو تغير في وضعية حياتية لتعليمهم كيفية التعاطي مع المشكلات العملية في الحياة اليومية (جيرالد، 2011، ص 370).

ويختصر نيل ريكتور (Recto, 2010) تعريف العلاج المعرفي - السلوكي على أنه منهج علاجي تعليمي يساعد المريض في تعلم كيفية تحديد وتغيير الأفكار والمعتقدات والافتراضات المتعلقة بردود أفعال عاطفية وسلوكية سلبية وذلك من خلال رصد وتسجيل الأفكار خلال المواقف التي تؤدي لحدوث اضطراب. كما يتعلم المريض أن الطريقة التي يفكر بها هي من تساهم في إحداث مشكلات له كالقلق والاكتئاب، وأن يتعلم الحد من هذه المشكلات من خلال تحديد التشوهات المعرفية ورصد الأفكار التلقائية حول ما يجري من حوله بدل النظر في الوقائع وإعادة النظر في الأفكار التلقائية لإيجاد واستنتاج تفسيرات أخرى للمواقف التي حدثت. وحتى يكون العلاج المعرفي - السلوكي فعالا يجب على المريض أن يكون منفتحا ومستعدا لمناقشة أفكاره ومعتقداته

وسلوكياته والمشاركة في التدريبات للحصول على أفضل النتائج، كما يجب على المريض القيام بالواجبات المنزلية التي تعطى له بين الجلسات (Rector, 2010, P. 03).

من خلال التعريفات السابقة للعلاج المعرفي-السلوكي يمكن أن نستخلص بأنه منهج علاجي يهدف إلى مساعدة المريض على تعديل سلوكياته الغير توافقية واستبدالها بسلوكيات أكثر توافقا من خلال إعادة بناء أسلوب تفكيره وإدراكه لنفسه والمحيطين به وبيئته وتوقعاته لمستقبله، وذلك باستخدام مجموعة من الاستراتيجيات والأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية خلال مدة زمنية محددة.



شكل رقم (01) يبين نموذج العلاج المعرفي - السلوكي.

2- الخلفية التاريخية وتطور العلاج المعرفي-السلوكي:

تظهر التتبعات التاريخية إلى أن العلاج المعرفي كانت له بدايات تعود إلى فلاسفة الإغريق ومن بعدهم الرواقيون حيث اعتبر الإغريق أن إدراك الفرد هو من يحدد الواقع الذي يعيش فيه، كما اعتبر الرواقيون أن الطريقة التي يدرك بها الفرد الأشياء وليس الأشياء نفسها هي ما يميز سلوكياته وتطبع عليه صفة السواء أو الاضطراب (محمد ، 2000، ص 27).

ورغم هذه الجذور التاريخية إلا أن العلاج المعرفي-السلوكي يعتبر علاجاً نفسياً حديثاً نسبياً أظهر قدرة مذهلة على توفير نظرية شاملة للتطور النفسي والتعديل السلوكي ربما أكثر من أي نظرية علاجية أخرى،

كونه يؤكد على النظرة التكاملية في العلاج، وقد ظهر هذا العلاج كإنقلاب ثوري في ميدان العلاجات النفسية على افتراض أن الإنسان مخلوق عقلائي عليه أن يفهم دائما لماذا فعل ما فعل؟ كما جاء العلاج المعرفي- السلوكي كرفض للفكرة الأساسية الكبت- والمقاومة التي يقوم عليها العلاج النفسي التحليلي والتي لا تسمح ببعض الأفكار للظهور على مستوى الشعور والوعي وبذلك فهي تؤثر في سلوك الفرد بطريقة سلبية.

ويعد ظهور العلاج المعرفي-السلوكي أيضا كرد فعل على النظرة القاصرة للمعالجين السلوكيين لأهمية الجانب المعرفي في العلاج حيث نظر السلوكيون إلى المفاهيم العقلية في علوم النفس التجريبية والتطبيقية نظرة سلبية، وأن الإدراك البشري على الرغم من أنه لا يمكن إنكاره إلا أنه ليس كافيا لملاحظة السلوك البشري وتعديله. وفي الستينيات من القرن العشرين تسلت المفاهيم المعرفية إلى السلوكية بشكل مطرد من خلال أعمال بيك وأليس (Beck & Allis) وقد أظهرت الرابطة الأوروبية للعلاج السلوكي اعترافا بذلك عندما غيرت اسمها من " الرابطة الأوروبية للعلاج السلوكي " إلى " الرابطة الأوروبية للعلاج السلوكي والمعرفي " (Leahy & Dowd, 2010, P.16). وهنا يشير فرج صفوت(2008) إلى ظهور منحيين في العلاج المعرفي-السلوكي؛ منحى "التعديل المعرفي للسلوك" الذي يتضمن أساليب العلاج التي تسعى لتغيير السلوك الملاحظ والواضح من خلال تغيير التفسيرات والفروض واستراتيجيات الاستجابة التي يتبناها الفرد، ومنحى "العلاج المعرفي الحديث" الذي يركز على تغيير البنية المعرفية، ذلك أن التغيير السلوكي سيتبع بالضرورة التغييرات المعرفية المحدثة. ويمكن القول أن التعديل المعرفي-السلوكي والعلاج المعرفي-السلوكي مترادفان في الفروض الأساسية التي يقومان عليها، ومتشابهان في أساليبيهما العلاجية، وربما الاختلاف الوحيد بينهما يكمن في أن التعديل السلوكي المعرفي يسعى لتعديل السلوك الملاحظ، ويسعى العلاج المعرفي-السلوكي لتعديل البنية المعرفية في حد ذاتها (فرج، 2008، ص 295).

وتعود البداية الفعلية للعلاج المعرفي -السلوكي الحديث لأعمال ألبرت أليس وآرون بيك (Ellis.A & Beck.A, 1962) كعلاج منظم ومختصر وموجه أساسا للتعامل مع مشكلات المريض الحالية مع إعادة تشكيل

التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه، ويفترض النموذج المعرفي أن التفكير السلبي الذي يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى هو الغالب في معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك معا؛ واستمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى.

تطور العلاج المعرفي- السلوكي إلى عدة أشكال بناء على عدد من المنظرين الرئيسيين له ومن أهمها:

العلاج المعرفي للاكتئاب لآرون بيك (Beck.A (1960)، العلاج العقلاني-الانفعالي لآلبرت أليس-Rational

Emotive Therapy (Ellis, 1962)، العلاج المتعدد الاتجاهات للرازوس Multimodal Therapy

(Lazarus,1976)، التعديل المعرفي السلوكي لميكنباوم دونالد Cognitive Behavioral Modification

(Meichenbaum, 1977)، التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandura.A, Social Learning Theory

(1977)، وإسهامات مهمة لعلماء آخرين منهم جيوفاني ليوتي (1983) وميشيل ماهوني و فيتوريو جويدانو

(1991)؛ وكلها مساهمات محصت العلاج المعرفي- السلوكي منذ الدراسة الأولى التي نشرت سنة (1977)

لتجعل منه نظام علاجي متفرد قائم على نظرية موحدة في الشخصية والسيكوباتولوجيا تدعمه أدلة تجريبية

واقعية، وتميز بعلاج عملي ذي تطبيقات واسعة مدعمة ببيانات تطبيقية مشتقة بسلاسة من النظرية. فقد

أظهرت الدراسات فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، كما استخدم العلاج المعرفي-السلوكي

لبعض المرضى بأمراض عضوية ومشكلات الأطفال المدرسية، وأيضاً للمساجين (بيك، 2007/1995،

ص 17-18). إلا أن هناك جدال قائم حول فعالية العلاج المعرفي-السلوكي بالنسبة للأمراض العقلية

(Kingdon & Turkington, 2002, P. 11).

يمكن القول في الأخير أن العلاج المعرفي-السلوكي عرف تطوراً هائلاً في العقود القليلة الماضية كما قدم

ما يثبت أنه مؤثر وذو فعالية سواء على مستوى العلاج الفردي أو الجماعي وأثبتت فعالية أكثر في اضطرابات

القلق المختلفة والاكنتئاب وبعض اضطرابات الشخصية وتعاطي المخدرات، كما نجح كثيراً في الحد من

الانتكاسات (Leahy & Dowd, 2002, P. 20-25).

3- المفاهيم الأساسية في العلاج المعرفي - السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي-السلوكي على عدد من المفاهيم المعرفية الرئيسية التي تساعد على فهم الشخصية والطريقة التي تتكون بها الاضطرابات النفسية الانفعالية وهي:

أ- الأفكار التلقائية: (الأوتوماتيكية) «Automatic Thoughts»:

تمثل الأفكار التلقائية مفهوم أساسي في العلاج المعرفي-السلوكي وضعه (أرون بيك)، وعرف الأفكار التلقائية على أنها سياق من الأفكار والتأويلات التي ترد إلى العقل لا إراديا أطلق عليها اسم "الحدث المعرفي" «Cognitive event»، ولأنها تحدث بطريقة تلقائية وبسرعة خاطفة سماها أيضا بالأفكار الأوتوماتيكية. وهي عبارة عن سلسلة من الأفكار والصور العقلية التي تتوسط بين الحدث والانفعالات السلبية التي تتجم عنه ويسمىها بيك " النقر في نسق التواصل الداخلي للفرد Tapping into your internal communication system ».

تعكس هذه الأفكار في الغالب عدم القدرة على التوافق والنظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل، وينعكس المحتوى السلبي لهذه الأفكار على أداء الفرد ومشاعره وتكون هي السبب في ظهور بعض الاضطرابات خاصة منها الانفعالية كالاكتئاب والقلق والغضب واستمرارها لدى الفرد. ويسعى العلاج المعرفي -السلوكي إلى تغيير هذه الأفكار التلقائية بتحديدتها أولا باعتبارها المادة الخام التي تكونت على أساسها الاضطرابات النفسية. وقد أشار (بيك) إلى أنه كلما كان الاضطراب الانفعالي خطيرا كلما كانت هذه الأفكار التلقائية أكثر وضوحا، كما يعد التعرف على الأفكار التلقائية السلبية في كل اضطراب نفسي العنصر الهام في العلاج لأن محتوى هذه الأفكار يختلف من اضطراب لآخر وتتحدد طبقا لكل حالة فردية ومع التدريب يصبح الفرد قادرا على مراقبة أفكاره والوعي بها وينكشف مغزى الاستجابة لديه.

1- خصائص الأفكار التلقائية:

من أهم ما يميز الأفكار التلقائية ما يلي:

- واضحة ومميزة ومصاغة في أسلوب اختزالي «Short hand» يحوي إما كلمات جوهرية قليلة جدا " وحيدا، مريضا" أو صورة بصرية مختصرة أو تخيل صوت أو ابتسامة أو إحساس جسمي أو إعادة لتركيب وبناء لحدث وقع في الماضي، أو أن تأخذ شكل معرفة حدسية بدون كلمات أو صور أو انطباع حسي(حسين، 2007، ص 100).

- خالية من التشكيل المنطقي وتأتي غالبا على شكل الينبغيات « Shoulds » أو الواجبات « Musts » ينتج عنها إما إحساس بالذنب أو فقدان لتقدير الذات ودائما ما تجعل الفرد يتوقع أسوأ الأشياء، وتعتبر في نظر المريض مقبولة ومعقولة حتى وإن لم تكن كذلك تدور غالبا حول موضوع واحد فعند المكتئب مثلا هاجس واحد هو لوم الذات وانتقادها، وينسحب على كل من يتعامل معه كوالديه ورئيسه في العمل...الخ.

- تتضمن تحريفا للواقع وتشويها له، فهي التي تولد الاضطراب لدى الفرد وليس الأحداث الخارجية، وتتصف بالخصوصية الفردية ومقاومة التغيير بالرغم من وجود المنطق والدليل الذي يقتضي تغييرها لأنها انعكاسية.

- تختلف الأفكار التلقائية غالبا عن التعبيرات العامة للفرد أي أن حديث الفرد مع نفسه يختلف تماما عن حديثه مع غيره، وتعتبر متعلمة ومكتسبة من خلال سياق نمو الفرد ومن ثم يمكن محوها أو تغييرها.

2- أساليب التعرف على الأفكار التلقائية:

يستخدم المعالج المعرفي-السلوكي أساليب عديدة لإثارة الأفكار التلقائية لدى المرضى ومنها:

- الأسئلة المباشرة والحوار السقراطي.
- استخدام لحظات الانفعال القوية أثناء جلسات العلاج.
- التخيل المعرفي ولعب الدور.
- التأكيد على معنى الأحداث.

- حصر وعد الأفكار التلقائية.
- الاشتراك في المهام السلوكية وتسجيل الأفكار المصاحبة لها.
- كتابة مذكرات يومية عن التغيرات المزاجية والأفكار التلقائية.

3- تعديل الأفكار التلقائية:

يمثل تعديل الأفكار التلقائية جزءا هاما من العلاج المعرفي وبما أن الهدف من العلاج هو مساعدة المريض على اكتساب أنماط تفكير أكثر واقعية عن ذاته وعن عالمه وعن مستقبله فذلك يعني تعديل الأفكار التلقائية السلبية لديه واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وتوافقية، وهناك عدة فنيات معرفية -سلوكية تستخدم في تعديل الأفكار التلقائية وتتمثل في:

- فحص الدليل مع/أو ضد الفكرة التلقائية.
- بناء تفسيرات بديلة.
- تصميم التجارب السلوكية.
- التباعد وفض التمرکز.
- إعادة تعريف المصطلحات المستخدمة (فهم للمعنى الخاص لها).
- إعادة العزو.
- استخدام سجل الأفكار المختلفة وظيفيا (حسين ، 2007 ، ص 112).

ب-المخططات المعرفية «Cognitive Schemas»:

ترى النظرية المعرفية- السلوكية أن الأفراد يطورون منذ مرحلة الرضاعة وحتى أواخر العمر مجموعة من الاعتقادات والإدراكات والأفكار حول أنفسهم والعالم من حولهم وحول مستقبلهم، وهي التي توجه حياتهم إما سلبا أو إيجابا في مختلف جوانبها الشخصية والاجتماعية كالنجاح والفشل والتقبل والرفض والاحترام أو الازدراء، وتصبح هذه المعتقدات جزءا من تمثيلات الفرد المعرفية « Cognitive Representations » لذاته

وللعالم ومستقبله وتتعكس في الحديث الذاتي والأفكار الآلية التي تستخدم كنسق للتواصل الداخلي لدى الفرد إلا أن الأفراد يختلفون في تورطهم في هذا الحوار الداخلي، وعبر عملية مستمرة من التعلم والاكتساب يتحول هذا الحديث الذاتي إلى تقييمات للذات وللآخرين وللبيئة بمعناها الشامل والتوقعات المستقبلية، وعادة ما تكون هذه التوقعات ناتجة عن خبرات سيئة في الغالب لأحداث مرت في حياة الفرد (بيرمان، 2004، ص 190). وعلى هذا فإن المخططات المختلة وظيفيا لدى الفرد تزيد من قابلية تعرضه للمرض والاضطرابات النفسية وتسهم في استمرارها.

ويرى بيك (2007) أن المخططات المعرفية أو ما أطلق عليه " المعتقدات الجوهرية" السلبية تنقسم إلى مجموعتين : الأولى ترتبط بالإحساس بالعجز « Helplessness » وترتبط الثانية بالإحساس بعدم الحب ويتبنى بعض المرضى معتقدات جوهرية تنتمي إلى إحدى هاتين المجموعتين أو كليهما، ويعكس الأفكار التلقائية غالبا ما تكون المخططات المعرفية خفية عن المرضى ويصبح على دراية بها بعد خضوعه للعلاج أين يقوم المعالج بتوضيحها له عن طريق الأسئلة المتواصلة عن معنى أفكاره.

1- خطوات وأساليب التعرف على المخططات وتحديدها:

للتعرف على المخططات المعرفية للمريض على المعالج أن يتبع عدة خطوات وهي:

- يفترض عقليا فئة المعتقدات الجوهرية (العجز أو عدم الإحساس بالحب) التي نشأت عنها الأفكار التلقائية للمريض.
- يحدد تلك المعتقدات الجوهرية بينه وبين نفسه.
- يقدم فرضيته عن المعتقدات الجوهرية للمريض ثم يصححها بناءً على المعلومات الإضافية التي يضيفها المريض عن حياته الحاضرة ومواقف مر بها في الطفولة وردود فعله اتجاهها.
- شرح وتعليم المريض معنى المعتقدات الجوهرية وكيف تتكون بشكل عام ومعتقداته الجوهرية بشكل خاص، ومساعدته على رصد معتقداته في الوقت الحالي.

- تقييم المعتقدات الجوهرية ومحاولة تعديلها مع المريض للوصول إلى معتقدات تكون أكثر تكيفا (بيك، 2007، ص 258).

وقد أحدث المعالجون المعرفيون التكامل بين الأساليب السلوكية والتنويم واستقراء التخيلات وإعادة البناء من أجل تنشيط المخططات المعرفية وتعديل التفكير والانفعال (ليهي، 2006، ص 38).

2- فنيات تعديل المخططات والاعتقادات:

يستخدم المعالج المعرفي-السلوكي عدة أساليب في تعديل الاعتقادات والافتراضات لدى مرضى

الاضطرابات النفسية خاصة منها الانفعالية وتتمثل في:

- الأسلوب السقراطي يعتبر أهم الأساليب في العلاج المعرفي - السلوكي يتعلم الفرد من خلال إجابته على الأسئلة التي يطرحها المعالج التفكير بواقعية أكثر وإعادة تقييم أفكاره والنظر في مشكلاته بشكل مغاير.
- وزن المزايا والعيوب المرتبطة بالاعتقادات وتحديد الدرجة المئوية بالنسبة لأهمية كل من المزايا والعيوب.
- فحص الدليل مع/ ضد هذه المعتقدات وذلك بعدم إطاعة القواعد الشخصية ومراقبة ما ينتج عن ذلك.
- استخدام فنية السهم الهابط أو المنحدر الرأسي.
- مقاومة المطلقات والينبغيات وتغييرها.
- مقاومة الاعتقادات المشروطة وتغييرها.
- الواجبات المنزلية.
- اختبار الواقع ويكون بإشراك المريض في نشاطات واقعية يصعب عليه المشاركة فيها بناءً على اعتقادات جوهرية خاطئة (حسين ، 2007 ، ص ص 124-132).

ج- القواعد والاعتقادات « Rules & Belies »:

عادة ما تكون استجابات الفرد تجاه مواقف وأحداث معينة محكومة بمجموعة من القواعد وبذلك تكون استجاباته في إطار تلك القواعد التي استمدها من خبراته ومن ملاحظة الآخرين وهي بذلك تزود الأفراد

بالمعايير التي يحكمون بها على استجاباتهم من حيث فاعليتها وملائمتها للمواقف التي يمرون بها، كما تشكل الأساس الذي يبنون عليه تقديرهم وتوقعاتهم لتلك المواقف والأحكام والتقييمات لسلوك الآخرين. فالقواعد تساعد في تحديد معاني الأحداث الخارجية تعمل هذه القواعد بطريقة لا إرادية دون أن يتفطن لها الفرد وقد تكون مصاغة في صورة مطلقة وغير توافقية تتطلب إعادة صياغتها لتصبح أكثر توافقية وواقعية. ويشير (بيك، 2007) إلى أن هذه القواعد تتشكل في محورين:

- **قواعد الخطر مقابل الأمان:** وتشمل الضرر الجسدي والنفسي فالضرر الجسدي يتمثل في

تعرض الفرد لمواقف خطيرة قد تضع نهاية لحياته أما النفسي والاجتماعي فيتضمن مشاعر الاستياء والخجل والحرج عند تعرض الفرد للإهانة من قبل الآخرين وغالبا ما يكون تفكير مرضى القلق محكوما بقواعد الخطر مقابل الأمان.

- **قواعد الألم - اللذة:** عادة ما يكون تفكير الأفراد المحكومين بهذه القواعد يتطلعون لتحقيق

مكانة اجتماعية مرموقة لكنهم يعانون من صعوبات في التمتع بحياتهم وعلاقاتهم مع الآخرين والصحة الجيدة، وغالبا ما يكون تفكير مرضى الاكتئاب محكوما بقواعد اللذة مقابل الألم. ويرى (بيك) أنه عندما تتناقض القواعد التي يسلك المريض طبقا لها مع الواقع أو عندما تكون مصاغة بشكل مطلق وغير واقعي أو تستخدم بشكل مفرط أو تعسفي ينتج عنها مشكلات نفسية شخصية أو مشكلات في العلاقات الاجتماعية كثيرا ما تؤدي إلى سوء التوافق.

د- **التوقعات والمعاني والافتراضات « Assumptions »:**

1- **التوقعات:** لكل فرد توقعات تسبق مواجهته لأحداث والوقائع التي تعترض، وغالبا ما تكون مرتبطة بتوقعات نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل، وترتبط هذه التوقعات بالاضطرابات النفسية إذا كانت ذات طبيعة سلبية.

2- **المعاني:** تحدد المعاني رؤية الفرد لذاته ولغيره ولعالمه ومستقبله وهي تؤثر بشكل كبير على سلوكه وانفعالاته، فالفرد ينفعل للأحداث تبعا للمعاني التي يسبغها على هذه الأحداث وتؤلف المعاني ما يسمى بالواقع الداخلي للفرد.

3- **الافتراضات:** هي الفكرة التي تقرر أن المعنى لأي حدث يحدد شكل الاستجابة الانفعالية وكذا السلوك، أي أن الاستجابة الانفعالية التي يظهرها الفرد تجاه موقف ما تعتمد على المعنى الشخصي الذي يعطيه الفرد لهذا الحدث وتفسيراته له (حسين طه، 2007، ص ص 134-140).

❖ **العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية:**

يرى حسين طه (2007) أن الافتراضات والقواعد والمخططات الكامنة التي تتكون لدى المريض تجاه الموقف الذي يتعرض له تعمل على ظهور أفكار تلقائية سلبية عن الموقف، وبذلك يعطي المريض للموقف معاني غير واقعية وسلبية قد تؤدي به إلى اضطراب نفسي ويمكن أن تتضح العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية في الجدول أدناه:

المخططات	الافتراضات	الأفكار التلقائية
- فقدان الحب، والقيمة وعدم الاستحقاق.	- إذا كنت قادر على التأثير في الناس فسوف يحبوني. - لو بدأت الناس تعرفني فسوف يعتقدون أنني خاسر.	- هم لا يحبونني. - أنا منبوذ. - أنا شخص ممل.
- العجز	- إذا لم يساعدني أي شخص فأنا لا أستحق العيش ولن أكون قادرا على دعم نفسي.	-أنا لا أستطيع القيام بأي شيء صحيح.
- الهجر، النبذ، التخلي.	- إذا لم أحصل على طمأننة مستمرة من أحبائي فسوف أكون مهجورا ومن المستحيل أن أكون سعيدا.	-إذا تركني فمن المفزع أن أكون وحيدا، سأبقي دائما وحيدا. - سأكون حتما أنا الخاسر.

جدول رقم: (02) يمثل العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية.

هـ- التشوهات (التحريفات) المعرفية « *Cognitive Distortions* » تبين مما سبق أن النموذج المعرفي -

السلوكي يركز على أن الأفكار التلقائية تتأثر بمستويين أعمق من التفكير وهما القواعد والافتراضات والمعتقدات الأساسية أو المخططات وبذلك تكون الأفكار التلقائية سلبية نتيجة تشوهات معرفية في المستويات الأعمق للتفكير (الافتراضات والقواعد، المخططات)، فالأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالقلق والاكتئاب هي نتيجة لتشوهات معرفية أكبر على مستوى الافتراضات والقواعد والمخططات المعرفية لدى المريض (*Rector, N.D,)*

.2010, P. 10

وقد لخص (اليهي) (*Leahy, 2005*) أمثلة لتحريفات الأفكار التلقائية إلا أن هذه الأفكار المشوهة

معرفيا لا تقود المرض ما لم تنشط لديه مخططات ذاتية وافتراضات ضمنية سلبية أو مشوهة.

1	قراءة الأفكار. « <i>Maind Reading</i> »	افتراض معرفة ما يفكر فيه الآخرون دون وجود دليل واضح يثبت تلك الأفكار " هو يعتقد أنني منحوس "
2	معرفة الغيب. « <i>Fortune Telling</i> »	التنبؤ بحدوث أشياء سلبية أو خطرة مستقبلا. " سأفشل في الاختبار وسأخسر الوظيفة "
3	التفكير المأساوي. « <i>Catastrophizing</i> »	الاعتقاد بأن ما حدث أو سوف يحدث سيكون مرعبا لا يمكن تحمله أو إيقافه أو منعه. " سيكون شيئا فظيحا لو فشلت. "
4	التسمية. « <i>Labeling</i> »	أن تنسب السمات السلبية للذات وللآخرين. " أنا شخص غير مرغوب"، " هو شخص حقير أو فاسد. "
5	بخس الإيجابيات. « <i>Discounting Positives</i> »	الإيجابيات التي يحققها الفرد أو الآخرين تافهة. " من المفروض ن تكون زوجتي لطيفة معي لان هذا شيء طبيعي. "
6	الانتقاء السلبي. « <i>Negative filter</i> »	التركيز الدائم وبشدة على السلبيات ونادرا ما تلاحظ الإيجابيات. " كل هؤلاء الناس لا يحبونني. "
7	المبالغة في التعميم. « <i>Overgeneralizing</i> »	إدراك النمط العام للسلبيات على أساس انه فردي وذاتي. " هذا يحدث لي دائما يبدو أنني فاشل في أشياء كثيرة. "
8	التفكير الثنائي. « <i>Dichotomos thinking</i> »	النظر للأحداث أو الناس طبقا لمبدأ الكل أو اللاشيء،

		" أنا مرفوض من كل الناس، إنه مضيعة للوقت."
9	الينبغيات(المثالية). « Shoulds »	تفسير الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه الأشياء بدلا من التركيز على ماهية الأشياء، " أن لم يكن أدائي حسنا، فإن لم يكن ذلك فأنا إنسان فاشل".
10	العزو الشخصي. « Pesonalizing »	إرجاع سبب الأحداث السلبية للذات والشعور بتأنيب الضمير على ذلك دون إدراك أن الآخرين قد يكونون السبب " انتهى الزواج لأنني فشلت".
11	لوم الذات. « Balming »	التركيز على الآخر باعتباره مصدرا للمشاعر السلبية ورفض تحمل المسؤولية" هي من تلام على ما أشعر به الآن".
12	المقارنات المجحفة. « Unfair comparisons »	تفسير الأحداث في ضوء معايير غير واقعية. "إنه أكثر نجاح مني" الآخرون يؤدون أحسن مني في الاختبار".
13	التوجه النكوصي. « Regret Orientation »	التركيز على ما كان بالاستطاعة فعله في الماضي بشكل جيد أكثر من التركيز على ما يمكن فعله الآن، " كان يمكن أن أحصل على وظيفة جيدة لو حاولت".
14	السفسطة (ماذا لو). « What if ? »	الاستمرار في طرح الأسئلة من نوع (ماذا لو؟)، والفشل بالاعتناع بإجابة يتم الوصول لها، " ماذا لو أنني لم أستطع التنفس"، " ماذا لو أصبت بالقلق".
15	الاستدلال الانفعالي. « Emotionel Reasoning »	السماح للمشاعر بتوجيه التفسير للواقع." أنا أشعر بالاكئاب وذلك لأن زوجي غير ناجح".
16	العجز عن الموافقة. « Inability to disconfirm »	رفض أي دليل أو حجة تناقض الأفكار السلبية، "أنا غير محبوب" رفض وبدون مناقشة أي دليل على أن الناس يحبونني، "هذه ليست القضية الحقيقية هناك ما هو أعمق".
17	بؤرة الحكم. « Judgement focus »	النظر إلى الذات والآخرين والأحداث بتقييمها: حسن، سيئ، رديء، بدل الوصف والتقبل والفهم ببساطة" إذا لعبت التنس فلن يكون أدائي جيدا".

جدول رقم: (03) يمثل التشوهات المعرفية « Cognitive Distortions » (ليهى، 2005، ص ص 31-33)

4- المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي-السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي-السلوكي على مجموعة من المبادئ تعد بمثابة أساس الاتجاه المعرفي-السلوكي في العلاج تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وكل ما يرتبط بكل منها (محمد، 2000، ص 23). وقد لخص بيك (1995) المبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي- السلوكي في عشرة مبادئ أساسية:

- 1- يستند العلاج المعرفي-السلوكي على تطوير دائم للصياغة المعرفية لدى العميل.
- 2- يتطلب العلاج المعرفي- السلوكي تحالفا علاجيا سليما بين المعالج والعميل.
- 3- يؤكد العلاج المعرفي-السلوكي على التعاون والمشاركة الفعالة للعميل والمعالج معا.
- 4- يركز العلاج المعرفي- السلوكي على المشكلة وتوجيه الهدف نحو معالجتها.
- 5- يركز العلاج المعرفي- السلوكي على الحاضر (هنا - الآن).
- 6- العلاج المعرفي-السلوكي علاج تعليمي يهدف لتعليم العميل كيف يعالج نفسه ذاتيا ويؤكد على الوقاية من الانتكاس.
- 7- يتقيد العلاج المعرفي-السلوكي بوقت محدد.
- 8- يقدم العلاج المعرفي-السلوكي عبر عدد معين من الجلسات.
- 9- يساعد العلاج المعرفي- السلوكي العميل على مراقبة ردود أفعاله الناتجة عن خلل في التفكير والمعتقدات الخاطئة.
- 10- يستخدم العلاج المعرفي-السلوكي مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات لتغيير طريقة التفكير والانفعال والسلوك ("Psy ChecK",N.D) .

5- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

ذكرت برحيل جويده (2011) أهداف العلاج المعرفي-السلوكي ملخصة في النقاط التالية:

- مساعدة المريض على الوعي بأفكاره السلبية.

- مساعدة المريض على التعرف على العلاقة بين أفكاره وانفعالاته وسلوكه.
 - مساعدة المريض على تعلم مسائلة أفكاره وفحص صدقها.
 - حث المريض على إيجاد بدائل لتفسيرات أكثر واقعية لأفكاره غير الفعالة.
 - حث المريض على التدريب من خلال تمارين منزلية لها علاقة بالصعوبات اليومية التي يتعرض لها
- (برحيل، 2011، ص 101)

وبشكل عام يهدف العلاج المعرفي-السلوكي إلى مساعدة المريض على نمو وتطور المهارات المعرفية لديه من خلال أساليب معرفية كأسلوب حل المشكلات، النمذجة المعرفية، تصحيح المعتقدات الخاطئة، إعادة البناء المعرفي، بالإضافة إلى نمو وتطور المهارات السلوكية من خلال استخدام أساليب سلوكية مثل لعب الدور والواجب المنزلي. وبهذا يكون هدف هذا المنحى العلاجي هو التعديل المعرفي والسلوكي في آن واحد

(يوسفي، 2012، ص 230).

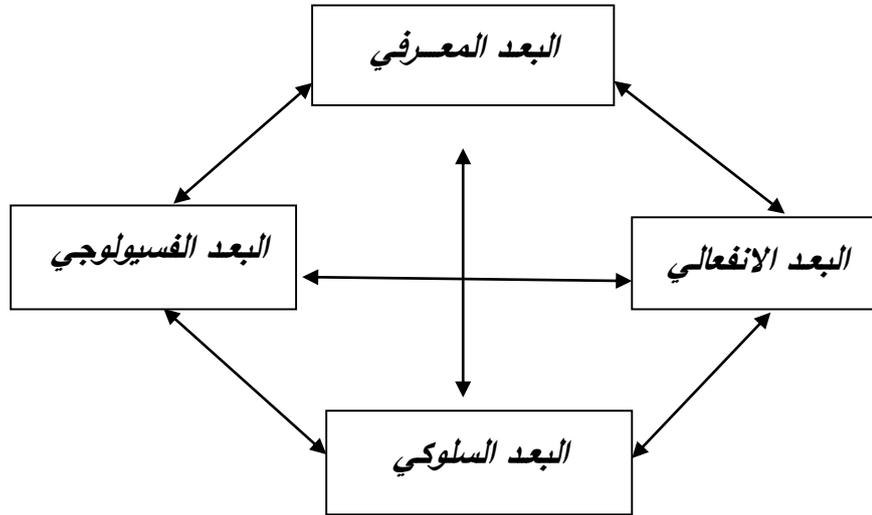
6- استخدامات العلاج المعرفي - السلوكي:

- تطرقنا فيما سبق إلى أن العلاج المعرفي - السلوكي يمكن استخدامه لعلاج شريحة كبيرة من الاضطرابات نذكر بعضها فيما يلي:
- الاكتئاب: حيث أثبتت الدراسات أن 70% إلى 80% من مرضى الاكتئاب يتحسنون باستخدام العلاج المعرفي - السلوكي إذا لم يكن مصاحباً للفصام والخرف الشديد والهوس الحاد.
- حالات العصاب: القلق، الخوف، الهلع، الوسواس القهري، الكرب.
- بعض اضطرابات الشخصية خاصة البيئية.
- الاضطرابات السلوكية والانحرافات الاجتماعية.
- علاج الإدمان والتدخين.
- حالات الضغوط البيئية والاجتماعية وحالات عسر المزاج.

- الاضطرابات شبه الجسدية كاضطرابات النوم، الشهية، الاضطرابات الجنسية (فرغلي، 2008، ص 42-43).

ثانيا: النماذج النظرية للعلاج المعرفي-السلوكي:

يركز النموذج المعرفي-السلوكي بشكل عام على أن الجانب المعرفي عامل وسيط بين الحدث والاستجابة لذلك الحدث، وأن نمط السلوك هو عبارة عن سلسلة تتكون من المثير-الأفكار المعرفية-الاستجابة. كما يرى هذا النموذج أن خبرة الإنسان تتشكل من خلال تفاعل أربعة أبعاد: البعد المعرفي، البعد الانفعالي، البعد الفسيولوجي، البعد السلوكي موضحة في الشكل التالي:



شكل رقم: (02) يبين تفاعل الأبعاد الأربع لتشكيل خبرة الإنسان في إطار المنحى المعرفي-السلوكي.

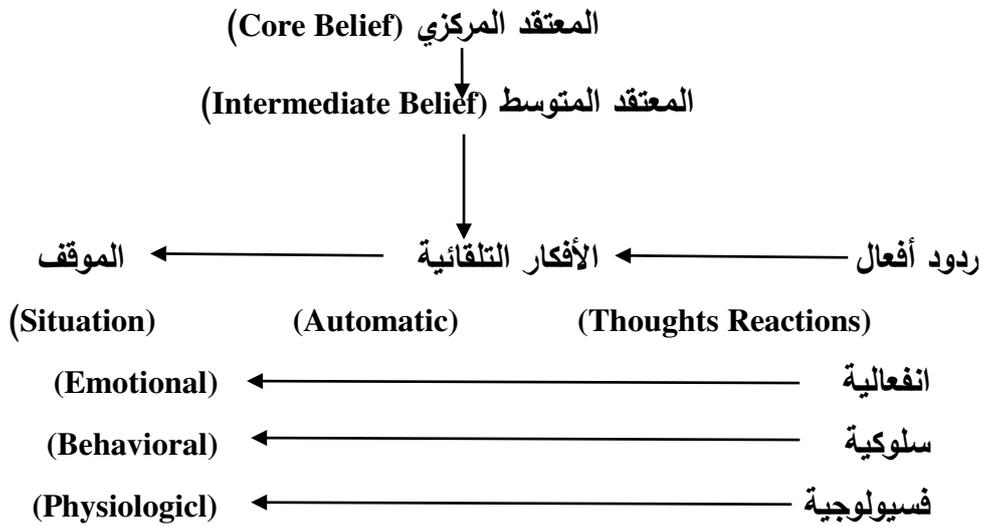
وقد تطورت نماذج مختلفة من العلاج المعرفي-السلوكي بواسطة منظرين رئيسيين ومن أهم هذه النماذج

نذكر مايلي:

1- نموذج العلاج المعرفي آرون بيك «Cognitive Model, A.beck»:

يفترض النموذج المعرفي «Cognitive Model» أن الاستجابات السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرا بمعارفنا (أفكارنا) التي تحدد الكيفية التي يدرك بها الفرد المواقف والأحداث التي يتعرض لها، وبمعنى آخر ليست المواقف في حد ذاتها هي المسؤولة عن استجاباتنا السلوكية والانفعالية وإنما إدراكنا وتوقعاتنا وتفسيرنا

(التقييم المعرفي) لهذه المواقف هو المسئول عن تلك الاستجابات. أي أننا نشعر بالقلق، أو الغضب، أو الحزن والاكئاب فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك، أي أن التقييمات المعرفية المشوهة للمواقف الناتجة عن مدركات وتفسيرات خطأ للمواقف والأحداث تؤدي إلى التوتر الانفعالي والمشكلات السلوكية والاستثارة الجسمية. وبيبين (بيك) أن التقييمات المعرفية تنتج من الأفكار الأوتوماتيكية «Automatic thoughts» هذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية وهي المخططات «Schemas» التي لدى الفرد عن نفسه وعالمه ومستقبله، وهذه المخططات تحدد الطريقة التي يفسر بها الفرد موقفا معينا ومن خلال هذا لتفسير تظهر أفكار آلية معينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف أو الحدث مم يؤدي إلى استجابة انفعالية. طور بيك من خلال هذا النموذج طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار والمعتقدات لتشجيعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية والسلوك بشكل أكثر فعالية والشعور الأفضل نفسيا (هوفمان، 2012، ص ص-1413). وقد أشارت كحلة (د س، ص 22) للنموذج المعرفي الذي وضعه بيك بالمخطط التالي:



شكل رقم: (03) يمثل النموذج المعرفي لأرون بيك (Cognitive Model, A.Beck, 1995)

وهناك عدد من الأساليب التي تستخدم خلال هذا النموذج العلاجي منها:

- التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها: تعد الأفكار التلقائية أفكارا

سلبية تؤثر على قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية لا تتلاءم مع الموقف وغالبا لا يكون الفرد واع بها إلا بعد التدريب على تحديدها والعمل على تصحيحها.

- **الإبعاد والتركيز:** عندما يتعرف المريض على أفكاره التلقائية السلبية وتكون نظرتة لها أكثر موضوعية فانه يحاول "إبعادها" والتخلص منها أو أنه "يركز" على عملية تعديلها للتكيف مع الموقف أو الحدث.

- **ملأ الفراغ:** تتوسط الأفكار الموقف الذي تعرض له المريض وردود فعله اتجاهه ويمكن أن يقوم المعالج بملأ هذه الفجوة من خلال تعليم المريض أن يركز على تلك الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة.

- **الوصول إلى دقة الاستنتاجات:** ويتم ذلك بتدريب المريض وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة ومساعدته القيام بعملية الاستنتاج وتحديد وتمحيص تلك الاستنتاجات وتقييمها في ضوء الواقع.

- **التخلي عن المطالب:** وتعني تخلص المريض من مجموعة الواجبات المطلقة «Musts» أو الينبغيات «Shoulds» التي تسبب له الخوف والقلق والكرب، والواجب على المعالج هنا أن يقوم بتعليم المريض أن يضع قواعد بديلة تساعد المريض على التكيف أكثر مع المواقف وتقيه من الإصابة بالاضطرابات مجددا (محمد عبد الله، 2000، ص 79-80).

2- نموذج العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي لألبرت أليس «Ellis.A,1962».

يعد العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي (REBT) «Rational Emotive Behavior Therapy» أول نسخة من النماذج السلوكية المعرفية ولا زالت تشكل المقاربة المعرفية السلوكية الرئيسية إلى يومنا هذا، وهي تشترك مع مقاربات أخرى في الكثير من عناصرها خاصة مع المقاربات التي يدخل في تكوينها الاتجاه المعرفي السلوكي إضافة إلى تأكيدها على التفكير، إصدار الأحكام، اتخاذ القرارات، التحليل والممارسة العملية. والفرضية

الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج (REBT) هي أن عواطفنا تتبع أساسا من معتقداتنا وتقييماتنا وتفسيراتنا وردود أفعالنا للمواقف التي نمر بها في حياتنا. وخلال العملية العلاجية يتعلم العملاء مهارات تساعد على تحديد ومعرفة المعتقدات الخاطئة التي اكتسبوها وأصبحت جزءا من تركيبتهم وإيدولوجيتهم، ويتعلم العملاء كيف يستبدلون هذه المعتقدات الخاطئة والغير فعالة في التفكير بمعارف عقلانية وأكثر فعالية. ونتيجة لهذا التغيير في الأفكار تتغير انفعالاتهم تجاه المواقف (جيرالد، 2011/2009، ص 355).

والجدير بالذكر أن نموذج (بيك) يعتبر أكثر عمقا على المستوى المعرفي ويشكل تطورا كبيرا لنموذج (ألبرت أليس) الذي يعتمد على نظام الافتراضات المعرفية الخاطئة فيما يعتمد (بيك) على نظام الأفكار الآلية المرتكز على نواة من نظام المعتقدات العميقة حول الذات والعالم والمستقبل، إلا أن كلا النموذجين يتفقان على أنه في المرض النفسي تسيطر ردود الفعل الانفعالية السلبية على الشخص وسلوكه. فالإنسان يقع فريسة للاضطرابات والمعاناة والقلق والاكتئاب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات. وفي المقابل فإن الشخص المعافى هو من يتمتع بنظام معتقدات واقعي في النظرة إلى الذات والآخرين والعالم الذي ينتج عنه سيادة التفكير الإيجابي في المواقف الحياتية (حجازي، 2004، ص 42).

3- نموذج دونالد ميكنباوم تعديلات على العلاج المعرفي-السلوكي Meichen-Baums. D

« Cognitive behavior modification » (CBM)

يعرف هذا النموذج بالتحصين ضد الضغوط النفسية « Stress inoculation » يستخدم خلاله تعليمات تجريبية تقوم أساسا على الحديث الذاتي الذي يساعد على حدوث قدر معقول من التحسن (محمد ، 2000، ص 75)، فقد ركز (ميكنباوم) في نموده على تغيير الجانب اللفظي والشفوي للذات « Self-Verbalisation » حيث ينظر إلى أن الأفكار أو الجمل والتعبيرات التي يخاطب بها الفرد ذاته تؤثر على سلوكه بنفس الأثر الذي تتركه تعبيرات شخص آخر. إن الركيزة الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج هي أن المرضى يجب أن يلاحظوا أنفسهم كيف يفكرون ويشعرون وكيف يسلكون وعليهم أيضا أن يلاحظوا الأثر الذي يتركونه على

الآخرين، وحتى يحدث التغيير يحتاج العميل أن يغير طبيعة سلوكه حتى يستطيع أن يقيم سلوكه تبعاً للمواقف المختلفة.

يحاول ميكنباوم من خلال نمودجه (CBM) مساعدة العملاء على تدريب الذات وتوجيهها- *Self* « *instructional training* ليصبحوا أكثر وعياً حول حديثهم مع أنفسهم « *Self-talk* ». وتتكون العملية العلاجية من تعليم العملاء تصميم جمل إخبارية عن ذواتهم « *Self-statments* » ثم تدريبهم ليعدلوا الإرشادات التي يلقنون أنفسهم بها حتى يتمكنوا من التأقلم بفاعلية أكثر مع المشاكل التي يواجهونها. حيث يقوم المعالج مع العميل بالتدرب على نوع من التعليمات الإرشادية للذات « *Self-instructions* » والسلوكيات المرغوبة بها عن طريق لعب الدور التي تشبه المواقف الواقعية للمشكلة في حياة العميل اليومية، حيث يركز المعالج على اكتساب العميل لمهارات كيفية عملية للمواقف المشككة مثل السلوك العدواني، الخوف... الخ.

ويلعب إعادة بناء الجانب المعرفي دوراً أساسياً في نموذج بيكنباوم (CBM)، حيث يصف البناء المعرفي كجانب تنظيمي للتفكير وتوجيه واختيار له، فالبناء المعرفي يتضمن العامل التنفيذي- الذي يمسك بمخطط التفكير- الذي يقرر متى يستمر التفكير ومتى يتدخل ومتى يتغير التفكير. ويرى ميكنباوم أن السلوك يتغير من خلال عمليات تفكير تأملية متتابعة تتضمن تفاعل الحديث الداخلي مع التراكيب المعرفية والسلوكيات ثم النتائج التي تحدث من هذا التفاعل الكلي، وأن هناك ثلاثة مراحل للتغيير تتشابك مع بعضها لتحقيق التغيير في السلوك وهي:

✓ المرحلة الأولى: ملاحظة الذات « *Self-observation* »:

تتضمن هذه المرحلة تعليم العملاء كيفية ملاحظة سلوكياتهم عن طريق زيادة حساسيتهم تجاه أفكارهم، مشاعرهم، أعمالهم، استجاباتهم الفسيولوجية، والطرق المختلفة لردود أفعالهم نحو الآخرين، كما عليهم أن يعرفوا أنهم ليسوا ضحايا أفكار ومشاعر سلبية وإنما هم مساهمين في مشكلاتهم بسبب ما يخبرون به أنفسهم من خلال الحوار الداخلي المشحون بالتعبيرات والجمل الإخبارية السلبية والخيالية للذات. والعامل الحساس هنا هو

رغبتهم وقدرتهم للاستماع لأنفسهم بالإضافة إلى الجهد التعاوني مع المعالج. أن هذه المرحلة على ضرورتها إلا أنها غير كافية لأحداث التغيير (جبرالد، 2011/2009، ص ص 383-384).

✓ المرحلة الثانية: البدء بحوار داخلي جديد «Internal dialogue»:

بعد أن يتعلم العملاء في المرحلة الأولى ملاحظة سلوكياتهم غير التكيفية ينتقلون في هذه المرحلة بمساعدة المعالج إلى تعلم تغيير الحوار الداخلي «Internal dialogue»، هذه العملية لها تأثير على البناءات المعرفية حيث يعمل الحوار الداخلي الجديد كموجه لسلوك جديد للعملاء من خلال تعلم البدائل السلوكية التكيفية التي تساعدهم على تجاوز مشكلاتهم الحياتية.

✓ المرحلة الثالثة: تعلم مهارات تكيفية جديدة «Coping skills»:

تتضمن هذه المرحلة تعليم العملاء مهارات تكيفية أكثر فعالية التي تمارس في مواقف حياتية واقعية وفي ذات الوقت يستمر العملاء في التركيز على التحدث مع أنفسهم بعبارات وجمل جديدة ثم ملاحظة وتقييم النتائج، عندما يسلك العملاء بشكل مختلف في الموقف فسوف يحصلون على ردود أفعال مختلفة من الآخرين. يتأثر استمرار وبقاء ما تعلمه العملاء بدرجة كبيرة لحديثهم الداخلي لأنفسهم عن سلوكهم الجديد الذي اكتسبوه ونتائجه. وقد تم وضع برامج لاكتساب المهارات التكيفية تركز على تطبيق استراتيجيات التطعيم أو التحصين ضد الضغوط «Stress inoculation» وذلك لتعليم العملاء تقنيات إدارة الضغوط عن طريق أساليب في تعديل جوهر معتقداتهم بإتباع عدة إجراءات:

- تعريض العملاء إلى مواقف مثيرة للقلق عن طريق لعب الدور والخيال.
- الطلب من العملاء تقييم مستوى لقلق.
- تعليم العملاء بأن يصبحوا على وعي بإثارة القلق للجوانب المعرفية عند تعرضهم للمواقف الضاغطة.
- مساعدة العملاء ليفحصوا هذه الأفكار عن طريق إعادة تقييم جملهم الإخبارية الذاتية.

- يطلب من العملاء أن يكتبوا ملاحظاتهم عن مستوى القلق الذي يلي هذا التقييم (جيرالد 2011/2009، ص 385-388).

ثالثاً: استراتيجيات العلاج المعرفي - السلوكي:

يستخدم العلاج المعرفي-السلوكي العديد من الاستراتيجيات بعضها معرفي مثل التعليم (التثقيف) النفسي « Psycho-Education » الذي يقوم على فنيات المحاضرات والمناقشات والتعرف على الأفكار اللاعقلانية أو الأوتوماتيكية وتعديلها وإعادة البنية المعرفية والعلاج الموجه بالاستبصار والمقابلة الإكلينيكية والمراقبة الذاتية، والبعض الآخر يمثل استراتيجيات انفعالية كالوعظ العاطفي إضافة إلى لعب الدور والنمذجة. كما يستخدم العلاج المعرفي-السلوكي استراتيجيات سلوكية مثل الواجبات المنزلية والاسترخاء والاشراط الإجرائي كالتعزيز والعقاب وإشراط تخفيف القلق والتخيل العقلاني والتحصين التدريجي وفقد الحساسية المنظم، إضافة إلى استراتيجيات تدعيمية منها تحويل الاهتمام والتخلي عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية. وهناك استراتيجيات مواجهة يستخدمها هذا المنحى العلاجي وتتمثل في التحصين ضد الضغوط والتدريب على إدارة القلق والتشغيل الانفعالي وحل المشكلات والتدريب على المهارات الاجتماعية (محمد، 2000، ص 149).

وقد استنتجت الباحثة بعض الاستراتيجيات المعرفية-السلوكية من خلال اطلاعها على الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية والمشكلات النفسية-الاجتماعية للمساجين والمفرج عنهم، وكذا الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية التي خضعت لها هذه الفئة التي يمكن تطبيقها على المفرج عنهم في محاولة لمساعدتهم على مواجهة وتجاوز ضغوطات الفترة التالية للإفراج مباشرة وتتمثل في:

1- استراتيجية الاسترخاء:

تعتمد استراتيجية الاسترخاء على تعليم المرضى الاسترخاء العضلي العميق مع التنفس ببطء وبعدم يصل المريض إلى درجة عميقة تعرض عليه المشكلات المسببة للقلق والتوتر الخارجية والداخلية مع الاستمرار في تخيلها حتى يطمئن المعالج من أنها لم تعد تستثير القلق والتوتر لدى المريض (بارلو، 2015، ص 355).

ويرجع الفضل الأول في استخدام الاسترخاء للتخلص من حالات التوتر والانفعال إلى العالم جاكوبسون «jacobson, 1912». تستخدم استراتيجية الاسترخاء مع جميع أشكال القلق أو الانفعالات لوجود علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لأي حالة وجدانية، فإذا زال التوتر العضلي فإن مشاعر الفرد الانفعالية تنخفض أو تتعدل، كما تعتمد استراتيجية الاسترخاء على التأمل وعلى عملية توليد الأفكار (Autogenic) بواسطة الإيحاء الذاتي. ويجب على المعالج أن يدرّب المريض على الطريقة التي سوف يستخدمها في الاسترخاء لإزالة القلق أثناء الجلسة من أجل نقل هذه الخبرة إلى مواقف الحياة اليومية حيث تصادف المريض مواقف مقلقة وموترة فيكون واعياً بها. ويرى جيمس لافلور (Lafleur.J,1979) أن استخدام الاسترخاء في العلاج يعد مهارة بحاجة إلى التدريب المنظم والمكثف حيث يطبقها المريض خلال جلسات العلاج (06-10) جلسات يخصص لها من (20-30) دقيقة، ويطلب من المريض عمل تدريبات يومية كواجبات منزلية حتى تتشكل لديه في النهاية عادات الاسترخاء من خلال تكرار التدريبات (الزراد، 2008، ص ص 121-125).

2- استراتيجية تأكيد الذات « Assertiveness » :

يشير مفهوم تأكيد الذات عند أغلب المعالجين النفسيين إلى الاتجاه السلبي للمفهوم أي من حيث أنه مظهر من مظاهر النقص في التعبير عن الرفض والمعارضة والعدوان والغضب أو الضيق والألم، وبذلك يكون التدريب ضروري لدى الكثير من حالات عدم الثقة بالنفس، والانسحاب والشعور بعدم الكفاءة الشخصية. إلا أن مفهوم " تأكيد الذات " يتضمن أيضا اتجاها إيجابيا يتمثل في التقبل والاستحسان والاهتمام والحب والود والمشاركة والإعجاب ونتائجها بهذا المعنى تساعد على انخفاض مستوى القلق والقدرة على تكوين علاقات إنسانية وثيقة، واحترام الذات، ومقدرة على التكيف الاجتماعي الفعال. بمعنى أن مفهوم "تأكيد الذات" يعني بشكل عام حرية التعبير الانفعالي وهو ما طلق عليه لازاروس " الحرية الانفعالية" كمفهوم عام يشمل الجانبين

الاجيبي والسلبى لمفهوم تأكيد الذات. وهناك مجموعة من الأساليب أثبتت الدراسات والبحوث فاعليتها في تدريب المرضى على تأكيد ذاتهم أهمها:

- الأساليب اللفظية: التي يطلق عليها أحيانا "تنطيق المشاعر" «Feeling Talk» أي تحويل

الانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة في حالات الانفعال المختلفة مع الصدق والأمانة المصاحب للشكل الانفعالي السائد والشعور المسيطر على الشخص.

- أسلوب تجريد انفعالات الآخرين من محتواها: ويكون عن طريق تجاهل الحديث (الرسالة) التي

تأتي من الغير بشكل انفعالي غاضب أو عدواني وأن يوجه العميل تركيزه على حقيقة الشخص الغاضب وهو ما يجعله غير مستعد للدخول في مناقشته مالم يهدأ وذلك بهدوء وبإصرار، وهذا الأسلوب يجنب العميل الدخول في معركة لم تبدأ ولم يستعد لخوضها (عبد الستار، 2011، ص ص 141-161).

- أسلوب ضبط النفس «Self-Discipline»: وتعني تدريب العميل على ضبط نفسه في المواقف

التي تتضمن صراعا؛ وقد تحدث كارسون وأوديل (Karson & O'Dell, 1976) عن ضبط النفس على أنها قدرة الفرد على حجز القلق وبذلك يمكن للفرد التحكم في انفعالاته وسلوكه بشكل عام. ويمثل ضعف ضبط النفس من الناحية الإكلينيكية إلى عدم قدرة الفرد على حفظ عواطفه بصورة منظمة وكلما انخفضت درجة ضبط النفس كلما تسبب ذلك في ظهور اضطراب القلق.

3- التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية:

ترتبط استراتيجية اكتساب المهارات الاجتماعية بالاستراتيجيات السابقة خاصة استراتيجية تأكيد الذات ذلك أن الافتقار لمهارات تأكيد الذات يؤدي بالبعض إلى العجز عن اكتساب المهارات الاجتماعية الضرورية لممارسة علاقات اجتماعية فعالة. ويعود ذلك لأسباب شخصية كوجود تاريخ مزمن من القلق الاجتماعي أو الاكتئاب، كما يمكن أن يكون راجع لأسباب اجتماعية وذلك عندما تكون الأساليب التوكيدية غير مرغوبة اجتماعيا أو تتعارض مع بعض الأشخاص في مواقع السلطة. ومن أوجه القصور في السلوك الاجتماعي عند

البعض العجز في التعامل مع المشاعر الخاصة في المواقف الاجتماعية اليومية والصمت عندما يتطلب الأمر التعبير عنها أو التعبير غير الملائم عن مشاعرنا الحقيقية مثل الغضب واستخدام اللغة البدنية للتعبير في موقف يتطلب قدرة عالية على ضبط النفس (البحيري، 2005، ص 23). وغالبا نجد الفرد الذي يعاني من قصور في السلوك الاجتماعي يرصد استجابات الآخرين له بكل دقة ثم يحس رأبهم فيه في ضوء حدسه، وتقييم الفرد لصورته الاجتماعية يتوقف إلى حد كبير على تقييمه للانطباع الذي يُحدثه في الآخرين، ففكرته عن صورته الاجتماعية السلبية قد تغطي على مفهومه عن ذاته وتخترق تصوره عن نفسه (بيك، 2004، ص 36). وتري جيرالد (2011) أن الأفراد الذين يخبرون مشاكل نفسية -اجتماعية بسبب مصاعب في التفاعل الاجتماعي هم المرشحون للتدريب على المهارات الاجتماعية، ويضمن هذا التدريب التربوية النفسية والتدريب على إدارة الغضب والتدريب على تأكيد الذات للأفراد الذين تنقصهم مهارات التأكيد (جيرالد، 2011، ص 325).

كما يستخدم المعالج المعرفي-السلوكي النمذجة ولعب الدور كاستراتيجيات لمساعدة العميل في مواجهة الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية ومواجهة القلق الناجم عنها. وقد تستخدم استراتيجية لعب الدور (تمثيل الدور) كطريقة أيضا للعلاج بحيث يقوم العميل بتحديد الموقف المهدد ويمثله بنفسه أو مع المعالج عدة مرات حتى يتقنه ذلك سيساعده في اكتساب الكثير من القدرة للتغلب على القلق عند المواجهة الفعلية للموقف المهدد (عبد الستار، 2008، ص 83).

4- استراتيجية حل المشكلات « Problem Solving Therapy »:

يعرف أبو رحمة خلف (2010) استراتيجية حل المشكلات على أنها عملية سلوكية معرفية موجهة ذاتيا يحاول الفرد من خلالها تمييز الحلول أو اكتشافها لحل مشاكل تواجهه في الحياة اليومية. وللجوانب المعرفية دور في حل المشكلات ومهارات التعامل وذلك بتبصير العميل بغياب مهارات تكيفية ومعرفية معينة عليه تعلمها، ويركز بعض المعالجين من بينهم (ميكينوم) على مهارات المواجهة (إسماعيل، د س، ص 12).

وتعتبر إستراتيجية حل المشكلات مقارنة علاجية صممها (جاي هالي) (1976) وهي تختلف عن باقي الاستراتيجيات العلاجية بتركيزها على السياق الاجتماعي والمشكلات الإنسانية، ويعتقد (هالي) أن الناس لا يصنعون المشكلات بأنفسهم وإنما استجابة للبيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، وبهذا فإن العلاج بحل المشكلات يحدد المشكلة بوصفها سلوكا معيناً هو في واقع الأمر جزء من سلسلة أفعال بين عدة أشخاص.

5- استراتيجية اتخاذ القرار «Decision- Making»:

ترى جوديث بيك (Beck.J 1995) أنه من المعروف أن المرضى يجدون صعوبة في اتخاذ القرارات، وهنا يقوم المعالج المعرفي-السلوكي بتعداد مزايا وعيوب كل خيار مع مريضه، وهو ما يساعد على تصميم نظام لوزن كل خيار ثم الوصول إلى نتيجة مناسبة ومنها إلى الخيار الأفضل (بيك، 2007/1995، ص 296). ويرى (بيك) (2004) أن الأهم من الوصول إلى اختيار مناسب واتخاذ القرار بتنفيذه هو المشاركة الإيجابية للمريض في تحديد المشكلة ووضع خيارات متعددة وتأملها توفر معلومات أكثر بكثير مما تتيحه أي طريقة أخرى، وأن مشاركة المريض في صنع القرار تساعد على تنفيذه. وبهذا يتعلم المريض كيف يتخذ قراراته ويختارها لحل مشكلاته مستقبلاً، كما أن إحساس المريض بالتحكم والسيطرة الذي يحدث من خلال حل إحدى المشكلات كثيراً ما يشجع المريض على تناول بقية مشكلاته العالقة والتي لم يتمكن من حلها سابقاً، وبهذا لا يكون هدف العلاج هو التحرر من المشكلات الأصلية فحسب ولكن هو أيضاً يمثل تغير سيكولوجي دقيق يؤهله لمواجهة الصعوبات والمشكلات الجديدة (بيك، 2004، ص 185).

6- استراتيجية التحصين (التطعيم) ضد الضغوط والقلق «Stress inoculation»:

استخدم ميكنباوم معظم الاستراتيجيات المعرفية السابقة إضافة إلى أساليب معرفية (الأسئلة السقراطية، إعادة بناء الجانب المعرفي، تعديل المواقف البيئية... إلخ) لتطوير إجراءات التحصين ضد التوتر والقلق التي تمثل تطعيم السلوكيات والمظاهر النفسية للفرد تماماً كالتطعيم للمناعة على المستوى البيولوجي له، حيث يتعرض المريض إلى مواقف تحمل مثيرات توتر بدرجة خفيفة ويطلب منه التعامل معها بأساليب ناجحة تساعد

تدرجياً لتطوير نوع من التحمل لمثيرات أعنف في المستقبل. إن فرضية هذا التدريب تنص على أنه باستطاعتنا التأثير على قدراتنا للتأقلم مع التوتر والضغط عن طريق تعديل معتقداتنا وحديثنا مع أنفسنا عن أدائنا تحت المواقف الضاغطة. هذه الاستراتيجية تعتبر كمقاربة صممها ميكنباوم لتعليم مهارات التكيف التي يمكن تطبيقها على المشاكل الحالية والمستقبلية للمريض ويمكن استعمالها لأهداف علاجية ووقائية للأفراد الذين عاشوا تجارب التوتر والضغط كالتي يعيشها السجناء في الفترة التي تلي مباشرة الإفراج عنهم.

وقد صمم ميكنباوم نموذجاً من ثلاثة مراحل للتطعيم ضد التوتر والضغط:

1- مرحلة تأطير المفهوم التربوي:

يتم خلال هذه المرحلة مساعدة العملاء على فهم أفضل لطبيعة التوتر وإعادة وضع المفهوم في الإطار الاجتماعي التفاعلي وذلك بتزويدهم بالإطار المفاهيمي بتعابير بسيطة تعمل على تثقيف العملاء للطرق المختلفة التي يستجيبون بها اتجاه المواقف الضاغطة المشحونة بالتوتر، ويتعلمون الدور الذي تلعبه المعارف والانفعالات في خلق التوتر والحفاظ عليه من خلال حوار تعليمي أو حوار سقراطي أو توجيه العميل لاكتشاف ذاته، إذ غالباً ما يشعر العملاء في بداية العلاج أنهم ضحايا ظروف خارجية أو ضحايا أفكار ومشاعر وسلوكيات لا قدرة لهم للسيطرة عليها فيصبحوا أكثر وعياً عن دورهم في خلق مشكلاتهم وقلقهم من خلال الملاحظة المنهجية لأحاديثهم الداخلية ومراقبة سلوكياتهم غير الكيفية التي تتشكل بسبب هذا الحوار الذاتي. وعادة ما يحتفظ العملاء بدفتر ملاحظات مفتوح يستمر معهم طيلة مراحل العلاج وعلى المعالج أن يكون مرناً مع عميله وهو يستخدم تقنياته العلاجية واضعاً في اعتباره ثقافة العميل وظروف الموقف المرتبط به.

2- مرحلة اكتساب المهارات والاندماج ثم عمل البروفات:

يركز المعالج في هذه المرحلة على مد العملاء بتقنيات تكيفية معرفية وسلوكية لتطبيقها في المواقف الضاغطة المشحونة بالتوتر، وتتضمن هذه المرحلة أداء مباشرة يشمل جميع المعلومات، التعلم وبشكل خاص عن المواقف التي تجلب التوتر، استخدام مختلف الاستراتيجيات للتقليل من الضغط، التدريب على التأقلم

المعرفي الذي من خلاله يتعلم العملاء أن السلوكيات التكيفية وغير التكيفية مرتبطة بالحوار الذاتي ويتمكنون من اكتساب منظومة جديد من الحوار الداخلي يتدربون عليه، وقد طرح ميكناوم بعض أمثلة الحديث التكيفي الذي يتم التدريب عليه في هذه المرحلة من خلال الأسئلة التالية:

- ماذا علي أن أفعل لمواجهة مسببات الضغوط والقلق؟ وهل باستطاعتي تطوير خطة للتعامل مع التوتر والقلق؟

- كيف لي المواجهة والتعامل بما أو بمن يسبب توتري؟ وكيف لي أن أواجه هذا التحدي؟ وماهي أفضل الطرق لذلك؟

- كيف أتأقلم مع المشاعر الطاغية الغامرة؟ وكيف لي أن أسيطر على مخاوفي؟ وماذا سأفعل بالوقت الحاضر؟

- كيف يمكنني أن أعزز حديثي مع نفسي؟ وكيف أكافئ نفسي؟

3- مرحلة التطبيق والمتابعة:

يتم في هذه المرحلة تنظيم انتقال التغيير والحفاظ عليه من موقف العلاج إلى الحياة اليومية، ولأن تعليم مهارات التأقلم عملية معقدة وجب على العملاء التدريب على الحديث الداخلي المتعلم ليساعد على تطبيق المهارات الجديدة في مواقف حياتية واقعية، بالإضافة إلى مشاركتهم في العديد من العمليات والنشاطات كالتخيل والتدريب السلوكي (البروفات)، لعب الأدوار، النمذجة، الممارسة الحية. وعندما يصل العملاء إلى فهم وتعلم المهارات التكيفية السلوكية-المعرفية يبدوون في التدريب على الواجبات المنزلية التي هي ضرورية في تسجيل مدى تقدم العلاج وتبين دافعية ورغبة العميل في الشفاء، وتسمح بفحص الأسباب وراء عدم القيام بها. كما يتم في هذه المرحلة تدريب العملاء على الوقاية من الانتكاس «Relapse prevention»، ويتضمن هذا التدريب القيام بإجراءات لمعالجة النكسات المحتملة المحتملة مواجهتها عندما يحاول العملاء تطبيق ما تعلموه في

حياتهم اليومية. وتستغرق جلسات المتابعة والدعم عادة من 3 إلى 12 شهر حتى يتمكن العملاء من صقل مهاراتهم التكيفية.

وبهذا يمكن اعتبار التدريب على التطعيم ضد الضغوط والتوتر «Stress inoculation training» جزءاً من برامج إدارة الضغوط والتوتر المستدام الذي تمتد فوائده إلى المستقبل، وهو ما تحتمل الباحثة أن يعود بالإيجاب إذا تم تطبيقه على فئة السجناء المفرج عنهم الذين يعيشون حالة مستدامة من الضغوطات اليومية على جميع الجوانب الصحية (بجانبيها الجسمي والنفسي) والاجتماعية والاقتصادية (جيرالد، 2011/2009، ص ص 386-388).

رابعاً: العلاج المعرفي-السلوكي للضغوط /الاجهاد:

1- الضغط النفسي كتهديد مباشر (Stress as perceived threat):

تعرف الضغوط أو المشقة بطرق متعددة نظر لكونها عنصر رئيس في جميع الاضطرابات والأمراض إلا أنه يمكن تصورها على أنها خبرة ذاتية للكرب كاستجابة للمشكلات المدركة للبيئة وقد ابتكر المتخصصون مقاييس وطرقاً متنوعة لقياس الضغوط الحياتية (كرينج وآخرون، 2016، ص 162).

هناك من عرف الضغوط على أنها أي مؤثر خارجي أو داخلي حقيقي أو تخيلي يؤدي إلى استجابة الجهاز التنفسي والعصبي ليتوافق أو يتكيف مع التغيير الذي يواجهه، قد يتكيف الشخص بشكل خاطئ عند حدوث الضغوط مما يؤدي إلى الإحباط الذي يفضي إلى اضطرابات سلوكية كالإدمان والإجرام والإرهاب والعدوان والسلوكيات الهستيرية، كما تسبب الضغوط القلق والتوتر الذي يعبر عن حالة من عدم الراحة نتيجة علاقة مضطربة بين الشخص وبيئته ينتج عنها أعراض جسمية وعقلية وسلوكية واجتماعية.

توجد عدة أنواع للضغوط أهمها:

- الضغوط الانفعالية: تشمل القلق، الاكتئاب، المخاوف.

- الضغوط الأسرية: تشمل المجادلات، الصراعات، الانفصال، الطلاق، تربية الأطفال، وجود أطفال مرضى أو معاقين.

- الضغوط الاجتماعية: وتشمل التفاعل مع الآخرين، كثرة اللقاءات أو قلتها، صراعات مع الرؤساء والمشرفين، قلة المكافآت، زيادة المسؤوليات ... الخ.

- ضغوط التغيير والانتقال: السفر، الهجرة، تغيير المسكن، الإقامة، العمل ... الخ.

- الضغوط العضوية: وتشمل الأمراض، صعوبات النوم، الإجهاد الشديد ... الخ (فرغلي، 2008، ص 107).
تظهر مؤشرات تنذر بحدوث الضغط والإجهاد وتزايدهما وتتمثل في الأعراض التالية:

• الأعراض الجسدية:

وتشمل التوتر والرعدة وتزايد التعرق، آلام العضلات خاصة الرقبة والأكتاف والظهر والجزء السفلي تحديداً، ضغط الفكين أو احتكاك الأسنان، الصداع بأنواعه: نصفي، دوري، توتري، اضطرابات النوم، اضطراب الشهية، عسر الهضم والقرحة أو الإثني عشر، الإمساك، الإسهال المغص، اضطرابات جلدية، التعب وفقدان الطاقة.

• الأعراض الانفعالية:

تشمل سرعة الانفعال والعصبية وسرعة الغضب وتقلب المزاج، العدوانية واللجوء للعنف، الاستنزاف الانفعالي أو الاحتراق النفسي، سرعة البكاء والاكئاب.

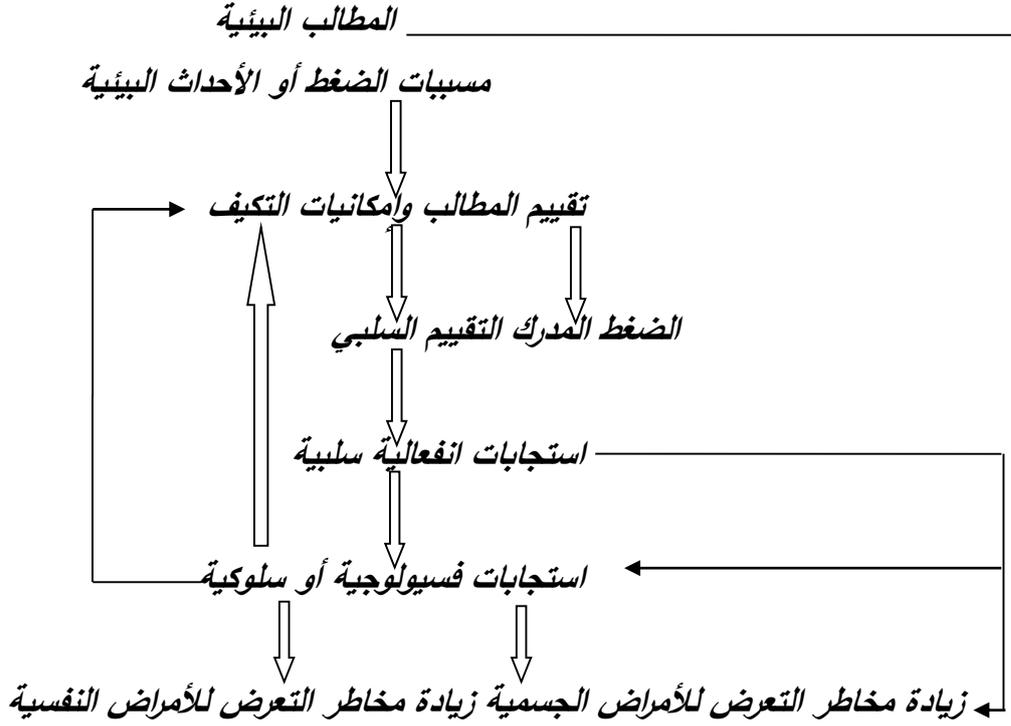
• أعراض عقلية معرفية:

تشمل النسيان وصعوبة التركيز وضعف لذاكرة، صعوبة اتخاذ القرار، اضطرابات التفكير واستحواذ فكرة واحدة على الفرد، انخفاض الإنتاجية والدافعية، تزايد عدد الأخطاء، إصدار أحكام غير صائبة.

• أعراض على مستوى العلاقات الاجتماعية:

تشمل عدم الثقة غير المبررة بالآخرين ولومهم، نسيان المواعيد وإغائها قبل فترة وجيزة، تصيد أخطاء الآخرين والتهمك والسخرية، التجاهل وغياب الاهتمام الشخصي، البرود، والتفاعل الآلي (فرغلي، 2008، ص ص 108-111).

ويوضح (لازاروس) الضغط النفسي كتهديد مباشر على أنه ينشأ عندما لا يستطيع الفرد التكيف مع احتياجاته المختلفة، أي عندما يقوم بعملية تقييم وإدراك للمواقف والأحداث الحياتية التي تهدده، وغالبا ما تكون هذه الضغوط إما ضغوطا عامة ناتجة عن كوارث طبيعية أو حروب أو تفرقة عنصرية أو طرد جماعي (تهجير قسري)، تطهير عرقي، أو ضغوطا تؤثر على شخص واحد أو مجموعة صغيرة من الأشخاص مثل فقدان أحد أفراد الأسرة، مرض خطير، فقدان المأوى، حوادث سيارات، عنف مجتمعي وأسري، وقد تكون ضغوطا اجتماعية وتغيرات حياتية تتمثل في الفقر، مشكلات أسرية، زواجية، ومشكلات العمل. ومن هنا يتضح أن شدة التهديد لحياة الفرد تعتمد على مشاعره وقدرته على التعامل الصحيح مع هذا التهديد، ولذلك فإن المواقف التي يتم تقييمها وتفسيرها من الفرد على أنها مهددة لكيونته يمكن أن تؤدي إلى التنبيه الانفعالي الشديد، والمحاولات السلوكية المختلفة للتكيف والتأقلم السلبي مع الموقف مصحوبة بعدة تغيرات فسيولوجية كالتعرق الشديد، سرعة نبضات القلب، ضيق التنفس... الخ (في ثابت، 2014، ص 13)، فاضطراب التفكير يقود إلى اضطرابات الوجدان وكلاهما يقودان بدورهما إلى اضطراب السلوك (غانم، 2006، ص 124).



شكل رقم: (04) يمثل دور الضغوط في حدوث الأمراض الجسمية والنفسية.

وبذلك نجد أن الأفراد يختلفون في طرق استجاباتهم للضغط فهناك من يستسلمون بيأس لمجرد حدوث خطأ في خططهم التي رسموها لأنفسهم وبالمقابل هناك من يظهرون قدرة على مواجهة النكبات والتحديات بقوة مستجمعين ما لديهم من إمكانيات ذاتية واجتماعية لاحتواء المشكلة، ويتوقف التأثير الذي يمكن أن ينشأ عن احتمال التعرض لأي حدث ضاغط بشكل رئيسي على كيفية تقييم الفرد له (تايلور، 2008، ص 351).

وقد أشار الرشيد (1999) إلى أن هناك اختلاف بين مفهوم الضغط «Stress» ومفهوم التهديد «Threat» فهما مفهومان مختلفان كما أشار إلى ذلك سبيلبرجر «Spielberger» فكلمة ضغط تشير إلى الاختلاف في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة من الخطر الموضوعي «Objective Danger»، أما كلمة تهديد فتشير إلى تقدير وتفسير ذاتي للشخص لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف، بمعنى توقع خطر أو إدراك ذاتي للخطر يصل لدرجة التعرض له والإصابة البالغة «Subjective Appraisal Danger» (في الحريري، 2009، ص ص 65-66).

إن التغييرات الرئيسية في حياة الفرد وفي نسقه الحياتي كانتقاله لبيئة جديدة يؤدي إلى ظروف غير مواتية مستمرة تسبب ضغوطا نتيجة تأثير نظام الدعامات والقيم الاجتماعية التي تشيع خاصة في حالات الهجرة أو اللجوء كثيرا ما تفضي إلى اضطرابات التأقلم؛ « Adjustment Disorders » وهي اضطرابات مَنصَمَة في التصنيفات العالمية للاضطرابات العقلية والنفسية تتمثل أعراضها في حالات من الضيق الشخصي « Subjective Distress » والاضطراب الانفعالي « Emotional Disturbance » غالبا ما تسبب التشويش على النشاط والأداء الاجتماعيين. ويلعب الاستعداد الشخصي للفرد وقابليته للتأثر دورا كبيرا في احتمال ظهور وتشكل مظاهر اضطرابات التأقلم، وتختلف مظاهر هذا الاضطراب وتتضمن المزاج الاكتئابي « Depressed mood » والقلق والانزعاج أو خليط منهما، والإحساس بعدم القدرة على الصمود، أو التخطيط للمستقبل، أو الاستمرار في الوضع الحالي مع بعض الاختلال في الأداء اليومي. وقد يشعر الشخص بأنه معرض للسلوك الدرامي أو إلى انفجار من العنف، كما قد تصاحب الحالة أعراض لاضطرابات التصرف كالسلوك العدواني مثلا أو المعادي للمجتمع ولا يكون أي من هذه الأعراض في حد ذاته على درجة من الشدة أو البروز بحيث يبرز كتشخيص أكثر تحديدا. ويبدأ الاضطراب غالبا خلال شهر من وقوع الحدث المسبب للكرب أو التبدل الحياتي (منظمة الصحة العالمية، 1999/1992، ص 159)، ولا تتجاوز فترة الأعراض عادة الستة أشهر بعد وقوع الأزمة الحياتية (عكاشة وعكاشة، 2013، ص 194). وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM5) معايير تشخيص اضطرابات التأقلم والمتمثلة في:

أ- تطور أعراض انفعالية وسلوكية كاستجابة للضغط تحدث في غضون 3 أشهر.

ب- هذه الأعراض هامة سريريا يستدل عليها بواحد من التظاهرين التاليين:

○ إحباط صريح لا يقارن بحدة وكثافة الكرب مع الأخذ في الاعتبار السياق الخارجي والعوامل

الثقافية التي قد تؤثر على شدة الأعراض والحالة.

○ انخفاض هام في الأداء الاجتماعي أو المهني وحالات الأداء المهمة الأخرى.

ج- لا يحقق الاضطراب المرتبط بالشدة معايير اضطراب عقلي آخر ولا يعد فقط تفاقما لاضطراب عقلي سابق.

د- لا تمثل الأعراض حالة الفقد (الحداد).

هـ- بانتهاء عامل الشدة فان الأعراض لا تدوم أكثر من ستة (06) أشهر إضافية ويكون الاضطراب حادا إذا استمر أقل من 06 أشهر، ويكون مزمنا إذا استمر ستة (06) أشهر أو أكثر (الحمداوي، 2015، ص 208).

وتسبب الأحداث الغامضة أيضا ضغطا أكبر فعندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض فإنه لا يتيح الفرصة أمام الفرد للقيام بتقييمه وبعمل شيء إزاءه، وهو ما يدفع الفرد إلى تكريس طاقته لاستيضاح الموقف المسبب للضغط وهي مهمة تستهلك وقت الفرد وتقوض إمكاناته (تايلور، 2008، ص 310).

وتعتبر البطالة مصدرا للضغط لما تحدثه من معاناة نفسية وصحية فقد كشفت دراسة كيسلر ومساعدوه « Kessler et all, 1988 » أن هناك ارتباط بين حدوث الاكتئاب والقلق والأمراض الجسمية وما تسببه من قابلية الأفراد للتأثر بأحداث حياتية أخرى. وفي دراسة تتبعية أخرى لتورنر وآخرون (Turner et all, 1991) تبين أن الأفراد الذين يحصلون على المساندة الاجتماعية في مواجهة البطالة تمكنوا من تحسين أنفسهم من الآثار المترتبة عليها (تايلور، 2008، ص ص 333-341).

2- النموذج المعرفي في تفسير الضغوط (الاستهداف-الضغط) « Diathesis- Stress theory »:

يرى هذا النموذج أن الأفراد لديهم استهداف معرفي للإصابة بالاضطرابات الانفعالية فعندما يواجه الفرد بحادثة حياة ضاغطة وكان لديه هذا الاستهداف فسوف يقيم مصدر الضغط ونتائجه بطريقة سلبية وبالتالي يزداد توقع إصابته بالاكتئاب أكثر من غيره من الأفراد الذين ليس لديهم هذا الاستهداف المعرفي.

ومن أنماط المعارف أو الأفكار السالبة التي تشكل استهداف معرفي للإصابة بالاضطرابات الانفعالية وعلى رأسها الاكتئاب المخططات المعرفية «Schemas»، أنماط العزو أو التفسير «Attribution styles»، تعلم اليأس «Learned hopelessness»، تقدير الذات «Self-esteem».

- المخططات المعرفية «Schema» :

فقد اقترح بيك (1972) أن الاستهداف يتضمن مخططات تسبق أول نوبة اكتئاب تجعل من المريض الاكتئابي مستهدفا لنوبات اكتئابية مستقبلية تستثار بالفقدان أو الفشل أو أي مصادر أخرى للضغط وتحت ظرف الضغط يفجر مخطط المعارف الاكتئابية النمطية التي تنحصر في النظرة السالبة للذات وللعالَم -الخبرة- (تشويهاة معرفية) وللمستقبل (اليأس). هذه المخططات تجعل الشخص المستعد للاكتئاب يجنح نحو أخطاء نمطية في التفكير كالتجريد الانتقائي بالنظر فقط إلى التفاصيل السالبة من سلسلة من الأحداث الايجابية (لوم الشخص ذاته لوقوع الأحداث السالبة دون أن يكون له دخل في حدوثها)، التعميم المبالغ المبني على فشل واحد غير هام.

- أنماط العزو أو التفسير « Attribution styles »:

وضع مارتن سليجمان (Seligman.M) مفهوم تعلم العجز «Learned helplessness» في تفسير أعراض الاكتئاب على أنه ظاهرة تصف خبرة الناس لمواقف لا يملكون أي تحكم لوقوع أحداث حياة سالبة، ثم يقومون بتعميم اعتقادهم هذا في العجز لمواقف أخرى لا يكونوا فيها عاجزين. وطبقا لنموذج العجز المتعلم الحديث لسليجمان الذي كان تطويرا لوجهة نظر بيك للتحريفات المعرفية والذي يرى أن الشخص المهياً للاكتئاب لديه نمط استدلاي يتصف بإعزاءات الذات «Internality» والثبات «Stability» والعمومية «Globality»، أي أن المكتتب يقوم برد الأحداث الغير السارة إلى عوامل داخلية ثابتة وعامة.

- تعلم اليأس «Learned hopelessness» :

قامت ابرامسون وميتالسكي وأولو (Abramson & Metalsky & Alloy, 1989) بدمج النمطين السابقين لبيك وسليجمان (عن التحريفات المعرفية السلبية ، العجز المتعلم وأنماط العزو) في نمط اكتئاب اليأس الذي يتصف بعزو الأحداث السالبة لأسباب ثابتة دائمة عامة تؤثر في عواقب عديدة، واستنتاج نتائج سالبة عندما تحدث أحداث حياة سالبة عندما تكون هذه النتائج مهمة للفرد، إلى جانب استنتاج مواصفات سالبة عن الذات عن قيمته وقدراته وشخصيته ومدى مرغوبيته كنتيجة للأحداث السالبة.

- انخفاض تقدير الذات «Self-esteem»

يمثل تقدير الذات المكون التقييمي لمفهوم الذات والذي يعتبر متغير معرفي واضح ويرى هيلسمان وجاب (Hilsman & Garber, 1995) أن الإدراكات والأفكار السالبة عن الذات ترتبط بالاكتئاب وقد افترض الباحثان أن تقدير الذات يلعب دورا في نشأة ودوام الاكتئاب، كما يعتبر عامل استهداف ربما يسهم في ظهور أعراض اكتئابية. ويمكن النظر إلى تقدير الذات على أنها تتضمن استهداف - ضغط، فمفهوم الذات المنخفض ربما يكون عامل استهداف وذلك بالتفاعل مع مصدر الضغط يؤدي إلى مزيد من الانخفاض في تقدير الذات ويجعل من الجوانب السالبة من الذات أكثر بروزا وأكثر عرضة لخطر الاكتئاب.

وتتمثل المشكلات والمواقف الحياتية التي تدفع الفرد إلى التماس العلاج في صورة كرب ذاتي كالقلق والاكتئاب أو مصاعب في سلوكه الظاهر كالكف المعطل أو العدوانية أو قصور في استجاباته كالعجز عن الإحساس بمشاعر دافئة أو التعبير عنها والتي تنتج عن اختلال في نمط التفكير كتحريفات الواقع الواضحة والملموسة مباشرة والتفكير غير المنطقي (بيك، 2000، ص ص 187-188).

وتؤثر الشخصية التي يحملها كل فرد في مواجهة الحدث الضاغط وفي كيفية تعامله معه، فيدرك البعض بسبب شخصياتهم الأحداث الضاغطة على أنها في غاية الضغط مما يزيد من مقدار ما يتعرضون له من معاناة نفسية وأمراض جسمية. وقد وجد الباحثون المعرفيون أن الشخصيات التي تغلب عليها الحالة

الوجدانية السلبية « Negative Affectivity » والتي يميزها المزاج السيئ والقلق والكآبة والغضب والعدوانية هي أكثر الشخصيات التي تتأثر بشكل كبير عند تعرضها لمواقف حياتية ضاغطة (تايلور، 2008، ص 353).

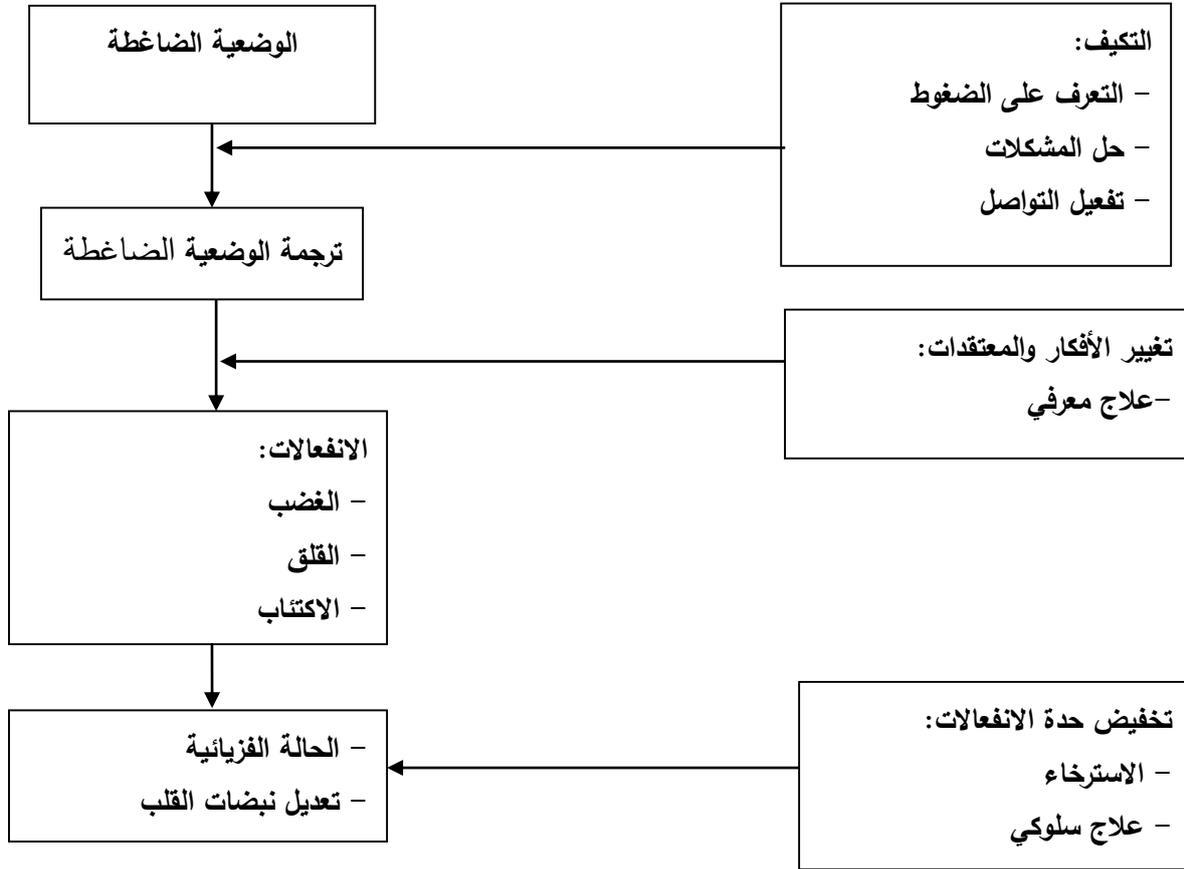
كما تؤثر المساندة الاجتماعية في أوقات الضغط فغالبا ما يعاني الأشخاص من نوبات الكآبة والحزن والقلق والافتقار إلى تقدير الذات ولذلك فإن الأسرة والأصدقاء الذين يقدمون المساندة الاجتماعية للفرد يمكن أن يزودوه بالمساندة الوجدانية فهي تعمل بفعالية في تخفيف المعاناة النفسية عندما يتعرض الفرد لأحداث ضاغطة. وعلى النقيض من ذلك يمكن أن يشكل نقصان المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة مصدر ضغط شديد بحد ذاته خاصة عند الأشخاص الذين لديهم حاجة عالية للمساندة الاجتماعية ولكن فرصهم في الحصول عليها قليلة، فالمساندة الاجتماعية تقوم على فرضية التحصين « Buffering Hypothesis » وهي بذلك تحقق فائدة على مستوى الصحة النفسية والجسمية تكون واضحة في الأوقات التي يكون فيها الضغط شديدا، ووفقا لهذه الفرضية تشكل المساندة الاجتماعية مخزونا ومصدرا يقلل من الآثار الحادة للضغط ويمكن الفرد من التعامل معه بفعالية أكبر عندما يكون في أعلى مستوياته (تايلور، 2008، ص 376 - 380).

3- أهمية العلاج المعرفي - السلوكي للضغوط:

تظهر أهمية تطبيق العلاج المعرفي-السلوكي في علاج الضغوط باعتباره نموذج علاجي يعتمد على التشغيل المعرفي الذي يرى أنه خلال فترات الضغط والتوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وتشويها وتصبح أحكامه مطلقة يسيطر عليها التعميم الزائد، وتصبح معتقدات الفرد الأساسية حول نفسه ومحيطه والعالم محددة بدرجة كبيرة (يوسفي، 2012، ص 279). وقد أشار عبد الستار إبراهيم (د س) إلى أن نتائج العديد من البحوث والدراسات كشفت على أن هناك أدلة قوية تؤكد على أن وراء كل سلوك انفعالي لمرضى القلق والاكتئاب والغضب نمط بنائي من التصورات والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها، وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات (كحلة، د س، ص 06).

كما يعتمد العلاج المعرفي-السلوكي على عدة أساليب وفتيات معرفية-سلوكية تساعد في التحكم بالضغط يمكن للفرد استخدامها في مقاومة الضغط منها تحديد مسببات الضغط والتعرف عليه وكيف يؤدي إلى الإنهاك النفسي والجسمي، مراقبة الذات من خلال مراقبة الأحداث التي تشكل مصدر ضغط شديد وتسجيل ردود الأفعال الجسمية والانفعالية والسلوكية، تعديل نمط المحادثة الداخلية مع الذات عن طريق تمييز الحديث السلبي الداخلي عندما يواجه الفرد أحداثا ضاغطة والذي يساهم في حدوث المشاعر اللامنطقية التي ترسخ للضغوط. حل المشكلات واتخاذ القرارات وتحديد أهداف جديدة لأهميتها في إجبار الفرد على التمييز بين ما يجب تجنبه وما يجب تحمله وما يجب التخفيف منه من الأحداث الضاغطة، الواجبات المنزلية التي تساعد على تثبيت المهارات المتعلمة وممارستها في الحياة اليومية، الحديث الإيجابي مع الذات، توكيد الذات للتغلب على الأشخاص الذين لا يستطيع الفرد مواجهتهم وهو ما يزيد في شعورهم بالضغط، الاسترخاء لما له من فائدة على الصحة النفسية والجسمية في خفض الضغوط، المساندة الاجتماعية كفنية انفعالية فعالة في تقديم دعم وجداني للأفراد في أوقات شدتهم. وأغلب برامج إدارة الضغوط تتضمن هذا المدى الواسع من الأساليب المعرفية التي يمكن أن يتم الاختيار من بينها حسب ملائمتها للمريض وهي تعمل على تحصينه من الضغط، كما أن التدريب التحصيلي من الضغط من الأساليب الأكثر استخداما لمساعدة المريض على مواجهة ضغوطه تمده بخطة واضحة في ذهنه ومدى واسع من الإجراءات الممكن اتخاذها قبل أن تصبح الخبرات الضاغطة عميقة يصعب السيطرة عليها (تايلور، 2008، ص 383). وقد تم علاج الأشخاص الذين يعانون من ضعف في السيطرة على الغضب المزمن والخضوع للاستفزات المستمرة الذي يؤدي إلى تدهور خطير في الصحة النفسية للفرد بنجاح من خلال استخدام استراتيجية التحصين ضد الضغوط (ميكنباوم، 1975) والتي تم تطبيقها على مشكلات القلق والألم والإجهاد؛ حيث تعمل هذه الاستراتيجية على تطوير المهارات المعرفية والانفعالية والسلوكية لمساعدة المريض على التكيف من خلال ممارسة هذه المهارات مع التعرض لجرعات منظمة من الضغوط

التي تثير العميل لكنها لا تتجاوز قدرته على تحملها، كما تساعد في معالجة جوانب التوتر في المشاحنات اليومية والعلاقات الاجتماعية (Novaco, 1977, P.601).



شكل رقم: (05) يوضح إدارة الضغوط في إطار العلاج المعرفي - السلوكي.

خامسا: خطوات العلاج المعرفي-السلوكي:

تقوم العملية العلاجية لأي مشكلة نفسية قبل اقتراح الحلول المناسبة على تشخيصها وبشكل الاستجواب جزءا من عملية التشخيص التي تركز على جمع البيانات وصياغة الفرضيات التفسيرية ووضع استراتيجيات لتحقيق أهداف علاجية محددة بوضوح (Fontaine & Fontaine, 2000, P.52)، وهو ما ينسحب على العلاج المعرفي- السلوكي الذي بالإضافة إلى ما سبق يطبق عبر عدة خطوات تتمثل فيما يأتي:

1- تقييم الحالة:

تعتبر المهمة الأولى خلال مرحلة التعاقد -الذي يعني تطبيق استراتيجيات التوجيه والالتزام إلى حين بدأ العلاج-بين المريض والمعالج المعرفي-السلوكي هي الحصول على تاريخ سلوكي ونفسي مفصل مع التركيز بوجه خاص على تجارب المريض السابقة في العلاج النفسي (لينهان، 2014، ص 598).

وبين كل من سومار وسومار (Sommers & Sommers, 2014) ضرورة أن تستخدم المقابلة العيادية كحجر زاوية للتقييم التشخيصي إذ لا يمكن تشخيص حالة أي عميل دون إجراء مقابلة عيادية مع الأخذ بعين الاعتبار موثوقية وصحة البيانات التشخيصية للوصول إلى استنتاجات سليمة. ويشارك المريض في عملية التقييم كشريك للمعالج بمساعدته على أن تكون المعلومات ذات قيمة نفسية ومعرفية تساعد في تقييم المشكلة بشكل جيد بعد أن يحصر المريض المشكلات التي يفضل أن يتم تعديلها، ومن ثم إنشاء ملف تعريف رئيسي وخطة تقييم أساسية يمكن للمريض استخدامها كدليل للتغيير. ويبين التقييم الفعال بروز بعض المشكلات على بقية مشكلات المريض ويختلف تقييمها من مريض لآخر حتى وإن اشتركوا في مشكلة واحدة (Sommers & Sommers, 2014, P.340). ويعتبر تقييم مدى استعداد المريض ودوافعه للعلاج أحد المكونات الأساسية للتقييم وذلك لمعرفة مدى رغبته في العلاج وما إذا كان يشعر بالحاجة إلى مساعدة وعلى درجة من الوعي بمشكلته (Wanberg, 2007, P. 20). وتشمل صيغة التقدير النفسي العيادي (Clinical Psychological Assessment) ما يلي:

أ - التقييم الذاتي (Subjective Assessment):

ويشمل التعرف على مشكلة المريض وتقييم الفروض والمعتقدات والأفكار الآلية التي ساهمت في استمرارها باستخدام الأسئلة السقراطية والحوار بين المعالج والمريض.

ب- التقييم الموضوعي (Objective Assessment):

ويتم باستخدام الاختبارات الموضوعية المتعددة التي تساعد في تحديد مشكلة المريض واضطراباته والتعرف على درجات المريض عليها التي تعكس شدة مشكلته.

ج- التقييم الوجداني (Affective Assessment):

وذلك بالتعرف على شدة أعراض ومظاهر الاختلالات الانفعالية كالقلق والاكتئاب وتدني تقدير الذات ومدى حملها لمؤشرات التفكير الانتحاري « Suicidal Idiation » (بيرمان، 2004، ص 214).

ويستمر التقييم طوال فترة العلاج لملاحظة التحسن ولتقديم الدلائل على فعاليته ويبقى التقييم الأولي مجرد تقييم للخطوط العريضة في إطار الفرض الذي وضع حيث يعتبر العلاج اختباراً للفرض الذي وضعه المعالج، بالإضافة إلى أنه لا تحدث متابعة العلاج دون اعتبار للنتائج (ليندزاي وبول، 2000، ص 44).

2- صياغة الحالة في العلاج المعرفي-السلوكي (Case Formulation In Cognitive-Behavioral Therapy):

يعد التركيز على مشكلة المريض الحالية وأعراضها الدعامة الأساسية التي تمكن المعالج المعرفي-السلوكي من بناء صياغة معرفية على الحالة والتي توضح الخطة العلاجية العامة التي سيتبعها المعالج، وقد قام آرون بيك بإعداد شكل تخطيطي عن الصياغة المعرفية للحالة « Case Cognitive Conceptualization »، وذلك لتنظيم المعلومات التي يحصل عليها من المريض ومساعدته على تحديد الأفكار التلقائية التي ترد على عقله نحو المواقف المؤلمة التي يمر بها وتحديد المعاني التي تكمن وراء هذه الأفكار السلبية والانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها. ومن أجل تكوين الصياغة المعرفية عن الحالة وفهم مشكلتها يقوم المعالج بطرح أسئلة محددة على نفسه وتتمثل أساساً في:

- ماهي المشكلة الحالية التي تعاني منها الحالة وكيف ومتى ظهرت؟

- ماهي الأفكار والاعتقادات المختلة وظيفياً لدى الحالة والمرتبطة بمشكلته؟

- ماهي الاستجابات الانفعالية والسلوكية المرتبطة بتفكير الحالة؟

- ماهو تشخيص الحالة؟ (حسين ، 2007 ، ص 202 ، 204 ، 206).

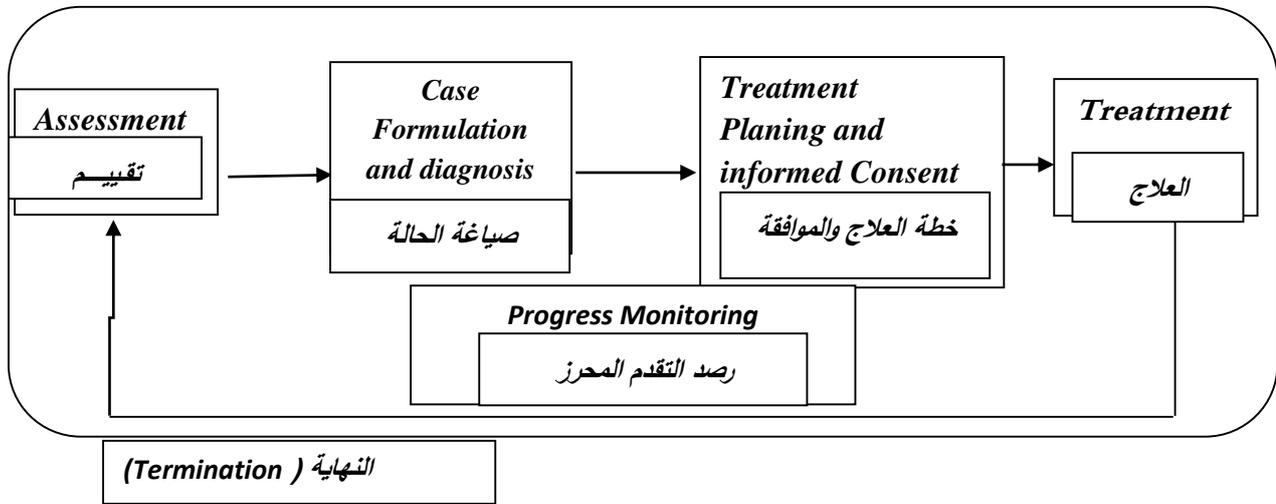
فالمعالج المعرفي يحاول من خلال وضع نموذج الفهم والصياغة المعرفية - السلوكية للحالة «Cognitive-Behavioral Case Formulation Model» تطوير تصور عن الحالة مع أخذه في الاعتبار مخططات المريض المعرفية الذاتية وأساليب المواجهة (التوافق)، والواقع التفاعلي « Interpersona » (ليهي، 2006، ص 38).

ويرى دويسون (Dobson,2010) أن لصياغة الحالة دور مهم في العلاج المعرفي -السلوكي فهي من جهة بمثابة فرضية حول العوامل التي تسبب مشكلات الحالة، ومن جهة أخرى تساعد على توجيه التدخل العلاجي بطريقة تحسن النتيجة وبذلك فهي تساعد في فعالية العلاج (Dobson,2010, P.174) كونها تساعد المعالج على توليد استراتيجيات علاجية مرتبطة بالمشكلة أو التنبؤ بالمشكلات التي يحتمل أن تظهر كعقبة تقف أمام تقدم العلاج أو تهدد التحالف العلاجي (ليهي، 2006، ص 90).

وقد أوضح الدكتور أحمد كساب الشايع (د س) أن صياغة حالة معرفية -سلوكية تتضمن:

- معلومات عامة حول العميل كإسمه وتاريخ ميلاده ورقم ملفه ووصف عام للتعريف به.
- فحص الحالة العقلية «Mental Status Examination».
- قائمة المشكلات «Problem List».
- التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بطبعته الأخيرة.
- الفرضية المبدئية.
- العوامل المرسبة «Preciptants».
- العوامل المفعلة أو المنشطة «Activation Situations».
- جوانب القوة «Strengths and Assets».

- صياغة الحالة كجزء من اختبار الفرضية في العلاج السريري: تشكل صياغة الحالة عنصراً من عناصر الاختبار التجريبي للعلاج النفسي الإكلينيكي، وبالاعتماد على صياغة الحالة يمكن للمعالج وضع خطة علاجية وأخذ الموافقة عليها من الحالة وبعدها يبدأ في التدخل وتطبيق خطته العلاجية والسير نحو العلاج مع العودة في كل مرحلة علاجية إلى التقييم، أي أن المعالج يجمع نتائج التدخل لاختبار فرضياته (الصيغ) التي تدعم خطته العلاجية وتتفحها حسب الحاجة (Dobson,2010, P. 178).



شكل رقم: (06) يبين توجيه صياغة الحالة للعلاج المعرفي-السلوكي ويوضح دورها في العملية العلاجية.

وتعد صياغة الحالة ذات أهمية كبيرة لأن كل التدخلات العلاجية تبنى على أساسها كما تعتبر وسيلة لربط جميع أعراض المريض واضطراباته ومشكلاته في كل متماسك بعد وصفها وتحديد كفرضيات حول الآليات النفسية المسببة للاضطرابات والمشاكل. والمعالج المعرفي-السلوكي لا يرى الفائدة من صياغة الحالة دقتها ولا ما توفره من معلومات حول المريض بل الفائدة الحقيقية هي ما تضيفه في تحقيق فعالية العلاج ولا يمكن أن تتحقق فعالية العلاج دون صياغة معرفية للحالة لعدة اعتبارات:

✓ الأول: أن أهمية أي عرض أو مشكلة أو تشخيص يعتمد على مشكلات المريض والتشخيصات الأخرى

ولفهم الحالة على المعالج معرفة كل مشكلاتها واضطراباتها.

- ✓ **الثاني:** المعالج الذي يركز على المشكلات أو الأعراض الواضحة أو تلك التي يرغب المريض التركيز عليها قد تستبعد المشكلات الهامة فكثير من المرضى يرغب في تجاهل مشكلات مثل تعاطي المخدرات أو تشويه الذات والتي يمكن أن تؤثر على العلاج الناجح.
- ✓ **الثالث:** غالبا ما تكشف قائمة المشاكل الشاملة عن العناصر أو المواضيع المشتركة التي تتقاطع مع المشكلات المصرح بها، ويساعد الوعي بكل المشكلات على توليد فرضيات أولية.
- ✓ **الرابع:** جوهر صياغة الحالة هو وصف للآليات النفسية التي تسبب وتحافظ على اضطرابات ومشكلات وأعراض المريض إلا أنه يمكن أن تكشف آليات بيولوجية مثلا (قصور في نشاط الغدة الدرقية يمكن أن تسهم في أعراض الاكتئاب) ولكن لا بد من التركيز على الآليات النفسية.
- ✓ **الخامس:** عادة ما تكون صياغة الحالة في العلاج المعرفي-السلوكي عبارة عن فرضية "استهداف/الإجهاد"، حيث تصف التفاعل الحاصل بين عوامل أو آليات الضعف (الاستهداف) مع (الضغوطات) لتسبب أو تحافظ على الأعراض والمشكلات التي تفضي للإجهاد (Dobson,2010, P. 179).
- وخلص نيدلمان (Needlema, 1999) على أن هناك ثلاثة أسباب تدعو إلى استخدام الصياغة المعرفية للحالة وهي:
- 1- أن إكمال العلاج بشكل ناجح وفعال يعتمد على أن يكون لدى المعالج فهم شامل ودقيق عن الاستجابات المعرفية والانفعالية والسلوكية والدافعية الخاصة لدى الحالة.
 - 2- أن العلاجات النفسية تستهدف مشكلة إكلينيكية معينة ولا تضع في اعتبارها أن المريض يمكن أن يكون لديه مشكلات متعددة.
 - 3- أن الصياغة المعرفية عن الحالة تتيح للإكلينيكين فهم وعلاج المشكلات التي لا توجد بروتوكولات علاجية لها فالصياغة المعرفية عن الحالة تساعد على تكوين وبناء خريطة توضح الارتباط بين الخبرات النمائية والاعتقادات والأنماط السلوكية لدى الحالة (حسين، 2007، ص 209).

3- التحليل الوظيفي للحالة (Fonctional Analysis):

في المنهج العيادي (الإكلينيكي) تعتبر كل حالة مضطربة هي حالة فريدة من نوعها وللوصول لأفضل نتائج علاجية على المعالج أن يحلل وبشكل دقيق اضطرابات ومشكلات كل حالة والأسباب التي أدت لها وتاريخ ظهورها عبر مراحل النمو والتطور وتأثيرها على مختلف جوانب حياة الحالة. وفي مجال العلاج المعرفي-السلوكي يعتبر الاقتصار على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في التشخيص والاعتماد فقط على الأعراض البارزة للاضطراب إخلال بجودة العلاج المعرفي - السلوكي وفعاليتها (De Vries, 2010, P. 01).

ينصب اهتمام التحليل الوظيفي على العلاقات الوظيفية التي توجه أنماط السلوك اللاتكيفي وتعمل على دوامه واستمراره انطلاقاً من تحديد المواقف والظروف والأحداث البيئية التي تسبب هذه الأنماط السلوكية وتعمل على تثبيتها لدى المريض (لبيهي، 2006، ص 66)، أي أن المعالج يسعى من خلال التحليل الوظيفي لتحديد المنبهات الفارقة والمدعمات المرتبطة بظهور السلوك المضطرب كما يحدد أيضاً خصائص وشروط الموقف الذي يحدث فيه هذا السلوك مع تسجيل المنبهات السابقة والتالية على هذا السلوك على مدار أسبوع مثلاً. ويلقي التحليل الوظيفي للسلوك الضوء على تأثير أحداث الموقف والأنشطة أو المواقف الممتدة، كما يهدف إلى تحديد المنبهات المتسقة المتميزة بالثبات وظروف الموقف والمدعمات وبذلك فهو يعتمد على جميع البيانات المناسبة، فعادة ما يظهر المرضى صعوبات أساسية متعددة يمكن أن تكون جميعها أهدافاً للتدخل العلاجي ويجب هنا أن يتخذ المعالج القرار بأي منها سيكون صاحب الأولوية على أساس العلاقات الوظيفية، على أن تأخذ الشدة النسبية للمتغيرات المختلفة بعين الاعتبار ومراقبتها باستمرار (لنيدزاي و بول، 2000، ص ص 14، 15، 22).

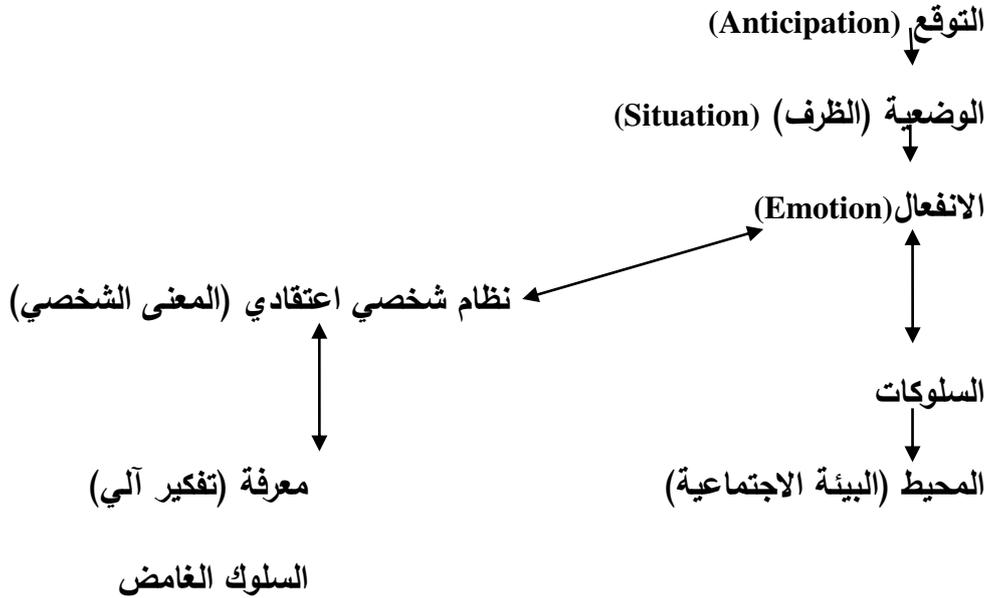
وللقيام بالتحليل الوظيفي للحالة على المعالج المعرفي-السلوكي الاستعانة بشبكات التحليل الوظيفي كشبكة سورك «SORK» لكانفير وساسلو (Kanfer & Saslow, 1969)، وشبكة الفكرة الأساسية «Basic Idea» التي اشتقت من أعمال لازاروس (Lasarus 1977)، شبكة سيكا «SECCA» لكوتروا (Cottraux, 1990) وتعتبر هذه

الشبكات أهم أدوات التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي- السلوكي إلا أن الباحثة ستطرق فقط لشبكة سيكا باعتبارها أكثر شبكات التحليل الوظيفي استخداما:

• شبكة سيكا «SECCA» لكوتروا (Cottraux 1990):

يعتبر نموذج (سيكا) «SECCA» النموذج الأكثر استخداما في العلاجات المعرفية- السلوكية، وقد أدمجت هذه الشبكة نظم الاستجابات اللفظية، الحركية، النفسية، الفسيولوجية (De Vries,2010,P. 03)، وهي على جزئيين: جزء تزامني «Synchronie» والجزء الآخر تاريخي «Diachronie» وبذلك تهدف شبكة (سيكا) إلى محاولة فهم الجانب التزامني (الراهن) الذي يسمح بتحليل تتابعي متزامن للمنبه «S»، الانفعال «E»، فكرة «C»، السلوك «C»، التوقع «A» (Anticipation) وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي وكذلك الجانب التاريخي الذي يسمح ببناء تاريخي سابق للعميل، ويوضح الشكل التالي نموذج شبكة (سيكا):

▪ التحليل التزامني (Synchronie):



الصور

شكل رقم: (07) يوضح نموذج شبكة «SECCA».

▪ التحليل التاريخي (Diachronie):

- المعطيات البنيوية (الوراثية والشخصية).
- العوامل التاريخية المثبتة للمشكلة.
- العوامل الأولى المفجرة للاضطراب.
- الحوادث المعجلة لاضطرابات أخرى.
- العلاجات السابقة.
- الأمراض العضوية (Cottraux, 2007, PP. 72-76).

وبهذا يكون التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي-السلوكي أداة ضرورية لفهم الحالة الإكلينيكية ومساعدتها باستخدام وسائل معرفية منظمة لتحليل السلوك والتطبيق المباشر للمعرفة العلمية المنبثقة تحديدا عن النظرية المعرفية - السلوكية في العلاج النفسي.

4- الخطة العلاجية:

تتبع خطة العلاج صياغة الحالة وتحليلها الوظيفي مباشرة ويرى دوبسون (Dobson,2010) أن جوهر خطة العلاج ليس التدخل في حد ذاته وإنما ما يسمى بـ "مكائزات تغيير أهداف العلاج" هذه التغييرات هي ما يغير الآليات النفسية ويجعل خطة العلاج تتحقق. وتعد موافقة المريض على الخطة العلاجية ضرورية في العلاج المعرفي-السلوكي لأنها تساعد في تقدم العلاج من ناحية، كما تساعد من ناحية أخرى المعالج في تطوير العلاج التجريبي عندما لا تتوفر نماذج عامة مدعومة تجريبيا. والمعالجون الذين يستخدمون صياغة الحالة في العلاج المعرفي- السلوكي يعتمدون على صياغة الحالة كدليل للعلاج واختيار التدخلات المناسبة من برتوكولات اعتمدت هي الأخرى على صياغة الحالة ومن تجربة المريض لما كان مفيدا في الماضي، أي أن التدخلات العلاجية تتبع نوعا من الانتقائية التقنية التي تعمل على تنسيقها صياغة الحالة تساعد هذه الانتقائية التقنية في رصد عملية ونتائج العلاج، كما تساعد على مراقبة اختبار الفرضيات وتسمح للمريض

والمعالج الإجابة على بعض الأسئلة مثل " هل خفت الأعراض؟، هل حدثت تغيرات كما هو متوقع؟، هل ترتبط الآليات النفسية كالنشوهات المعرفية والأعراض كاليأس مثلاً؟، هل يقبل المريض التدخلات والتوصيات بها؟، هل تتداخل أي مشاكل في العلاقة العلاجية مع العلاج؟ (Dobson,2010,P.175).

يتمحور مضمون الخطة العلاجية في العلاج المعرفي-السلوكي على تعديل الأفكار الآلية السلبية والمعتقدات اللاتوافقية للمريض على أن تحل محلها إدراكات واقعية واستراتيجيات توافقية لمواجهة مشكلاته وما تسببه له من ضيق وكرب، ورفع معدلات وعي المريض واستبصاره بخطورة تمسكه بمعتقداته وفروضه الخاطئة ويتم ذلك بتعليم المريض مراقبة أفكاره ومشاعره وحالاته المزاجية وكيف يتدخل لتعديلها بتحليل وتحدي الحوار الداخلي المتكرر، بالإضافة إلى الاستبصار بدور البيئة الاجتماعية في تعزيز أنماط السلوكيات الغير توافقية للمريض (بيرمان، 2004، ص 215).

وتتحدد ضمن خطة العلاج أهداف بعيدة المدى وأخرى مرحلية لحل مشكلات المريض، فالأهداف العريضة توضح المآل الايجابي المتوقع من الأساليب والاستراتيجيات العلاجية المستخدمة ولا يحتاج الأمر إلى صياغة قابلة للقياس. وعلى عكس الأهداف البعيدة تُستخدم صياغات سلوكية قابلة للقياس في تحقيق الأهداف المرحلية كما ينبغي التأكد ما إذا كان المريض قد تمكن من تحقيقها. ويراعى عند تصميم كل هدف مرحلي أن يشكل خطوة باتجاه تحقيق الهدف العلاجي بعيدة المدى، وبعبارة أخرى تعتبر الأهداف المرحلية سلسلة من الخطوات التي يؤدي إتمام كل منها إلى الوصول إلى الهدف العام من العلاج. ويمكن للمعالج أن يضع عددا من الأهداف المرحلية حسب ما يقتضيه تحقيق الهدف الأبعد كما ينبغي تحديد تاريخ يتحقق فيه كل هدف مرحلي مع إضافة أهداف مرحلية إلى الخطة مع تقدم العلاج. و في حالة انجاز المريض لكل الأهداف المرحلية الأساسية يمكن أن نعتبره قد نجح في حل مشكلته. وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أوجه قوة وضعف كل فرد والضغوط التي يتعرض لها ومصادر دعمه الاجتماعي ومشاكله الأسرية والنمط الذي تتبعه أعراضه عند إعداد استراتيجيات العلاج (جونجسما وبيترسون، 1997/1995، ص ص 12-15).

ومن المهم أيضا رصد التقدم الذي أحرزته الخطة العلاجية المطبقة في كل دورة، فرصد النتائج يساعد المريض والمعالج على تحديد وقت تحقيق المريض لأهدافه وإنهاء العلاج، وعندما يشير الرصد إلى فشل العلاج يمكن تحديد الفشل وتنبيه المريض والمعالج إلى الحاجة إلى بدأ عملية حل المشكلة بتحويل خطة العلاج (Dobson, 2010, P.178).

5- تطبيق العلاج:

يعتبر التشخيص الدقيق لحالة المريض عامل أساسي في تطبيق الخطة العلاجية ويتم تطبيق العلاج المعرفي-السلوكي خلال عدة جلسات علاجية محددة حسب تقدير المعالج تنقسم غالبا إلى ثلاثة أنواع مرحلية نوضحها فيما يلي:

- الجلسة الأولى وأهدافها:

يسعى المعالج المعرفي-السلوكي في الجلسة الأولى إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تأسيس العلاقة بين المريض والمعالج.
- تعليم وتهيئة المريض للعلاج المعرفي- السلوكي.
- معرفة توقعات المريض من العلاج وتصحيحها إن لزم الأمر.
- توضيح جدول الأعمال أو الأجندة العلاجية.
- فحص المريض باستخدام معايير موضوعية.
- استعراض المشاكل الحالية ومراجعة آخر التطورات من وقت التقييم الأول.
- تحديد المشكلات ووضع الأهداف.
- تبصير المريض بمشكلاته.
- إعطاء واجب منزلي.
- تقديم ملخص للجلسة.

- توضيح النتائج أو المردود العلاجي.

- الجلسة الثانية وما بعدها:

تتخذ الجلسة الثانية تصميمًا معينًا؛ يصف هذا التصميم بصفة عامة مسار العلاج حيث يتكرر مع بقية الجلسات العلاجية ويشمل هذا التصميم ما يلي:

- مراجعة سريعة وحديثة لحالة المريض.
- التواصل مع الجلسة السابقة.
- إعداد أجندة.
- مراجعة الواجب المنزلي.
- مناقشة قضايا الأجندة ووضع واجب منزلي جديد وملخص دوري.
- تلخيص نهائي ومراجعة المردود.

يستمر المعالج في تهيئة المريض للعلاج المعرفي- السلوكي وجعله يلتزم بشكل الجلسة وبنياتها والتعامل بشكل تعاوني، فيبدأ بالنظر إلى ماضيه وحاضره من منظور معرفي وعند شعوره بالتحسن يعمل المعالج على تفادي الانتكاسات (بيك، 2007، ص 83).

- الجلسة الختامية وإنهاء العلاج.

يعمل المعالج في إعداد المريض لإنهاء العلاج ومنع انتكاسته منذ الجلسة الأولى ومن المهم معرفة توقعات المريض حول مدى تحسن حالته والزمن الذي يتوقعه لذلك واعتقاده حول استمراره في التحسن عبر مدة العلاج بنفس الوتيرة وبدون انتكاسة. ومن المستحسن وضع رسم بياني لمنحى العلاج يوضح مسار العلاج وما يتضمنه من فترات تحسن والانتكاسات التي تتخللها وكذا فترات التوقف. هذا الإعداد للمريض من طرف المعالج يحميه من تضخيم وتهويل الانتكاسة في حال حدوثها، كما يساعد في إعداد المريض على توقع

انتكاسات وصعوبات بعد نهاية العلاج إلا أنه سيتمكن من مواجهتها بنفسه وبطريقة أفضل من خلال المهارات

التي تعلمها لاستخدامها مدى الحياة مع أي مشكلة أو اضطراب يواجهه والتي تشمل بصفة عامة:

- تكوين استجابات بديلة للمشاكل.
 - التعرف على الأفكار والمعتقدات التلقائية وتقييم الاستجابة لها.
 - استخدام استمارة الأفكار التلقائية.
 - رصد الأنشطة وجدولتها.
 - تفتيت المشاكل الكبيرة إلى مكونات صغيرة يمكن التعامل معها.
 - ممارسة تمارين الاسترخاء.
 - ابتكار طريقة شخصية خلال الهرم التصاعدي للمهام الصعبة.
 - كتابة شعارات ايجابية عن النفس.
 - التعرف على مميزات وعيوب الأفكار والمعتقدات الخاصة والسلوكيات والاختيارات قبل اتخاذ قرار ما.
- ويقوم المعالج بمناقشة المريض لتخفيض الجلسات وتباعدها قبل إنهاء العلاج بعدة أسابيع موضحا للمريض مزايا تخفيضها التي تنحصر في تقوية الوسائل التي تعلمها المريض وتمرنه على أن يصبح أقل اعتمادا على المعالج.
- وتعقب الجلسة النهائية جلسات تعزيزية للعلاج الذاتي يتم مناقشتها مع المريض في آخر جلسة وذلك لمناقشة الصعوبات التي تعرض لها المريض بعد انتهاء العلاج وكيف واجهها بطريقة صحيحة أم لا، وهو ما يبين حرص المريض على عمل واجبه المنزلي وممارسة ما تعلمه من مهارات. وتتيح الجلسات التعزيزية الفرصة للمعالج أن يتبين الاستراتيجيات المعطلة، كذلك يمكن للمعالج والمريض أن يراجعا معا جلسات العلاج الذاتي ومدى فاعليتها والعمل على تصحيح ما يحتاج إلى تصحيح ويحفز وجود جلسة قادمة حتى وإن كانت بعيدة المدى المريض على الحفاظ على تقدمه حتى يرى ثمرة اجتهاده (بيك، 2007، ص ص 407-414).

6- مؤشرات الاستجابة للعلاج المعرفي-السلوكي:

• العلاقة العلاجية:

عندما يتعلق الأمر بالصحة وخاصة الصحة النفسية والعقلية فإن العلاقة بين المريض والمعالج تلعب دورا أساسيا وقاعدة قوية في نجاح العلاج والتكفل، وفي إطار العلاج المعرفي-السلوكي التعاون العلاجي الايجابي بين المريض والمعالج يسمح بمراقبة التقدم الجيد للعلاج كونه يقوم على المشاركة النشطة لكل من المعالج والمريض. وبذلك يتطلب العمل العلاجي الطاقة والدافعية والمشاركة من كل من مقدم الخدمة العلاجية و طالب هذه الخدمة الذي عليه أن يكون مثابرا وصبوراً وشجاعاً في مواجهة مشكلته ومخططاته وعدم التجنب لتحقيق الأهداف العلاجية المرغوبة والمحددة في بداية العلاج (Liotti,2004,P. 377). وما يزيد ايجابية العلاقة العلاجية هو تعاطف المعالج مع مريضه أي أن يضع المعالج نفسه في مكان المريض لإدراك مايشعر به وهذا ما يساعد في تحقيق التغيير الذي ينشده المريض (Fontaine &Fontaine, 2000, P. 157). ويرى ديسيتي وآخرون (2007) أن التعاطف عنصر أساسي في العلاقة العلاجية ويجمع الباحثين على أن التعاطف لا بد أن يتوفر على ثلاثة عناصر: أولها معرفة ما يشعر به العميل؛ ثانياً أن يستشعر المعالج ما يشعر به العميل، أما العنصر الثالث أن يبادل المعالج التعاطف مع العميل ومشكلته (Decety et al,2007, P . 239).

• الكفاءة المهنية:

تلعب المهارة المهنية وحسن التدريب والخبرة دورا مهما في نجاح العلاج ومن المعلوم أن كثيرا من المرضى لا يتجهون للعلاج بمجرد وجود معالج دافئ ومتعاطف ولكنهم بالإضافة إلى ذلك يبحثون عن معالج كفي وخبير، (عبد الستار وعسكر، 2008، ص 245). وهناك معتقدات قوية منتشرة على نطاق واسع حول الخصائص التي تشكل المهارات المرغوبة في المعالجين الإكلينيكين والتي تتمحور في بعدين:

أ- بعد المهارات التفاعلية: ويتعلق بتحلي المعالج الجيد بالتعاطف والمظهر الحسن والنظافة الشخصية واحترام المواعيد.

ب- بعد القدرات التنظيمية: التي تشمل قدرته على فهم وصياغة مشكلة المريض ووضع الخطط العلاجية الناجحة.

• **وضوح النصيحة العلاجية وإذعان المريض لنصائح المعالج:**

يتعين على المعالج أن يقدم النصائح العلاجية للمريض بلغة بسيطة ومفهومة وعليه أن يتأكد أن المريض فهم ما يقصده بطرح أسئلة حول النقاط المهمة الخاصة بالعلاج ولماذا تعد ضرورية، ذلك لأن التأكد من فهم المريض لنصائح المعالج يحول دون تنفيذها مما يساهم في تأخر العلاج، كما أن مدى إذعان المريض لنصائح المعالج بعد أن فهمها يعتبر مؤشراً قوياً على نجاح أو فشل العلاج (لنيدزاي، بول، 2000، ص ص 49، 52).

• **المعتقدات الصحية:**

تأثير معتقدات المريض حول مرضه والأسباب الكامنة خلفه على الصحة البدنية والعقلية ليس بالشيء الجديد، وقد بينت أعمال ايزنبارغ وجود (Eisenberg & Good, 2006) مدى أهمية فهم تصورات المريض ومعتقداته والتي تؤثر على امتثال المريض لتوصيات العلاج وعلى تقبله له. فالمعتقدات التي تنطوي على مصير أو حتمية يمكن أن تؤدي إلى تأخير العلاج، وقد ينحو المريض نحو الأسوأ عندما يرفض المريض متابعة التدخل العلاجي بالمطلق، ويبقى في حالة دراية المعالج بهذه المعتقدات الصحية لدى المريض أن يبدأ بها وتصحيحها ليضمن بداية تدخل علاجي ناجح والحفاظ على العميل (In Dobson, 2010, P.457).

سادسا: أهمية العلاج المعرفي-السلوكي في قطاع العدالة الجنائية:

أ- أهمية العلاج المعرفي-السلوكي لنزلاء السجون والمفرج عنهم:

انتشر استخدام التدخلات العلاجية المعرفية-السلوكية في أغلب القطاعات بما فيها قطاع العدالة الجنائية وقضاء الأحداث وخدمات المساجين وضحايا الجريمة؛ ويعمل المعالجون المعرفيون-السلوكيون المهتمون بهذه الفئات بتقييم مشكلاتهم في مجالات حياتهم المختلفة بشكل عام والتي تتمثل في التكيف الاجتماعي بين الأفراد والتكيف النفسي والانفعالي والصحة الجسمية (Wanberg, 2007, P. 02).

ويمثل جوهر استخدام العلاجات المعرفية-السلوكية على فئة السجناء مساعدتهم على الشعور بالانتماء وذلك بالتدريب على إكسابهم المهارات التي تحرر عقولهم من الأفكار السلبية وتساعدهم على التكيف مع بيئة السجن وثقافته وتسهل لهم أيضا استعادة مكانتهم بين أفراد مجتمعهم عند الإفراج عنهم، ولا يمكن تحديد فعالية هذه العلاجات إلا من خلال متابعة هؤلاء السجناء في السجن وفي مرحلة ما بعد الإفراج عنهم للتأكد من أنه قد تم فعلا استفادتهم من العلاج المقدم لهم. وقد كشف أندروز وآخرون (Andrews et al, 1999) بعد تحليل وتقييم ثمانين (80) دراسة حول برامج علاجية مقدمة للمجرمين البالغين والأحداث على حد سواء أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية تجعل هذه البرامج ذات فعالية:

- اختيار المجرمين المعرضين للخطر.
- البحث عن احتياجات المجرمين.
- استخدام العلاجات المعرفية-السلوكية.

وعندما تتطابق هذه العوامل الثلاثة مع احتياجات وأساليب التعلم التي يتبعها الجناة يمكن تخفيض العود بنسبة خمسين بالمائة (50%) تقريبا، كما أشار لاندنبرغ وليبسي (landenberger & Lipsy, 2005) في دراستهم إلى الآثار الايجابية لخطط العلاج المعرفي-السلوكي على العود لكل من المجرمين البالغين والأحداث، وأشارت دراسة بيرسون وآخرون (Pearson et al, 2002) إلى أهم تدخلين يساعدان في الحد من عودة المجرمين إلى

سلوكياتهم الإجرامية وهما: التدريب على تنمية المهارات الاجتماعية المعرفية والسلوكية وبرامج إعادة تأهيل التفكير المعرفي بالتركيز بشكل خاص على التعلم والإدراك الاجتماعي، وضبط النفس، وإدارة الغضب (Kethineni et al, 2001, P. 95).

وقد قام مركز (CrimeSolutions.gov) التابع لوزارة العدل الأمريكية بتقييم دراسات وبحوث حول فاعلية التدخلات المعرفية السلوكية فيما إذا كانت نتائجها "فعالة" أو "واحدة" أو "ليس لها تأثير" وشمل التقييم خمسون (50) برنامجا علاجيا وثمانية (08) تدخلات لحالات فردية، أظهرت نتائج التقييم أن التدخلات المعرفية- السلوكية لحالات فردية كانت فعالة بشكل كبير في ردع الجريمة ومساعدة الضحايا ومنع إعادة الاعتداء مقارنة بفاعلية التدخلات القائمة على البرامج العلاجية، وأن من بين سبعة (07) برامج علاجية مطبقة على السجناء البالغين والتي صنفت على أن نتائجها "واحدة" كان هناك برنامج واحد فقط أظهر فاعلية في تطبيقه. وعلى العموم كشفت الدراسات التقييمية للتدخلات العلاجية المعرفية- السلوكية أنها أكثر التدخلات العلاجية فاعلية مقارنة بتدخلات علاجية أخرى حتى وإن تضمنت العلاج المعرفي- السلوكي كتدخل ثانوي. وبهذا يكون هناك أدلة تشجع على أن استخدام العلاج المعرفي - السلوكي وأن نتائجه فعالة فيما يخص فئة المجرمين داخل السجون وعند الإفراج عنهم حيث يمكن أن يقلل من خطر العود مع الأخذ بعين الاعتبار أن بعض المجرمين البالغين قد طوروا معتقدات إدراكية سيئة عميقة قد يكون من الصعب تغييرها. عدا ذلك يمكن للعلاج المعرفي- السلوكي أن يساعد على منع العود للإجرام إذا كانت التدخلات محكمة التصميم، لأن هناك ثغرات في البحوث التي أجريت على التدخلات القائمة على البرامج العلاجية التي تفتقر لشروط منهجية صارمة تؤثر على فعاليتها (Feucht & Tamm, 2016, P. 01-07).

ب- برامج العلاج المعرفي- السلوكي للجناة والمجرمين:

هناك ستة برامج معرفية-سلوكية تستخدم على نطاق واسع في نظام العدالة الجنائية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية التي تتمثل في:

- برنامج التدريب على استبدال العدوان (Aggression Replacement Training):

يسعى برنامج التدريب على استبدال العدوان (ART) إلى تزويد الشباب بمجموعة من المهارات لاستخدامها مع الحالات المعادية للمجتمع يتألف هذا البرنامج من ثلاثة مكونات رئيسية هي:

- برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية: بني هذا التدريب على افتراض أن سبب السلوك العدواني

والعنيف لدى الشباب هو افتقارهم إلى المهارات الاجتماعية (المكون السلوكي)، ويتضمن هذا البرنامج عشرة مهارات اجتماعية وهي: سلوكيات مجاملة، فهم مشاعر الآخرين، الاستعداد لإجراء محادثات صعبة، التعامل مع غضب شخص آخر، الابتعاد عن المشاحنات والعراك، مساعدة الآخرين، التعامل مع الاتهامات، التعامل مع ضغوط المجموعة، التعبير عن الانفعالات، الاستجابة للفشل.

- برنامج التدريب على التحكم في الغضب: يسعى التدريب على التحكم في الغضب (المكون الانفعالي) إلى

تعليم مهارات للشباب المعرض للخطر للتخفيف من دوافعهم الانفعالية للتصرف مع الغضب وذلك من خلال زيادة كفاءاتهم في ضبط النفس، حيث يتعلم الشباب تحديد العوامل التي تسبب الغضب وطرق لعب الأدوار لاستخدام تقنيات التحكم الذاتي بكفاءة وتشمل مواضيع هذا التدريب.

- برنامج التدريب على التفكير الأخلاقي: ويتمثل في مجموعة من الإجراءات المصممة لرفع مستوى

الإنصاف والعدالة والاهتمام لاحتياجات الآخرين وحقوقهم (المكون المعرفي) لدى الشباب، يحضر المشاركون للتدريب بمعدل ساعة في كل من هذه المكونات (في أيام منفصلة) كل أسبوع لمدة عشرة (10) أسابيع (Milkman & Wanberg, 2007, P. 18).

- برنامج علاج إساءة استخدام المواد والسلوك الإجرامي: استراتيجيات للتحسين الذاتي والتغيير

(Strategies for Self-Improvement and Change): توفر هذه البرامج استراتيجيات التحسين الذاتي

والتغيير (SSC) نهجًا موحدًا ومنظمًا ومعرفيًا بدقة لمعالجة العملاء الذين يظهرون مشكلات إساءة استخدام العقاقير ومشكلات جنائية، وهو برنامج علاجي سلوكي-معرفي طويل الأمد (من 9 أشهر إلى سنة) مكثف

موجه للمجرمين البالغين الذين سيئون استخدام العقاقير ويكون سن العميل المستهدف هو 18 سنة أو أكثر،

ومع ذلك قد يستفيد المراهقون الأكبر سنًا من بعض أجزاء من البرنامج. إن الافتراض الكامن وراء برنامج

التحسين الذاتي هو أن الانفتاح الذاتي يؤدي إلى الوعي الذاتي والذي بدوره يؤدي إلى تحسين الذات والتغيير.

- **التفكير وإعادة التأهيل (Reasoning and Rehabilitation (R & R))** : يتألف برنامج (R & R) من 35

جلسة تمتد من 08 إلى 12 أسبوعًا مع 06 إلى 08 مشاركين ينظم عدة تدريبات تركز على تعديل التفكير

الان دفاعي المبني على الدوافع والتفكير المتمركز حول الذات والتفكير غير المنطقي والجامد للسجناء وتدريبهم

للتوقف والتفكير قبل التصرف، بهدف النظر في عواقب سلوكهم لوضع طرق بديلة للتفاعل مع المشاكل بين

الأشخاص والنظر في تأثيرها على سلوك الآخرين لا سيما الضحايا (Lipsey et al, 2007, P.05).

- **برنامج الوقاية من الانتكاس (Relapse Prevention Therapy)**: تطور هذا البرنامج ليكون برنامجا

لصيانة ومنع وإدارة الانتكاس بعد علاج الإدمان وصمم لتدريس الأفراد كيفية التنبؤ والتعامل مع الانتكاس

ويشجع المدمن على التفكير في سلوكه الإدماني كشيء يفعله بدلاً من شيء يمثل شخصه، ويرفض البرنامج

بذلك استخدام الملصقات مثل "مدمن كحول" أو "مدمن مخدرات" ويستخدم تقنيات من التدريب على المهارات

المعرفية-السلوكية لتعليم المدمنين الإدارة الذاتية والتحكم الذاتي في أفكارهم وسلوكهم على اعتبار أن

السلوكيات الإدمانية عادات مكتسبة ذات محددات وعواقب "بيولوجية ونفسية واجتماعية"، وأن ضعف التقدير

وفقدان التحكم في الدوافع يرتبطان في الغالب بتعاطي الكحول والمخدرات.

- **برنامج التفكير من أجل التغيير (Thinking for a Change)**: يشمل هذا البرنامج على اثنان

وعشرين (22) حصة تعليمية تحوي درسا معينا في طرق التفكير مع القدرة على تمديد البرنامج إلى أجل

غير محدود تتبع بحصص أخرى لعشرة دروس إضافية يوصى بها للمشاركين لاستكشاف التقييمات الذاتية

التي أجريت في الحصص الاثنتين والعشرين السابقة بمعدل ساعة إلى ساعتين أسبوعيا، ولا بد أن يتصف

المدرّب بعدة صفات منها التعاطف، حبّ التعليم، فهم عمليات المجموعة والتفاعلات بين الأفراد القدرة على السيطرة على مجموعة من المجرمين (Milkman & Wanberg, 2007, P. 29-32) .

ج - المكونات الأساسية لبرنامج الصحة العقلية والنفسية في المؤسسات العقابية.

قدم تيري كوبرز (Terry Kupers, 2015) توصيات في كتابه " الجنون في غياهب السجون " ضمنها عشرة مكونات أساسية لبرنامج الصحة العقلية والنفسية في المؤسسات العقابية تساعد في إصلاح ما ذكره من جوانب سلبية في برامج الصحة النفسية والعقلية في السجون الحالية (تحديداً للولايات المتحدة الأمريكية). وقد حدد كوبرز المكونات العشر الأساسية كاستكمال للمكونات الستة التي تحدد برنامج علاج الأمراض العقلية ذات الحد الأدنى من الملائمة، التي صاغتها المحكمة الإقليمية الفيدرالية سنة 1980.

وتضمنت هذه المكونات ضرورة توفير مستويات شاملة من الرعاية واستمرارها، حيث يرى كوبرز أنه لا بد أن تتضمن خدمات الصحة العقلية بالمؤسسات العقابية نظاماً شاملاً إذا أردنا تحقيق ما هو أفضل من تقديم الأدوية للسجناء وإبداعهم الزنانات، فلا بد من وجود عناصر رعاية نفسية داخلية وعيادات خارجية، وخدمات طوارئ، وبرامج علاج يومية، وتدبير علاجي للحالات، ومنازل انتقالية، وحياة مدعومة في المجتمع أي استمرار رعاية السجناء بعد الإفراج عنهم. فقد أصبحت الحاجة إلى وضع خطط لرعاية المفرج عنهم والعمل على التواصل بين موظفي رعاية الصحة العقلية بالسجون ونظرائهم في المجتمع ضرورة ملحة خاصة للمفرج عنهم الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية حادة ودائمة تتطلب المتابعة من الهيئات العلاجية المجتمعية. فحتى لو قدمت للمفرج عنه رعاية ممتازة أثناء سجنه، فهو في حاجة إلى العلاج أو لخدمات دعم في الخارج بعد إطلاق سراحه كجزء من خطة العلاج داخل السجن، وعلى هذا على الاختصاصيون الاجتماعيون البقاء على اتصال بأسر السجناء، والعمل مع الهيئات ذات الصلة في المجتمع لإنجاح عملية انتقالهم إلى المجتمع، ولا يكون برنامج العلاج في السجن عملياً حقاً إذا لم يقدم خدمات شاملة لفترة ما بعد الإفراج من السجن (كوبرز، 2015، ص 253).

د- البرامج العلاجية المتخصصة للتكفل بالمحبوسين في المؤسسات العقابية بالجزائر:

عرفت المنظومة العقابية الجزائرية في إطار إصلاح العدالة الذي بوشر سنة 2003. وذلك من خلال مشروع التعاون لدعم إعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين المقام بين المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD) وبالتعاون مع مقاطعة كتالونيا الإسبانية (جامعة كتالونيا، وزارة العدل وإدارة السجون) إذ تم العمل على استغلال الخبرة الدولية لاقتناء وبناء وتعديل خمسة برامج علاجية متخصصة وفق لاحتياجات الجمهور العقابي في الجزائر وتتمثل في الإدمان على المخدرات، العود الإجرامي، النساء المجرمات، الأحداث والبرنامج المتخصص للسلوكيات العنيفة.

وتقوم هذه البرامج العلاجية المتخصصة على عدة مبادئ:

- تنطلق من فكرة أنه لا يمكننا الحصول على شخص جديد ولا بد أن تكون هناك فكرة أن المحبوس يمكن أن يغير من نفسه.
- الملامح الأساسية للشخصية لا يمكن تغييرها ولكن يمكن تزويده باستراتيجيات للتحكم في هذه الملامح.
- العلاج يحتاج إلى تغيير في طريقة تفكير المحبوس يتم العمل على ما هو مفجر للجريمة وليس على الجريمة في حد ذاتها.

- البرنامج العلاجي متعدد الشروط مدمج فيه استراتيجيات متعددة يتعرض من خلالها لعوامل الخطر

لسلوك العنيف باستغلال نظريات التعلم وتدريب على المهارات والمتابعة المنتظمة.

خلصت الباحثة من خلال هذا الفصل إلى أن العلاج المعرفي-السلوكي يعتبر واحدا من أنجح العلاجات النفسية الحديثة التي تهدف إلى تنمية قدرات المواجهة لدى المريض لتحقيق التكيف الإيجابي مع نفسه والآخرين عن طريق إعادة تأهيل التفكير المعرفي والاعتماد على فنيات معرفية، انفعالية، سلوكية يمكن استخدامها مع العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية وفي مختلف القطاعات بما فيها قطاع العدالة الجنائية التي تتعامل مع فئة السجناء في المؤسسات العقابية والإصلاحيات للبالغين والأحداث.

وقد دلت نتائج عدة دراسات (العتيبي 2014)، الزغندي وعبد الهادي(2014)، حازم ووقافنة (2009)، (Friendship et al, 2002)، كائوري (1997).) - في حدود اطلاع الباحثة- على فاعلية البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية التي تناولت عدة اضطرابات (الضغوط النفسية، العجز الإدراكي، الاكتئاب، القلق، اضطرابات النوم والأكل، الاغتراب الاجتماعي، سوء استخدام المخدرات) تعاني منها فئة السجناء قصد التخفيف من شدتها ومساعدتهم على الاندماج مع المجتمع أثناء فترة الاحتجاز وبعد الإفراج عنهم باستخدام عدة استراتيجيات معرفية- سلوكية، إلا أن نتائج دراسات أخرى (Byrne.L.S et al, 2014)، محمد آدم متوكل (2010)، (Sevensson.A, 2004) كشفت عن فشل البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية في تحقيق أهدافها العلاجية التي بينت أن تأثيرها على إدراك المشاركين لا يمكن الاعتماد عليه نظرا لعدم مطابقتها المجموعات التجريبية مع المجموعات الضابطة في عدة متغيرات معرفية، بالإضافة إلى العوائق التي تفرضها المؤسسات العقابية على التنفيذ النموذجي لبرامج العلاج والتأهيل لنزلاء المؤسسات العقابية، وهناك أيضا صعوبة اعتراف السجناء بأن لديهم مشكلات ورفضهم طلب المساعدة النفسية خاصة مع عدم قدرة الأخصائي النفسي بالمؤسسات العقابية أن يعدهم بسرية ما يجري بينهم.

كل الأسباب السابقة الذكر أثرت سلبا على فعالية البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية للسجناء داخل المؤسسات العقابية وهو ما دفع البعض لمحاولة تطبيقه على حالات فردية وقد أعطت نتائج ايجابية أكدتها دراسة الباحثين جبالي وكريال (2010)، إلا أن ميلمان وونبرغ (Milkman & Wanberg, 2007) أشارا إلى أن تطبيق العلاج المعرفي- السلوكي الفردي غير عملي بشكل عام داخل نظام السجون (Milkman & Wanberg, 2007, P.15).

ما سبق يدعو إلى اختبار تطبيق العلاج المعرفي- السلوكي الفردي للمفرج عنهم كإحقة لهم، وتسعى الباحثة من خلال الدراسة الحالية إلى ذلك في محاولة منها للكشف عن مدى تأثير تدخل علاجي معرفي- سلوكي فردي في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى المفرج عنهم من المؤسسات العقابية،

ومدى فعاليته في مساعدتهم على إدراك الضغوط الناتجة عن تغير بيئتهم وتعرضهم لصعوبات ومشكلات ما بعد الإفراج، ووقاية لهم مما ينتج عنها من اضطرابات نفسية وسلوكية تكون سببا في ردود فعل سلبية تساهم في الكثير من الأحيان في العودة للانحراف وبالتالي العودة للسجن، وهذا ما سيبيئه الجانب التطبيقي من الدراسة الحالية في الفصول الموالية.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: التصميم التجريبي

ثالثاً: حدود الدراسة

رابعاً: حالات الدراسة

خامساً: أدوات الدراسة

سادساً: الخطوات الإجرائية لتطبيق التدخل العلاجي

سابعاً: أساليب التحليل الإحصائي

تطرقت الباحثة في هذا الفصل إلى المنهج المستخدم في الدراسة الحالية وكذا التصميم التجريبي المناسب لها وحدود الدراسة، حالات الدراسة وأهم خصائصها، كما تطرقت إلى أدوات الدراسة، وبأساليب المستخدمة في تحليل النتائج لينتهي بالخطوات الإجرائية لتطبيق العلاج.

أولاً: منهج الدراسة:

يعتمد اختيار الباحث لمنهج الدراسة التي سيقوم بها على طبيعة موضوع دراسته بالدرجة الأولى وكذا فرضياتها وأهدافها، وبما أن موضوع الدراسة الحالية يتناول فعالية تدخل علاجي معرفي-سلوكي في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج لحالتين من المفرج عنهم من المؤسسات العقابية، استخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي الذي يعنى بقضايا التشخيص والتقييم والعلاج وفعاليتيه والمقارنة بين العلاج وعدم العلاج (فرج، 2008، ص 229). وقد اعتمدت الباحثة على أسلوب دراسة الحالة المفردة باعتبارها أهم الأساليب والطرق التي رسخت تماماً في علم النفس الإكلينيكي كما تمثل أهم النماذج البحثية التي يلجأ إليها الأخصائي الإكلينيكي كونها أكثر أساليب التجريب الإكلينيكية عملية وفائدة في التوصل إلى معلومات علمية صادقة، بالإضافة إلى ما توفره من دقة وبيانات موضوعية حول نتائج العلاج (فرج، 2008، ص 68)، فهي تجيب عن فئتين عريضتين من الأسئلة؛ تتضمن الفئة الأولى أسئلة تتعلق بالتحسن الناتج عن العلاج: هل تحسن المريض نتيجة للعلاج المعين وتخفف من الأعراض؟، فيما تتضمن الفئة الثانية أسئلة تتعلق بالتغيرات التي تحدث في العمليات: كيف حدث التحسن خلال المرحلة العلاجية؟ (فرج، 2008، ص 253). كما يتمتع أسلوب دراسة الحالة المفردة بخصائص تمكن الباحث الإكلينيكي من القيام بتفسير البيانات التي تحصل عليها بدرجة عالية من الصدق (ليندراي وبول، 2000، ص 861).

ثانياً: التصميم التجريبي:

اعتمدت الباحثة في دراستها على التصميم (أ-ب) كأحد تصميمات تجارب الحالة المفردة التي تسعى لنتبع الأعراض المرضية خلال العلاج لدى مريض واحد أو عدد قليل من المرضى والمقارنة بين ما كانت

عليه في مرحلة خط الأساس ومراحل التدخل التالية. ويتضمن التصميم (أ-ب) مرحلتين تجريبيتين يتمثلان في المرحلة (أ) والمرحلة (ب)، حيث يحدد السلوك المستهدف بوضوح وتجري القياسات على امتداد المرحلتين (أ) و(ب). تمثل (أ) مرحلة الأساس التي يلاحظ خلالها ظهور السلوك المستهدف ويقدم المتغير العلاجي أو التجريبي في المرحلة (ب) (فرج، 2008، ص 248)، وتقيم فعالية العلاج بالمدى الذي تحدث به إزاحة نقاط البيانات عند تقديم التدخل وما إذا كان هذا التغير مستمرا على امتداد التدخل أم لا. وهو ما جعل الباحثة تعتمد هذا التصميم لإجراء الدراسة الحالية.

ثالثاً: حدود الدراسة:

أ- **حدود الموضوع:** انطلاقاً من عنوان الدراسة فإن حدود الموضوع تتمثل فيما يلي:

- المتغير المستقل: التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي.
- المتغير التابع: الضغوط التالية لصدمة الإفراج.
- المتغيرات الخارجية: السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مدة العقوبة، نوع الإفراج.

ب- **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة الحالية في ولاية باتنة وذلك لكون الدراسة تهدف إلى تطبيق تدخل

علاجي يستغرق عدة أسابيع مما يستوجب الحضور والتواجد الدائم للباحثة وحالات الدراسة.

ج- **الحدود الزمنية:** يمكن تقسيم مراحل الدراسة إلى مرحلتين أساسيتين:

▪ **مرحلة جمع المادة العلمية:** والتي استغرقت حوالي ثلاثة (03) سنوات بين البحث والترجمة وكانت

بين: 2014 / 2017 م.

▪ **مرحلة التطبيق:** وهي مرحلة تطبيق التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي والتي كانت بين

23 ديسمبر 2017 إلى 24 أبريل 2018 بمجموع 12 جلسة، 10 جلسات علاج بمعدل جلسة كل

أسبوع والجلسة الختامية التي كانت بعد خمسة عشرة (15) يوما وجلسة المتابعة التي كانت بعد شهر ونصف.

رابعا: حالات الدراسة:

اختيرت حالي الدراسة بطريقة قصدية؛ حيث قامت الباحثة بالاتصال بالجمعيات وبالخلايا الجوارية وبالمصالح الخارجية لإعادة الإدماج التابعة لإدارة السجون المتواجدة على مستوى ولاية باتنة، بحكم أن هذه المؤسسات هي الأكثر تعاملًا مع المفرج عنهم من المؤسسات العقابية بالولاية والتي يكمن دورها في مساعدتهم على استعادة اندماجهم مجددا في المجتمع، إلا أنه تعذر على الباحثة الحصول على الحالات في ظل غياب تسهيلات ومساعدات من الجهات الرسمية سالفه الذكر. تم بعدها اتصال الباحثة ببعض الأصدقاء المحامين الذين تمكنوا من مساعدتها في إيجاد خمس (05) حالات من الذكور المفرج عنهم من المؤسسة العقابية لإعادة التأهيل والتربية لولاية باتنة وافقوا على المشاركة في الدراسة، إلا أن حالتين (02) لم تلتحقا على الإطلاق لأسباب مجهولة، فيما انسحبت حالة واحدة (01) في منتصف الدراسة (العلاج)، ولم يكمل الدراسة (العلاج) إلا حالتين (02) أفرج عنهما تحت نظام الإفراج المشروط وهما على قرابة ببعضهما ويشتركان في نفس القضية المنسوبة لهما وهي محاولة القتل العمد، وقد تم الحكم عليهما بنفس المدة وأفرج عنهما أيضا في تاريخ واحد. تم التعرف على الحالتين من خلال أستاذة محامية تواصلت معهما لمعرفة خروجهما من السجن بحكم الجيرة وعرضت عليهما المشاركة في الدراسة وذلك بعد شهر ونصف من الإفراج عنهما.

- خصائص حالات الدراسة:

الحالة (02)	الحالة (01)	
37 سنة.	34 سنة.	السن
أعزب.	أعزب.	الحالة الاجتماعية
جامعي.	جامعي.	المستوى التعليمي
بطل.	بطل.	الوظيفة
12 سنة حبس نافذ.	12 سنة حبس نافذ.	مدة السجن
إفراج مشروط.	إفراج مشروط.	نوع الإفراج

جدول رقم: (04) يبين خصائص حالات الدراسة.

خامسا: أدوات الدراسة:

1- المقابلة الإكلينيكية المستندة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس:

تعتبر المقابلة الإكلينيكية أداة جوهرية لتقييم الحالة النفسية والعقلية الراهنة أو السابقة للمريض، ويمكن أن يكمل ذلك بالمقاييس الموضوعية مثل اختبار الصحة النفسية العامة (ليندزاي، بول، 2000، ص 848). وقد استعانت الباحثة في التشخيص بالمقابلة الإكلينيكية (التشخيصية) النموذجية المستندة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس كأداة لجمع البيانات من حالات الدراسة، فهي عبارة عن مقابلة إكلينيكية مبسطة يستخدمها اختصاصي علم النفس الإكلينيكي أو اختصاصي الطب النفسي في تشخيص مشكلات المرضى، حيث يقوم الأخصائي بطرح فروض خاصة بتصنيف أعراض المرض كي يتم تطبيق الجزء الخاص بالعرض ويمكن تطبيق أكثر من فئة مرضية مثل الاكتئاب، القلق، الرهاب... إلخ (شليبي وآخرون، 2014، ص 45)، ساعدت هذه المقابلة الإكلينيكية (التشخيصية) النموذجية الباحثة في تحديد الأعراض التي يعاني منها حالات الدراسة وتصنيفها (انظر في الملاحق).

2- الملاحظة:

استخدمت الباحثة الملاحظة كأداة لا يمكن الاستغناء عنها في المجال الإكلينيكي حيث تعتبر من أدوات البحث والتشخيص من خلال ما توفره من بيانات حول الوضع الراهن للحالة، وهي وسيلة لتثبيت فرض معين أو نفيه حول سلوك معين بالتركيز على متضمنات محددة في هذا السلوك المرضي، وذلك بهدف اختبار الأداء السلوكي لفرد معين في موقف محدد ومدى علاقته بسلوكياته الأخرى في المواقف المختلفة وبسلوكيات أشخاص آخرين تربطهم صلات اجتماعية (عبد المعطي، 2003، ص 74). ساعدت أداة الملاحظة الباحثة في رصد بعض السلوكيات والأعراض الظاهرة مباشرة على الحالة أو من خلال ملاحظة بعض جداول تقدير المقدمة للحالتين كواجبات منزلية.

3- المقاييس:

استخدمت الباحثة عدة مقاييس موضوعية ذات خصائص سيكومترية موثوقة قصد قياس الأعراض من خلال المؤشرات المتصلة بها للتعرف على الأعراض وبداية ظهورها، مدتها، شدتها، ثباتها، والتي توفر معلومات ذات صلة بمستوى الضائقة النفسية لدى الحالات موضوع الدراسة الحالية التي تمثل مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج، وتتمثل هذه المقاييس فيما يلي:

أ- اختبار الصحة النفسية العام (GHQ-60) General Health Questionnaire :

يعتبر هذا الاختبار أداة للكشف السريع عن الحالات المرضية وتمييزها عن الحالات السوية وهو لا يهدف إلى تشخيص الحالات المرضية وتصنيفها بل يهدف إلى اكتشافها، تم وضع اختبار الصحة النفسية العامة من طرف كل من غولدبرج وويليامس (Golberg & Williams, 1991) وقام بترجمته إلى العربية الدكتورة هدى جعفر حسن (1999) بقسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية بجامعة الكويت. وهو من المقاييس المعروفة التي تستخدم كأداة سهلة وسريعة لتمييز الأفراد الذين يحتمل أن يعانون من اضطرابات نفسية عن غيرهم من الأسوياء وتحديد من يحتاج إلى مراجعة طبيب مختص أو تطبيق مقاييس أخرى أكثر

تخصصا لتشخيص الاضطراب الذي يسبب ضائقة نفسية للحالة محل الكشف أو الدراسة. وقد صُمم هذا الاختبار لاستخدامه في المستشفيات أو العيادات الطبية العامة لأنه يركز على التغيير في الأداء النمطي للفرد، كما يهتم باكتشاف العجز عن الاستمرار في أداء الوظائف العادية للفرد.

يتألف المقياس الكامل من 60 بنداً (توجد له عدة صيغ مختصرة) تدور حول التغيرات في الحالة الصحية والنفسية للفرد خلال الأسابيع القليلة السابقة لتطبيق المقياس، يوجد أمام كل بند أربعة بدائل للإجابة على الصيغة التالية " أحسن من المعتاد، كالمعتاد، أقل من المعتاد، أقل من المعتاد بكثير"، ويتم تصحيح المقياس بإعطاء صفر (0) للبديل الأول والثاني، و(درجة واحدة) للبديل الثالث والرابع. وتعتبر سبعة (07) درجات هي العتبة أو الدرجة التي يمكن عندها تمييز الحالات المرضية من الحالات السوية، بمعنى من يحصل على سبعة (07) درجات فأكثر على الاستخبار يحتمل أن يكون حالة مرضية تحتاج إما إلى تدخل من الطبيب المختص أو استخدام طرق تشخيصية أخرى للتحقق من التشخيص. صمم الاستخبار ليقاس خمس مجالات من الاضطرابات النفسية هي: الاكتئاب، القلق، خلل الوظيفة الاجتماعية، الاضطرابات النفسية الجسمية، واضطرابات النوم. ترجم الاستخبار إلى 36 لغة غير لغته الأصلية وهي اللغة الإنجليزية، وثبتت الكثير من الدراسات فعاليته في البيئات الثقافية المختلفة، كما كشفت الدراسة الأصلية التي هدفت إلى تطوير المقياس أن حساسيته وقدرته التمييزية على اكتشاف الحالات المرضية وتمييزها كان مقبولاً بشكل كبير، كما أثبتت الكثير من الدراسات أن مقياس الصحة النفسية العامة له قدرة على تمييز الحالات المرضية في المجتمعات المختلفة (غولنبرج و ويليامس، 1999/1991، ص ص 113-139).

طبقت الباحثة مقياس الصحة النفسية العامة (GHQ-60) على الحالتين محل الدراسة الراهنة للكشف عن أية أعراض مرضية يعانيان منها بعد الإفراج عنهما من المؤسسة العقابية تسبب لهما ضائقة نفسية أو عجزاً في أداء وظائفهما العادية وتعيق استعادة توافقهما النفسي والاجتماعي من جديد وسط المجتمع الخارجي، ذلك لأن الحالتين لم يطلبوا العلاج برغبة منهما وإنما كان بالتماس من الباحثة في مشاركتها في الدراسة

وموافقتها على ذلك، قدمت الباحثة هذا الاستخبار كأول أداة وتبعته بعدة مقاييس للتأكد من الأعراض التي كشف عنها الاستخبار والتعرف على شدتها وهي.

ب- مقياس هاملتون للاكتئاب (HAM-D):

(Hamilton Checklist of Symptoms of Depressive illness.)

ترجم المقياس الدكتور (لطي فطيم) وهو عبارة عن قائمة وضعها ماكس هاملتون (Hamilton.M) لتشخيص مرض الاكتئاب وتقدير شدته من خلال إعطاء درجة لمختلف أعراض الاكتئاب وعددها 17 عرضاً، وتتراوح درجاتها بين صفر (0) إلى أربعة (04) درجات مقسمة بين أعراض تتراوح درجاتها من (0-2)، وأعراض أخرى تتراوح درجاتها من (0-4) وهي موضحة في الجدول التالي:

أعراض تتراوح درجاتها بين (0-2)	أعراض تتراوح درجاتها بين (0-4)
=0 لا توجد أعراض.	=0 لا توجد أعراض.
=1 توجد أعراض طفيفة.	=1 توجد أعراض طفيفة.
=2 توجد أعراض واضحة.	=2-3 توجد أعراض متوسطة.
	=4 توجد أعراض حادة.

جدول رقم: (05) يبين شدة أعراض مرض الاكتئاب حسب درجة كل عرض.

وتستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقاً للمعايير التالية:

(0-7) لا يوجد اكتئاب.

(8-13) اكتئاب بسيط.

(18-) اكتئاب متوسط.

(19-22) اكتئاب شديد.

(فوق 23) اكتئاب شديد جداً.

ج- مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A): (Hamilton Anxiety Rating Scale)

وضع ماكس هاملتون مقياس تقدير مدى القلق سنة 1959م لاستخدامه على الأشخاص الذين سبق تشخيصهم أنهم يعانون من القلق، وقد قام بترجمته أيضا الدكتور لطفي فطيم، يعطي المقياس تقديرات كمية بالاعتماد على وجود بعض الأعراض الجسمية والنفسية التي تعد مؤشرا يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض، ويشمل المقياس على 14 عرضا مركبا يكون مجموع درجاتها مقياسا كميا لدرجة القلق ويطبق المقياس عادة قبل بدأ العلاج ثم يطبق بعد ذلك دوريا لمعرفة مدى التحسن ويقاس مدى شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق. ويضع الأخصائي الإكلينيكي درجة لاستجابة المريض وفقا لخمسة مستويات هي:

(0) = لا توجد أعراض.

(1) = أعراض طفيفة.

(2) = أعراض متوسطة.

(3) = أعراض شديدة.

(4) = أعراض شديدة جدا تعجز المريض.

تفسر نتائج المقياس حسب طريقتين:

○ الطريقة الأولى: وتكون عن طريق تتبع عرض واحد ومقارنة الدرجة الخام عبر فترات من

الزمن.

○ الطريقة الثانية: وتكون بمقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر عبر فترات من

الزمن.

د- مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة (Scale Aording To DSM-IV) (PTSD):

ترجم مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة الدكتور عبد العزيز ثابت وهو مقياس يقيس تأثيرات الخبرات الصادمة، ويتكون من سبعة عشرة (17) بنداً تتماثل والصيغة التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية، قسمت هذه البنود إلى ثلاثة (03) مقاييس فرعية وهي:

- المقياس الفرعي الأول: استعادة الخبرة الصادمة، ويشمل البنود التالية: 1-2-3-4-17.

- المقياس الفرعي الثاني: تجنب الخبرة الصادمة، ويشمل البنود التالية: 5-6-7-8-9-10-11.

- المقياس الفرعي الثالث: الاستثارة، ويشمل البنود التالية: 12-13-14-15-16.

ويتم حساب الدرجات على مقياس مكون من 5 درجات من (0-4) ويكون مجموع الدرجات للمقاييس

153 درجة، وتشخص الحالات التي تعاني من الضغوط التالية للصدمة بحساب مايلي:

▪ أن يتوفر عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

▪ أن تتوفر ثلاثة (03) أعراض من أعراض التجنب.

▪ أن يتوفر عرضين من أعراض الاستثارة.

❖ ثبات ومصادقية المقياس:

1- الثبات: طبق لاختبار على مجموعة من سائقي سيارات الإسعاف وأعيد تطبيقه بعد أسبوعين وكان

معامل الارتباط 0,86، وكانت قيمة الدلالة الإحصائية 0,001.

2- الصدق: استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت

سائقي الإسعاف، وكان معامل ألفا كرونباخ 0,78، وبلغت التجزئة النصفية 0,61.

د-مقياس خبرة الخزي:

أعد هذا المقياس أندروس وزملائه (Andrews et al,2002) بهدف قياس خبرة الخزي، وقام بتعريب

المقياس الدكتور (حسين علي فايد) (2016)، الذي حدد مفهوم الخزي على أنه " انفعال عام وشديد يبدو في

الخزي من القول والفعل، والخزي الجسمي، وخبرة الخزي، والخزي من الفشل في المواقف، والخزي من القدرة الشخصية، وردود الأفعال السلوكية للخزي". ويعتبر المقياس أداة للتقرير الذاتي تعطي تقديرا كميا لخبرة الخزي، متمثلة في الخزي الخلقى والخزي السلوكي والخزي الجسمي. وترى لويس (1971) أن الشعور بالخزي هو خبرة مؤلمة بشكل حاد لأنها مرتبطة بالذات الكلية للفرد (Entire self) حيث تفحص وتُفَوِّم بشكل سلبي، ويؤدي هذا الفحص السلبي إلى تغير في إدراك الذات الذي غالبا ما يصاحبه إحساس بالدونية وعدم الجدوى وعدم القيمة. ويعتبر الخزي في حد ذاته انفعال غامر ومضعف يؤدي في الغالب إلى شل الذات (Paralyze) بشكل مؤقت على الأقل ولذلك غالبا ما نجد الأفراد في وسط خبرة الخزي مدفوعين إلى الاختباء كرد فعل وجداني للاستهجان العام. يتكون المقياس من خمسة وعشرين 25 بندا لتقييم عدة مجالات للشعور بالخزي:

▪ أربع (04) مجالات للخزي الخلقى (Characterological Shame) هي:

- الخزي من العادات الشخصية.
- السلوك مع الآخرين.
- نوعيتك كشخص.
- القدرة الشخصية.

▪ ثلاثة (03) مجالات للخزي السلوكي (Behavioural Shame)، وهي:

- الخزي الخاص بعمل أشياء خاطئة.
- قول شيء ما غبي.
- الفشل في مواقف التنافس.

▪ مجال واحد خاص بالخزي الجسمي (Bodily Shame)، وهو: الشعور بالخزي من جسمك أو ي جزء فيه.

▪ هناك بند إضافي خاص بتجنب النظر في المرأة (بالإضافة إلى إخفاء أجزاء جسمية من الآخرين).

وبالنسبة لكل مجال من المجالات الثمانية (08) للخزي توجد ثلاثة (03) بنود تتناول ثلاثة عناصر:

أ- **عنصر الخبرة:** وذلك في شكل سؤال مباشر عن الشعور بالخزي مثل، (هل شعرت بالخزي من عاداتك الشخصية؟).

ب- **عنصر معرفي:** في شكل سؤال عن الاهتمام بأراء الآخرين مثل، (هل انزعجت عما يظنه الآخرون عن عاداتك الشخصية؟).

ج- **عنصر سلوكي:** في شكل سؤال عن التجنب والاختفاء مثل، (هل حاولت أن تغطي أو تخفي أي من عاداتك الشخصية؟).

والمقياس من نوع مقياس ليكرت تتراوح فيه الدرجة على كل سؤال ما بين درجة واحدة (01) حتى أربع

درجات (04) حسب اختيار الحالة لأربع بدائل هي:

- لا أبدا.

- نادرا.

- أحيانا.

- دائما.

❖ **صدق وثبات المقياس:**

1_ صدق المقياس: تحقق الدكتور فايد من صدق المقياس بطريقة الصدق العاملي

بالاعتماد على ثلاثة معايير تحكيمية هي:

✓ العامل الجوهري ما كان له جذر كامن $\leq 1,0$.

✓ محك التشبع على العامل $0,3$.

✓ أن يتشبع جوهريا على العامل ثلاثة بنود على الأقل حيث أنها تعد بمثابة معيار له استقرار وقابل للتكرار. واعتمادا على هذه المحكات أصبح طول المقياس في صيغته النهائية (23 بندا)، ويشير التركيب العملي لمقياس خبرة الخزي إلى صدق مضمونه واتساق بنوده وكفاءتها في قياس ما وضعت لقياسه.

2-ثبات المقياس: تحقق الدكتور فايد من ثبات المقياس بطريقتي ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق بفاصل زمني مقداره أسبوعين، وبلغ معامل الثبات 0,76 و 0,79 على التوالي، وهي معاملات ثبات معقولة تشير إلى الاتساق الداخلي للمقياس واستقراره عبر الزمن (أندروس، 2016/2002، ص ص 3-14).

هـ- المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض 'تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية'

(The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders)

اعتمدت الباحثة على المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض 'تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية'، كونها صيغة معدة لتستعمل بصورة عامة في المجالات السريرية والتعليمية (البحثية)، كما يمكن استخدام هذه الدلائل الإرشادية في مشاريع البحوث أين لا يتطلب الأمر الدقة البالغة والتقيد في المعايير التشخيصية للبحوث كما هو الأمر بالنسبة للدليل التشخيصي الإحصائي (DSM). حيث أن التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكي «ICD-10» وبالإضافة إلى الدلائل التشخيصية التي تبين العدد اللازم توافره من الأعراض والتوازن المطلوب بينها للوصول إلى تشخيص موثوق به، فهو يكفل درجة من المرونة في اتخاذ القرارات التشخيصية خاصة في الأوضاع التي لم يتم فيها التوصل إلى تشخيص قبل أن تكتمل المعلومات وتتضح الصورة السريرية للاضطراب ليسجل كتشخيص مرحلي «Provisional» أو غير نهائي «Tentative»، فالبيانات الخاصة بمدة استمرار الأعراض يقصد بها في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض دلائل عامة أكثر منها متطلبات صارمة (منظمة الصحة العالمية، 1999/1992، ص ص 2-3)، وهو ما لا يقره الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM). كما يتميز بإعطائه الاهتمام للعوامل

المسببة للأمراض النفسية وكذا بالخلفية البيئية الاجتماعية والثقافية للمريض (الخاني، 2006، ص 45).

و- التدخل العلاجي واستراتيجياته المطبقة:

إن اتخاذ القرار بشأن العلاج الناجع يتوقف بالدرجة الأولى على الأسلوب العلاجي الذي يفضله المعالج النفسي وعلى مقدار ما تراكم لديه من خبرات في هذا الأسلوب المفضل عن غيره. وقد يتعدى الأمر كما يرى ذلك هيلز وهيلز (1999) إلى شخصية الفرد المريض (الحالة) ورؤيته وحاجاته ومتطلباته (هيلز وهيلز، 1999، ص 270). وتتحدد بذلك الإجراءات والأساليب العلاجية النفسية التي يتم تطبيقها لتحقيق أهداف فحص الحالات وفقا لتوجه نظري محدد ولعدد المشكلات التي تعاني منها كل حالة (بيرمان، 2004، ص 22).

وبناءً على ما سبق اختارت الباحثة العلاج المعرفي-السلوكي (قامت الباحثة بدورة تكوينية مكثفة في العلاج المعرفي-السلوكي لدعم وتعميق خبراتها لهذا التوجه العلاجي) الذي يركز على دور الإدراك والأفكار والمعتقدات والمعارف اللاتوافقية (Maladaptive Cognitions) المشوهة في استثارة التنغيص والضغط النفسية، واعتمدت الباحثة بشكل خاص على نموذج مكنباوم (Meichen-Baums. D) في العلاج المعرفي-السلوكي لتحقيق التغير الايجابي للحالات موضع الدراسة الحالية (المفرج عنهم من المؤسسات العقابية) الذي يعرف بالتدريب التحصيني ضد الضغوط « Stress inoculation »؛ والذي يقوم على الحديث الداخلي عن طريق تعليم الحالات تصميم جمل إخبارية عن ذواتهم « Self- statments » ثم تدريبهم ليعدلوا الإرشادات التي يلقنون أنفسهم بها حتى يتمكن من التأقلم بفاعلية أكثر مع المشاكل التي يواجهها. وبذلك ترى الباحثة أن نموذج ميكنباوم هو النموذج الأنسب الذي تحاول من خلال تطبيقه على حالات الدراسة الحالية التخفيف من مستوى الضغوط التي تعرضوا لها عقب الإفراج عنهم والتي أثرت على صحتهم النفسية لتنعكس سلبا على استعادة تأقلمهم من جديد مع الحياة خارج بيئة المؤسسة العقابية، وذلك بتطبيق استراتيجية

التحصين ضد الضغوط بالإضافة إلى عدة استراتيجيات أخرى رأت الباحثة أنها مكملة لاحتياجات التدخل العلاجي المقترح لمساعدة حالي الدراسة على خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج نذكرها فيما يلي.

- استراتيجية التحصين ضد الضغوط:

تمثل استراتيجية التحصين ضد الضغوط مقارنة لمجموعة من الاستراتيجيات تعمل على تحقيق أهداف علاجية ووقائية للأفراد الذين عاشوا تجارب التوتر والضغط، وقد أثبتت فعاليتها في علاج مشاكل عديدة مثل الفشل الاجتماعي، اضطرابات ما بعد تجربة مؤلمة أو أزمات حادة، الانسحاب الاجتماعي، السيطرة على الغضب، إدارة القلق، علاج الاكتئاب (جبرالد، 2011/2009، ص 388). وبذلك ترى الباحثة أنها أنسب استراتيجية يمكن تطبيقها على المفرج عنهم من المؤسسات العقابية لتخفيف مستوى الضغوط التي يعيشونها في الفترة التي تلي مباشرة إطلاق سراحهم من خلال توجيههم لاكتشاف ذاتهم؛ إذ غالباً ما يشعر المفرج عنهم أنهم ضحايا ظروف خارجية وأفكار ومشاعر وسلوكيات لا قدرة لهم في السيطرة عليها، فيصبحوا أكثر وعياً عن دورهم في خلق مشكلاتهم وقلقهم من خلال الملاحظة المنهجية لأحداثهم الداخلية ومراقبة سلوكياتهم غير التكيفية وتعليمهم تقنيات إدارة الضغوط لإدارة ضغوطهم وتجاوز مشكلاتهم عن طريق أساليب في تعديل جوهر معتقداتهم ويتم كل ذلك من خلال:

- تعريف المفرج عنهم إلى مواقف مثيرة للقلق عن طريق لعب الدور والتخيل.
- الطلب من المفرج عنهم تقييم مستوى القلق.
- يطلب من المفرج عنهم أن يكتبوا ملاحظاتهم عن مستوى القلق الذي يلي هذا التقييم.
- تعليم المفرج عنهم بأن يصبحوا على وعي بإثارة القلق للجوانب المعرفية عند تعرضهم للمواقف الضاغطة.
- إعادة بناء الجانب المعرفي بمساعدة المفرج عنهم ليفحصوا الأفكار عن طريق إعادة تقييم جملهم الإخبارية الذاتية.

تتم هذه الإجراءات باستخدام عدة استراتيجيات (وهي بمثابة مراحل متتالية أيضا) تتمثل أساسا في:

- 1- **استراتيجية الاسترخاء (Relaxation):** يقصد بالاسترخاء الممارسة المنتظمة لواحد أو أكثر من مجموعات تدريب تتضمن مزيجا من التنفس العميق وإرخاء العضلات وتقنيات التخيل، والتي ثبت أنها تعمل على إزالة الشد العضلي الذي يخترنه الجسم خلال وقت الضغوط، كما يساعد على قلة سرعة توارد الأفكار وانخفاض مستوى القلق والخوف بشكل كبير.
- 2- **إستراتيجية التحكم في القلق (Worry Control):** تطبق هذه الإستراتيجية من خلال استخدام عدة استراتيجيات وهي:
 - **تقدير المخاطر (Risk Assessment):** وهي استراتيجية تساعد العلى إعطاء تقديرا دقيقا للمخاطر التي تكتنف أي موقف يواجهه الفرد لمقاومة أي نزعة نحو المبالغة في تقدير الأخطار المستقبلية. كما تمكنه من معرفة المخاطر التي يمكن تفاديها، أو التي يجب أن يستعد لها، أو التي لا يجب أن يقلق بسببه، وتقوم هذه الاستراتيجية على:
 - **تقدير الاحتمالات:** وتعبّر عن تقدير مبالغ في الخطورة لدى الأفراد الذين يعانون من القلق والتوتر، والمبالغة في التقدير تحدث بسبب الربط بين الخبرات والمعتقدات: أي الوزن الذي يعطيه الفرد لخبراته الشخصية ومعتقداته بشأن القلق. ومشكلة المبالغة في تقدير المخاطر تزيد من حدة القلق بشكل غير ملحوظ حتى يصبح مشكلة أكبر من الأخطار التي تقلق الفرد (ماكاي و ديفيز وفانينج، 2007/2010، ص ص 86-88).
 - **التنبؤ بالعواقب:** يتوقع الأفراد الذين ينتابهم قدر كبير من القلق حدوث عواقب وخيمة لا مبرر لها وهو ما يمثل التهويل كأحد التشوهات المعرفية، وهناك نموذج تقدير المخاطر (انظر الملاحق) من أجل وضع تقدير دقيق لها عن طريق خفض شدة القلق، والتقدير الدقيق للاحتتمالات، والوصول إلى توقعات معقولة للنتائج والعواقب.

3- التعرض للقلق (Woory Exposure) : يتم من خلالها تعريض الحالة لمخاوف بسيطة أولاً

لمعايشتها لمدة دقائق في كل مرة، وعندما لا تعود هذه المخاوف تثير قلقاً مؤلماً يتم الانتقال إلى مخاوف أعلى درجة حتى يصل الحالة إلى التعامل مع مخاوفه بأقل توتر أو دون توتر على الإطلاق.

4- الكشف عن الأحاديث الذاتية "الأفكار التلقائية" (Uncovering Automatic Thoughts) : يعتبر

الكشف عن الأفكار التلقائية من خلال ملاحظة الحديث الذاتي الخطوة الأولى في العديد من نماذج العلاج المعرفي-السلوكي ورغم أنه لا يعد علاجاً إلا أنه يساعد على تخفيض شدة أعراض القلق أو الاكتئاب أو الغضب نتيجة الكشف عن كيفية استجابة الفرد للمواقف الضاغطة والمحبطة عبر حلقة التغذية بين الحدث الضاغط والأحاديث الذاتية المترتبة عنه (الأفكار التلقائية) والانفعالات المصاحبة له. وهناك نموذج لسجل الأفكار (انظر الملاحق) الذي يتيح للمريض تحديد مستوى الألم الذي يتعرض له جراء الانفعالات السلبية.

5- تغيير الأنماط المحددة للتفكير (Changing Patterns Of Limited Thinking): وهي تمثل ثمانية

أنماط مقيدة للتفكير (الانتقاء أو "الترشيح"، التفكير المتطرف، التعميم الزائد، قراءة الأفكار، التهويل، التضخيم، الشخصنة، القواعد الإلزامية)، تستخدم عادة في المواقف الصعبة تستدعي تعلم ابتكار عبارات ذاتية بديلة أكثر قابلية للتصديق من الأفكار التلقائية السلبية (ماكاي وديفيز وفانينج، 2007/2010، ص ص 23-35).

- التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية:

تتضمن استراتيجية المهارات الاجتماعية قدرة الفرد على التعامل مع الآخرين بطريقة ملائمة وفعالة، وأن الأفراد الذين يخبرون مشاكل نفسية -اجتماعية بسبب مصاعب في التفاعل الاجتماعي هم المرشحون للتدريب على المهارات الاجتماعية، ولهذا طبقت الباحثة هذه الاستراتيجية على حالتها الدراسية لما تقدمه من تربية نفسية وتدريب على تأكيد الذات للأفراد الذين تنقصهم مهارات التأكيد (جيرالد، 2011، ص 325). واكتساب المهارات الاجتماعية الضرورية لممارسة علاقات اجتماعية فعالة، فغالبا نجد المفرج عنهم يعانون من قصور في السلوك الاجتماعي ويرصدون استجابات الآخرين لهم بكل دقة ثم يحسدون رأيهم فيهم في

ضوء حدسهم، فتقييم الفرد لصورته الاجتماعية يتوقف إلى حد كبير على تقييمه للانطباع الذي يحدّثه في الآخرين، ففكرته عن صورته الاجتماعية السلبية قد تغطي على مفهومه عن ذاته وتخترق تصوره عن نفسه (بيك، 2004، ص 36).

- استراتيجية لعب الدور: تعمل هذه الاستراتيجية على مساعدة المفرج عنه في مواجهة الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية ومواجهة القلق الناجم عنها عن طريق تمثيل الدور كطريقة أيضا للعلاج بحيث يقوم العميل بتحديد الموقف المهدد ويمثله بنفسه (أو من خلال التخيل) أو مع المعالج عدة مرات حتى يتقنه فذلك سيساعده في اكتساب الكثير من القدرة للتغلب على القلق عند المواجهة الفعلية للموقف المهدد (عبد الستار، 2008، ص 83).

- استراتيجية التخيل: تساعد هذه الاستراتيجية المفرج عنه في التعامل مع الضغوط من خلال تدريبه على تخيل نفسه في موقف ضاغط، غالبا ما يسبق تطبيق التخيل تطبيق الاسترخاء، أي أن يكون المفرج عنه في حالة استرخاء ثم يطلب منه أن يتخيل نفسه في موقف ضاغط كما لو كان يعيشه فعلا وأن يتخيل معه ردود أفعاله، وهذا ما يجعل المفرج عنه يتدرب على مواجهة الضغوط التي يتوقع حدوثها (السيد، 2006، ص 116).

- استراتيجية اتخاذ القرار (Decision- Making):

طبقت الباحثة استراتيجية اتخاذ القرار على حالتي الدراسة من خلال تعليمهم تعداد مزايا وعيوب كل خيار وهو ما يساعد على تصميم نظام لوزن كل خيار ثم الوصول إلى نتيجة مناسبة ومنها إلى الخيار الأفضل (بيك، 2007/1995، ص 296). والمهم من اتخاذ القرار هو المشاركة الإيجابية للمريض في تحديد المشكلة ووضع خيارات متعددة وتأملها، وأن مشاركة المريض في صنع القرار تساعده على تنفيذه. وبهذا يتعلم المفرج عنه كيف يتخذ قراراته ويختارها لحل مشكلاته مستقبلا، كما أن إحساسه بالتحكم والسيطرة الذي يحدث من خلال حل إحدى المشكلات كثيرا ما يشجعه على تناول بقية مشكلاته العالقة التي لم يتمكن من حلها سابقا، وبهذا لا يكون هدف التدخل العلاجي هو التحرر من المشكلات الأصلية فحسب، ولكن هو

أيضا يمثل تغير سيكولوجي دقيق يؤهل المفرج عنه لمواجهة الصعوبات والمشكلات الجديدة (بيك، 2004، ص185).

- الحوار السقراطي: الأسلوب (الحوار) السقراطي يعتبر أهم الأساليب في العلاج المعرفي - السلوكي يتعلم الفرد من خلال إجابته على الأسئلة التي يطرحها المعالج التفكير بواقعية أكثر وإعادة تقييم أفكاره والنظر في مشكلاته بشكل مغاير (حسين، 2007، ص 124).

- مناقشة الحديث الذاتي: تعمل هذه الاستراتيجية على مساعدة المفرج عنه على التعرف على الطريقة التي يتعامل بها مع الضغوط من خلال ملاحظة أحاديته الذاتية التي غالبا ما تشجع على الاستسلام وعدم المواجهة، ومحاولة تحديده واستبداله بأحاديث ذاتية إيجابية تشجع على بناء الثقة بالنفس ومواجهة الضغوط (يوسفي، 2012، ص 321).

- الواجبات المنزلية: تعتبر الواجبات المنزلية إحدى ركائز العلاج المعرفي - السلوكي تقدم للمريض لتساعده على التدريب على ما تعلمه في الجلسة العلاجية من مهارات واستراتيجيات وتثبيتها أو لرصد الأحاديث الذاتية والأفكار والنشوهات المعرفية لمواقف حية تعرض لها ومناقشتها في الجلسة العلاجية الموالية.

سادسا: الخطوات الإجرائية لتطبيق التدخل العلاجي المقترح:

1- الملخص العام للتدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح:

نوع التدخل العلاجي المقترح وفلسفته

تدخل علاجي معرفي - سلوكي يعتمد على أن الجانب المعرفي للفرد الذي يشكل فلسفته في الحياة بما يتضمنه من أفكار ومعتقدات عن نفسه والآخرين وعن العالم المحيط به هو الموجه لمعظم سلوكياته وردود أفعاله الانفعالية نحو المشكلات التي تواجهه. وأن المعتقدات الخاطئة والأحاديث الذاتية السلبية هي من تولد الأفكار التلقائية السلبية التي تؤدي بالفرد للشعور بالضيق والإجهاد الذي يعوق استمرار حياته بشكل طبيعي من خلال إدراكاته السلبية لكل ما يدور حوله، وحتى يتم التعامل بإيجابية مع التوتر والإجهاد على الفرد أن يغير أفكاره التلقائية

<p>إلى أفكار ايجابية من خلال تغيير أحاديثه الذاتية السلبية التي ستساعده في مواجهة الضغوط والتغلب على تهديداتها.</p>	
<p>المفرج عنهم من المؤسسات العقابية.</p>	<p>المستفيدون من التدخل العلاجي المقترح.</p>
<p>خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى المفرج عنهم من مؤسسة إعادة التربية بولاية باتنة.</p>	<p>الهدف العام للتدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح.</p>
<p>○ بيان فعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى المفرج عنهم من مؤسسة إعادة التربية بولاية باتنة.</p> <p>○ تعليم وتدريب المفرج عنهم عدد من أساليب الاسترخاء للتخفيف من مستوى الضغط النفسي الذي يعانون منه.</p> <p>○ تعليم المفرج عنهم مراقبة أحاديثهم الذاتية السلبية التي تكون وراء أفكارهم التلقائية السلبية.</p> <p>○ تعليم المفرج عنهم إعادة البناء المعرفي من خلال تعليمهم القدرة على التحكم في أفكارهم التلقائية واستبدالها بأفكار ايجابية من خلال التركيز على أحاديث ذاتية إيجابية وذلك بتغيير الأنماط المحددة للتفكير " التشوهات المعرفية".</p> <p>○ تدريب المفرج عنهم على استراتيجيات ومهارات تساعد على خفض مستوى الضغوط التي يواجهونها.</p>	<p>الأهداف الخاصة</p>
<p>- المناقشة (الحوار السقراطي).</p> <p>- الاسترخاء.</p> <p>- الكشف عن الحديث الذاتي والأفكار التلقائية.</p> <p>- تغيير الأنماط المحددة (إعادة البناء المعرفي).</p> <p>- التحكم في القلق.</p> <p>- لعب الدور.</p> <p>- التخيل.</p> <p>- اتخاذ القرارات.</p> <p>- التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية.</p> <p>- الواجبات المنزلية.</p>	<p>الأساليب والفنيات.</p>
<p>أربعة أشهر ونصف.</p>	<p>مدة التدخل.</p>
<p>12 جلسة بمعدل جلسة كل أسبوع عدا الجلسة الختامية بعد</p>	<p>عدد الجلسات.</p>

<p>أسبوعين من الجلسة ما قبل الختامية وجلسة المتابعة بعد شهر ونصف.</p>	
<p>مكتب أستاذة محامية في ولاية باتنة خلال أيام عطلة الأسبوع.</p>	<p>مكان التنفيذ.</p>
<p>من 2017/12/23 إلى 2018 /03/31.</p>	<p>الإطار الزمني.</p>
<p>استخبار الصحة النفسية العامة، قائمة هاملتون للاكتئاب، مقياس هاملتون للقلق، مقياس دافيدسون لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مقياس اندرسون للشعور بالخزي.</p>	<p>أساليب التقويم.</p>
<p>تم العلاج بإتباع خطوات محددة في كل جلسة علاجية بشكل عام عدا جلسات المتابعة وتتمثل هذه الخطوات في: - مراجعة حصيلة الأسبوع الماضي وأهم المواقف التي حدثت للحالة وكيف تصرف خلالها. - مراجعة الواجبات المنزلية ومناقشتها. - اختيار مشكل كهدف للعلاج مع تقنية معرفية أو سلوكية. - تلخيص محتوى الجلسة والتعرف على التغذية الراجعة للحالة.</p>	<p>السير العام لجلسات التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح.</p>
<p>- نموذج المقابلة التشخيصية النموذجية. - سجل الأفكار (التلقائية). - سجل الأفكار والأدلة الموازية أو البديلة للأنماط المحددة. - نموذج تقدير المخاطر. - استمارة الاحتمالات لساندرا. - نموذج التسلسل الهرمي. - نموذج الأفكار الكارثية لرونا. - نموذج جدول النشاط الأسبوعي لأليسيا.</p>	<p>النماذج المستخدمة</p>

جدول رقم: (06) يمثل الملخص العام للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح.

2- ملخص جلسات التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح:

أ- ملخص جلسات التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح للحالة (1):

رقم الجلسة وتاريخها	هدف الجلسة	الاستراتيجيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة 01 2017/12/23	<ul style="list-style-type: none"> - تأسيس العلاقة العلاجية مع الحالة 1 (المفرج عنه). - التعريف بمبدأ التدخل العلاجي وفائدته بالنسبة للحالة. - الاتفاق على نظام سير جلسات العلاج وجدول الأعمال العام. - تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة، قائمة هاملتون للاكتئاب، مقياس هاملتون للقلق، مقياس دافيدسون لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مقياس اندرسون للشعور بالخزي. (تطبيق قبلي) 	الحوار والمناقشة	90-60 د
الجلسة 02 2017/12/30	<ul style="list-style-type: none"> - تحديد مشكلة الضغط والتوتر كأهم مشكلة لدى الحالة. - التعريف بالضغوط أسبابها وأثارها السلبية على الصحة النفسية للحالة. - التدريب على الاسترخاء التنفسي وأهميته لخفض مستوى التوتر لدى الحالة. 	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار السقراطي. - الاسترخاء التنفسي. - الواجب المنزلي: التدريب على الاسترخاء. 	90-60 د
الجلسة 03 2017/01/06	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - الوصول لدرجة أعلى من الاسترخاء من خلال تطبيق إرخاء العضلات التصاعدي. 	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار. - الاسترخاء العضلي. - الاسترخاء الإيحائي. - الواجب المنزلي. 	90-60 د
	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - تدريب الحالة على التحكم في 	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار السقراطي. - تقدير المخاطر عن طريق تقدير 	60 د

	<p>الاحتمالات والتنبؤ بالعواقب. - الاسترخاء التنفسي. - الواجب المنزلي: تقدير الاحتمالات الأكثر خطورة.</p>	<p>القلق. - تقدير درجة المخاطر وفق تسلسل هرمي من الأعلى إلى الأسفل عن طريق تقدير الاحتمالات والتنبؤ بعواقب حدوثها. - تطبيق الاسترخاء لخفض درجة التوتر.</p>	<p>الجلسة 04 2017/01/13</p>
<p>60 د</p>	<p>- التعريض للقلق. - التخيل. - لعب الدور. - الاسترخاء بالتحكم بالإيحاءات. - الواجب المنزلي: التعريض لموضوع القلق عدة مرات ومراقبة الذات.</p>	<p>- التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - التعريض لموضوع القلق المسبب للضغط عن طريق التخيل ولعب الدور ودوره في خفض شدة القلق الهلعي وشدة أعراض ضغوط ما بعد الصدمة. - الاسترخاء بالتحكم في الإيحاءات لخفض التوتر.</p>	<p>الجلسة 05 2017/01/20</p>
<p>60 د</p>	<p>- الحوار السقراطي. - مراقبة الأحاديث الذاتية. - الكشف عن الأفكار التلقائية. - تقدير الانفعال المصاحب لها. - الاسترخاء التنفسي. - الواجب المنزلي: تصنيف الأفكار السلبية</p>	<p>- التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - تقييم جزئي (إعادة تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة). - مساعدة الحالة على الكشف عن الأفكار التلقائية السلبية من خلال تعليمه مراقبة حديثه الذاتي السلبي ودوره في شدة الشعور بالاكتئاب.</p>	<p>الجلسة 06 2017/01/27</p>
<p>60 د</p>	<p>- الحوار السقراطي. - الكشف عن الأنماط المحددة للتفكير (التشوهات المعرفية). - الاسترخاء. - الواجب المنزلي: مراقبة الأحاديث الذاتية وتحديد الأفكار السلبية وتقدير الانفعال المصاحب لها</p>	<p>- التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - تصنيف الأفكار السلبية المسببة للاكتئاب (كارثية، خسارة، عدم الأمان).</p>	<p>الجلسة 07 2017/02/03</p>
<p>60 د</p>	<p>- الحوار السقراطي.</p>	<p>- التعرف على نتائج الواجب المنزلي.</p>	

	<p>- الكشف عن الأنماط المحددة للتفكير. - تقدير الانفعال. - الاسترخاء التنفسي. - الواجب المنزلي: تدريب الحالة على مراقبة الذات والكشف عن أكثر الأنماط السلبية المحددة للتفكير.</p>	<p>- الكشف عن الأنماط المحددة للتفكير والتعرف على مقدار الانفعال المصاحب لها.</p>	<p>الجلسة 08 2017/02/10</p>
<p>60 د</p>	<p>- تغيير الأنماط المحددة للتفكير. - إعادة البناء المعرفي. - الواجب المنزلي: التدريب على إعادة البناء المعرفي من خلال تغيير الأنماط المحددة للتفكير).</p>	<p>- التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - تحديد التشوهات المعرفية المسببة للاكتئاب لدى الحالة واستبدالها من خلال التركيز على حديث ذاتي ايجابي.</p>	<p>الجلسة 09 2017/02/17</p>
<p>60 د</p>	<p>- إعادة البناء المعرفي. - تقدير الانفعال المصاحب لتغيير الأنماط المحددة للتفكير. - الواجب المنزلي: • مراقبة الحديث الذاتي السلبي واستبداله بحديث ذاتي ايجابي. • مراقبة الأحاديث الذاتية والأفكار السلبية لأي موقف سيحدث خلال الأسبوعين التاليين وتسجيل ردود الأفعال السلوكية والانفعالية.</p>	<p>- التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - استبدال التشوهات المعرفية بأفكار أكثر إيجابية وتقدير الانفعال المصاحب للتغيير لمعرفة تأثيره على خفض شدة الاكتئاب والشعور بالخزي. - تهيأت الحالة لنهاية التدخل العلاجي</p>	<p>الجلسة 10 2017/02/24</p>
<p>60 د</p>	<p>- المناقشة وتلخيص ما جاء في الجلسة. - تعليمات الوقاية من الانتكاسة.</p>	<p>التعرف على نتائج الواجب المنزلي وما - إذا كان الحالة تعرض لانتكاسة وكيف واجهها. وتقديم نصائح لمواصلة استخدام كل ما تعلمه مع اي مشكلة تواجهه منعا لانتكاسته. - إعادة تطبيق اختبار الصحة</p>	<p>الجلسة 11 2017/03/10</p>

		النفسيّة العامّة على الحالة.	
60 د	المناقشة والحوار	- التعرف على الحالة النفسيّة للحالة (1) وسير أمور حياته العامّة بعد شهر ونصف من انتهاء التّدخل العلاجيّ المعرفي - السلوكي المقترح. - إعادة تطبيق اختبار الصحة النفسيّة العامّة.	الجلسة 12 2017/04/21

جدول رقم: (07) يمثل ملخص جلسات التّدخل العلاجيّ المعرفي - السلوكي المقترح للحالة (1).

ب- ملخص جلسات التّدخل العلاجيّ المعرفي - السلوكي المقترح للحالة (2):

رقم الجلسة وتاريخها	هدف الجلسة	الاستراتيجيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة 1 2017/12/23	- تأسيس العلاقة العلاجيّة مع الحالة (المفرج عنه). -التعريف بمبدأ التّدخل العلاجي وفائدته بالنسبة للحالة. - الاتفاق على نظام سير جلسات العلاج وجدول الأعمال العام. - تطبيق اختبار الصحة النفسيّة العامّة، قائمة هاملتون للاكتئاب، مقياس هاملتون للقلق، مقياس دافيدسون لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مقياس اندرسون للشعور بالخزي. - (تطبيق قبلي)	الحوار والمناقشة	60-90 د
	- التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - تحديد مشكلة الاكتئاب الشديد لدى	- الحوار السقراطي. - مراقبة الحديث الذاتي. - الكشف عن الأفكار السلبية	60-90 د

	<p>التلقائية.</p> <p>- الواجب المنزلي (تم أثناء الجلسة لتشجيع الحالة على الاستمرار في العلاج لكونه يعاني من هبوط نفسي شديد).</p>	<p>الحالة كأولوية للتدخل.</p> <p>- تعريف الحالة بالاكنتاب، أعراضه، آثاره على الصحة النفسية والحياة بشكل عام.</p> <p>- الكشف عن الأفكار التلقائية السلبية من خلال مراقبة الحديث الداخلي السلبي للحالة.</p>	<p>الجلسة 02 2017/12 /30</p>
<p>90-60 د</p>	<p>- الحوار السقراطي.</p> <p>- مراقبة الحديث الذاتي السلبي</p> <p>- رصد الأفكار التلقائية السلبية، وتقدير الانفعال المصاحب لها.</p> <p>- الواجب المنزلي: التدريب على مراقبة الحديث الذاتي السلبي ورصد الأفكار التلقائية السلبية، وتقدير الانفعال المصاحب لها.</p>	<p>- تحديد الأفكار التلقائية المؤرقة أكثر من خلال نموذج سجل الأفكار.</p> <p>- تقدير الانفعال المصاحب لهذه الأفكار.</p>	<p>الجلسة 03 2017/01/06</p>
<p>60 د لكل جلسة</p>	<p>- الحوار السقراطي.</p> <p>- مراقبة الحديث الذاتي الداخلي.</p> <p>- تحديد الأفكار التلقائية السلبية.</p> <p>- تقدير الانفعال.</p> <p>- تحديد الأنماط المحددة للتفكير (التشوهات المعرفية).</p> <p>- إعادة البناء المعرفي، وإعادة تقدير الانفعال.</p> <p>- اتخاذ القرارات.</p> <p>- التدرب على المهارات الاجتماعية.</p>	<p>- التعرف على نتائج الواجب المنزلي.</p> <p>- مناقشة الأفكار التلقائية المسببة للاكنتاب الشديد المدونة في سجل الأفكار.</p> <p>- تقدير الانفعال المصاحب للأفكار التلقائية السلبية.</p> <p>رصد الأنماط المحددة للتفكير.</p> <p>- استبدال ووضع أفكار ايجابية من خلال تغيير الحديث الذاتي السلبي للحديث ذاتي إيجابي لخفض شدة أعراض الاكنتاب والشعور بالخزي.</p> <p>- إعادة تقدير الانفعال بعد تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية.</p> <p>- تعلم حل المشكلات واتخاذ</p>	<p>الجلسة 04 إلى الجلسة 07 2018/01/13 إلى</p>

		القرارات، وتعلم بعض المهارات الاجتماعية من خلال تغيير الأفكار التلقائية السلبية والتشوهات المعرفية.	2018/02/03
60-90 د	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار السقراطي. - الاسترخاء التنفسي. - الاسترخاء العضلي التصاعدي. - الاسترخاء بالتحكم في الإيحاءات. - الواجب المنزلي: التدريب على أنواع الاسترخاء يوميا بمعدل مرتين في اليوم. 	<ul style="list-style-type: none"> - تقييم جزئي (إعادة تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة). - تحديد مشكلة الضغط والتوتر لدى الحالة (2) عند الخروج وعند النوم. - التعريف بالضغط أسبابه وأثاره السلبية على الصحة النفسية. - التدريب على الاسترخاء (التنفسي، العضلي التصاعدي، التحكم بالإيحاءات) وأهميته لخفض مستوى التوتر لدى الحالة. 	<p>الجلسة 08</p> <p>2018 /02/10</p>
60 د	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار السقراطي. - تقدير المخاطر عن طريق تقدير الاحتمالات والتنبؤ بالعواقب. - الاسترخاء التنفسي. - الواجب المنزلي: تقدير الاحتمالات الأكثر خطورة. 	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - تدريب الحالة على التحكم في القلق. - تقدير درجة المخاطر وفق تسلسل هرمي من الأعلى إلى الأسفل عن طريق تقدير الاحتمالات والتنبؤ بعواقب حدوثها. - تطبيق الاسترخاء لخفض درجة التوتر. 	<p>الجلسة 09</p> <p>2018/02/17</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - التعريض للقلق. - التخيل. - لعب الدور. - الاسترخاء بالتحكم بالإيحاءات. - الواجب المنزلي: التعريض لموضوع القلق عدة مرات ومراقبة الذات، وتطبيق تمارين الاسترخاء. 	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على نتائج الواجب المنزلي. - التعريض لموضوع القلق المسبب للضغط عن طريق التخيل ولعب الدور لخفض شدة القلق وشدة أعراض ضغوط ما بعد الصدمة. - الاسترخاء بالتحكم في الإيحاءات 	<p>الجلسة 10</p> <p>2018/02/24</p>

		لخفض التوتر.	
60 د	- المناقشة وتلخيص ما جاء في الجلسة. - تعليمات الوقاية من الانتكاسة.	التعرف على نتائج الواجب المنزلي وما إذا كان الحالة تعرض لانتكاسة وكيف واجهها. - تقديم نصائح لمواصلة استخدام كل ما تعلمه مع أي مشكلة تواجهه منعا لانتكاسته. - إعادة تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة على الحالة.	الجلسة 11 2018/03/10
60 د	- المناقشة والحوار	- التعرف على الحالة النفسية للحالة (2) وسير أمور حياته العامة بعد شهر ونصف من انتهاء التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح. - إعادة تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة.	الجلسة 12 2018/04/21

جدول رقم: (08) يمثل ملخص جلسات التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح للحالة (02).

3- مراحل تطبيق التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح:

مر تطبيق التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح بعدة مراحل وفقا لمنحى التدريب التحصيلي ضد الضغوط لميكنبوم الذي يرى أن هناك ثلاثة مراحل للتغيير تتشابه مع بعضها لتحقيق التغيير في السلوك وهي:

✓ المرحلة الأولى: تأطير المفهوم وملاحظة الذات « Self- observation »:

يتم خلال هذه المرحلة تثقيف حالي الدراسة (المفرج عنهم) وتعريفهما بطبيعة الضغط والتوتر وإعادة وضعه في الإطار الاجتماعي التفاعلي وتبنيه للطرق المختلفة التي يستجيب بها اتجاه المواقف الضاغطة المشحونة بالتوتر، كما تضمنت هذه المرحلة تعليم حالي الدراسة (المفرج عنهم) كيفية ملاحظة سلوكياتهم عن طريق زيادة حساسيتهم تجاه أفكارهم، مشاعرهم، سلوكياتهم، استجاباتهم الفسيولوجية، والطرق المختلفة

لردود أفعالهم نحو الآخرين، وذلك قصد تبصيرهم بأنهم مساهمين في مشكلاتهم بسبب ما يخبرون به أنفسهم من خلال الحوار الداخلي السلبي (الأحاديث والجمل الإخبارية السلبية والخيالية للذات). كما خصصت هذه المرحلة أيضا للتعرف على الأعراض وتحديد السلوكيات التي تسبب مشقة نفسية لحالتي الدراسة (المفرج عنهم) وتعريفهما بالأسلوب العلاجي ومدى اقتناعهما به والموافقة عليه واستعدادهما لمواصلته والقيام بالواجبات المنزلية الموكلة إليهما قبل أي تدخل علاجي.

✓ المرحلة الثانية: تعلم مهارات تكيفية جديدة ثم عمل البروفات « Coping skills » :

تتضمن هذه المرحلة تعليم حالتي الدراسة (المفرج عنهم) استراتيجيات معرفية ومهارات سلوكية تكيفية أكثر فعالية التي تمارس في مواقف حياتية واقعية وفي ذات الوقت يستمر حالتي الدراسة في التركيز على التحدث مع أنفسهم بعبارات وجمل جديدة ايجابية «Internal dialogue»: ثم ملاحظة وتقييم النتائج، هذه المرحلة تساعد حالتي الدراسة الحصول على ردود أفعال ايجابية مختلفة من الآخرين تمكنهم من استعادة شعورهم بالانتماء ومن ثم استعادة نوع من توافقهم النفسي-الاجتماعي. كما تتضمن التدريب على التأقلم المعرفي الذي من خلاله يتعلم الحالة أن السلوكيات التكيفية وغير التكيفية مرتبطة بحواره الذاتي ويتمكن من اكتساب منظومة جديدة من الحوار الداخلي يتدرب عليه، ويبقى استمرار هذا التحسن مرهون بدرجة كبيرة باستمرار الحديث الداخلي لدى حالتي الدراسة لأنفسهم عن سلوكهم الجديد الذي اكتسبوه ونتائجه.

✓ المرحلة الثالثة: التطبيق والمتابعة:

يتم في هذه المرحلة تطبيق الاستراتيجيات المتعلمة في جلسات العلاج في الحياة اليومية والتدرب على توظيف الحديث الداخلي المتعلم ليساعد على تطبيق مهارات التأقلم السلوكية-المعرفية الجديدة في مواقف حياتية واقعية، تساعد الواجبات المنزلية في هذه المرحلة متابعة حالتي الدراسة (المفرج عنهم)، ومعرفة مدى تقدمها في العلاج وتبين دافعيتهما ورغبتها في الشفاء وتسمح بفحص الأسباب وراء عدم القيام بها. كما يتم

في هذه المرحلة تدريب الحالة على الوقاية من الانتكاس من خلال القيام بإجراءات لمعالجة النكسات المحتمل مواجهتها عندما يحاول حالتي الدراسة تطبيق ما تعلماه في حياتهما اليومية.

سابعا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

اعتمدت الباحثة على حساب الدلالة العملية "حجم التأثير" و"الدلالة الإكلينيكية" كأسلوبين لتحليل التغيرات في العلاج المقدم للحالتين موضوع الدراسة الراهنة وهما موضحان على الشكل التالي:

1- حساب الدلالة العملية "حجم التأثير" (Effect Size):

يعبر حجم التأثير بشكل عام عن قوة ومقدار العلاقة بين متغيرات الدراسة، وما إذا كان هذا المقدار كبيرا أم متوسطا أم ضعيفا، ويمثل مؤشر حجم التأثير الفرق بين متوسطي مجتمعين مقسومة على الانحراف المعياري الكلي للمجتمع وتعطى معادلته في شكلها الأساسي كما يلي:

$$ES=d= \frac{\mu_1-\mu_2}{\alpha}$$

حيث:

ES = مؤشر حجم التأثير .

μ_1 = المتوسط الحسابي للقياس القبلي (بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة).

μ_2 = المتوسط الحسابي للقياس البعدي (بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة).

α = الانحراف المعياري للقياس القبلي (حسن، 2011، ص 268).

وفي الدراسة الحالية يعبر حجم التأثير عن مقدار التحسن الناتج عن التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى حالتي الدراسة الراهنة، وما إذا كان هذا التحسن ضعيفا أم متوسطا أم كبيرا.

2- حساب الدلالة الإكلينيكية:

تعبر الدلالة الإكلينيكية على فعالية العلاج وما إذا كان الحالة موضع العلاج قد تحسن أم لا من خلال حساب مؤشر التغير الثابت «Reliability Change Index.RCI» وذلك حسب طريقة جاكوبسون، والذي تعطى معادلته بالشكل التالي:

$$\text{مؤشر التغير الثابت (RCI)} = (د1 - د2) / (خ م ف)$$

حيث:

د1 = درجة القياس القبلي (بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة قبل التدخل العلاجي المقترح).

د2 = درجة القياس البعدي (بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة بعد التدخل العلاجي المقترح).

والقيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت الدالة إحصائياً = 1,96.

ويحسب كل من الخطأ المعياري للقياس والخطأ المعياري للفرق بالشكل التالي:

$$\text{حساب الخطأ المعياري للقياس} = (خ م ق) = \sqrt{1 - r_{\infty}}$$

تمثل: ع = الانحراف المعياري للمجتمع على اختبار الصحة النفسية العامة.

ر ∞ = ثبات اختبار الصحة النفسية العامة.

- حساب الخطأ المعياري للفرق = (خ م ف) = 2(خ م ق)² (ليندزاي وبول، 2000، ص 869).

الفصل الخامس: نتائج الدراسة.

أولاً: عرض نتائج الحالة الأولى

ثانياً: عرض نتائج الحالة الثانية

أولاً: عرض نتائج الحالة الأولى(1):**1- تقديم الحالة (1):**

الحالة هو السيد " ل.ك" يبلغ من العمر 34 سنة، أعزب، حاصل على شهادة الدراسات التطبيقية قانون أعمال، يقطن في ضواحي ولاية باتنة، أدين بتهمة محاولة القتل العمد إثر شجار وقع بينه وبين أحد جيرانه وحكم عليه ب(12) سنة سجن نافذة، تعتبر المرة الأولى التي دخل فيها السجن ولم يسبق وضعه بمركز الأحداث في طفولته. متدين ذو أخلاق عالية اتصف بحسن السلوك والانضباط بقوانين المؤسسة العقابية مما رشحه ذلك للعمل قرابة أربع سنوات في مصلحة الإدماج في تنظيم الملفات وقدم الكثير للمصلحة بشهادة رئيسها، الشيء الذي مكنه من الاستفادة من الإفراج المشروط. اتسمت فترة سجنه بالعادة بعد تجاوزه نوعاً ما صدمة الدخول السجن وكان يحضاً بزيارة أهله من حين لآخر، أفرج عنه قبل شهر ونصف، عاد بعدها ليعيش مع أسرته فوالداه لا يزالان على قيد الحياة وهو الآن بدون عمل. الحالة "1" عاش قبل سجنه وسط عائلة ذات مستوى اقتصادي متوسط والده فلاح ووالدته ربة بيت، وصف علاقته بوالديه وإخوته وكان أكبرهم بالعادة تربطه بهم مشاعر محبة. تقدم الحالة (1) للعلاج بطلب من الباحثة بمساعدة أستاذة محامية كانت على تواصل معه ومع عائلته بحكم الجيرة، وهي من اقترحت عليه المشاركة في الدراسة وأظهر قبولاً وأبدى تجاوباً وتفاعلاً وحضوراً إيجابياً منذ البداية، وقد ردت الباحثة ذلك لمستواه التعليمي وربما فرصة للاستفادة من المساعدة بعيداً عن يعرفونه حتى لا يظهر أمامهم بمظهر الضعف والعجز.

2- التقييم النفسي العيادي للحالة (1):

الحالة (1) نظيف ومرتب المظهر ومتناسق الملابس، قليل التواصل البصري، (دخل القاعة وبداه خلف ظهره ورأسه مطأطأ، وهي من تأثيرات بيئة السجن حسب اطلاع الباحثة)، يتكلم بصوت خافت وكأنه تحت ضغط، مدرك للوقت والتاريخ ومكان تواجده، إلا أنه يظهر في بعض الأوقات مشوش التفكير والبصيرة بسبب شعوره بالانفصال عن الواقع أحياناً وكأنه في حلم فهو لا يصدق بأنه أصبح حراً فعلاً (حسب ما ورد عن

الحالة)، كما يظهر بمزاج منخفض وقلق وضيق ويبتسم بحزن. تعرض الحالة (ل.ك) مباشرة بعد الإفراج عنه لضغط حاد اتصف بشعور مختلط بكاء وحزن، فرحة غير مفهومة، خوف، ذهول دام لساعات وهدأ نوعاً ما بعد مقابلة عائلته وانسحابه في غرفة منفرداً أدى فيها صلاة شكر لله على الإفراج عنه.

✓ **التقييم الذاتي:** يعاني الحالة (1) بعد الإفراج عنه من اضطرابات في النوم والأكل ومن حالة من

الكف النفسي والعجز عن مواجهة الحياة والتخطيط للمستقبل والنظرة السلبية نحو الذات والعالم والتشاؤم وغموض المستقبل وانخفاض الاهتمام بالحياة والمتعة بشكل عام. بالإضافة إلى شعوره بأنه مرفوض من الجميع حتى من أفراد أسرته، وتخوف شديد من خطر اعتداء الضحية غالباً ما يصاحبه تغيرات جسمية (تعرق، زيادة سرعة نبضات القلب، ارتعاش) الأمر الذي جعله يسلك سلوكيات تجنبية جعلته يبقى حبيس المنزل ولا يخرج إلا للضرورة القصوى بمصاحبة أحد أفراد أسرته.

✓ **التقييم الوجداني:** يغلب على الحالة (1) شعور بقلق وضيق، شعور بالخزي وانخفاض تقدير

الذات، شعور بالرفض، شعور بالاعتراب.

✓ **التقييم الموضوعي:** طبقت الباحثة عدة مقاييس للتقييم الموضوعي للحالة (1) بالاعتماد أولاً على

استخبار الصحة النفسية العامة (GHQ-60) للكشف عن الأعراض التي يعاني منها، بالإضافة إلى تطبيق عدة مقاييس موضوعية أخرى للتأكد من الأعراض التي أظهرها استخبار الصحة النفسية العامة ومعرفة درجة شدتها، وتم تطبيق المقاييس بالشكل التالي:

- **استخبار الصحة النفسية العامة (GHQ-60):** طبقت الباحثة استخبار الصحة النفسية العامة

على الحالة (1) في اللقاء الأول الذي كان من أجل الالتماس منه إمكانية المشاركة في الدراسة وموافقته على ذلك. أعادت الباحثة تطبيقه في الجلسة الأولى للعلاج للتأكد من تقارب نتائجه وتحديد خط الأساس وكان مجموع الدرجات التي تحصل عليها بعد تطبيقه في المرتين (الفترة مابين التطبيقين أسبوعين) على التوالي: مج

1 = 46، مج 2 = 48، وهما نتيجتين متقاربتين تظهرا انخفاضا كبيرا في مستوى الصحة النفسية العامة للحالة

(ل.ك) بالمقارنة بدرجة عتبة الاستخبار (7) التي يمكن عندها تمييز الحالات المرضية من الحالات السوية.

• كما قدمت الباحثة أيضا للحالة (1) عدة مقاييس تقديرية للتأكد من الأعراض التي أظهرتها نتائج

استخبار الصحة النفسية العامة ودرجة شدتها وهي:

- قائمة هاملتون لأعراض لاكتئاب (HAM-D): وكان مجموع درجات الحالة (1) على المقياس:

(30)، وهي درجة عالية من الاكتئاب.

- مقياس هملتون لتقدير مستوى القلق (HAM-A): وكان مجموع درجات الحالة (1) على

المقياس: (29)، وهي درجة عالية من القلق.

- مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة (PTSD Scale Aording To DSM-IV): وكان مجموع

درجات الحالة (1) على المقياس (46) حيث أظهرت نتيجة المقياس أنه يعاني من أعراض اضطراب

الضغوط التالية للصدمة (PTSD) وذلك لاستيفائه شروط المقياس لتشخيص الاضطراب.

- مقياس خبرة الخزي: وكان مجموع درجات الحالة (1) على المقياس: (69)، وهي درجة عالية من

الشعور بالخزي.

3- صياغة الحالة (1):

تبين من تقييم الحالة (1) أنه يعاني من الأرق ويجد صعوبة البدء في النوم أو مواصلته في بعض

الأحيان، وكوابيس متكررة ترتبط بحادث الجناية، كما يعاني من مزاج مكتئب والشعور بتدني في تقدير الذات

والشعور بالخزي وعدم القيمة. وكذلك من قلق وضيق، ونوبات هلع خاصة عند مغادرة المنزل تصاحبها أعراض

جسمية تمثلت في تسارع في دقات القلب وتعرق الكفين بشدة وضيق في التنفس أدت إلى سلوك الحالة (1)

سلوكيات التجنب للناس والمواقف وكل ما يرتبط بشكل وثيق بالضحية والسجن، وإلى خفض الاهتمام والمتعة

في الحياة بشكل عام وعزوف عن كل الأنشطة نتيجة شعوره أيضا بالاعتراب وعدم التقبل من طرف المجتمع

له مع أنه يتمتع بشبكة مساندة اجتماعية قوية من أسرته وأهله. والملاحظ أن الحالة يعاني من تحولات معرفية سلبية تظهر في إدراكه المشوش والمضطرب لأي شيء يدور حول ذاته وبيئته الاجتماعية الراهنة ومستقبله المنتظر، مع أن تاريخه الشخصي أظهر أنه كان يتمتع بكفاءة ذاتية وتحمل للمسؤولية والمبادرة في اتخاذ القرارات والثقة بالنفس جعلته يفرض ذاته على إخوته وأقرانه قد تؤدي معارضتهم له إلى غضبه وسلوك سلوكيات اندفاعية متهورة وهو ما كان سببا في دخوله السجن.

بدأت معاناة الحالة (1) من أغلب هذه الأعراض بعد دخوله السجن وزادت شدتها بعد الإفراج عنه وهذه الأعراض ناتجة عن معتقدات وأنساق معرفية لا توافقية تنعكس في تيار جارف من الأفكار التلقائية للحالة نتيجة الحوار الذاتي السلبي الذي يوجه مزيدا من الانتقادات للوم ذاته، وفي الوقت الذي هو محاط بمساندة اجتماعية خاصة من أسرته وبقية أهله وحاجته إليها إلا أن ادراكاته السلبية المشوهة جعلته يرى أنهم يرفضونه ويزدرونه ومنهم من يريد مساندته شفقة عليه وهو ما يشعره بعجزه وضعف في كفاءته الشخصية ويزيد من درجة شعوره بالاكنتاب. بالإضافة إلى سيطرة أفكار تتضمن اعتداء الضحية عليه ومبالغته في تقديره لخطر الاعتداء من طرف الضحية أو أهله رغم تصالح العائلتين بعد الحادث الذي مر عليه 12 سنة، مما جعله يتجنب الخروج من المنزل ومن أي شيء يمكن أن يذكره بالضحية أو بالسجن. ويضع الحالة (1) تنبؤات كارثية حول مستقبله وما سيؤول له من فشل بسبب أفكار ومعتقدات عن رفض المجتمع له نتيجة الإدراك الاجتماعي الذي تكون في إطار السياق الاجتماعي الثقافي والتنشئة الاجتماعية على أن من يدخل السجن يصبح منحرفا ودون قيمة ولا جدوى منه والكل يتجنبه ويرفض التعامل معه خوفا منه أو ازدراء له ما يجعله يشعر بالخزي وعدم القيمة. إن الأحاديث الداخلية السلبية الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة اللاتوافقية جعلت الحالة (1) يعاني ضغوطا فاقت سيطرته عليها فجعلته يعاني من عدة أعراض مرضية مما جعله يقبل المشاركة في الدراسة والاستفادة من المساعدة النفسية التي سيجنيها لتجاوز أزمته، والتي تتطلب إعادة تقييم وتقويم تأثير أفكاره وأحاديثه الذاتية السلبية ومعتقداته المشوهة في توجيه سلوكه بشكل واقعي وإيجابي للتكيف مع الأزمة

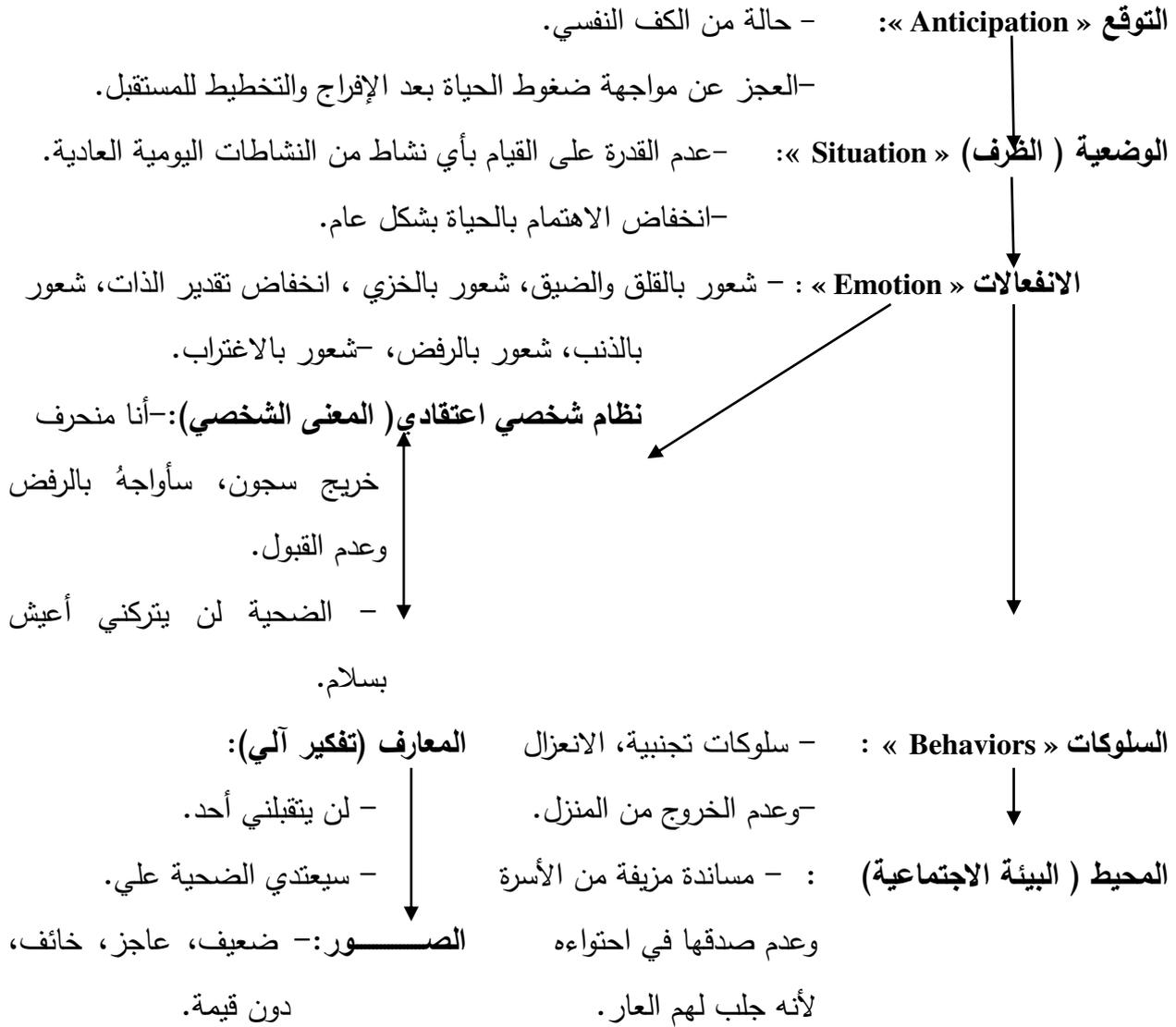
التي يمر بها والتخفيف من مستوى الضغوط المصاحبة لها واستعادة وضعه الطبيعي ثانية في المجتمع، خاصة وأن تاريخ الحالة (1) بين أنه يملك بعض المقومات الايجابية في شخصيته (الكفاءة الذاتية، اتخاذ القرارات، مستواه التعليمي والأخلاقي)، بالإضافة إلى مساندة أسرته وهو ما قد يعزز من تجاوز أزمته.

4- التشخيص:

قبل محاولة الباحثة تشخيص الحالة (1) والذي تعني به تحديد أهم الأعراض التي يمكن أن تكون ضمن أعراض أحد أو عدة اضطرابات مصنفة في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، قامت الباحثة بالتحليل الوظيفي للوصول إلى تشخيص سليم للأعراض وذلك بالشكل التالي:

أ- التحليل الوظيفي للحالة (1):

• التحليل التزامني « Synchronie »:



شكل رقم: (08) يوضح التحليل الوظيفي للحالة (1) حسب نموذج شبكة « SECCA »

• التحليل التاريخي « Diachronie »:

▪ المعطيات البنيوية (الوراثية والشخصية):

✓ عمر الأب 75 سنة منشغل عن أولاده وغائب عن بيته بالعمل في الفلاحة والرعي، لا يتواصل مع

أولاده كثيرا ولم يظهر عواطف معينة اتجاههم لا تسلطية ولا عاطفية بما فيهم الحالة (1).

✓ عمر الأم 68 سنة مأكثة بالبيت نشيطة جدا في المنزل، مهتمة بكل أموره وأمور أبنائها بشوشة

والجميع يحبها.

✓ الحالة (1) الابن البكر وهو ذا شخصية مستقلة، يتحمل المسؤولية، مبادر ونشط ويتمتع بثقة كبيرة في نفسه، اندفاعي في تفكيره وسريع الغضب لكنه بعد دخوله السجن وخروجه منه أصبح أقل نشاطا ومبادرة، لا يخطط لمستقبله وغير راغب في أي شيء مكتفيا بالانعزال داخل البيت والخروج فقط للضرورة القصوى.

■ العوامل الأولى المفجرة:

✓ حادث المشاجرة الذي أفضى إلى محاولة القتل العمد (الصدمة الأولى).

✓ دخول الحالة (1) للسجن وانعزاله عن المجتمع لمدة (12) اثنتا عشرة سنة ومعايشته لضغوط

البيئة المغلقة للمؤسسة العقابية وتأثيرها على شخصيته (الصدمة الثانية).

■ **الحوادث المعجلة لاضطرابات أخرى:** حدوث اصطدام بين الحالة (1) والضحية قد يؤدي إلى

تأزم حالته لاضطرابات وجدانية (نمط اكتئابي) شديدة.

■ **العلاجات السابقة:** تلقى الحالة (1) علاج ومتابعة نفسية في السجن بعد تعرضه لصدمة

السجن وقد وصف له طبيب المؤسسة مهدئا نسي الحالة اسمه.

■ **الأمراض العضوية:** قصور في الغدة الدرقية ويتابع علاجها مع طبيب مختص وهو يتناول دواء

ليفونثيروكسين « Levothyroxine ».

ب- **تشخيص أعراض الحالة (1):**

من خلال المقابلة التشخيصية والتحليل الوظيفي وحسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض "

تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية " (CIM 10) ترى الباحثة أن الحالة (1) يعاني من:

1- أعراض اضطرابات التأقلم مع تفاعل قلقي واكتئابي مختلط (F43.22): الذي يدل على حالات من

الضيق الشخصي « Subjectivedistress » والاضطراب الانفعالي « Emotionel Disturbance » الناتج عادة عن تغيير في الحياة أو موقف أو أزمة حياتية مسببة للكرب، وتجلت أعراض هذا الاضطراب لدى الحالة (1) من خلال:- مزاج مكتئب.- الشعور بعدم القدرة على الصمود والتخطيط للمستقبل.- اختلال الأداء ونشاطه اليومي.- القلق خاصة عند خروجه من المنزل الذي يتخذ صفة (القلق الهلعي) مع ما يصاحبه من تغيرات فسيولوجية.

2- أعراض تغير باق في الشخصية تلو(بعد) تجربة فاجعة Enduringpersonality change after

(F62.0) catastrophic experience. وهذا التغير قد جاء نتيجة تعرض الحالة (1) للضغوط التالية لصدمة الاعتداء والتهديد بالقتل من الضحية إثر الشجار الذي وقع بينهما والذي كان السبب في دخوله السجن مدة اثنتا عشرة سنة نافذة، وتحددت أعراض هذا التغير في الشخصية في افتقاد الحالة (1) إلى المرونة والتكيف وتفضيل الانسحاب، ويتحدد تأكيد التشخيص بتوفر ملامح وأعراض (F62.0) لدى الحالة (1) الآن ولم تكن موجودة من قبل حسب ما تبين من تاريخ الحالة وهي:

○ موقف الحالة (ل.ك) المتشكك نحو العالم.

○ انسحابه من المجتمع.

○ إحساسه بمشاعر الخواء واليأس.

○ شعور مزمن بأنه سيصاب بأذى ما من الضحية، فهو يعيش تحت ضغط تهديد دائم يسببه الضحية.

○ شعوره بالاغتراب وعدم الانتماء سواء مع أسرته أو مع المجتمع ككل.

3- أعراض اضطراب الشخصية النوعي (F60) Specific Personality disorder المتمثل في اضطراب

الشخصية الزوراني (F60.0) من خلال توفر أعراضه لدى الحالة (1) وتتمثل في حساسيته المفرطة نحو الهزائم والرفض، وبدا واضحا في شكوك الحالة فيمن يحيطون به وعدم ثقته بهم، بالإضافة إلى سلوكيات اندفاعية

(انفجارية) وعدوانية تمثلت في السلوكيات المتهورة التي قادته إلى السجن، وهو لا يحمل أعراض الشخصية المستهينة بالمجتمع.

5- تطبيق التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح على الحالة (1):

• الأهداف العلاجية:

أ- الأهداف طويلة المدى:

يهدف التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقدم من طرف الباحثة في مداه الطويل إلى مساعدة الحالة (1) على استعادة اندماجه في المجتمع من جديد من خلال محاولة تخفيض مستوى الضغوط التي يعيشها بعد الإفراج عنه والتي تمثل عائقا أمام تأقلمه من جديد مع الحياة خارج المؤسسة العقابية وتحصينه ضد هذه الضغوط لضمان استمراره في الحياة بشكل أكثر توافقا ووقاية له من العودة للسجن ثانية.

ب- الأهداف قصيرة المدى:

- تعلم الحالة عدد من أساليب الاسترخاء للتخفيف من شدة الضغط النفسي الذي يعيشه.
- تعلم الحالة (1) تقدير واقعي للمخاطر التي يمكن أن تلحقه من الضحية وأهله للتخفيف من شدة الهلع الذي يصاحب عند الخروج.
- تعرف الحالة (1) على أفكاره التلقائية السلبية الناتجة عن حديثه الداخلي السلبي من خلال الحوار السقراطي.
- تعلم الحالة (1) إعادة البناء المعرفي من خلال تعلمه القدرة على التحكم في أفكاره التلقائية واستبدالها بأفكار ايجابية وذلك بتغيير الأنماط المحددة للتفكير " التشوهات المعرفية" (التعميم، قراءة الأفكار، التهويل، العزو الشخصي، بخس الايجابيات، معرفة الغيب، التفكير الكارثي) للتخفيف من درجة الاكتئاب والشعور بالخزي لديه.

• بداية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح:

- الجلسة الأولى:

تضمنت الجلسة الأولى للعلاج التي دامت ساعة ونصف تأسيس للعلاقة العلاجية وتعريف الحالة (1) بمبادئ العلاج المعرفي-السلوكي وكيف تؤثر أفكارنا على مشاعرنا وسلوكياتنا، والتعرف على توقعاته من العلاج، كما تم الاتفاق على نظام سير الجلسات والتوقيت والمكان وكذا جدول الأعمال العام. طبقت الباحثة بعدها اختبار الصحة النفسية العامة وعدة مقاييس أخرى (قائمة هاملتون للاكتئاب، مقياس هاملتون للقلق، مقياس دافيدسون لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مقياس اندرسون للشعور بالخزي). " تطبيق قبلي" للتأكد من الأعراض التي أظهرها هذا الاختبار. تم بعدها تلخيص محتوى الجلسة والتأكد من فهم الحالة لمضمونها من خلال سؤاله عن أي أمر غامض أو غير مفهوم والإجابة على كل استفساراته.

- الجلسة الثانية:

تضمنت الجلسة الثانية التي دامت ساعة ونصف تحديد المشكلات وتبصير الحالة (1) بها والاتفاق على البداية مع مشكل القلق والتوتر الدائم الذي يصاحبه خاصة عند خروجه من المنزل، واقترحت الباحثة على الحالة تقنية الاسترخاء كأنسب تقنية للتخفيف من توتره. وتم تعليم الحالة مبدئياً تقنية الاسترخاء التنفسي بطريقة صحيحة وذلك من خلال تطبيق تقنية التنفس البطيء وتحسين وضعية وطريقة تنفسه لخفض شدة ضغطه النفسي، وقد دامت العملية نصف ساعة ليصل الحالة (ل.ك) لمستوى مقبول من الاسترخاء.

وفي نهاية الجلسة قدمت الباحثة الواجب المنزلي للحالة الذي تضمن التمرن على تقنية الاسترخاء بالتنفس البطيء كل ليلة موضحة له أن التقنية ستستغرق وقت وبعد التمرن ستصبح سهلة وستصل به إلى العمق والسرعة في الاسترخاء.

- الجلسة الثالثة:

تضمنت الجلسة الثالثة حصيلة الأسبوع الماضي والتعرف على مدى التزام تطبيق الحالة (1) لواجبه المنزلي ولأن الحالة مازال يعاني من درجة مرتفعة التوتر والضغط النفسي، اتفقت الباحثة مع الحالة على تعليمه

تطبيق تقنيتين إضافيتين للاسترخاء وهما تقنية إرخاء العضلات التصاعدي **Muscle Relaxation** لجاكوبسون والتدريب عليه، وهو يفيد في تقليل مقدار القلق والغضب والمشاعر المؤلمة من خلال تحرير الجسم من التوتر المخزن فيه.

كما تعلم الحالة (1) فنية الاسترخاء عن طريق التحكم في الإيحاءات **Cue-Controlled Relaxation** ومن خلال التقنيتين يتعلم الحالة (ل.ك) إرخاء عضلات جسمه عن طريق الربط بين الإيحاءات اللفظية والتنفس البطني، وكيف يمكن أن يجمع بين أكثر من فنية في آن واحد من خلال ربط الإيحاءات اللفظية والتنفس البطيء ليتمكن من إرخاء عضلاته في أي وقت وأي مكان، هذا الاسترخاء يساعد على التخفيف من حدة التوتر في أقل من دقيقة. وقد تم تكليف الحالة (1) بالتمرن على الفنيتين كواجب منزلي.

❖ خلال ما يقارب الأسبوعين تمكن الحالة (1) من التحكم في استراتيجية الاسترخاء بطريقة جيدة، وقد اطلع الباحثة على أنه يمارسها كل يوم لأنها أشعرته بنوع من الراحة بعد تطبيقها.

○ الجلسة الرابعة إلى الجلسة السابعة:

❖ محاولة خفض شدة أعراض القلق لدى الحالة (1): تضمنت هذه الجلسات التعرف ومعالجة أكثر العوامل والأسباب التي تُبقي على درجة مرتفعة للقلق والتوتر لدى الحالة (1) رغم نتائج المشجعة لممارسته لتقنيات الاسترخاء التي تعلمها في الحصص السابقة، إلا أنه مازال يشعر بارتفاع درجة القلق والتوتر خاصة عند خروجه من المنزل وهذا بسبب تخوفه من نتائج لقائه مع الضحية.

- استخدمت الباحثة مع الحالة (1) استراتيجية "التحكم في القلق" التي تتم عبر عدة خطوات وهي

بمثابة استراتيجيات تتمثل في:

* الاسترخاء.

*تقدير المخاطر عن طريق تقدير الاحتمالات والتنبؤ بالعواقب.

* التعريض للقلق من خلال تعريض الحالة لمخاوف بسيطة أولاً لمعايشتها لمدة دقائق في كل مرة وعندما تخف إثارتها لقلق مؤلم يتم الانتقال إلى مخاوف أعلى درجة حتى يصل الحالة إلى التعامل مع مخاوفه بأقل توتر.

- في البداية قامت الباحثة بتقديم شروحات للحالة (1) حول القلق من حيث هو عملية ذهنية وأن شعوره بالقلق يعني دخوله في دائرة نمطية فكرية وجسدية وسلوكية. واستدلت على أعراض توقعه لرؤيته للضحية (بسبب قضيته) عند خروجه من البيت الذي يشعره بقلق شديد تتبعه أعراض جسدية مثل زيادة ضربات القلب، تسارع التنفس، العرق، ضيق التنفس، شد عضلي، بعدها يقرر الانسحاب وهو فعل سلوكي ناتج سيطرة فكرة تعرضه لاعتداء من طرف الضحية عند خروجه من البيت.

- كما ناقشت الباحثة مع الحالة (1) فكرة أن الانسحاب ليس حلاً نهائياً للمشكل وبينت له أنه يتم تغلبه عن القلق الناتج عن خوفه من اعتداء الضحية بالتعامل معه، وذلك من خلال:

أ- **تقنيات الاسترخاء:** وضحت الباحثة للحالة أنه يمكنه السيطرة على الأعراض الجسمية للقلق من خلال تقنيات الاسترخاء التي تعلمها.

ب- **تقدير مخاطر الحالة (1):** قامت الباحثة في البداية بتبصير الحالة (1) حول تقدير الفرد بصفة عامة للأمور من حوله وكيف تسبب له تنغيصاً إن كان التقدير مبالغ فيه وغير واقعي. وفي ضوء هذا ناقشت الباحثة مع الحالة (ل.ك) تقدير المخاطر التي يمكن أن تلحق به من الضحية وأهله، وتقاديرها قبل وقوعها، ويمكن أن تكون هذه المخاطر لا تسبب القلق كما يتوقع، وبذلك اتفقت الباحثة مع الحالة على تقدير المخاطر من خلال تقدير الاحتمالات.

قامت الباحثة بمناقشة الحالة (1) حول تقدير احتمال تعرض الضحية له وتوضيح درجة مبالغته اتجاه اعتداء الضحية، حيث أنه ربط خبرته السابقة أثناء وقوع الحادثة ومعتقداته الحالية وهذا ما جعل شدة القلق ودرجته بقيت عالية مع أن القضية مر عليها اثنتا عشرة (12) سنة، وقد قامت العائلتين بإجراءات صلح

بينهما. فالحالة (ل.ك) خلال فترة سجنه تكونت لديه معتقدات راسخة بأنه عند خروجه من السجن سيتعرض له الضحية وعائلته وعلى الأغلب أن لقاءه بهم سيكون دمويا. وتهدف الباحثة من وراء هذه الإستراتيجية إلى تعليم الحالة كيفية تقدير الخطر دون مبالغة في التنبؤ بالمخاطر. وقد قدمت للحالة (ل.ك) واجبا منزليا تم فيه تقديم استمارة نموذج تقدير المخاطر لمأها وكانت الإجابة بالشكل لتالي:

تقدير المخاطر
<p>الحدث المخيف: وقوع صدام دامي بيني والضحية. الحديث الداخلي (الأفكار التلقائية): سوف يقوم بغدري وهو يحمل على الأغلب سلاح أبيض. درجة القلق: 0-100: 100%. درجة وقوع الحدث: 0-100: 100%. على افتراض حدوث الأسوأ: توقع أسوأ احتمال للنتائج المحتملة: قاتل أو مقتول. أفكار السيطرة المحتملة: ليس بالضرورة أنه يحمل سكين. أفعال السيطرة المحتملة: سأسلم عليه في حال التقينا صدفة. تعديل توقعات النتائج: إذا سلم ممكن أن تتغير أمور كثيرة. أعد تقييم درجة القلق من 0-100: 70%. أدلة مضادة لوقوع أسوأ النتائج المحتملة: لم أسلم عليه بعد، لكن عندما ألتقى ستكون نظرتي لي مسالمة. نتائج بديلة: سأترث في هذا الأمر وبإذن الله الخطوة ستكون ثابتة، سأقوم بالمبادرة وأتوقع شيئا مختلف عن توقعي. إعادة تقييم درجة القلق من 0-100: 40%. إعادة تقييم درجة احتمال وقوع الحدث من 0-100: 30%.</p>

جدول رقم: (09) يبين تقدير مخاطر الحالة (1).

ج - التعرض للقلق: ولتطبيق هذه الاستراتيجية طلبت الباحثة من الحالة (1) وضع قائمة

بالأمور التي تثير القلق لديه وترتيبها حسب درجة شدتها فكانت كالآتي:

1- الخروج من المنزل.

2- لقاء الضحية.

3- حدوث شجار بيني وبين الضحية.

4- غدري وغرس سكين في قلبي.

5- تدخل إخوته لدعم موقف أخوهم لأنه ضحية ويجب أن يأخذ حقه.

6- حدوث أمر مكروه لأمي من جراء سماع الخبر.

7- عدم مثولي لإثبات حضوري الشهري في المصلحة.

8- استدعائي من طرف قاضي تطبيق العقوبات.

9- زجي بالسجن مرة أخرى.

10- لقاء أحد إخوة الحالة وافتعاله لشجار قصد ضربه.

وكانت الأمور الأكثر إثارة للقلق هي: خروج الحالة (ل.ك) من البيت، لقاء الضحية، وقوع شجار وقتله

بالسكين. تم بعد هذا الإجراء تطبيق استراتيجية الاسترخاء بعد ملاحظة ارتفاع درجة التوتر لدى الحالة (ل.ك).

▪ طلبت بعدها الباحثة من الحالة (ل.ك) تخيل واحدا من المواقف التي تثير لديه أقل درجة من

القلق، بحيث يعايشها ثلاثين دقيقة دون توقف مهما بلغت شدة التوتر والضيق والملل.

▪ وقد تخيل الحالة لقاء أخ الضحية في محطة النقل وهو في طريقه لإثبات حضوره في المصلحة

الخارجية لإعادة الإدماج، ولم يسلم عليه، ويتمتم بين شفثيه وهو ينظر إليه بنظرة عدائية، وقد اقترب منه محاولا

استفزازه والشجار معه.

▪ طلبت الباحثة بعدها من الحالة (ل.ك) تقييم مستوى القلق أثناء عملية التخيل من ربع ساعة

الأول الذي كان 60% حتى النصف ساعة الذي بلغ 80%.

- **تخيل نتائج بديلة:** في هذه المرحلة طلبت الباحثة من الحالة بعد 25 دقيقة من تخيل أسوء النتائج أن يتخيل نتائج أقل إثارة للتوتر، وقد تخيل الحالة (1) أن أخ الضحية بمجرد اقترابه منه وبداية استنزازه له وصلت حافلة النقل فصعد أخ الضحية وبقي الحالة لانتظار الحافلة القادمة نقاديا لأي صدام بينهما.
- أعيد تقييم القلق بعد هذا الإجراء الذي قدر ب 40 %.
- طلبت الباحثة من الحالة (1) تطبيق هذه الاستراتيجية كواجب منزلي مدة أسبوع بمعدل جليستين في اليوم حيث يعرض نفسه لموقف مقلق وموقف بديل أقل قلقا.
- طلبت بعدها الباحثة من الحالة (1) تخيل واحدا من الأمور التي تثير لديه قلق شديد في التسلسل الهرمي على أن تكون الصورة واضحة وحية، وأعطيت له تعليمات على أن يشاهد أسوء توقعاته لما يمكنه أن يحدث بالفعل، مع الاستمرار في رؤيتها عدة مرات متتالية، وبعدها يلتزم بأسوأ نتيجة ممكنة ويركز على المشاهد والأصوات والأحاسيس والروائح التي تكتنفها وكأنها تحدث فعلا، ويشعر بها كما تحدث، كما طلب منه الثبات على الموقف وعدم تخيل أي مشهد آخر لموقف آخر بديل كي لا يشرذ ذهنه. مع الاستمرار على هذا النشاط لمدة 25 دقيقة دون توقف مهما بلغت شدة التوتر والضيق أو الملل.
- وقد تخيل الحالة (1) أنه دخل في شباك مع الضحية بحيث أخرج سكين وضربه على مستوى البطن فشعر به يخترقه والدم ينزل بغزارة وجمهور الجيران والحاضرين لم يحركوا ساكنا لفك النزاع ومنع الضحية من طعنه.
- طلبت الباحثة بعدها من الحالة (1) تقييم مستوى القلق أثناء عملية التخيل من ربع ساعة الأول الذي كان 80% حتى النصف ساعة الذي بلغ 90% (تم تطبيق فنية الاسترخاء لتهدئة الحالة).
- **تخيل نتائج بديلة:** في هذه المرحلة طلبت الباحثة من الحالة بعد 25 دقيقة من تخيل أسوء النتائج أن يتخيل نتائج أقل إثارة للتوتر، وقد تخيل الحالة (1) أن الضحية بمجرد إخراجه للسكين تسارع الجيران نحوه ومنعه وتدخل كبار الحي لاستنكار الفعل وتهدئة الوضع.

- أعيد تقييم القلق بعد هذا الإجراء الذي قدر ب 40 %.
- طلبت الباحثة من الحالة (1) تكرار نفس الإجراء مع فرض أن الضحية طعن الحالة فجأة وذلك لمدة 5 دقائق، ثم استبداله بتخيل عدم إفلاح الضحية في طعنه وتدخل أعيان المنطقة لفك الشباك وتهدة النفوس.

❖ طلبت الباحثة من الحالة (1) تطبيق هذه الاستراتيجية كواجب منزلي مدة أسبوع بمعدل جلتين في اليوم حيث يعرض نفسه لموقف مواجهة الضحية وموقف بديل أقل قلقاً. وكانت نتائج تطبيق الحالة للواجب المنزلي أنه بدأ يشعر بقدرة على تجاوز موقف القلق الذي لازمه منذ خروجه من السجن، كما أطلع الباحثة بملاحظته لقلّة ظهور الكوابيس التي يراها في نومه.

○ تقييم جزئي:

❖ أعادت الباحثة تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة على الحالة (1) وكان مجموع درجاته (37) وهو يدل على تحسن طفيف مقارنة بالمجموع الأول الذي كان (46) وقد ردت الباحثة هذا التحسن الطفيف في الصحة النفسية العامة للحالة (1) إلى كون الحالة مازال يعاني من اكتئاب وانخفاض في تقدير الذات وعدم الثقة بالنفس والشعور بالاعتراب.

○ الجلسة السادسة إلى الجلسة العاشرة:

❖ محاولة خفض شدة أعراض الاكتئاب لدى الحالة (1):

وتتمثل أساساً في انخفاض تقدير الذات والنظرة السلبية للعالم والتشاؤم بالنسبة للمستقبل وشعور الحالة (1) بالخزي ومشاعر الذنب.

- ناقشت الباحثة أفكار الحالة (1) التي تجعله يشعر بتقدير منخفض لذاته وكذا شعوره بالخزي ومشاعر الذنب وذلك من خلال الحوار السقراطي للتعرف على الأفكار التلقائية المسببة للاكتئاب وتحديدها وكانت التعلية الموجهة للحالة (1) كما يلي:

- فكر في موقف جعلك تشعر بمشاعر سلبية، حاول استرجاع الأفكار التي تراودك قبل إحساسك بهذه المشاعر السلبية والأفكار التي تصاحب هذا الموقف. وتمخض النقاش عن عدة أفكار سلبية تلقائية لدى

الحالة (1) وهي كالآتي:

- الجميع ينظر إلي باحتقار وازدراء حتى لو تحدثوا معي وضحكوا معي فهم منافقون.
- أنا السبب الذي جعل الناس يتغيرون معي فقد كنت عزيزا بينهم.
- أسرتي أيضا ياملونني فقط فهم في قرارة أنفسهم يقولون أنه جلب العار للعائلة.
- مهما فعلت في حياتي ستبقى كلمة سجين تلاحقني طوال حياتي.
- الفتاة التي أحبها هي في الحقيقة لا تحبني، فلو جاءتها فرصة زواج جيدة لما انتظرتني.
- المستقبل بالنسبة لي لا يبدو واضحا، لا يوجد سوى حاضر مشوش.
- إخوتي حققوا طموحاتهم وكونوا أسرا وأنا ضاع من حياتي 12 سنة وكأن الزمن توقف عندها.
- طلبت الباحثة من الحالة (1) بعد تحديد الأفكار التلقائية السلبية كواجب منزلي تسجيل المواقف التي تعرض لها خلال أسبوع ودرجة الانفعال المصاحبة لها والفكرة التي راودته أثناءها، وذلك وفق نموذج

سجل الأفكار، وكانت إجابته على النموذج كما يلي:

الموقف:	الانفعال في كلمة واحدة وبدرجة معينة (100-0)	الأفكار التلقائية
متى؟ أين؟ من؟ ماذا حدث؟	اكتئاب 90%	الجميع ينظر إلي باحتقار منافقون.
خروج للحي وسط الجيران والأصدقاء القدامى	غضب 90%	أنا سبب ما يحدث لي فقدت مكانتي بين أهلي وأصدقائي.
جلوس وانزواء بمفردي	اكتئاب 80%	يشعرون بالعار مني.
جلوس وحيد في غرفته (التفكير بالفتاة)	اكتئاب 80%	هي لم تجد أفضل مني فقط، ليس الأمر كما يظن الجميع أنها تحبني.

من سيشغل شخصا مثلي، هناك من هم أفضل مني ولم يعملوا.	غضب 80%	الحديث مع الأهل عن العمل
لا أظن أنها ستتقبلني كزوج في قرارة نفسها فهي لم تجد أفضل مني فقط.	استياء 60%	لقاء مع الفتاة التي أحبها

جدول رقم: (10) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية للحالة (1).

- بينت الباحثة للحالة (1) من خلال سجل الأفكار كيف تسهم أفكاره في الانفعالات التي تنتابه وعليه التحقق من مدى مصداقية أفكاره.
- طلبت الباحثة من الحالة (1) كواجب منزلي وضع ورقة في جيبه أو عداد وكلما راودته فكرة سلبية يسجلها، هذه الطريقة في العد تساعد في خلق مسافة بينه وبين أفكاره التلقائية ليتمكن من التعرف عليها كما تسمح له فيما بعد بالتحكم بأفكاره. وبعد عدها يقوم بتصنيفها إلى أفكار كارثية، أفكار خسارة، وأفكار عدم الأمان، وكانت بيانات نتائج الواجب المنزلي من عد الأفكار السلبية التي دارت في ذهن الحالة (ل.ك) كما يلي:
- ✓ أفكار الخسارة:
 - الثقة لم تعد موجودة في حياتي (خسرت ثقة عائلتي، أصدقائي).
 - خسرت اثنتا (12) عشرة سنة من حياتي.
- ✓ أفكار عدم الأمان:
 - الكل منافق.
 - لا أشعر أنني بخير عند جلوسي مع الناس.

❖ لاحظت الباحثة غياب الأفكار الكارثية ومحتواها مما دل أن الحالة (ل.ك) لم يعد ينظر للقاء

الضحية على أنه كارثة كما في السابق.

▪ قامت الباحثة بعدها بمناقشة الأفكار السلبية المدونة في نموذج سجل الأفكار (الأحاديث الذاتية السلبية)

للتعرف على التشوهات المعرفية من خلال استراتيجية تحديد الأنماط المحددة للتفكير لدى الحالة (ل.ك) وإعادة

البناء المعرفي، وأوردت الباحثة جزءا منها باختصار بالشكل التالي:

✚ الفكرة التلقائية رقم 1: الجميع ينظر إلى باحتقار وازدراء حتى لو تحدثوا وضحكوا معي فهم

ينافقون.

○ الباحثة: تخيل أن أحدا منهم مر بنفس الموقف ما هي ردة فعلك أنت وسكان الحي عند رؤيتكم له بعد

مدة طويلة؟

○ الحالة: أنظر إليه جيدا للتحقق من أنه المعني (نثبت فيه) ويعدها أسلم وربما أبتسم معه.

○ الباحثة: جيد، وبعد؟

○ الحالة: ربما أكلمه إذا سمحت الفرصة.

○ الباحثة: ممتاز.. نفس الشيء تماما ما فعله معك جيرانك وأصدقائك، من الطبيعي وبعد مدة طويلة

(12 سنة) وليس بالضرورة أن يكون الغياب في السجن ربما يكون سفرا أن تكون ردة فعل المحيطين بك هو

النظر إليك ربما هو اشتياق ما رأيك؟

○ الحالة: احتمال.

○ الباحثة: والضحك أو الابتسامة ليست نفاق بالضرورة بل ربما تكون كتمهيد للحديث معك، وأنت

بهروبك من المواقف الاجتماعية تجعلهم يهابون من الحديث معك.

○ الحالة: نعم، معك حق.

الفكرة التلقائية رقم 2: أنا سبب ما يحدث لي فقدت مكاتي بين أهلي وأصدقائي بسبب السجن.

○ الباحثة: المشكلة لم تحدث بإرادتك أو أنك من سعى لها، الكل يعرف الحيات وبذلك مكانتك تبقى

محفوظة حتى وإن دخلت السجن، وستعزرها بما ستفعله وتحققه لاحقاً، وما تكتسبه من مقومات شخصية يمكنك من تحقيق ما وصل إليه إخوانك وربما أكثر.

○ الحالة: نعم سأحاول.

▪ طلبت الباحثة من الحالة إعادة التقييم من خلال نموذج سجل الأفكار كواجب منزلي وكانت نتائج

الإجابة عليه بالشكل التالي:

إعادة تقييم الانفعال المرتبط بالفكرة السلبية (100-0)	الفكرة البديلة	الأفكار التلقائية	الانفعال في كلمة واحدة وبدرجة معينة (100-0)	الموقف: متى؟ أين؟ من؟ ماذا حدث
قلق 20%.	الجميع ينظر إلي البعض منهم اشتياق والبعض منهم فضول.	الجميع ينظر إلي باحترام منافقون.	قلق 90%	خروج للحي وسط الجيران والأصدقاء القدامى.
غضب 10%.	صحيح ما حدث وما يحدث هو بسببي لكن الخطأ وارد في الحياة للجميع.	أنا سبب ما يحدث لي فقدت مكاتي بين أهلي وأصدقائي.	غضب 90%	جلوس وانزواء بمفردي.
اكتئاب 15%.	يشتاقون لي كثيرا، لكنهم لا يريدون الضغط علي	يشعرون بالعار مني.	اكتئاب 80%	جلوس مع أفراد الأسرة.
اكتئاب 10%.	هي امرأة وفيه وأنا لم أخطأ الاختيار.	هي لم تجد أفضل مني فقط، ليس الأمر كما يظن الجميع أنها تحبني.	اكتئاب 80%	الجلوس وحيد في غرفته (التفكير بالفتاة)
غضب 5%.	لن أنتظر أن يشغلني أحد لدي امكانيات	من سيشغل شخصا مثلي، هناك من هم أفضل مني ولم يعملوا.	غضب 80%	الحديث مع الأهل عن العمل.

	لاشتغل بنفسي ولحسابي الخاص.			
استياء 5%.	أنا أثق بالمشاعر التي بيننا وهي لم تمت.	لا أظن أنها ستتقبلني كزوج في قرارة نفسها فهي لم تجد أفضل مني.	استياء 60%.	لقاء مع الفتاة التي أحبها.

▪ جدول رقم: (11) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية والأفكار البديلة للحالة (1).

▪ وقد انفتحت الباحثة في هذه الجلسة مع الحالة (ل.ك) على أن تكون الجلسة القادمة هي الجلسة الختامية بعد أن نبهته أنه على مشارف نهاية العلاج في الجلسة التي سبقت هذه الجلسة، وأن الجلسة الختامية ستكون بعد 15 عشرة يوماً وذلك لتقييم العلاج مع الحالة وملاحظة أي انتكاسة وكيف واجهها على أن تكون هناك جلسة بعد شهر ونصف في إطار المتابعة.

○ الجلسة الختامية

▪ في هذه الجلسة ناقشت الباحثة مع الحالة ما مر به خلال 15 عشرة يوماً الماضية ولم يذكر أي حدث معتبر سبب له نكسة، أعادت الباحثة تطبيق المقاييس التي استخدمتها قبل بداية العلاج الذي دام 12 جلسة على الحالة (1).

عرض النتائج.

▪ قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب (HAM-D): وكان مجموع درجات الحالة (ل.ك) على المقياس: (14).

▪ مقياس هملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A): وكان مجموع درجات الحالة (ل.ك) على المقياس: (10).

▪ مقياس مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة: وكان مجموع درجات الحالة (ل.ك) على المقياس (25).

- مقياس خبرة الخزني: وكان مجموع درجات الحالة (ل.ك) على المقياس هي (20) درجة وهي درجة منخفضة من الشعور بالخزي مقارنة بدرجته قبل العلاج التي كانت (69) درجة.
- اختبار الصحة النفسية العامة (GHQ-60): وكان مجموع درجات الحالة (ل.ك) على المقياس (20) درجة وهي درجة مرتفعة من مستوى الصحة النفسية العامة مقارنة بدرجته قبل العلاج التي كانت (46) درجة.

نبهت الباحثة الحالة (ل.ك) على أن يتوقع انتكاسات وصعوبات بعد نهاية العلاج قد تسبب له ضغوطاً إلا أنه سيتمكن من مواجهتها بنفسه وبطريقة أفضل من خلال الاستراتيجيات والمهارات التي تعلمها لتحسينه ضد الضغوط التي سيواجهها مع أي مشكلة مستقبلاً.

○ جلسة المتابعة بعد شهر ونصف:

في هذه الجلسة أعادت الباحثة تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة على الحالة (ل.ك) لمعرفة مستوى صحته النفسية العامة بعد مرور شهر ونصف على التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي الذي خضع له والذي كان مجموع (22) وهي درجة متقاربة مع درجة آخر جلسة علاجية كما ناقشت الباحثة مع الحالة حالته النفسية وسير أمور حياته بعد مرور شهر ونصف من العلاج.

○ حساب الدلالة الإكلينيكية لفعالية العلاج المعرفي-السلوكي المقترح للحالة 1 (ل.ك) حسب طريقة جاكوبسون:

- تحسب الدلالة الإكلينيكية بحساب مؤشر التغير الثابت الذي يرمز له ب (RCI) حيث تعطى

معادلة حسابه هنا بطريقة جاكوبسون وهي بالشكل التالي:

- مؤشر التغير الثابت (RCI) = $(D_1 - D_2) / (X - M)$

- حيث:

D_1 = درجة الحالة (1) على اختبار الصحة النفسية العامة قبل العلاج.

د2 = درجة الحالة (1) على اختبار الصحة النفسية العامة بعد العلاج.

والقيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت الدالة إحصائياً هي: 1, 96.

ويحسب كل من الخطأ المعياري للقياس والخطأ المعياري للفرق بالشكل التالي:

$$- \text{ الخطأ المعياري للقياس} = \sqrt{\frac{\sigma^2}{n}} \quad \left[\sigma = \right]$$

تمثل: σ = الانحراف المعياري للمجتمع على اختبار الصحة النفسية العامة.

σ_{∞} = ثبات اختبار الصحة النفسية العامة.

$$\text{حساب الخطأ المعياري للفرق} = \sqrt{\frac{\sigma^2}{n} + \frac{\sigma^2}{n}} = \sqrt{2 \left(\frac{\sigma^2}{n} \right)}$$

وبالتعويض نجد:

$$د1 = 46, د2 = 22.$$

$$ع = 9,6, ر = 0,90.$$

$$\left[\text{خ م ق} \right] = \sqrt{0,90 - 19,6} = 3,03.$$

$$\left[\text{خ م ف} \right] = \sqrt{2(3,03)^2} = 4,28.$$

- مؤشر التغير الثابت (RCI) = $4,28 / (22 - 46) = 5,60 > 1,96$ (القيمة الحرجة لمؤشر التغير

الثابت الدالة إحصائياً).

- بما أن قيمة مؤشر التغير الثابت $1,96 < 5,60$ فيمكن الثقة في أن التدخل العلاجي

المعرفي-السلوكي المقترح الذي خضع له الحالة (1) ذا فعالية في خفض مستوى الضغوط التي عاشها

عقب الإفراج عنه وساعد في زيادة مستوى صحته النفسية العامة.

o تحليل نتائج استجابات الحالة (1) القياس البعدي لاستخبار الصحة النفسية العامة:

تم تحليل استجابات الحالة (1) على محاور اختبار الصحة النفسية العامة حيث جاءت نتائجها كما

يلي حسب كل محور:

- المحور الأول: المتضمن للقلق والتوتر المحدد بأرقام البنود التالية (55-45-44-49-40)

تبين أن الحالة لم يعد يشعر بالتوتر والعصبية طوال الوقت وأن درجة خوفه وهلعته الذي كان يشعر به خاصة عند مغادرته البيت نتيجة تخوفه من لقاء الضحية واعتدائه عليه قد انخفضت، بالإضافة إلى انخفاض درجة اكتئابه. وهذا ما يعكس أن اكتئاب الضحية كان وظيفيا ناتجا عن الضغوط التي يمر بها بعد الإفراج عليه وليس نتيجة قصور الغدة الدرقية لأنه كان يتناول دواءً لتنشيطها.

- **المحور الثاني:** الذي يتناول أفكار الانتحار والذي يتضمن أرقام البنود التالية (57-60-59) فلم يظهر الحالة (1) أن له أفكار انتحارية.

- **المحور الثالث:** الذي يتناول المرض العام والذي يتضمن أرقام البنود التالية (1-2-4) فقد كانت إجابة الحالة (1) على البند الذي يؤشر على أنه بخير وفي صحة جيدة على العموم مع أنه يتناول دواء لتنشيط الغدة الدرقية.

- **المحور الرابع:** حول اضطرابات النوم الذي شملت بنوده الأرقام (18-17-14-12) فقد أشر الحالة (1) على البند (17-18-12) (أقل من المعتاد) مما يدل أنه مازال يعاني من اضطرابات في النوم والتي قد تكون ناتجة عن تَعُودِهِ على نظام السجن في النوم والاستيقاظ على صفارته كما صرح به في المقابلة.

- **المحور الخامس:** المتضمن اضطراب الوظيفة الاجتماعية المحدد بأرقام البنود التالية (31-32-15-7) فقد أشر الحالة (1) على البنود (أقل من المعتاد) التي بينت أنه أصبح يشعر بمشاعر ايجابية نحو الأفراد المحيطين به، كما أنه أصبح يجد سهولة نوعا ما في التعامل معهم وذلك من خلال إعادة البناء المعرفي لتشوّهاته المعرفية نحوهم جعلته يدرك قيمة وصدق مساندهم واحتوائهم له، عكس ما كان قبل التدخل العلاجي أين أظهر عدم ثقته حتى بأفراد أسرته وأنه يشعر أنه غريب عنهم ولا ينتمي لهم.

- **المحور السادس:** المتضمن انخفاض الثقة بالنفس (عدم الكفاية) المحدد بأرقام البنود التالية

(27-30-28-23)، أشر الحالة (1) في هذا المحور "بأقل كفاءة بقليل، أقل من المعتاد بقليل" فقد أبدى أنه سيستطيع تدبير أمره وأنه سيحاول القيام بمهامه بشكل جيد وهو ما يبين أن الكفاءة الذاتية سمة من سمات شخصية الحالة (1) برزت ثانية بعد أن تراجعت بتأثير بيئة السجن.

- المحور السابع: المتضمن الاكتئاب المحدد بأرقام البنود التالية (52-53-51-56) فقد أشر

الحالة (1) "بليس أكثر من المعتاد، أقل من المعتاد". فلم يعد يفكر في نفسه أنه عديم الفائدة وانخفض شعوره بالخزي وأن أمله في مستقبله الشخصي أصبح بدرجة أعلى أكثر من المعتاد، وقد أبدى قدرة على التصدي للمشكلات التي ستواجهه من خلال إجابته (أحسن من المعتاد) على البند (40) ' أنك لا تستطيع التغلب على المشكلات التي تواجهك!'

ثانياً: عرض نتائج الحالة الثانية:

1- تقديم الحالة (2):

الحالة هو السيد (ل.ف) يبلغ من العمر 37 سنة، أعزب، حاصل على شهادة الدراسات التطبيقية قانون أعمال، يقطن في ضواحي ولاية بانتة، أدين بتهمة محاولة القتل العمد إثر شجار وقع بينه (رفقة قريبه الحالة (1) وبين أحد الجيران وحكم عليه بـ12 سنة سجن نافذة. وتعتبر المرة الأولى التي دخل فيها السجن ولم يسبق وضعه بمركز الأحداث في طفولته، امتاز بسلوك حسن طيلة فترة سجنه أفرج عنه قبل شهر ونصف تحت نظام الإفراج المشروط وعاد ليعيش مع أسرته، وهو الآن بدون عمل. توفيت والدة الحالة (2) وهو في السجن أما والده فمازال على قيد الحياة وهو متزوج من امرأة أخرى وكان ذلك في حياة والدته. الحالة (2) كان يعيش قبل سجنه وسط عائلة ذات مستوى اقتصادي متوسط والده فلاح، ووالدته كانت ربة بيت، رتبته الثالث بين إخوته، وعلاقته بأسرته كانت حسنة على العموم. تم تقديم الحالة (2) للعلاج بطلب من الباحثة بمساعدة قريبه الحالة (1) وهو من اقترح عليه المشاركة في الدراسة وقد أظهر تجاوبا وتفاعلا ضعيفا في البداية لكنه عرف تحسنا مع الوقت.

2- التقييم النفسي الإكلينيكي للحالة (2):

يظهر الحالة (2) بمظهر غير نظيف (لم يحلق لحيته) وغير مرتب المظهر ولا متناسق الملابس، يتجنب التواصل البصري، يتكلم بصوت خافت، نشاطه الحركي مضطرب الحالة "ل.ف" في كل مقابلة كان يرتدي نفس اللباس وتتبعث منه رائحة كريهة، أظافره متسخة، شعر غير مرتب، لا يبالي بمظهره العام على الإطلاق ولا يهتم حتى بنظرة الآخرين له في هذا الشأن)، مدرك للوقت والتاريخ ومكان تواجد ذاكته نشطة فقد تذكر أهم الأحداث، يظهر ضعف في البصيرة والتركيز ويشتكى من وجود وساوس وأوهام، ولا يظهر الحالة (2) اضطرابات حسية، تأثره الانفعالي شديد، يظهر بمزاج قلق وكئيب ولم يصرح بوجود أفكار انتحارية. خلال

المقابلة الأولى الحالة (ل.ف) ظهر مضطربا وغير متجاوب وخائف حتى أنه أظهر ارتعاشا من الخوف، غير مدرك للواقع الذي هو فيه وعبر عن ذلك بأنه لم يصدق الإفراج عنه.

✓ **التقييم الذاتي:** يعاني الحالة (2) من إحباط مستمر وانخفاض في الاهتمام بنظافته وبنفسه بشكل عام وعدم القدرة على القيام بأي نشاط. كما يعاني من عدم الكفاءة، والعجز عن مواجهة الحياة، وسلوكيات التجنب الناتجة عن القلق خاصة عند مغادرة البيت.

✓ **التقييم الوجداني:** يغلب على الحالة (2) مزاج مكتئب دائم والشعور بانخفاض تقدير الذات وشعور بالرفض، وبالاعتراب، والشعور بالذنب ولوم الذات، بالإضافة إلى شعوره بالخزي وبعدم القيمة.

✓ **التقييم الموضوعي:** استخدمت الباحثة تقييما موضوعيا في محاولتها لعلاج الحالة (2) وذلك بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة GHQ-60 للكشف عن الأعراض المرضية التي يعاني منها بالإضافة إلى تطبيق عدة مقاييس تقديرية للتأكد من الأعراض التي أظهرتها نتائج اختبار الصحة النفسية العامة ودرجة شدتها وتتمثل هذه المقاييس وكيفية تطبيقها بالشكل التالي:

✓ **اختبار الصحة النفسية العامة GHQ-60** قدمت الباحثة هذا الاختبار للحالة (ل.ف) قبل بداية العلاج للتأكد من تقارب نتائجه وتحديد خط الأساس بعد الإجابة عليه في المقابلة الأولى التي كانت بهدف الالتماس منه المشاركة في الدراسة وبعد قبوله المشاركة، وكان مجموع الدرجات التي تحصل عليها بعد تطبيقه في المرتين (الفترة ما بين التطبيقين أسبوعين) على التوالي: مج = 1 = 50، مج = 2 = 54، وهي نتيجة مقارنة تُظهر انخفاض كبير جدا في مستوى الصحة النفسية العامة للحالة (2).

✓ **قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب (HAM-D):** وكان مجموع درجات الحالة (2) على المقياس: (29)، وهي درجة تعبر عن اكتئاب شديد حسب سلم تصحيح المقياس.

✓ **مقياس هملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A):** وكان مجموع درجات الحالة (2) على المقياس: (31) وهي درجة تعبر عن ارتفاع شدة القلق حسب سلم تصحيح المقياس.

✓ مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة (PTSD Scale Aording To DSM-IV): وكان مجموع

درجات الحالة (ل.ف) على المقياس (68)، حيث أظهرت نتيجة المقياس أن الحالة (2) يعاني بشدة من

أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD)، وذلك لتضاعف تقدير درجة الأعراض أكثر مما

حدده شروط المقياس لتشخيص الاضطراب وهي:

1- توفر عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

2- توفر ثلاثة (03) أعراض من أعراض التجنب.

3- توفر عرضين من أعراض الاستثارة.

✓ مقياس خبرة الخزي: وكان مجموع درجات الحالة (2) على المقياس: (76) وهي درجة

عالية جدا من الشعور بالخزي.

3- صياغة الحالة (2):

من خلال المقابلة التشخيصية تبين أن الحالة (ل.ف) يعاني من مزاج مكتئب باستمرار دون أعراض

فصامية، انخفاض الاهتمام بالنفس وبالمتعة في الحياة بشكل عام وعزوف عن كل الأنشطة، انخفاض تقدير

الذات والثقة بالنفس، اضطراب النوم يظهر في الأرق وكوابيس متكررة دون تذكره لمحتواها، تعب وتراجع في

النشاط والطاقة، إحباط صريح حيث عبر عنه الحالة في أكثر من موقف، انخفاض في النشاط الاجتماعي

والمجالات الهامة في الحياة، أفكار وسواسية مشككة نحو الغير (أفراد أسرته)، بالإضافة إلى شعوره بالخزي

من جراء الوصمة الاجتماعية التي يعتقد في أنها ستبقى تتبعه طوال حياته، كما يعاني من القلق خاصة عند

الخروج من البيت الذي جعله يتخذ سلوك التجنب للناس والمواقف والأشياء المرتبطة بشكل وثيق بالأحداث

الصادمة.

إن هذه الأعراض تبين حالة التنغيص والإجهاد النفسي التي يعيشها الحالة (2) والنتيجة عن إدراكاته

المشوهة اللاتوافقية وكذا بسبب معتقداته الذاتية الانهزامية المحبطة التي تزيد من قوة الصور الذهنية المشوهة

والأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بعدة حوادث سلبية (صدّامات) مر بها في حياته كحادثة الشجار العنيف المهّد بالقتل، دخوله السجن، وفاة والدته وهو داخل السجن، خروجه من السجن وشعوره بالرفض من أهله والرفض الصريح من المجتمع ككل وهو ما يشعره بالخزي من جراء الوصمة الاجتماعية التي يعتقد في أنها ستبقى تتبّعه طوال حياته (...الحقيرة والوصم الاجتماعي الذي يلتصق بنا أينما ذهبنا وكأن هذا الخطأ هو جريمة سنبقى نحاسب عليها مدى الحياة، هي ليست بالضرورة كلمات لكن نظرات تصرفات...) وذلك بما كونه من قناعات خلال التنشئة الاجتماعية بمساعدة مؤسسات التطبيع الاجتماعي في أن من دخل السجن شخص منحرف عديم القيمة ومنبوذ.

إن ما يعزز حالة اللاتوافق التي يعيشها الحالة (2) هو حديثه الذاتي وأفكاره التلقائية السلبية الذين تحولوا إلى تقييمات سلبية للذات وللآخرين ولبيئته بشكل عام ولرؤيته وتوقعاته السلبية لمستقبله. فعلى مستوى الذات تظهر في تقديره المنخفض لذاته، والنقد الذاتي المستمر لها وجلدها ولومها وشعوره بالذنب حول وفاة والدته واعتقاده الذي ترسخ عنده في أنه السبب في وفاتها (...من قلق أمي علي ارتفع ضغطها وتسبب في الجلطة وموتها. هذا هو المنطق لا يحتاج لأي توضيح من أي شخص...)، كما تظهر في غياب ثقته بنفسه في القدرة على مواجهة الناس والحياة والفشل في تجاوز الصعوبات التي سيواجهها بعد أن أفرج عنه (...شعرت بأنني لا أستطيع مواجهة الناس أبداً، أحس أن الزمن توقف بي وأن المجتمع تتطور في كل شيء وأنا لن أستطيع مجاراته لا فكراً ولا مادياً...)، وتظهر أيضاً في عدم قدرته على الخروج لوحده، وعدم قدرته على اتخاذ قراراته بنفسه (...لا لم أتخذ قرار بمفردتي لحد الآن أحس أنني مقيد...) وهو ما يوضح أن الحالة يعكس احتياجه لشخص قوي يمكن الاعتماد عليه دائماً في جميع شؤون الحياة (موافقته للمشاركة في الدراسة لم تكن عن قرار نابع عن اقتناع شخصي لمساعدة نفسه بل كان تطبيقاً لقرار قريبه الحالة (ل.ك) خاصة بعد أن أخبره أنه سيبدأ في العلاج). بالإضافة إلى التكوين النفسي للحالة (2) والذي يظهره شخصية اعتمادية فهو لم يكن يبادر ولا يتخذ قراراته بنفسه ولا يتحمل مسؤولية اتخاذها وإنما ينفذ ما قرره أصدقاؤه والغير بصفة

عامة، وهذا ما يزيد من قوة اعتقاده بفشله في تجاوز الصعوبات التي سيواجهها ويزيد من هروبه منها، لأنه يجب عليه مواجهتها وهروبه منها يعني بقائه تحت ضغطها.

إن هذا الاعتقاد السلبي الخاطئ هو السبب في شدة الاكتئاب المستمر الذي يعيشه الحالة (2) فغالبا ما ترتبط الاعتقادات لخطئة والمشوهة بالانفعالات المضطربة الحادة وما عززها أفكاره الوسواسية المشككة للآخرين ولبيئته بشكل عام وأكثر تحديدا أفراد أسرته وأهله وسوء ظنه بهم وإمكانية الاعتماد عليهم في مساعدته على تجاوز أزمته، وهو يعتقد أنهم يحملونه ذنب وفاة والدته مع أنهم لم يلمحوا له بذلك ولم يسمع أحدا منهم يتكلم عن هذا مطلقا (...أشعر أن الكل ينافق، يتعاملون معي مجبرين لأنني واحد من الأسرة، يضحكون في وجهي ويتكلمون خلفي، الأمر صعب في إعادة العلاقات إلى ما كانت عليه، وفاة الوالدة غير كل شيء الكل يرى أنني مذنب، مكانتي وقيمتي في وسط أسرتي تدهورت وانكسرت ولن يعود الوضع كالسابق أبدا، شعور غريب وأنا معهم سعادة ليس فيها لذة). كما ينظر الحالة (2) للمستقبل والتخطيط له ووضع أهداف والسعي لتحقيقها بنظرة سلبية وأن الفرص قد فاتته بعد دخوله السجن (...الحياة ظلمتني كثيرا، لم أستمتع بها ولم أحض بفرص لكي أستغلها وأمضي قدما لتحقيق حياة أفضل...). هذه الاعتقادات السلبية الخطئة تبين التشوهات المعرفية لدى الحالة (2) وتتضح في تهويله لما يدور حوله وتعقيد الأمور على نفسه وتغليفيها بمشاعر سلبية دفعتة إلى الانسحاب والهروب والعزلة. كما تظهر في الشخصية فالحالة (ل.ف) يعاني من ضيق شديد ومن صراعات نفسية مع ذاته نتيجة شعوره بالذنب، كما تظهر في تعميم شعوره بالرفض من أسرته ومن المجتمع ككل مما جعله يعيش خوفا وقلقا دائما منذ الإفراج عنه من حاضره ومستقبله ومن عدم قدرته على مواجهة ما سيحدث بعدما أفرج عنه، وقد يكون أيضا خوفا من ماضيه الذي قد ينال منه (الضحية)، وتجلى ذلك في القلق الذي ينتابه عند الخروج من البيت جعله يتجنب مغادرته إلا بصحبة أخيه أو قريبه الحالة (1)، هذا القلق جعل الحالة (2) يشعر بإحباط مستمر يقف أمام وضعه لأهداف وسعيه لتحقيقها لأن تفكيره مشغول بما يعاني منه، وحركته مشلولة بما يعجز عن القيام به خاصة في ظل اعتقاده بغياب من سيساعده

بإخلاص في تخطي أزمته بسبب الشكوك وسوء الظن في كل من حوله حتى في أقرب الناس إليه وهم أفراد أسرته. وهذا ما جعل الحالة (1) كأقرب شخص للحالة (2) يمكنه الوثوق به يشجعه على قبول المشاركة في الدراسة والاستفادة من المساعدة التي سيجنيها لتجاوز أزمته والتي تتطلب إعادة تقييم وتقويم مدى تأثير أفكاره السلبية الناتجة عن حديثه الذاتي السلبي ومعتقداته المشوهة في توجيه سلوكه بشكل تنضح له الأمور بشكل واقعي للتكيف مع أزمته التي يمر بها والتخفيف من مستوى الضغوط المصاحبة لها ومحاولة استعادة وضعه الطبيعي ثانية في المجتمع.

4- التشخيص:

أ- التحليل الوظيفي للحالة (2).

• التحليل التزامني (Synchronie):

التوقع (Anticipation)



الوضعية (الظرف) (Situation):



الانفعالات (Emotion):



السلوكيات (Behaviors):



المحيط (البيئة الاجتماعية):

- الفشل وعدم الكفاءة.

- العجز عن مواجهة الحياة بعد الإفراج.

- الاعتزال وعدم القدرة على القيام بأي نشاط .

- إحباط مستمر وانخفاض الاهتمام بالنفس بشكل عام.

- انخفاض تقدير الذات، شعور بالذنب ولوم الذات، شعور بالخزي،

- مزاج سيئ باستمرار، وساوس وشعور بالرفض.

- شعور بالاغتراب.

نظام الاعتقاد الشخصي (المعنى الشخصي):

- مذنب لن يسامحني الله لأنني

السبب في موت أمي.

- عديم القيمة. وغير كفاء

- عاجز عن مواجهة الحياة.

- الانعزال وعدم الخروج من المنزل.

- عدم القيام بأي نشاط، وعدم

الاهتمام بالنظافة

المعارف (تفكير آلي):

- أنا السبب في وفاة والدتي.

- مكانتي وقيمتي ضاعت داخل

الأسرة.

- سأعجز عن مواكبة مستجدات

الحياة.

- مساندة غير صادقة من الأسرة.

الصور: - أرى نفسي مذنب، عديم

القيمة، خائف، ضعيف، عاجز.

شكل رقم: (09) يوضح التحليل الوظيفي للحالة (2) حسب نموذج شبكة « SECCA »

- التحليل التاريخي (Diachronie):

- المعطيات البنيوية (الوراثية والشخصية):

✓ عمر الأب 78 سنة متزوج من امرأة أخرى منشغل بأولاده منها وغائب عن بيته وأولاده من زوجته الأولى والدة الحالة (2) ولا يتواصل معهم تماما.

✓ الأم متوفاة كانت مأكثة بالبيت مهتمة بكل أمور أبنائها بعد أن تخطى عنها زوجها، كانت دائمة الحزن، قليلة الحديث.

✓ الحالة (2) الابن الثالث وهو ذا شخصية اعتمادية، لا يتحمل المسؤولية، وغير مبادر ولا يتمتع بثقة كبيرة في نفسه، انسحابي. وبعد حادثة الشجار مع جاره في محاولة لقتله ودخوله السجن ووفاء والدته وبعد خروجه منه دخل في حالة اكتئاب شديد مستمر. غير مهتم بنفسه لا يخطط لمستقبله وغير راغب في أي شيء، مفضلا الانعزال داخل البيت والخروج فقط للضرورة القصوى مع أخيه أو ابن عمه الحالة (1).

- العوامل الأولى المفجرة:

✓ حادث المشاجرة الذي أفضى إلى محاولة القتل العمد (الصدمة الأولى).

✓ دخول الحالة (2) للسجن وانعزاله عن المجتمع لمدة اثنتا عشرة (12) سنة ومعايشته لضغوط

البيئة السجنية وتأثيرها على شخصيته (الصدمة الثانية).

✓ وفاة والدة الحالة (2) وهو في السجن (الصدمة الثالثة).

- العلاجات السابقة: تلقى الحالة (2) علاج ومتابعة نفسية في السجن بعد تعرضه لصدمة السجن وقد

وصف له طبيب المؤسسة مهدئات نسي الحالة (2) اسمها.

ب- تشخيص أعراض الحالة (2):

من خلال المقابلة التشخيصية والتحليل الوظيفي وحسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض " تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية" (CIM 10) توصلت الباحثة إلى أن الحالة (2) يعاني من:

أ- اضطرابات التأقلم مع غلبة الاضطراب في الانفعالات الأخرى (F43.23): الذي يدل على حالات من الضيق الشخصي « Subjective Distress » والاضطراب الانفعالي « Emotional Disturbance » الناتج عادة عن تغيير في الحياة أو موقف أو أزمة حياتية مسببة للكرب، وتجلت أعراض هذا الاضطراب لدى الحالة (ل.ف) من خلال:

- مزاج يجمع بين عدة أنواع من الانفعالات الاكتئاب والقلق والتوتر والغضب الذي قد يستوفي معايير اضطراب القلق والاكتئاب المختلط (F41.2)، بالإضافة إلى أعراض اضطراب التأقلم المتمثلة في:
- إحساسه بعدم القدرة على الصمود والتخطيط للمستقبل.
- اختلال أدائه ونشاطه اليومي.

ب- تغيير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة Enduring Personality Change After

Catastrophic Experience (F62.0). وهذا التغيير قد جاء نتيجة تعرض الحالة (2) للضغوط التالية لصدمة الاعتداء والتهديد بالقتل من الضحية إثر الشجار الذي وقع بينهما والذي كان السبب في دخوله السجن بالإضافة إلى وفاة والدته وهو في السجن، وتحددت أعراض هذا التغيير في الشخصية في افتقاد الحالة (2) إلى المرونة والتكيف وتفضيل الانسحاب، وخلل في الأداء الشخصي والاجتماعي والمهني وهو ما جعله ربما يستفيد من الإفراج المشروط حيث فسر انسحابه كحسن سلوك. ويتحدد تأكيد التشخيص بتوفر ملامح وأعراض (F62.0) لدى الحالة (2) الآن ولم تكن موجودة من قبل حسب ما تبين في تاريخ الحالة وهي:

- موقف الحالة (2) المتشكك نحو العالم.
- انسحابه من المجتمع.

○ إحساسه بمشاعر الخواء واليأس.

○ شعوره بالاغتراب وعدم الانتماء سواء مع أسرته أو مع المجتمع ككل.

ج - أعراض اضطراب الشخصية النوعي (F60) « Specific Personality Disorder » المتمثل في اضطراب

الشخصية الاعتمادية (F60.7) من خلال توفر أعراضه لدى الحالة (2) وهي القدرة المحدودة على اتخاذ

القرارات اليومية دون قدر كبير من النصح والتأكيد من الآخرين، السماح للآخرين باتخاذ معظم قراراته المهمة

في حياته، عدم مطالبة من يعتمد عليهم بأي مطالب حتى لو كانت منطقية، الشعور بعدم الراحة والعجز عندما

يكون وحيدا وذلك بسبب المخاوف المبالغ فيها من عدم القدرة على العناية الشخصية، اعتقاد الحالة (2) بأنه

عاجز، وغير كفي، ومفتقد للقوة.

5- تطبيق التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح على الحالة (2):

• الأهداف العلاجية:

أ- الأهداف طويلة المدى:

يهدف التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح المقدم من طرف الباحثة في مداه الطويل إلى مساعدة

الحالة (2) على استعادة اندماجه في المجتمع وذلك من خلال خفض مستوى الضغوط التي يعيشها بعد الإفراج

عنه والتي تقف عائقا أمام تأقلمه من جديد مع الحياة خارج المؤسسة العقابية وضمان استمراره خارجها وبشكل

أكثر توافقا.

ب- الأهداف قصيرة المدى:

○ تعرف الحالة (2) على أفكاره التلقائية السلبية الناتجة عن حديثه الداخلي السلبي من خلال

الحوار السقراطي.

○ تعلم الحالة (2) إعادة البناء المعرفي من خلال تعلمه القدرة على التحكم في أفكاره التلقائية

واستبدالها بأفكار ايجابية وذلك بتغيير الأنماط المحددة للتفكير " التشوهات المعرفية" (التعميم، قراءة الأفكار، التهويل، العزو الشخصي، بخس الايجابيات، معرفة الغيب، التفكير الكارثي) للتخفيف من درجة الاكتئاب والشعور بالخزي لديه.

○ تعلم الحالة (2) عدة أساليب الاسترخاء لتحرير جسمه من الشد الذي يساعد على خفض مستوى الضغط النفسي الذي يعيشه.

○ تعلم الحالة (2) التحكم في القلق من خلال تقدير واقعي للمخاطر التي يمكن أن تلحقه من الضحية وأهله للتخفيف من شدة أعراض القلق والخوف الذي يصاحب عند الخروج من المنزل.

ج - بداية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح للحالة (2):

- الجلسة الأولى:

تضمنت الجلسة الأولى للعلاج التي دامت ساعتين لتأسيس للعلاقة العلاجية وتعريف الحالة (2) بمبادئ العلاج المعرفي- السلوكي وكيف تؤثر أفكارنا على مشاعرنا وسلوكياتنا، كما تم اطلاقه على جدول الأعمال وسير الحصص والتعرف على توقعاته من العلاج وتحديد موعد الجلسة التالية ومكانها ووقتها. وكأول واجب منزلي للحالة (2) اقترحت عليه الباحثة تسجيل كل المواقف التي يمر بها خلال الأسبوع وكيفية تفسيره لها في محاولة لشد انتباهه لأفكاره التلقائية. تم بعدها تلخيص محتوى الجلسة والتأكد من فهم الحالة لمضمونها من خلال سؤاله عن أي أمر غير مفهوم والإجابة على كل استفسار من طرفه. الحالة (2) كان بطيئا في الاستجابة وغير ايجابي في التفاعل حتى أن الباحثة شككت في عودته الجلسة المقبلة مع أنه أكد ذلك.

- الجلسة الثانية:

تضمنت الجلسة الثانية التي دامت ساعة ونصف من الزمن حصيلة الأسبوع الماضي وتحديد المشكلات وتبصير الحالة (2) بها والاتفاق أن تكون البداية مع مشكلة سيطرة الاكتئاب الدائم الذي يعاني منه، واقترحت

الباحثة على الحالة تقنية الكشف عن الأفكار التلقائية. وتم تعليم الحالة (2) مبدئياً مراقبة أفكاره التلقائية بتوجيه انتباهه لها وملاحظة حديثه الداخلي، وقد كشفت هذه التقنية عن أهم الأفكار التلقائية لدى الحالة (2) وهي:

- أنا السبب في وفاة والدتي.
- لا أحد يتعامل معي بصدق الكل ينافق.
- علاقتي مع المقربين مني أصابها فتور، ولن تصبح كما كانت أبداً.
- الكل يرى أنني مذنب.
- الزمن كأنه توقف وأنا قابع في مكاني لا أتحرك والناس لا ينتظرون أحد.
- لا أستطيع مجارات العالم لا فكراً ولا مادياً.
- نظرة المجتمع لي كسجين لن تتغير أبداً.
- أنا غير قدر على فعل شيء.

✓ طلبت الباحثة من الحالة (ل.ف) بعد أن شرحت له أهمية التمرين في حصر الأفكار السلبية التي

تسبب له الحزن والمشقة أن يعيد في ذهنه شريط الأفكار السابقة كعلم يمر بالتصوير البطيء ويراقب حوار الداخلي مع نفسه لكل صورة تمر عليه، وكيف يشعر بمجرد تتبعه للفكرة السلبية التي تمر بعقله.

وأعطت الباحثة مثالا بالفكرة الأولى "أنا السبب في وفاة والدتي" (لزيادة الفهم والتأكد من أن الحالة (2) قد

استوعب التمرين. المثال: أُمي توفيت بسببي (الفكرة)، الشعور بالحزن والقلق (الانفعال المصاحب لها)، العزلة وتجنب أفراد الأسرة (رد فعل سلوكي).

- (التمرين تم مع الحالة "ل.ف" مباشرة في الجلسة وليس كواجب منزلي كحافز يشجعه على المبادرة ومواصلة العلاج لأن الحالة كان يعاني من هبوط نفسي شديد).

وبعد التأكد من استيعاب الحالة وتلخيص محتوى الجلسة طلبت الباحثة من الحالة (2) تحديد الأفكار التلقائية السلبية كواجب منزلي من خلال تسجيل المواقف التي سيتعرض لها طيلة الأسبوع ودرجة الانفعال المصاحبة لها والفكرة التي راودته أثناءها وذلك وفق نموذج سجل الأفكار.

- الجلسة الثالثة:

تم في هذه الجلسة التي دامت ساعة من الزمن التعرف على الأفكار التلقائية التي تُوِّرَق الحالة (ل.ف) حيث كانت إجابته على سجل الأفكار والأحاديث الذاتية السلبية كما يلي:

الموقف	الانفعال (المشاعر) في كلمة واحدة وبدرجة معينة (100-0)	الأفكار السلبية (الأحاديث الذاتية السلبية)
أنا السبب في وفاة والدتي.	اكتئاب 90%	في كل نظرة في عيون أفراد أسرتي أشعر أنني سبب وفاة أُمي.
الكل منافق.	قلق 90%	الكل يبتسم ويسلم وأنا متأكد أنهم يكرهونني.
الجلوس مع أفراد الأسرة.	قلق 70%	لا يبالون بي، هم غاضبون مني، ويحسون باشمئزاز نحوي.
إلقاء السلام على جيرانتي.	غضب 80%	عندما يروني يغيرون الوجهة كأنهم لا يروني.
التفكير في العمل.	اكتئاب 90%	من سيشغلني وأنا كنت مسجون. لا أشعر أنني قادر على العمل. عصر السرعة لا أرى نفسي قادر على اللحاق به.
الخلود إلى النوم.	اكتئاب 90%	صورة أُمي لا تفارقني. أتذكر دائماً الضحية وأهله.
زحام شديد في الخارج.	غضب 70%	أحس بالاختناق. سأموت وسط الزحام. من أين جاء كل هؤلاء الناس.

جدول رقم: (12) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية للحالة (2).

- ناقشت الباحثة مع الحالة (ل.ف) من خلال سجل أفكاره وبينت له كيف تسهم أفكاره في الانفعالات التي تنتابه وعليه التحقق من مدى مصداقية أفكاره.
- اتفقت الباحثة بعدها مع الحالة (ل.ف) على مناقشة الأفكار التلقائية المدونة في نموذج سجل الأفكار (الثلاثية المعرفية) فكرة بفكرة بغرض دحضها واستبدالها بأفكار ايجابية ومن ثم مساعدته على إعادة بناء معرفي جديد.

❖ الجلسة الرابعة إلى الجلسة السابعة:

- تم خلال هذه الجلسات باستخدام الحوار السقراطي مناقشة الأفكار التلقائية المدونة في نموذج سجل الأفكار (الثلاثية المعرفية) للحالة (2) التي توضح أعراض الاكتئاب للحالة وتتمثل أساسا في انخفاض تقدير الذات النظرة السلبية للعالم والتشاؤم بالنسبة للمستقبل وشعور الحالة بمشاعر الذنب في أنه سبب وفاة والدته. وتم إعطاؤه واجب منزلي لرصد الانفعالات بشكل أسبوعي. وأوردت الباحثة مناقشة فكرتين من الأفكار التلقائية للحالة (2) باختصار كمثال كما يلي:

🌈 الفكرة التلقائية رقم 1: أنا السبب في وفاة والدي.

- الباحثة: منذ متى ووالدتك مريضة بارتفاع في ضغط الدم الشرياني (HTA)؟
- الحالة: قبل دخولي السجن.
- الباحثة: جيد، هل تعرف أن ارتفاع ضغط الدم المفاجئ ممكن أن يؤدي إلى جلطة دماغية تسبب الموت؟
- الحالة: نعم صحيح، المواقف الأليمة والضغط هي السبب.
- الباحثة: جيد، لكن ليست الضغوط وحدها من يسبب ارتفاع ضغط الدم هناك عوامل أخرى ممكن تؤدي إلى ذلك مثل إهمال الدواء، أو عدم إتباع حمية غذائية، ما الذي جعلك تستثني هذه الأسباب؟
- الحالة: لا أعرف ولكن أرجح الضغط أكثر.
- الباحثة: والدتك توفيت بعد 6 سنوات من دخولك السجن أليس من المفروض أن تكون في حالة

ضغط وخطر الموت في السنة الأولى من سجنك؟ ولما لم يرتفع ضغطها في تلك السنة؟

○ الحالة: كلامك يظهر مقنع لحد ما.

✚ الفكرة التلقائية رقم 3: الجلوس مع الأسرة: لا مبالاة كأنهم لا يروني.

○ الباحثة: عند خروجك من السجن من كان في استقبالك؟

○ الحالة: أخي.

○ الباحثة: هل سمعت بعدها ما يسيء إليك؟

○ الحالة: لم أسمع، وليس بالضرورة أن أسمع فأنا أحس بمن حولي.

○ الباحثة: وليس بالضرورة أن يكون إحساسك صحيحا، فقد كانوا في استقبالك بعد خروجك من السجن

واستقبلوك بفرح بعد دخولك المنزل ولم تسمع ولو بتلميح منهم ما يسيء لك، كيف تفسر هذا؟

○ الحالة: لا أدري، ربما أكون مخطئا.

❖ بعد مناقشة الأفكار التلقائية للحالة (2) استخدمت الباحثة مع الحالة استراتيجية تحديد

الأنماط المحددة للتفكير لتوضح له بعد مناقشتها الشبهات المعرفية التي تتسبب في معاناته. طلبت الباحثة

من الحالة إعادة التقييم من خلال نموذج سجل الأفكار كواجب منزلي وكانت نتائج الإجابة عليه بالشكل التالي:

إعادة تقييم الانفعال	الأفكار الإيجابية البديلة (الأحاديث الذاتية الإيجابية)	النمط المحدد للتفكير	الأفكار السلبية (الأحاديث الذاتية السلبية)	تقييم الانفعال	الموقف:
40%	- الإهمال في تناول الأدوية أو عدم إتباع حمية غذائية هو السبب في وفاة الوالدة.	العزو الشخصي	- في كل نظرة في عيون أفراد أسرتي أشعر أنني سبب وفاة أمي.	اكتئاب 90%	- أنا السبب في وفاة والدتي.
30%	- ليس بالضرورة أن من يبتسم منافق، على الأقل ليس الجميع.	قراءة الأفكار مع التعميم	- الكل يبتسم ويسلم وأنا متأكد أنهم يكرهونني.	قلق 90%	- الكل منافق.

20%	- لا يباليون بي ليس كرها لي، الانترنت ومواقع التواصل جعلت كل واحد منشغلا بنفسه.	قراءة الأفكار	- لا يباليون بي، هم غاضبون مني، ويحسون باشمنزاز نحوي.	قلق 70%	- الجلوس مع أفراد الأسرة.
20%	ممكن أنهم لم يروني فعلا، وحتى إن رأوني ممكن لم يعرفوني.	التعميم	- عندما يروني يغيرون الوجهة كأنهم لا يروني.	غضب 80%	- إلقاء السلام على جيراني.
10%	- حتى وإن لم يرضى أحد تشغيلي سأعتمد على نفسي في كسب رزقي.	التحويل	- من سيشغلني وأنا كنت مسجون. لا أشعر أنني قادر على العمل. -عصر السرعة لا أرى نفسي قادر على اللحاق به.	اكتئاب 90%	- التفكير في العمل.
20%	- قبل النوم أدعو لأمي يوميا كي أستطيع النوم، بعض الهاوجس عالقة بذهني عن الضحية.		- صورة أمي لا تفارقني. كذلك أتذكر الضحية وأهله.	اكتئاب 90%	- الخلود إلى النوم.
15%	- كل يسعى لكسب رزقه، لكنني أشعر أنهم مازالوا يراقبونني فيدق قلبي كثيرا وأعرق لكن ليس بشدة		- أحس بالاختناق. - سأموت وسط الزحام. - من أين جاء كل هؤلاء الناس.	غضب 70%	- زحام شديد في الخارج.

▪ جدول رقم: (13) يبين سجل الأفكار التلقائية السلبية والأفكار البديلة للحالة (2).

○ تقييم جزئي:

❖ أعادت الباحثة تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة على الحالة (2) وكان مجموع درجاته (42)

وهو يدل على تحسن طفيف مقارنة بالمجموع الأول الذي كان (54) وقد ردت الباحثة هذا التحسن الطفيف في الصحة النفسية العامة للحالة (ل.ك) إلى كون الحالة مازال يعاني من قلق خاصة عند النوم من خلال الهواجس العالقة بذهنه عن الضحية، وأيضاً عند الخروج من المنزل من خلال شعوره أن هناك من يراقبه والذي تصاحبه أعراض فسيولوجية تتمثل في زيادة نبضات القلب والعرق.

○ الجلسة الثامنة إلى الجلسة العاشرة:

❖ **محاولة خفض شدة أعراض القلق لدى الحالة (2):** بعدما خفت أعراض الاكتئاب نوعاً ما لدى

الحالة (ل.ف) وأصبح أكثر تجاوباً مع الباحثة اقترحت عليه محاولة التخفيف من درجة القلق التي يعاني منها وتضمنت الجلسات التعرف على أكثر العوامل التي تسبب القلق والتوتر للحالة (2) مع ملاحظة أن قلقه وتوتره كان أقل درجة عند خروجه من المنزل برفقة أخيه أو ابن عمه الحالة (1)، ولذلك كان يتجنب الخروج إلا معهما أو مع أحد منهما.

- اقترحت الباحثة على الحالة (2) تقنية الاسترخاء كأنسب تقنية للتخفيف من توتره. وتم تعليم الحالة تقنية الاسترخاء التنفسي بطريقة صحيحة، وكذلك تعليمه والتدريب على تطبيق تقنية إرخاء العضلات التصاعد «Progressive Muscle Relaxation» لجاكوبسون، بالإضافة إلى تقنية الاسترخاء عن طريق التحكم في الإحباطات « Cue-Controlled Relaxation »، رافق تعليم الحالة (ل.ف) واجبات منزلية حول نتيجة التدريب على كل تقنية.

- استخدمت الباحثة بعدها مع الحالة (ل.ف) استراتيجية "التحكم في القلق" التي تتم عبر عدة خطوات وهي بمثابة استراتيجيات تتمثل في الاسترخاء وتقدير المخاطر عن طريق تقدير الاحتمالات، التنبؤ بالعواقب، وفي الخطوة الثالثة يتم من خلالها تعريض الحالة للقلق. وتم إجراء تطبيق هذه الاستراتيجيات تماماً كما طبقت مع الحالة (1) وذلك لأن أسباب القلق لديهما واحدة تمثلت في:

- القلق والتوتر أثناء الخروج وذلك خوفاً من اللقاء بالضحية أو أحد أقاربه ووقوع تصادم بينهما من جديد.

- القلق عند الذهاب للنوم والناصح عن الهواجس العالقة بالذهن والمتعلقة بالضحية وبالحدث الذي وقع بينهما والذي يترجم على شكل كوابيس بشكل دائم يؤدي إلى صعوبة في النوم مخافة رؤية هذه الكوابيس. وتم تطبيق الاستراتيجيات التالية:
- تقنيات الاسترخاء: وضحت الباحثة للحالة أنه يمكنه السيطرة على الأعراض الجسمية للقلق من خلال تقنيات الاسترخاء التي تعلمها.
- تقدير مخاطر الحالة (ل.ف): اتفقت الباحثة مع الحالة (2) على تقدير المخاطر من خلال تقدير الاحتمالات، وبهاذين الاستراتيجيتين يتعلم الحالة (2) كيف يقدر الخطر دون مبالغة في التنبؤ بالمخاطر. وقد قدمت الباحثة للحالة (2) واجبا منزليا تم فيه تقديم استمارة نموذج تقدير المخاطر لمأها.
- التعرض للقلق وتخيل نتائج بديلة: ولتطبيق هذه الاستراتيجية طلبت الباحثة من الحالة (2) وضع قائمة بالأمر التي تثير القلق لديه بالترتيب فكانت الثلاث أسباب الأولى نفسها التي تسببت في القلق لدى الحالة السابقة (1):
- الخروج من المنزل.
- لقاء الضحية.
- حدوث شجار بيني وبين الضحية.
- طلبت الباحثة من الحالة (2) تطبيق هذه الاستراتيجية كواجب منزلي، حيث يعرض نفسه لموقف مقلق وموقف بديل أقل قلقا مرتين أو ثلاثة في الأسبوع.
- في الجلسة الموالية (والتي كانت الجلسة ما قبل الأخيرة وقد نبهت الباحثة الحالة بذلك) ناقشت الباحثة مع الحالة (2) نتائج تطبيق الواجب المنزلي والتي أظهرت أنه شعر بانخفاض درجة القلق الذي يعاني منه منذ خروجه من السجن، كما أطلع الباحثة بأنه تشجع على الخروج وحده دون مصاحبة أحد له، بالإضافة إلى ملاحظته نقص ظهور الكوابيس في نومه التي كان يراها دائما.

- وقد اتفقت الباحثة في هذه الجلسة مع الحالة (2) على أن تكون الجلسة القادمة هي الجلسة الختامية، وأنها ستكون بعد 15 عشرة يوماً وذلك لتقييم العلاج مع الحالة وملاحظة أي انتكاسة وكيف واجهها على أن تكون هناك جلسة بعد شهر ونصف في إطار المتابعة.

○ الجلسة الختامية:

- في هذه الجلسة ناقشت الباحثة مع الحالة (2) ما مر به خلال 15 الأسبوعين الماضيين ذكر فيها الحالة أنه مر ببعض المواقف السلبية وبفترات ضعف إلا أنها لم تسبب له نكسة ليعود إلى عزلته.

- أعادت الباحثة تطبيق المقاييس التي استخدمت قبل بداية العلاج الذي دام 11 جلسة على

الحالة (ل.ف) وكانت كالتالي:

- ✓ قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب (HAM-D): وكان مجموع درجات الحالة (2) على

المقياس: (18) وقد كانت قبل العلاج تقدر بـ: (29) درجة.

- ✓ مقياس هملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A): وكان مجموع درجات الحالة (2) على

المقياس: (14)، وقد كانت قبل العلاج تقدر بـ: (29) درجة.

- ✓ مقياس مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة: وكان مجموع درجات الحالة (2) على

المقياس (30) وقد كانت قبل العلاج تقدر بـ: (68) درجة.

- ✓ مقياس خبرة الخزي: وكان مجموع درجات الحالة (2) على المقياس هي (24) درجة وهي

درجة منخفضة من الشعور بالخزي مقارنة بدرجة قبل العلاج وقد كانت قبل العلاج تقدر بـ: (69) درجة.

- ✓ اختبار الصحة النفسية العامة (GHQ-60): وكان مجموع درجات الحالة (2) على المقياس

(31) درجة وهي مرتفعة نوعاً ما من مستوى الصحة النفسية العامة مقارنة بدرجة قبل العلاج التي

كانت (50) درجة.

- نيهت الباحثة الحالة (2) على أنه يمكن أن يتعرض إلى انتكاسات بعد نهاية العلاج إلا أنه

سيتمكن من مواجهتها بنفسه باستخدام الاستراتيجيات التي تعلمها مع أي مشكلة واجهها، وهي استراتيجيات لتحسينه ضد الضغوط مستقبلاً، وأكدت الباحثة على الحالة الاستمرار في الحديث الايجابي مع الذات لزيادة التوكيدية والثقة بالنفس.

○ جلسة المتابعة بعد شهر ونصف:

قدمت الباحثة للحالة (2) في هذه الجلسة اختبار الصحة النفسية العامة للإجابة عليه ومعرفة مستوى صحته النفسية العامة بعد التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي الذي خضع له والذي كان مجموعته (33) درجة وهي درجة مقارنة نوعاً ما مع درجة آخر جلسة علاجية (31). كما ناقشت الباحثة مع الحالة سير أمور حياته بعد مرور شهر ونصف من العلاج. وقد أطلع الحالة (2) الباحثة على أن حالته تحسنت مقارنة بما كانت عليه قبل التدخل العلاجي وأنه الآن يعمل رفقة شريك له أعمال حرة وقد اقتحم بذلك الحياة الاجتماعية وأصبح يتعامل مع الناس، كما تحسنت علاقته مع إخوته، إلا أنه مازال يفتقر إلى الثقة بالنفس والتوكيدية حيث يتساهل كثيراً مع الزبائن ويعمل دون أخذ أجره في وقته، وأنه يخجل من أن يرد طلب أحد أو يقول (لا) لأي أمر يزعجه. وقد وجهته الباحثة إلى الذهاب للأخصائي النفسي المتواجد على مستوى المصالح الخارجية لإدارة السجن أو على مستوى الخلايا الجوارية لمتابعة العلاج.

○ حساب الدلالة الإكلينيكية لفعالية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح للحالة (ل.ف) حسب طريقة

جاكوبسون:

- حساب مؤشر التغير الثابت (RCI) حيث:

- مؤشر التغير الثابت (RCI) = $(1 - د) / (2 - د) \times م$ فل [

- القيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت الدالة إحصائياً = 1, 96.

ويحسب كل من الخطأ المعياري للقياس والخطأ المعياري للفرق بالشكل التالي:

- الخطأ المعياري للقياس = $م \times \left[\frac{ع}{1} \right]$

تمثل: ع = الانحراف المعياري للمجتمع على الاختبار.

r_{∞} = ثبات الاختبار.

- حساب الخطأ المعياري للفرق = $\chi م ف = \sqrt{\frac{2}{(م ق)^2}}$ وبالتعويض نجد:

$$د1 = 54, د2 = 33.$$

$$ع = 9,6, ر_{\infty} = 0,90.$$

$$\chi م ق = \sqrt{0,90 - 19,6} = 3,03.$$

$$\chi م ف = \sqrt{2(3,03)^2} = 4,28.$$

- مؤشر التغير الثابت (RCI) = $4,28 / (33 - 54) = 1,96 < 4,90$ (القيمة الحرجة لمؤشر

التغير الثابت الدالة إحصائياً).

- بما أن قيمة مؤشر التغير الثابت $1,96 < 4,28$ فهذا يعني أن التدخل العلاجي المعرفي -

السلوكي الذي خضع له الحالة (2) كان ذا فعالية في خفض مستوى الضغوط التي عاشها عقب الإفراج عنه

وساعد في تحسين مستوى صحته النفسية العامة.

o تحليل نتائج القياس البعدي لاستخبار الصحة النفسية العامة حسب كل محور:

تم تحليل استجابات الحالة (2) على محاور استخبار الصحة النفسية العامة حيث جاءت نتائجه كما يلي

حسب كل محور:

✓ المحور الأول: المتضمن للقلق والتوتر المحدد بأرقام البنود التالية (55-45-44-49-40)

تبين أن درجة القلق والتوتر لدى الحالة (2) قد انخفضت نوع ما، خاصة عند مغادرته البيت نتيجة خوفه من

ردة فعل الضحية في حال التقائه.

✓ المحور الثاني: الذي يتناول أفكار الانتحار والذي يتضمن أرقام البنود التالية (57-60-59) فلم

يظهر الحالة (2) أن له أفكار انتحارية.

✓ **المحور الثالث:** الذي يتناول المرض العام والذي يتضمن أرقام البنود التالية (1-2-4) فقد كانت

إجابة الحالة (2) على البند الذي يؤثر على أنه بخير وفي صحة جيدة على العموم.

✓ **المحور الرابع:** حول اضطرابات النوم الذي شملت بنوده الأرقام (18-17-14-12) فقد أشر

الحالة (2) على البند (17-18-12) (أقل من المعتاد بكثير) مما يدل أنه مازال يعاني من اضطرابات في

النوم والتي قد تكون ناتجة عن تعوده على نظام السجن في النوم والاستيقاظ، أو الاستمرار التفكير فيما سيكون

عليه مستقبلاً وذلك بعدما خف لديه الشعور بالذنب في أنه سبب وفاة والدته وهو ما كان يلزم في وقت النوم،

كما قل ظهور الكوابيس في نومه مقارنة بما كانت عليه قبل العلاج.

✓ **المحور الخامس:** المتضمن اضطراب الوظيفة الاجتماعية المحدد بأرقام البنود التالية (31-32-

15-7) فقد أشر الحالة (2) على البنود (أقل من المعتاد) التي بينت أنه أصبح يجد سهولة نوعاً ما في التعامل

أفراد أسرته وذلك من خلال إعادة البناء المعرفي لتشوّهاته المعرفية (الأنماط المحددة لتفكيره) نحوهم جعلت

شكوكه ووساوسه تخف نحوهم في تحميله ذنب وفاة والدته وأنهم غير مخلصين معه وغير مهتمين به، عكس

ما كان عليه الوضع قبل التدخل العلاجي.

✓ **المحور السادس:** المتضمن انخفاض الثقة بالنفس المحدد بأرقام البنود التالية (27-30-28-

23)، أشر الحالة (2) في هذا المحور "بأقل كفاءة بقليل، أقل من المعتاد بقليل" فقد أظهر أنه سيحاول البحث

عن عمل وإن لم يجد سيعمل لحسابه الخاص، وقد استعاد نوعاً ما الاهتمام بأنشطته اليومية العادية، إلا أنه

لا يقوم بها بشكل جيد وهو ما يبين أنه يفتقر للكفاءة الذاتية والمبادرة الشخصية ويعتمد على غيره في تسيير

أموره وقد ظهر هذا في سمات شخصيته التي بينت اعتماده على غيره في اتخاذ قراراته والخوف من تحمل

مسؤولية أي مبادرة يقوم بها واتضح هذا في تأشيرته على البند رقم (27) "أنك تستطيع تدبير الأمور كما يفعل

معظم الأفراد الذين هم في ظروفك؟". بأقل كفاءة بكثير من الآخرين.

✓ **المحور السابع:** المتضمن الاكتئاب المحدد بأرقام البنود التالية (52-53-51-56) فقد

أشر الحالة (2) أقل من المعتاد بقليل على البند رقم (51) "أنك تفكر في نفسك على أنك شخص عديم الفائدة؟" وهذا يبين أن هناك تحسن في نظرتة لنفسه إلا أنه تحسن طفيف، كما أشر بأقل من المعتاد على البنود رقم (52) "أن الحياة ميؤوس منها تماما؟" ورقم(53) "بالأمل في مستقبلك الشخصي؟"، ورقم (56) "أن الحياة لا تستحق أن تعيشها؟" وهو ما يبين أن هناك تحسن أيضا ظهر في انخفاض درجة الاكتئاب التي كان يعانى منها الحالة (2).

○ حساب الدلالة العملية أو حجم تأثير التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج على حالتي الدراسة:

يعبر حجم التأثير عن الفرق بين المتوسط الحسابي للقياس القبلي والمتوسط الحسابي للقياس البعدي على الانحراف المعياري للقياس القبلي، وتعطى معادلته بالشكل التالي:

$$ES=d= \frac{\mu_1-\mu_2}{\alpha}$$

حيث:

ES = مؤشر حجم التأثير.

μ_1 = المتوسط الحسابي للقياس القبلي

μ_2 = المتوسط الحسابي للقياس البعدي بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة.

α = الانحراف المعياري للقياس البعدي.

وبالتعويض نجد:

$$\mu_1 = م ح ق = 2/50+46 = 48 .$$

حيث:

ق ح 1 = 46. (ق ح = القياس القبلي بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة).

$$ق ق ح = 2 = 50.$$

$$\mu 2 = م ح ق ب = 2/33+22 = 27.50.$$

حيث:

ق ب ح = 1 = 22. (ق ب = القياس البعدي بتطبيق استخبار الصحة النفسية العامة).

$$ق ب ح = 2 = 33.$$

$\alpha = \epsilon$ = الانحراف المعياري للقياس القبلي حيث:

$$\epsilon = \sqrt{\frac{\text{م ح س}^2}{ن} - (م ح)^2} \text{ ، بالتعويض نجد:}$$

$$.2 = \sqrt{1062} = \sqrt{\frac{\text{م ح}^2(50) + \text{م ح}^2(46)}{2} - (48)^2} = \epsilon$$

$$. 2 = \epsilon$$

بالتعويض في معادلة حجم التأثير السابقة نجد:

$$ES = \frac{27.50 - 48}{2} = 10.25.$$

- بالرجوع إلى معايير ومستويات كوهين لحجم التأثير نجد أن القيمة (10.25) لا تقع ضمن هذه المعايير

وهذا ما يبين عدم وضوح تأثير التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح لخفض مستوى الضغوط التالية

لصدمة الإفراج على الحالتين (1-2) موضع الدراسة الحالية وهذا ما يتنافى مع نتائج الدلالة الاكلينيكية التي

بينت فعالية التدخل العلاجي المقترح كما أكدت ذلك نتائج تحليل استجابات الحالتين (1-2) على بنود استخبار

الصحة النفسية العامة.

الفصل السادس: تفسير نتائج الدراسة.

أولاً: تفسير نتائج الدراسات في ضوء الفرضيات

ثانياً: مناقشة النتائج.

الخلاصة

اقتراحات

المراجع

الملاحق

أولاً: تفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات:

أ- تفسير نتائج الفرضية الأولى: جاء في نص الفرضية الأولى أن للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح أثر في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج (الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي).

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد حساب الدلالة الإكلينيكية للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح لكل حالة من حالات الدراسة الحالية والتي جاءت قيمها أكبر من القيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت الدالة إحصائياً التي تقدر بـ (1,96) وهي على التوالي لدى كل حالة (الحالة=1=5,60)، (الحالة=2=4,90)، تبين تحقق الفرضية الأولى في أن للتدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح فعالية في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج (الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي).

ويؤيد النتيجة السابقة نتائج القياس البعدي لكل عرض من أعراض الضغوط التالية لصدمة الإفراج نتيجة صعوبات تأقلم المفرج عنهم مجدداً(حالاتي الدراسة الراهنة) مع البيئة الخارجية وذلك منذ لحظة إطلاق سراحهما من المؤسسة العقابية التي كشف عنها اختبار الصحة النفسية العامة بعد شهر ونصف من الإفراج عنهما، وتتمثل تحديداً في (الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي) حيث انخفضت درجات الحالتين على المقاييس المقدمة لهما والتي شملت مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A)، مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب (HAM-D)، مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة، مقياس خبرة الخزي لأندرويس وزملاؤه.

وبذلك فإن التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح ساهم في خفض شدة الأعراض (الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي) المتضمنة في الاضطرابات التي تم تشخيصها لدى حالاتي الدراسة الراهنة بالرجوع إلى التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية (CIM 10) والمتمثلة أساساً فيما يلي:

- أعراض اضطرابات التأقلم العامة الذي يدل على حالات من الضيق الشخصي « Subjective distress » و الاضطراب الانفعالي « Emotionel Disturbance » الناتج عادة عن تغيير في الحياة أو موقف أو أزمة حياتية مسببة للكرب والذي كان مع تفاعل قلقي واكتئابي مختلط (F43.22) بالنسبة للحالة (1) وظهرت أعراضه في مزاج الحالة (1) الذي يجمع بين الاكتئاب نتيجة الشعور بالخسارة والفقد لمستقبله ومكانته وقيمه نتيجة وصم السجن الذي يشعره بالخزي، والقلق خاصة عند خروجه من المنزل والذي يتخذ صفة (القلق الهلعي) مع ما يصاحبه من تغيرات فسيولوجية. وجاءت اضطرابات التأقلم مع غلبة الاضطراب في الانفعالات الأخرى (F43.23) بالنسبة للحالة (2) وظهرت أعراضه في مزاج الحالة (2) الذي جمع بين عدة أنواع من الانفعالات الاكتئاب والقلق والتوتر والغضب وبدرجة أعلى من الاكتئاب بسبب تشوهات معرفية تمثلت في اقتناع الحالة (2) بأنه سبب وفاة والدته حزنا على فراقه وحسرة على دخوله السجن مع أنها توفت بعد ستة (06) سنوات من ذلك، وأن أفراد أسرته يرون ذلك أيضا وبسببه يكونون له مشاعر الكره والغضب، وأنه أصبح بلا قيمة بسبب وصمة السجن التي تشعره بالخزي.

- أعراض تغير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة Enduring personality change after catastrophic experience (F62.0) الذي جاء نتيجة تعرض الحالتين (1،2) للضغوط التالية لصدمة الاعتداء والتهديد بالقتل من الضحية إثر الشجار الذي وقع بينهما وبينه، بالإضافة إلى تعرضهما لصدمة الدخول إلى المؤسسة العقابية لأول مرة ومرورهما بصدمة السجن وما تبعها من ضغوط نتيجة صعوبة التأقلم مع ضغوط بيئتها الداخلية، لتعود هذه الأعراض للظهور بشدة عقب الإفراج عنهما بعد قضاء 12 سنة سجنًا ومرورهما بصدمة الإفراج كأزمة حياتية مسببة للضغط نتيجة عدم التأقلم من جديد مع الحياة خارج المؤسسة العقابية. وتحدد أعراض هذا التغير في الشخصية في افتقاد الحالتين (1،2) إلى المرونة والتكيف وتفضيل الانسحاب، ويتحدد بتوفر أعراض (F62.0) لدى الحالتين (1،2) الآن ولم تكن موجودة قبل دخولهما السجن حسب ما بينه تاريخ الحالتين وهي:

- موقف الحالتين (1، 2) المتشكك نحو العالم.
 - انسحاب الحالتين (1، 2) من المجتمع.
 - إحساس الحالتين (1، 2) بمشاعر الخواء واليأس.
 - شعور الحالتين (1، 2) المزمّن بأنهما سيصابان بأذى ما من الضحية، فهما يعيشان تحت ضغط تهديد دائم يسببه الضحية.
 - شعوره الحالتين (1، 2) بالاغتراب وعدم الانتماء سواء لأسرتهم أو للمجتمع الخارجي ككل.
- وقد تحسن مزاجهما وخفت شدة الاكتئاب، كما انخفضت درجة القلق لديهما خاصة عند خروجهما من المنزل بالإضافة إلى انخفاض شعورهما بالكف النفسي وأظهرتا استعدادا على مواجهة الحياة بعد السجن وتغيير ايجابي لمستقبلهما والعمل على التخطيط له، كما تحسن أدائهما ونشاطهما اليومي الذي تجلى من خلال خروجهما للعمل (أعمال حرة) ومحاولتهما مباشرة حياتهما الاجتماعية من جديد.
- أعراض اضطراب تغيير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة (F62.0) الذي كان موضوعه الضغوط التالية لصدمة الاعتداء ومحاولة القتل العمد للضحية والذي كان السبب في دخولهما السجن مدة 12 عشرة سنة نافذة، فقد تبين انخفاض في شدة اضطرابات النوم فلم تعد الكوابيس تظهر بشكل متكرر حول الحادث والضحية كما في السابق، كما أنهما تحررا من البقاء حبسيتين في البيت وانسحابهما من المجتمع كسلوك تجنبى، وقد أصبحا يتحكما أكثر في سرعة استئارتهم كما قلت درجة نظرتهم المتشككة نحو العالم خاصة مع المقربين لهما بالإضافة إلى انخفاض درجة شعورهما بالخواء واليأس وضغط التهديد الدائم الذي كان يسببه الضحية، وانخفض شعورهما بالاغتراب وعدم الانتماء لأسرهما بدرجة كبيرة إلا أن شعورهما بعدم الانتماء للمجتمع مزال مرتفعا نوعا ما وربما يستدعي وقتا وعلاجاً.
- أعراض اضطراب الشخصية النوعي (F60) «Specific Personality disorder» الذي ظهر لدى الحالتين (1،2) مع اختلاف النوع لدى كل حالة حيث ظهر في اضطراب الشخصية الزوراني (F60.0) لدى الحالة (1)

الذي أصبح أكثر تحكما في سلوكياته الاندفاعية المتهورة التي قادت إلى السجن، بالإضافة إلى استعادة ثقته بمن حوله مع أفراد أسرته تحديداً وتبددت نوعاً ما الشكوك الدائمة نحوهم التي كانت ترواه طيلة فترة سجنه وبرزت أكثر بعد خروجه من السجن.

أما لدى الحالة (2) فقد ظهر اضطراب الشخصية النوعي في اضطراب الشخصية الاتكالية (F60.7)

فقد ساعد التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح الحالة (2) أن يصبح مبادراً وقد اتخذ عدة قرارات منها الخروج من البيت والبحث عن عمل وأصبح يستطيع طلب المساعدة من الآخرين خاصة أفراد أسرته دون أن يجد صعوبة كبيرة في ذلك، كما أظهر اعتماداً على نفسه تجلى في كونه أصبح يخرج منفرداً دون مصاحبة أحد من أفراد عائلته بالإضافة إلى سعيه للبحث عن عمل ليغطي نفقات احتياجاته بدل المكوث في البيت والاعتماد على مساعدات أهله وقد وجد عملاً حراً وهو الآن يزاوله.

- تؤكد الأعراض السابقة على أن الحالتان (1،2) تعرضتا لصدمة الإفراج معبر عنها بحالة التأزم

الناجمة عن الضغوط التي عاشها الحالتان بعد الإفراج عنهما، وانخفض مستوى هذه الضغوط بانخفاض شدة هذه الأعراض بعد التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح.

وتفسر الباحثة فعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج الذي قُدم لحالتي الدراسة (1،2) في ضوء إدراكهما الإيجابي له والذي تجلى في قبولهما الخضوع للتدخل والتجاوب بشكل إيجابي معه من خلال التزامهما بالحضور للجلسات في موعدها المتفق عليه ومشاركتهما التفاعلية أثناء الجلسات (الحالة "2" كان أقل تفاعلاً خاصة في بداية العلاج إلى أن تفاعله عرف تحسناً مع تقدم العلاج) التي عززت من الثقة بين الباحثة والحالتين (1،2)، وقيامهما بالواجبات المنزلية المتفق عليها في ختام كل جلسة، وقد عرّفت الباحثة الحاليتين قبلاً بطبيعة التدخل العلاجي الذي سيقدم لهما والذي يقوم على أساس تعليمي وتربوي، وكل هذا يعتبر دعامة أساسية لنجاح التدخل العلاجي المقترح وفعالته ضمن النموذج المعرفي - السلوكي.

كما تفسر الباحثة فعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح في تبني النموذج المعرفي-السلوكي في علاج الضغوط باعتباره نموذج علاجي تعليمي يعتمد على التشغيل المعرفي للفرد. وقد اعتمدت الباحثة تحديدا على منحى التعديل المعرفي للسلوك لميكنباوم الذي يقوم على إعادة البناء المعرفي للفرد من خلال مساعدته على تعديل أنماط تفكيره السلبية وتعليمه مهارات معرفية وسلوكية جديدة للتعامل مع المواقف بالتركيز على الحديث الداخلي (يوسفي، 2012، ص ص 265 - 278). ويعتمد هذا المنحى أساسا على التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية « *Stress inoculation* » ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تقوم على الحديث الذاتي الذي يساعد على حدوث قدر معقول من التحسن (محمد، 2000، ص 75).

وقد وضحت الباحثة للحالتين (1، 2) بشكل مبسط بناءا على منحى التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية أن حالة التأزم التي تعرضا لها بعد الإفراج عنهما والتي تظهر من خلال الأعراض (الاكتئاب، القلق، أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي) كانت ناتجة عن الضغوط التي سببتها صعوبات التأقلم من جديد مع البيئة الخارجية ومجتمعها بعد أن تكيفا مع البيئة الداخلية للمؤسسة العقابية ومجتمعها وثقافته، بالإضافة إلى اعتقادهما أنهما غير قادرين على مواجهتها، في حين أنه باستطاعتها التأثير على قدرتهما لمواجهة هذه الضغوط عن طريق تعديل معتقداتهما باستبدال حديثهما الداخلي السلبي (الحوار الذاتي) مع أنفسهما بحديث ذاتي إيجابي عن أدائهما تحت المواقف الضاغطة، كما وضحت لهما أيضا أنه يمكنهما من خلال تعلم بعض مهارات التكيف وتطبيقها علاج مشاكلهما الحالية ووقاية لهما من المشكلات التي سيواجهونها مستقبلا باعتبار أن التدخل العلاجي (المعرفي - السلوكي) المقدم لهما يقوم على أساس التعليم النفسي وأن الجلسات العلاجية عبارة عن تعليم - وتعلم. وقد أظهرت الجلسة الختامية التي كانت بعد أسبوعين من الجلسة التي سبقتها وجلسة المتابعة التي كانت بعد شهر ونصف من الجلسة الختامية أن الحالتين لم يتعرضا إلى انتكاسة وأن ما تعلماه أثناء جلسات العلاج أفادهما في مواجهة ما يعترضهما من مشكلات وضغوط. وبذلك فإن التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح يعتبر تدخل وقائي عمل على تقوية الحالتين

على الاستجابة للمواقف الضاغطة التي يواجهونها في البيئة الخارجية المفتوحة ومجتمعها قصد التأقلم معها، وعلى التعامل مع آثار هذه الضغوط وخبراتها وخفض درجة الانفعالات المضطربة الناتجة عنها والحفاظ على مستوى أعلى من التكيف النفسي والاجتماعي.

ويمكن للباحثة أيضا أن تفسر فعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح من خلال فاعلية الاستراتيجيات المطبقة وتنوعها كما وكيفا التي ثبت أن لها فعالية في خفض الضغوط حسب ما وضحته نتائج الدراسات السابقة دراسة هاني مصطفى الزغندي وعلاء عبد الهادي (2014)، دراسة إليزابيت.ج. أكباما (Elizabeth.G.Akpama,2013)، دراسة فريندشيب وآخرون (Friendship.C et al, 2002)، دراسة جبالي وكريال(2010)، فقد اعتمدت الباحثة لخفض شدة الأعراض (الاكتئاب، القلق، أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي) على استراتيجيات معرفية كالحوار السقراطي ، اتخاذ القرارات، إعادة البناء المعرفي الذي تضمن بدوره كشف الأنماط المحددة للتفكير وتغيير الحديث الذاتي السلبي (الأفكار السلبية)، كما طبقت إستراتيجية التحصين ضد الضغوط لتي تعتبر مقارنة تجمع بين عدة استراتيجيات انفعالية كالتحكم في القلق بتطبيق التخيل ولعب الدور، واستراتيجيات سلوكية شملت الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، تأكيد الذات وذلك بالشكل التالي:

1- الاكتئاب والشعور بالخزي: تفسر الباحثة انخفاض شدة أعراض الاكتئاب والشعور بالخزي الذي يعتبر من مسببات الاكتئاب لدى الحالتين (1، 2) إلى فاعلية الاستراتيجيات المطبقة المستمدة من أسلوب التدريب التحصيني ضد الضغوط وتتمثل أساس في إعادة البناء المعرفي الذي يلعب دورا مهما باعتباره جانب تنظيمي للتفكير يؤثر في السلوك، ويرى ميكنباوم أن السلوك يتغير من خلال عمليات تفكير تأملية متتابعة تتضمن تفاعل الحديث الداخلي مع التراكيب المعرفية والسلوكيات ثم النتائج التي تحدث من هذا التفاعل الكلي عبر عدة مراحل لتحقيق التغيير في السلوك عبر عدة مراحل (جيرالد، 2011/2009، ص ص 385-388). وقد تم تطبيق هذه المراحل مع حالي الدراسة الراهنة حيث تم تعليم الحالتين (1،2) كيفية المراقبة الذاتية لأفكارهما

من خلال مراقبة حديثهما الداخلي وتقدير الانفعالات المصاحبة لها وملاحظة سلوكهما بعدها وردود أفعالهما نحو الآخرين، وقد ساعدهما ذلك في إدراكهما أنهما مساهمان في مشكلاتهما بسبب ما يخبران به أنفسهما من خلال الحوار الداخلي المشحون بالتعبيرات والجمل الإخبارية السلبية والخيالية للذات التي أدت إلى تكوين الأفكار السلبية التي كشفت بدورها عن الأنماط المحددة للتفكير (التشوهات المعرفية) المسببة للاكتئاب لديهما (مع تفاوت في شدة ودرجة الاكتئاب بين الحالتين) والتي مست عدة جوانب مشتركة وهي :

- **سوء تقدير الذات ولومها؛ نتيجة نمط الغزو السببي** كنمط محدد للتفكير بسبب سلبية الحديث الداخلي والأفكار السلبية الناتجة عنه (**فقدت قيمتي، خسرت مكانتي بين الأهل والأصدقاء، منحرف، خريج سجون، أنا السبب فيما جرى**) والذي انعكس على شعور الحالتين بفقدان قيمتهما ومكانتهما بين الأهل والأصدقاء بسبب دخول السجن (الوصمة) وأنهما السبب في ذلك بسبب تهورهما، وقد تغيرت هذه الفكرة السلبية من خلال مساعدة الحالتين على البدء بحديث داخلي إيجابي بديل (**أخطأت والخطأ وارد في الحياة والجميع معرض له**) الذي خفض من درجة تقدير الانفعال المصاحب للحديث السلبي السابق لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة نحو نظرتهن للذات.

- **النظرة السلبية للآخرين؛** وقد كانت متجهة خاصة نحو أفراد أسرة الحالتين (1، 2) والجيران والأصدقاء، وقد تكونت بسبب نمطين من الأنماط المحددة للتفكير وتمثلا في **قراءة الأفكار، والتعميم بفعل سلبية الحديث الداخلي والأفكار السلبية الناتجة عنه (يشعرون بالعار مني، يشتمنون مني، لا يباليون بي، غاضبون مني، الكل منافق، الكل ينظر لي باحتقار ودونية، يتحاشون التواصل معي)** والذي انعكس على شعور الحالتين بصعوبة في التواصل مع أفراد الأسرة ومع الجيران والأصدقاء أثر سلبيا على استعادتهما لتوافقهما الاجتماعي، وتجلى في سلوك الحالتين من خلال الانسحاب والبقاء في الغرفة والخروج من البيت فقط للضرورات القصوى. وقد تغيرت هذه الأفكار السلبية من خلال مساعدة الحالتين على البدء بحديث داخلي إيجابي بديل (**يشناقون لي لكنهم لا يريدون الضغط علي، لا يباليون بي ليس كرها لي، الانترنت ومواقع**

التواصل جعلت كل واحد منشغل بنفسه). وهو ما خفض من درجة تقدير الانفعال المصاحب للحديث السلبي السابق لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة نحو نظرتهم للآخرين، كما ساعد في تغيير إدراكاتهما السلبي للمساندة الاجتماعية المقدمة لهما من الغير خاصة من الأسرة الذي ظهر في تقييمهما لها على أنها مزيفة وغير حقيقية (شفقة أو مجبرون)، وقد أدركا قيمة المساندة الاجتماعية الفعلية المقدمة لهما (الدعم العاطفي والاحتواء والمساعدة المادية) بعد إعادة البناء المعرفي الإيجابي لتلك المواقف، مع اختلاف حجم المساندة الاجتماعية بين الحالتين حيث كانت لدى الحالة (1) أكثر دعما وإشباعا وترد الباحثة ذلك لبيئته المستقرة خاصة الأسرية، وهذا يتفق مع ما كشفت عنه نتائج دراسة نيلسون وآخرون (Nelson et all, 1999) في وجود علاقة قوية بين درجات قوة العائلة وتماسكها بمجموع درجات النجاح الفردي للمفرج عنهم، وأن الدعم الأسري المحدد سلفا هو أقوى مؤشر على النجاح الفردي الذي يساهم في استعادة ثقة المفرج عنهم في أنفسهم لتطوير علاقات جديدة والتخطيط للمستقبل، كما بينت نتائجها أيضا أن للأسرة دورا كبيرا في حياتهم خلال الثلاثين يوما من الإفراج من خلال الدعم العاطفي في شكل قبول وتشجيع والدعم المادي والسكن الذي توفره. ويرتبط هذا الدعم ارتباطا وثيقا بنجاح السجين في الشهر الذي يلي الإفراج عنه.

- **النظرة السلبية للمستقبل؛** وقد كانت تحديدا اتجاه العمل، تكونت نتيجة نمط التهويل كنمط من الأنماط المحددة للتفكير بسبب سلبية الحديث الداخلي والأفكار السلبية الناتجة عنه (من سيشغل خريج سجون، لا أشعر أنني قادر على العمل بسبب التطور الذي حصل) وهو ما ولد لدى حالي الدراسة ضغطا من خلال شعورهما بالإحباط واليأس في إيجاد من سيشغلهم بسبب وصمة السجن، وهذا ما تقف مع نتائج دراسة فريد نبارق وآخرون (Freudenberg et all, 2005) في أن أغلب السجناء المفرج عنهم الذين تتفاقم لديهم مشكلات الصحية الجسمية وأخرى على مستوى الصحة العقلية بعد الإفراج عنهم هم أولئك الذين لهم معدلات عمالة أقل ويعودون إلى بيئات ذات دخل منخفض، كما اتفقت أيضا مع نتائج دراسة نيلسون وآخرون (Nelson et all, 1999) حيث شكل القلق المرتبة الأولى لمعظم المفرج عنهم المشاركين في الدراسة حول طرق حصولهم

على عمل على مدار الشهر الأول بعد الإفراج. وأشار تايلور (2008) بهذا الصدد إلى أن البطالة تعتبر مصدرا للضغط لما تحدثه من معاناة نفسية وصحية. وقد كشفت دراسة تتبعية لتورنر وآخرون (Turner et al, 1991) أن الأفراد الذين يحصلون على المساندة الاجتماعية في مواجهة البطالة تمكنوا من تحسين أنفسهم من الآثار المترتبة عليها (تايلور، 2008، ص 341). وقد تغيرت الأفكار السلبية لدى حالي الدراسة الراهنة من خلال مساعدة الحالتين على البدء بحديث داخلي إيجابي بديل (حتى ولو لم أجد عملا سأعمل لحسابي الخاص) وهو ما خفض من درجة تقدير الانفعال المصاحب للحديث السلبي السابق لدى الحالتين نحو نظرتهن لمستقبلهم والحصول على عمل لتأمينه.

وقد استعانت الباحثة لإعادة البناء المعرفي لحالات الدراسة الراهنة (1،2) على إستراتيجية الحوار السقراطي الذي ساعد الحالتين على التبصر وإدراك دور الحديث الذاتي السلبي (الحوار الداخلي) في التأثير على انفعالاتهما وسلوكهما وكيف يمكن من خلال استبداله بحديث ذاتي إيجابي أن يؤثر بشكل إيجابي أيضا على شعورهما ويكون موجها جديدا لسلوك أكثر توافقا.

ساهمت هاتين المرحلتين في جعل الحالتين أكثر وعيا وإدراكا لحديثهما الذاتي السلبي وكيف ساهم في دخولهما في حالة اكتئاب بعد الإفراج عنهما (في حين كان المتوقع أن يكونا فرحين باستعادة حريتهما بعد 12 سنة سجنًا) والذي كان نتيجة اعتقادات وافتراضات سلبية لدى الحالتين للحياة بعد الإفراج عنهما وهو ما يتوافق مع ما أشارت له نتائج دراسة فيشر وأوكنال (Visher&O'Connell, 2012) ودراسة عبد الناصر وحسين الرواشدة (2010) في أن الإدراك الذاتي للسجناء لما بعد الإفراج عنهم له أثر سلبي في العودة إلى المجتمع. واستنتجت الباحثة أن الحديث الذاتي السلبي للمفرج عنهم مع أنفسهم قد يكون السبب وراء شدة الاكتئاب لديهم في الفترة التي تلي إطلاق سراحهم وهذا الاستنتاج يتوافق مع نتائج دراسة جاكوب وآخرون (Jacob.J et al,2016) ودراسة شينكفيلد وغرافام (Shinkfield & Graffm, 2010) دراسة عبد الله أبو إباد (2010)، التي أظهرت أن نسبة لا بأس بها من السجناء تفاقم عندها مستوى الاكتئاب بعد ثلاثة أسابيع من الإفراج، وأن متوسط درجات

الاكتئاب كان أعلى درجة في مرحلة ما بعد شهر من الإفراج منه قبل الإفراج، مع اختلاف في درجاته بين المفرج عنهم، فحسب ما بينته نتائج حالتي الدراسة الحالية على مقياس هاملتون للاكتئاب كانت درجة الحالة (2) أعلى. وردت الباحثة ذلك إلى بيئته الغير مستقرة (وفاة الوالدة، إهمال الوالد واهتمامه بزواجه من أخرى، ضعف العلاقة بين الإخوة من الأب والأم ومن الأب فقط، انخفاض المستوى المادي للعائلة) وهذا الاستنتاج يتوافق مع نتائج دراسة جاكوب وآخرون (Jacob.J et al, 2016) في أن من بين الذين تقاوم عندهم مستوى الاكتئاب/الإجهاد بعد الإفراج هم من عادوا للعيش في بيئة غير مستقرة ودخل مادي منخفض.

كما ساهم شعور الحالتين (1، 2) موضع الدراسة الراهنة بالخزي في زيادة شدة الاكتئاب لديهما أيضا نتيجة الحديث الذاتي السلبي بسبب وصمة السجن والنظرة الدونية من الأهل والجيران والأصدقاء خاصة وأنهما يعيشان في منطقة ريفية حيث تتضح مشكلة الوصم بشكل أكبر في المجتمعات الصغيرة أو في القرى وتقل أثارها في المجتمعات المدنية الكبرى (السدحان، 1999، ص 13)، مما انعكس سلبا على سلوكهما الذي تجلى في الانسحاب الاجتماعي والانزواء الفردي في الغرفة والخروج من البيت فقط عند الضرورات القصوى، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (الناصر، الرواشدة، 2011) حول صدمة الإفراج التي بينت أن أكثر من نصف العينة يشعرون بالخزي والعار وبمخاوف متعلقة بتقبل الآخرين ونظرتهم لهم بعد عودتهم لمجتمعهم، وأنهم غالبا ما يدركون ذواتهم بأنهم أقل قيمة ومنزلة من الآخرين، وأكدت هذه النتيجة نتائج دراسة هاني مصطفى الزغندي وعلاء عبد الهادي (2014) حول الوصمة الجنائية التي أصبحت جزءا لا يتجزأ من التاريخ الاجتماعي للمفرج عنهم، ومصدر من مصادر القلق والتوتر في علاقاتهم الاجتماعية، و أشارت إلى أن كثرة المشاكل والصعوبات النفسية التي واجهت السجناء بعد الإفراج عنهم استغرقت كل أوقاتهم وتفكيرهم بحيث باعدت بينهم وبين أهلهم وأصدقائهم، وكلُّ هذا جعل صاحب الدراسة يوصي بإعادة تأهيل المفرج عنه نفسيا ليكون قادرا على مواجهة الضغوط والمشكلات النفسية المصاحبة لها. وأشار حنتول (2005) أن ما يزيد من حدة الشعور بالخزي افتقار المفرج عنهم لمرونة الأنا في مواجهة المواقف والأحداث الصعبة والتكيف مع الأحداث غير

المواتية التي تترك خبرات مؤلمة تظهر نتائجها السلبية في حياتهم القادمة على المستوى النفسي والاجتماعي (حننول، 2005، ص 55).

قامت الباحثة في المرحلة الثالثة بتعليم حالتها الدراسة الحالية مهارات تكيفية لممارستها في مواقف حياتية واقعية تساعدهم على التكيف أكثر وفي ذات الوقت حثهم على الاستمرار في التركيز على التحدث مع أنفسهم بعبارات وجمل جديدة ثم ملاحظة وتقييم النتائج، وشملت هذه المهارات مهارة تأكيد الذات بالتدريب على المهارات الاجتماعية والتخطيط واتخاذ القرارات لمواجهة صعوبات الحياة. ساعدت هذه المهارات حالات الدراسة (1،2) في تغيير سلوكهم بشكل مختلف والذي مكنهم من الحصول على ردود أفعال مختلفة من الآخرين، حيث تحسن مستوى تقدير الذات لدى الحالتين، كما تحسن نوع التواصل بينهما وبين أفراد أسرتهما وساعدت مهارة اتخاذ القرارات في حل مشكلة إيجاد عمل حيث تم اتخاذ حالتها للدراسة (1،2) لقرار التخطيط للعمل لحسابهما الخاص. وقد ساعدت المشاركة الإيجابية للحالتين في تحديد مشكلة إيجاد عمل ووضع خيارات متعددة في صنع القرار الشيء الذي ساعدهما على تنفيذه، كما ساعدهما على تعلم كيفية اتخاذ قراراتهما واختيارهما لحل مشكلاتهما مستقبلا وهذا بدوره خلف شعورا لحالتها الدراسة بالقدرة على التحكم والسيطرة الذي سيعمل على تشجيعهما على تناول بقية مشكلاتهما العالقة، وفي هذا الصدد أشار بيك (2004) أن هدف العلاج ليس هو تحرر المريض من المشكلات الأصلية فحسب ولكن هو أيضا يمثل تغيير سيكولوجي دقيق يؤهله لمواجهة الصعوبات والمشكلات الجديدة (بيك، 2004، 185).

2- الفلق وأعراض تغير باق في الشخصية تلو(بعد) تجربة فاجعة:

تفسر الباحثة انخفاض شدة أعراض القلق وكذا شدة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة (المصنفين معا ضمن الاضطرابات العصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات جسدية الشكل) لدى الحالتين (2،1) إلى فاعلية الاستراتيجيات المطبقة وتتمثل أساسا في استراتيجية التحصين ضد الضغوط التي تعتبر كمقاربة جمعت بين عدة استراتيجيات صممها ميكنباوم لتعليم مهارات التكيف التي يمكن تطبيقها على المشاكل

الحالية والمستقبلية للمريض ويمكن استعمالها لأهداف علاجية ووقائية للأفراد الذين عاشوا تجارب التوتر من خلال عدة إجراءات. وباعتبار أن حالتي الدراسة الراهنة (1،2) يمران بحالة من القلق والتوتر منذ إطلاق سراحهما وجدت الباحثة أن إستراتيجية التحصين ضد الضغوط هي أنسب إستراتيجية يمكن من خلالها خفض مستوى القلق والتوتر الذي يعيشه حالتي الدراسة ووقاية لهما من القلق والتوتر مستقبلا. وقد طبقت الباحثة إستراتيجية الاسترخاء وإستراتيجية التحكم في القلق للتحصين ضد الضغوط ساهمتا في خفض التوتر والضغط لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة؛ حيث ساعد تعلم حالتي الدراسة لإستراتيجية الاسترخاء التنفسي والعضلي التصاعدي والجمع بينهما من خلال الاسترخاء عن طريق التحكم بالإحياءات التخفيف من مقدار القلق والمشاعر المؤلمة وتحرير الجسم من التوتر المحزون فيه وهو ما جعل حالتي الدراسة (1،2) يشعران بنوع من الراحة من خلال تعلمهما السيطرة على الأعراض الجسمية للقلق. وقد اتفقت نتائج تطبيق إستراتيجية الاسترخاء في الدراسة الحالية مع نتائج دراسة هاني مصطفى الزغدي وعلاء عبد الهادي (2014) التي بينت أن التدريب على الاسترخاء ساعد المفرج عنهم من المؤسسات العقابية المصرية في التخفيف من الضغوط والتوتر في إطار برنامج علاجي متعدد المحاور الذي ركز على بعض استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي منها الاسترخاء.

كما ساعد تطبيق إستراتيجية التحكم في القلق حالتي الدراسة الراهنة في خفض درجة القلق لديهما خاصة عند خروجهما من المنزل والتي أخذت شكل (القلق الهلعي) وكانت درجات الحالة (1) أعلى من درجات الحالة (2) لوجود عنصر مؤمن من أفراد العائلة أو الأهل بما فيهم الحالة (1)، بالإضافة إلى أن الحالة (1) هو صاحب المشكلة ولذلك كانت شدة القلق والتوتر عنده أكبر لخوفه الشديد من تعرضه لأذى من الضحية. طبقت الباحثة إستراتيجية التحكم في القلق التي تمت باستخدام عدة استراتيجيات أخرى هي **تقدير المخاطر** وتطبيق إستراتيجية **التعرض للقلق** من خلال تطبيق إستراتيجي **لعب الدور والتخيل**، حيث قامت الباحثة بتعليم الحالتين موضع الدراسة الراهنة تقدير المخاطر وتبصيرهم كيف يكون تقدير الفرد بصفة عامة للأمور من حوله سببا في التنغيص إن كان التقدير مبالغ فيه وغير واقعي، وناقشت الباحثة من خلال الحوار السقراطي مع الحالتين

(2،1) تقدير المخاطر التي يمكن أن تلحق بهما من الضحية وأهله، وكيف يمكن أن تكون هذه المخاطر لا تسبب القلق الذي يتوقعانه. وأن هذه التقديرات جاءت نتيجة الحديث الذاتي السلبي لدى الحالتين ومحتواه "أن الضحية لن يتركهما بسلام وسيثأر منهما" وقد ولد هذا الحديث الذاتي السلبي لديهما فكرة سلبية مفادها "أن الضحية سيغدر بهما وأن أسوأ احتمال يتوقعانه هو أن يقتلها أو يقتلانه". قامت الباحثة بعدها بتعليم حالتها الدراسة الراهنة تعديل توقعات نتيجة اللقاء مع الضحية من خلال تعليمهم وضع أفكار السيطرة المحتملة وأفعال السيطرة المحتملة وأدلة مضادة لوقوع أسوأ النتائج كاحتمالات ايجابية والوصول إلى نتائج بديلة. وقد ساعدت هذه الإجراءات التي قدمت للحالتين على شكل نموذج (انظر في الملاحق) على خفض درجات تقدير وقوع حدث التصادم مع الضحية والذي ساهم في خفض درجات تقدير القلق المصاحب للحدث بعد إعادة تقييمها.

وفي المرحلة الموالية قامت الباحثة بتعريض حالتها الدراسة الراهنة إلى الموقف المثير للقلق عن طريق لعب الدور والتخيل المتمثل في "مقابلة الضحية عند الخروج من المنزل والتعرض لأذيته ثأراً منهما" وذلك عبر مراحل، تخيل موقف يثير أقل درجة من القلق، وتقييم مستوى القلق الناتج عن ذلك في المرحلة الأولى، وأن يتخيلاً بعدها الموقف مع نتائج أقل إثارة للتوتر، ثم إعادة تقييم القلق الذي انخفضت درجته بالمقارنة مع درجات الموقف المثير، وبعدها طبقت الباحثة إستراتيجية التعرض للقلق مع الموقف المثير للتوتر لدى الحالتين وإعادة تخيله مع نتائج أقل إثارة للقلق والتوتر. وقد طلبت الباحثة من حالتها الدراسة بعدها تقييم مستوى القلق الذي أظهر مستوى منخفض من القلق مقارنة بمستواه قبل تطبيق إستراتيجية التحصين ضد الضغوط. وبهذا تعلم الحالتان (2،1) السيطرة على القلق والضغط المرتبط بخروجهما من البيت والذي لازمهما منذ الإفراج عنهما من المؤسسة العقابية وانعكس ذلك على سلوكهما الذي تجلى في خروجهما دون مصاحبة أحد من الأهل، ودون الشعور بخوف كبير من لقاء الضحية أو أحد أقاربه.

وقد انعكست نتيجة فعالية تطبيق إستراتيجية التحصين ضد الضغوط أيضا على التخفيف من أعراض تغير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة المتمثلة أساسا في نقص ظهور الكوابيس لدى الحالتين، والتي كان موضوعها الأساسي الضحية وحادثة الشجار في تراجع شعور الحالتين (1،2) المزمّن بأنهما سيصابان بأذى ما من الضحية فقد كانا يعيشان تحت ضغط تهديد دائم يسببه الضحية، كما ظهر في التخلي نوعا ما عن سلوكيات التجنب والانسحاب ومحاولة التواصل مع الآخرين في محاولة منهما لاستعادة توافقهما الاجتماعي. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى تحرر حالتها الدراسة الراهنة من الصدمة (حادثة الشجار مع الضحية) خلال تدريبها على التحكم في الفلق، حيث سمح هذا التدريب لحالتها الدراسة (1،2) بإعادة معايشة الحدث الصدمي وتذكر تفاصيله والشعور بالآلامه وقسوته عن طريق تكرار تخيله أثناء الجلسات وبطريقة ذاتية من خلال الواجبات المنزلية، كما سمح بتفريغ كل المشاعر والانفعالات السلبية المرتبطة به مما ساهم في التقليل من استرجاع ذكرياته لدى الحالتين، وفي هذا الصدد أشار الدكتور ماهر محمود عمر (2007) إلى أن عملية التحرر من الصدمة عن طريق إستراتيجية التخيل الذاتي السلبي الموجه والمتكرر في معايشة الحدث الصدمي من جديد بكل تفاصيله وتشجيع المريض على التفريغ الانفعالي لكل الانفعالات المرتبطة به يجعل المريض يصل إلى حالة من الملل الفكري وعدم العودة إلى تذكر الحادث حيث تعافه النفس وتتبداه (عمر، 2007، ص 280).

- إستراتيجية الواجب المنزلي: ساعدت إستراتيجية الواجب المنزلي على تثبيت المهارات والأحاديث

الذاتية والأفكار الايجابية وكذا فنيات الاسترخاء المتعلمة لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة وممارستها في الحياة اليومية، والتي يمكن تعميمها على ما سيواجهانه من مشكلات وضغوط مستقبلية كوقاية لهما من تأثيراتها السلبية على صحتهما النفسية بشكل عام وهو ما زاد في فعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح. كما يمكن أن تفسر الباحثة أيضا فعالية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح من خلال بعض خصائص حالتها الدراسة الراهنة المتمثلة في المستوى التعليمي (المستوى الجامعي) والدافعية نحو التدخل العلاجي المقترح، حيث ساعد المستوى التعليمي المرتفع للحالتين في فهم واستيعاب ما يقدم لهما أثناء الجلسات

سواء الجانب النظري المتمثل في الشروحات وتثقيف الحالتين حول حالتها النفسية وما يمران به من ضغوط ومصادرهما وكيفية التعامل معها معرفياً، أو من الناحية التطبيقية المتمثلة في تعلمها بسهولة للاستراتيجيات والتدريب عليها بعكس لو كان المستوى التعليمي منخفضاً فإن تطبيق التدخل العلاجي سيقلى صعوبات بالغة نظراً لما يركز عليه منحي العلاج المعرفي - السلوكي من جوانب معرفية كهدف للتغيير فهو يعتبر منحي تعليمياً وموجهاً وقائماً على الحوار (يوسفي، 2012، ص 282). كما ساهمت دافعية حالي الدراسة الراهنة وتقبل التدخل العلاجي في فعاليته والتي تجلت في التفاعل الإيجابي مع إجراءات التدخل مع الإشارة إلى تفاوت في درجتها لدى الحالتين حيث كانت دافعية الحالة (1) أكبر نظراً لسمة المبادرة في شخصيته، وهو ما يفسر ارتفاع قيمة الدلالة الإكلينيكية (5,60) للتدخل العلاجي التي جاءت أكبر من قيمة الدلالة الإكلينيكية (4,90) للتدخل العلاجي المطبق على الحالة (2) حيث كان قبوله للتدخل العلاجي بتشجيع من الحالة (1)، وهو ما يظهر سمة الاعتمادية وعدم المبادرة في شخصيته والذي ظهر في تجاوبه الضعيف في بداية التدخل ليعرف تحسناً نوعاً ما مع التقدم في العلاج واستفادته منه، وقد أشار وونديبيرج (Wanberg, 2007) أن تقييم استعداد المريض ودوافعه للعلاج يساعد على معرفة مدى رغبته في العلاج وما إذا كان يشعر بالحاجة إلى مساعدة وعلى درجة من الوعي بمشكلته (Wanberg, 2007, P. 20) وهو ما يساهم في معرفة نسبة نجاح العلاج وفعالية.

ب- تفسير نتائج الفرضية الثانية: جاء في نص الفرضية الثانية أن للتدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح أثر في زيادة مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم.

بالنظر إلى نتيجة حساب الدلالة العملية للتدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح المطبق على حالي الدراسة الراهنة (2,1) المعبر عنها بحجم التأثير « Efect size » الذي قدرت قيمته ب (10.25) فيمكن القول بأن الفرضية الثانية لم تتحقق وأن التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح لم يتضح تأثيره في زيادة مستوى

الصحة النفسية لدى المفرج عنهم من المؤسسات العقابية. هذه النتيجة لا تتفق مع نتائج الدلالة الإكلينيكية التي جاءت قيمتها تبين فعالية العلاج المقترح في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج.

وتعزو الباحثة عدم دقة الدلالة العملية في الكشف عن تحسن علاج تفسي معين وهو ما عملت لدلالة الإكلينيكية على تدارك تلك النقائص.

وما يؤكد أيضا أن التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح له أثر في زيادة مستوى الصحة النفسية العامة للحالتين موضع الدراسة الراهنة (2،1) تحليل استجاباتهما على اختبار الصحة النفسية العامة في القياس البعدي، حيث كان أغلب البدائل (إطلاقا، ليس أكثر من المعتاد، أكثر من المعتاد بقليل، أكثر من المعتاد بكثير، أحسن من المعتاد، كالمعتاد، أقل من المعتاد، أقل من المعتاد بكثير). واختلفت صياغة هذه البدائل مع صياغة كل بند) التي أشر عليها الحالان (2،1) حسب محاور الاختبار التي تعكس أعراضا نفسية تؤثر على الصحة النفسية العامة للفرد تتمثل في البديل (أقل من المعتاد بقليل) وهذا يبين أن تحسن مستوى الصحة النفسية العامة لدى الحالتين كان متوسطا؛ أي أنه أصبح أحسن مما كان عليه قبل التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح إلا أنه لم يكن تحسنا كبيرا، ويظهر ذلك في التحسن الجزئي في الأعراض التي كشف عنها اختبار الصحة النفسية العامة على مستوى محاور الاختبار وذلك كما يلي:

- **المحور الأول:** ويمثل أعراض اضطراب القلق والتوتر؛ فقد انخفضت درجة القلق لحالتي الدراسة بما سمح لهما بمغادرة البيت بشكل فردي ودون مصاحبة أحد من الأهل بعد أن كانا حبيسي البيت نتيجة القلق الهلعي الذي كان ينتابهما عند مغادرته حتى بصحبة الأهل، مع اختلاف في درجته (كان أعلى عند الحالة "1" لأنه المعني الأول بالمشكلة) بسبب الخوف من رد فعل الضحية في حالة مقابله، إلا أن درجة القلق ما زالت مرتفعة نوعا ما. وتفسر الباحثة هذه النتيجة في كون حالتي الدراسة مازالا يشعران بقلق اتجاه التفاعل مع المجتمع (قلق اجتماعي) والذي ظهرت أعراضه في عدة صعوبات في التفاعل الاجتماعي (التواصل البصري، بدأ المحادثات، الذهاب للمقهى، حضور اللقاءات الاجتماعية، الخوف من الزحام في الشارع).

- **المحور الرابع:** ويمثل أعراض اضطرابات النوم؛ فرغم انخفاض ظهور الكوابيس والأحلام المزعجة اليومية والتي كان موضوعها يدور في الغالب حول حادثة الشجار ومحاولة القتل لدى حالي الدراسة الراهنة التي كانت تؤرق نومهما، إلا أن نومهما مازال مضطربا. وتفسر الباحثة هذه النتيجة حسب ما أظهرته المقابلة التشخيصية في كونها ترجع إلى تفكير حالي الدراسة (1،2) فيما سيكون عليه مستقبلهما، كما ترجع أيضا إلى تعودهما على نظام السجن في النوم والاستيقاظ وارتباطهما بصوت الجرس المصاحب لهما، (الصفارة كانت تسبب لي اضطراب في النوم في فترة حبسي وبعد ما خرجت، تبرمج عقلي عليها استيقظ مع وقت صفارة السجن وكأن أحدا أيقضني).

- **المحور الخامس:** ويمثل أعراض اضطراب الوظيفة الاجتماعية؛ فقد أظهرت نتائج التدخل العلاجي المعرفي السلوكي المقترح تحسنا ملحوظا على مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى حالي الدراسة (1،2) إلا أن هذا التحسن مس فقط العلاقات مع أفراد الأسرة، فمازال الحالتان يجدان صعوبة في التفاعل مع المجتمع الخارجي والذي غلب عليه الخوف والشعور بالاغتراب ("أثق فقط في عائلتي ووسطي الأسري، لكن الأقارب والمحيطين والناس بشكل عام لا أثق بهم ووجدت بسبب ذلك صعوبة في إعادة علاقاتي الاجتماعية"، "طول فترة سجنني تجعل من الصعب عليا التوافق مع المجتمع" (ح1)، "الحقرة والوصم الاجتماعي الذي يلتصق بنا أينما ذهبنا، وكأن هذا الخطأ هو جريمة سنبقى نحاسب عليها مدى الحياة"، "هي ليس بالضرورة كلمات لكن نظرات وتصرفات" (ح2))، وهذا ما يتوافق مع تفسير استجابات المحور الأول المتمثل في القلق اتجاه التفاعل مع المجتمع (قلق اجتماعي).

- **المحور السادس:** ويمثل الثقة في النفس (تأكيد الذات)، وقد أظهر تحليل استجابات القياس البعدي لهذا المحور تحسنا في السلوك التوكيدي أو الثقة بالنفس لدى حالي الدراسة الراهنة، حيث تحسنت نوعا ما نشاطاتهما اليومية العادية وأبديا استعدادا لمحاول تدبر أمرهما بنفسيهما مع اختلاف في مستوى التحسن لاختلاف في سمات الشخصية لدى الحالتين، حيث كان مستوى التحسن أكبر لدى الحالة (1) وتفسر الباحثة

ذلك في محاولته لاستعادة كفاءته الذاتية التي كانت سمة في شخصيته وفقدتها بتأثير بيئة المؤسسة العقابية التي تسلب لنزلائها حرية التصرف والمبادرة واتخاذ القرارات حتى في أبسط الأمور، وهذا ما بينه محتوى المقابلة التشخيصية في قول الحالة (1): " اتخذ قراراتي بشكل انفرادي منذ وعيت على هذه الدنيا ، هذه سمة فيا، فأنا كتوم ولا استشير أحد في الأمور التي تخصني". بينما ظهر مستوى التحسن أقل لدى الحالة (2) في ثقته بنفسه حيث استعادة بعض نشاطاته المهمة (النظافة " الجسم واللباس"، الخروج من العزلة التي فرضها على نفسه في غرفته ومحاولة التفاعل مع أفراد أسرته (إخوته خاصة)، محاولة البحث عن عمل لكنه لا يقوم به بشكل جيد ويستند إلى مساعدة الآخرين له في اتخاذ قراراته وهو ما يبين افتقاره للكفاءة الذاتية كما وضحته استجابته على البند (27) "أقل كفاءة من الآخرين" المتضمن في هذا المحور. حيث أشر على البديل " أحسن من المعتاد بقليل"، وهو ما بينته محتوى المقابلة التشخيصية أيضا في قول الحالة (2): " لا لم أتخذ قرار بمفردى لحد الآن أحس أنني مقيد، أحس أن الزمن توقف بي وأن المجتمع تتطور في كل شيء وأنا لن أستطيع مجاراته لا فكريا ولا ماديا" وهو ما يوضح سمة الاعتمادية في شخصية الحالة (2). وقد اتضح ذلك أيضا من خلال دافعية الحالة (2) نحو قبول التدخل العلاجي فقد كانت ضعيفة في البداية وتجلت في التفاعل الضعيف مع العلاج، وذلك لأن الحالة (1) هو من شجعه على قبول التدخل وليس نابع عن رغبته الشخصية، وربما هذا ما يفسر ارتفاع درجة التحسن في مستوى الصحة النفسية العامة بعد التدخل العلاجي لدى الحالة (1) مقارنة بالحالة (2) والذي أظهرته قيمة الدلالة الإكلينيكية لفعالية التدخل على كل منهما وهي على التوالي (4,90-5,60).

- المحور السابع: ويمثل أعراض الاكتئاب؛ وقد أظهر تحليل استجابات الحالتين موضع الدراسة الراهنة على بنود هذا المحور في القياس البعدي تحسنا في مستوى تقدير الذات لدى الحالتين (1،2) وانخفضت لديهما درجة الشعور بالخزي، وتحسنت نظرتهمم للآخرين خاصة لأفراد أسرهمم بعدما كانت نظرة سلبية لإدراكهمم على أنها غير داعمة بشكل حقيقي، فقد أدركا بعد التدخل العلاجي وإعادة البناء المعرفي لهما قيمة المساندة والدعم

المقدم من أفراد أسرهما منذ لحظة إطلاق سراحهما ودعمهما عاطفياً ومادياً خاصة لدى الحالة (1) نظراً لبيئته الأسرية المستقرة مقارنة ببيئة الحالة (2) غير المستقرة. كما أصبحا ينظران للمستقبل بنظرة أكثر تفاؤلاً، خاصة بعد اقتناعهما بالعمل الحر في حالة لم يجدا عملاً بمؤهلهما التعليمي. وكان التحسن في أعراض الاكتئاب متوسطاً. وتعرّضت الباحثة ذلك إلى وجود عدة مشكلات ما زالت تسبب ضغطاً لدى حالات الدراسة الراهنة كما بينها تحليل استجابات البنود السابقة كمشكلة النوم، مشكلة التفاعل الاجتماعي، النجاح في المستقبل، بالإضافة إلى مشكلات أخرى كالزواج وبناء أسرة مثلاً خاصة وأن الحالتين لا يزالان في مرحلة الشباب. وقد تكون هذه المشكلات السبب في بقاء الحالتين موضع الدراسة الراهنة بعيدين عن عتبة اختبار الصحة النفسية العامة لتمييز الحالات المرضية من الحالات السوية التي حددت بسبع (07) درجات حيث بلغت درجات الحالتين (2،1) في القياس البعدي لاختبار الصحة النفسية العامة على التوالي (22-33) بعدما كانت في القياس القبلي على التوالي (46-54) وهو ما يعكس مستوى متوسط في زيادة مستوى الصحة النفسية العامة لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة.

وتفسر الباحثة التحسن المتوسط لفعالية التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح في كون التدخل يمثل إسعافاً أولياً وعلاجاً سريعاً للأعراض النفسية الناتجة عن صدمة الإفراج ووقاية من تفاقم الأعراض لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة، ومساعدتهما على تحمل معاناتهما والتكيف معها من خلال تعريفهما وثقيفهما بطبيعة ومصادر وأسباب الضغوط النفسية التي يمران بها، وتدريبهم على استراتيجيات ومهارات معرفية وسلوكية تساعد على تحملها والتكيف معها لتجنب آثارها السلبية النفسية والجسمية والاجتماعية التي تنعكس سلباً على استعادة توافقه النفسي- الاجتماعي ومنه على صحتهم النفسية العامة مما قد يعيق نجاحهم في استعادة اندماجهم من جديد داخل المجتمع. وقد أشار ماهر عمر (2007) في هذا الصدد إلى دور اكتساب الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة نفسية المعرفة حول أعراضها وأسبابها ودوافعها وآثارها السلبية الانفعالية والنفسية والعضوية، وأهم من ذلك اكتساب المعرفة حول التدخل السريع والعلاج السريع والإسعافات النفسية الأولية

السريعة لمساعدتهم على تحمل معاناتهم والتكيف معها حتى تتحقق لهم المساعدة النفسية المتخصصة المطلوبة، كما يمكن أن يعتمدوا على أنفسهم بعد التدخل الوقائي المتخصص في مساعدة أنفسهم (المساعدة الذاتية) لمواجهة معاناتهم والتغلب عليها على أسس علمية خاصة إذا كانوا على مستوى تعليمي مقبول وقدر لا بأس به من الثقافة دون الحاجة إلى انتظار مساعدات المؤسسات المتخصصة (عمر، 2007، ص 167).

ويمكن أيضا للباحثة أن تعزو حجم التأثير المتوسط لفعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح في كون فترة المتابعة كانت قصيرة للتحقق من فعالية التدخل العلاجي والتي كانت بعد شهر ونصف من الجلسة الختامية، في حين تستغرق جلسات المتابعة والدعم عادة من 3 إلى 12 شهر حتى يتمكن العملاء من صقل مهاراتهم التكيفية خاصة إذا ما قورن تحسن الأعراض بفترة السجن الطويلة وتأثير بيئته على شخصية الحاليتين بعد الإفراج (نظام السجن في النوم أبقى على اضطرابات النوم رغم غياب ملحوظ للكوابيس المتكررة، التأقلم مع مجتمع السجن وثقافته أدى إلى صعوبة في التفاعل الاجتماعي مع المجتمع الخارجي وتطور ثقافته (الشعور بالاغتراب، القلق الاجتماعي) وهذه الأعراض تحتاج إلى مدة طويلة نسبيا للتحسن وربما إلى مساعدة نفسية مهنية متخصصة، وهو ما جعل الباحثة توجه الحاليتين موضع الدراسة الراهنة في جلسة المتابعة إلى الأخصائية النفسية الموجودة على مستوى المصالح الخارجية التابعة لولاية باتنة لاستكمال العلاج.

ثانياً: مناقشة النتائج.

بينت نتائج الدراسة الحالية أن للتدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح فعالية في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج وفي زيادة مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم، وقد تجلت هذه النتيجة في انخفاض شدة الأعراض التي كشف عنها استخبار الصحة النفسية العامة (GHQ-60) بعد شهر ونصف من الإفراج عن الحاليتين موضع الدراسة الراهنة، والتي كانت بسبب حالة التأزم الناتجة عن الضغوط التي عان منها حالتي الدراسة منذ لحظة إطلاق سراحهما بسبب صدمة الإفراج، وذلك لصعوبة تأقلمهما مجدداً مع البيئة الخارجية ومجتمعها وتطوراتها بعد أن تكيفا مع البيئة المغلقة للمؤسسة العقابية ومجتمعها وثقافته الفرعية. وتتمثل

الأعراض تحديداً في الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي، حيث انخفضت شدة هذه الأعراض لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة من خلال انخفاض درجاتها في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي على المقاييس التي شملت مقياس هاملتون لأعراض الاكتئاب (HAM-D)، مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A)، مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة، مقياس خبرة الخزي لأندرويس وزملاؤه. وقد تأكدت فعالية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح من خلال حساب الدلالة الإكلينيكية للحالتين موضع الدراسة الراهنة التي أظهرت قيماً أكبر (5,60، 4,90) من القيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت (1,96). كما أظهرت النتائج عدم اتساح التحسن في مستوى الصحة النفسية العامة لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة من خلال تموضع قيمة الدلالة العملية (10.25) لقوة تأثير التدخل العلاجي المقترح خارج مستويات أو معايير كوهين لقوة أو درجة التأثير، ألا أن هذه النتيجة لم تتفق مع نتائج تحليل استجابات حالتي الدراسة الراهنة (2,1) على اختبار الصحة النفسية العامة في القياس البعدي، حيث كان أغلب البدائل (إطلاقاً، ليس أكثر من المعتاد، أكثر من المعتاد بقليل، أكثر من المعتاد بكثير، أحسن من المعتاد، كالمعتاد، أقل من المعتاد، أقل من المعتاد بكثير. واختلفت صياغة هذه البدائل مع صياغة كل بند). التي أشر عليها الحالتان حسب محاور الاستخبار التي تعكس أعراضاً نفسية تؤثر على الصحة النفسية العامة للفرد تتمثل في البديل (أقل من المعتاد بقليل)، وهذا يبين أن مستوى الصحة النفسية العامة لدى الحالتين أصبح أحسن مما كان عليه قبل التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح إلا أنه لم يكن تحسناً كبيراً.

وقد بينت النتائج أن التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح ساهم في خفض شدة أعراض الضغوط التالية لصدمة الإفراج (الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي) المُنضمَّنة في الاضطرابات التي تم تشخيصها لدى الحالتين بالرجوع إلى التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية (CIM 10) والمتمثلة في اضطرابات التأقلم « Subjective distress(F43.22)»، أعراض تغير باق في الشخصية

تلو (بعد) تجربة فاجعة « Enduring personality change after catastrophic experience (F62.0) » ، اضطراب الشخصية النوعي « Specific Personality disorder (F60) ».

وخلصت الباحثة من خلال الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- ظهور أعراض الصدمة النفسية لدى المفرج عنهم من المؤسسة العقابية لحظة إطلاق سراحهم يؤكد على أن الإفراج يشكل صدمة للمفرج عنهم (حسب خصائص حالتي الدراسة الراهنة)، أي أن مفهوم "صدمة الإفراج" يحمل الأعراض الباثولوجية للصدمة.
 - ظهور أعراض الاكتئاب، القلق، الضغوط التالية للصدمة، الشعور بالخزي وارتفاع شدتها (حسب نتائج القياسات القبليّة لكل عرض) يؤكد على أن الحالتين موضع الدراسة الراهنة تعرضا لحالة تأزم تعكس الضغوط التالية لصدمة الإفراج التي عاشها الحالتان في مرحلة ما بعد الإفراج عنهما.
 - أظهر التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح فعالية في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج من خلال خفض شدة الأعراض وزيادة في تحسن مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم.
 - وترجع نتائج الدراسة الحالية (حسب تفسير الباحثة) حول فعالية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج وزيادة مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم إلى:
- أولاً:** تبني الباحثة النموذج المعرفي-السلوكي في علاج الضغوط، وقد اعتمدت تحديداً على منحنى التعديل المعرفي للسلوك لميكنباوم الذي يقوم أساساً على التدريب التحصيلي ضد الضغوط النفسية ويُستخدم خلاله تعليمات تجريبية تقوم على الحديث الذاتي الذي يساعد على حدوث قدر معقول من التحسن (محمد، 2000، ص 75). وبناءً على هذا المنحنى بينت الباحثة لحالتي الدراسة الحالية بشكل مبسط أن حالة التأزم التي تعرضا لها بعد الإفراج عنهما كانت ناتجة عن الضغوط التي سببتها صعوبات التأقلم من جديد مع البيئة الخارجية ومجتمعها، وأن باستطاعتها التأثير على قدراتها لمواجهة هذه الضغوط وتجاوز الأزمة عن طريق تعديل معتقداتها من خلال استبدال حديثها الداخلي السلبي (الحوار الذاتي) مع أنفسهما بحديث ذاتي إيجابي

عن أدائهما تحت المواقف الضاغطة، بالإضافة إلى التدريب على عدة استراتيجيات ومهارات لمواجهةها بالاعتماد على إستراتيجية التحصين ضد الضغوط، وقد أظهرت جلسة المتابعة التي كانت بعد شهر ونصف من إنهاء التدخل العلاجي أن الحالتين لم يتعرضا إلى انتكاسة.

ثانياً: التفاعل الإيجابي لحالتي الدراسة الراهنة مع التدخل العلاجي بعد التوضيح الذي قدمته الباحثة حول محتوى التدخل (تعليم، تدريب) والمساعدة التي يمكن أن يقدمها لهما، وقد تجلى هذا التفاعل الإيجابي في التزام الحالتين بالحضور للجلسات في موعدها المتفق عليه، ومشاركتها الإيجابية مع متطلبات وإجراءات العلاج أثناء الجلسات، والقيام بالواجبات المنزلية المطلوبة منهما في الغالب.

ثالثاً: كفاءة الاستراتيجيات المطبقة وتنوعها كما وكيفا المتضمنة في منحى التدريب التحصيني ضد الضغوط الذي طبق على ثلاثة مراحل؛ تم في المرحلة الأولى (تكوين المفاهيم) تثقيف الحالتين حول طبيعة الضغوط أسبابها وآثارها السلبية (الأعراض) على الفرد، وفي المرحلة الثانية (التدريب على المهارات) خضع الحالتين إلى تدريبات على الاستراتيجيات المقترحة، وفي المرحلة الثالثة (تطبيق المهارات) طبق حالتي الدراسة ما تدربا عليه من استراتيجيات معرفية - سلوكية في حياتهما الواقعية. وتمثلت هذه الاستراتيجيات في الحوار السقراطي، اتخاذ القرارات، إعادة البناء المعرفي الذي تضمن بدوره كشف الأنماط المحددة للتفكير وتغيير الحديث الذاتي السلبي (الأفكار السلبية)، التي ساهمت في خفض درجة الاكتئاب والشعور بالخزي، كما ساهم تطبيق إستراتيجية التحصين ضد الضغوط التي تعتبر مقارنة تجمع بين عدة استراتيجيات انفعالية كالتحكم في القلق بتطبيق التخيل ولعب الدور، واستراتيجيات سلوكية شملت الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، تأكيد الذات في خفض درجة القلق وأعراض تغير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة، كما ساعدت إستراتيجية الواجب المنزلي على تثبيت المهارات والأحاديث الذاتية والأفكار الإيجابية، وكذا فنيات الاسترخاء المتعلمة وممارستها في الحياة اليومية على وقاية حالتي الدراسة الراهنة من التأثيرات السلبية لما سيواجهانه من مشكلات وضغوط

مستقبلية على صحتها النفسية بشكل عام وهو ما زاد في فعالية التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح الذي بينته جلسة المتابعة في عدم تعرض حالتي الدراسة الراهنة لأي انتكاسة.

رابعاً: خصائص حالتي الدراسة المتمثلة أساساً في المستوى التعليمي (المستوى الجامعي) والدافعية نحو التدخل العلاجي المقترح، حيث ساعد المستوى التعليمي المرتفع للحالتين في فهم واستيعاب ما يقدم لهما أثناء الجلسات سواء الجانب النظري المتمثل في الشروحات وتنقيف الحالتين حول حالتهما النفسية وما يمران به من ضغوط ومصادرها وكيفية التعامل معها معرفياً، أو من الناحية التطبيقية المتمثلة في تعلمهما بسهولة للاستراتيجيات والتدريب عليها نظراً لما يركز عليه منحى العلاج المعرفي - السلوكي من جوانب معرفية كهدف للتغيير. كما ساهمت دافعيتهما (مع اختلاف درجاتها بين الحالتين حيث كانت دافعية الحالة "2" أقل وقد استمر بتشجيع من الحالة "1") لتحسين حالتهما النفسية إلى الاستمرار في العلاج والامتنال لمتطلباته، كما ساعدت المرحلة العمرية لحالتي الدراسة (الشباب) في زيادة الدافعية لتحسين حالتهما باعتبار أنه مازال يمكنهما استدراك ما ضاع منهما وبدأ حياة طبيعية جديدة.

خامساً: تفسر الباحثة التحسن المتوسط للتدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح في النقاط التالية:

1- كون التدخل العلاجي يعتبر علاجاً أولياً لأعراض الضغوط التالية لصدمة الإفراج (الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي) ووقاية من تفاقمها، من خلال تعليم وتنقيف حالتي الدراسة بطبيعة ومصادر وأسباب الضغوط النفسية التي يمران بها، وتدريبهم على استراتيجيات ومهارات معرفية وسلوكية تساعدهم على تحملها والتكيف معها لتجنب آثارها التي تنعكس سلباً على استعادة توافقهما النفسي-الاجتماعي ومنه على صحتهم النفسية العامة مما قد يعيق نجاحهم في استعادة اندماجهم من جديد داخل المجتمع وربما يعرضهم للانتكاس والعودة للسجن.

2- كون فترة المتابعة كانت قصيرة للتحقق من فعالية التدخل العلاجي والتي كانت بعد شهر ونصف

من الجلسة الختامية، خاصة إذا ما قورن تحسن الأعراض بفترة السجن الطويلة وتأثير بيئته على شخصية الحالتين بعد الإفراج (نظام السجن في النوم أبقى على اضطرابات النوم رغم غياب ملحوظ للكوابيس المتكررة، التأقلم مع مجتمع السجن وثقافته أدى إلى الشعور بالاغتراب، القلق الاجتماعي وهذه الأعراض تحتاج إلى مدة طويلة نسبياً للتحسن وربما بمساعدة نفسية مهنية متخصصة، وهذا ما جعل الباحثة توجه الحالتين موضع الدراسة الراهنة في جلسة المتابعة إلى الأخصائي النفسي العامل بالمصالح الخارجية لإعادة الإدماج التابعة لإدارة السجون لاستكمال العلاج أو عند التعرض لأي انتكاسة.

ومن خلال تفسير فرضيتي الدراسة الحالية تستنتج الباحثة مايلي:

- أن صدمة الإفراج تمثل صدمة نفسية تتبعها ضغوط تالية لها (الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي) من حيث أنها أعراض ناتجة عن حالة التأزم التي يعيشها المفرج عنهم من المؤسسات العقابية في مرحلة ما بعد الإفراج.

- أن للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح فعالية في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج في الفترة التي تعقب إطلاق سراح السجناء باعتبارها أخطر فترة يمر بها المفرج عنهم حددتها دراسات سابقة بالفترة التي تكون بين الإفراج والعودة للسجن مرة أخرى (العودة للدراسات السابقة والفصل الثاني). وستناقش الباحثة كلتا النتيجتين في ضوء الدراسات السابقة والجانب النظري (النماذج النظرية) كل واحدة على حدا لعدم وجود دراسات تناولت متغيري الدراسة الحالية مجتمعين (في حدود اطلاع الباحثة) وذلك بالشكل التالي:

- صدمة الإفراج تمثل صدمة نفسية تتبعها ضغوط تالية لها (الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي) من حيث أنها أعراض ناتجة عن حالة التأزم التي يعيشها المفرج عنهم من المؤسسات العقابية في مرحلة ما بعد الإفراج:

1- اتفقت هذه النتيجة مع دراسة كل من جاكوب وآخرون (Jacob.J et al, 2016)، ماريك ليم ومارتن

كونست (Marieke.L & Maarten.K) (2013)، شينكفيلد وجرافام (Shinkfield & Graffm) (2010)، عبد الناصر وحسين الرواشدة (2010)، عبد الله أبو إياد (2010)، بارثولوميو (Bartholombew, 2009)، انجريد (Ingrid.A, 2007)، دراسة فريدينبارق وآخرون (Freudenberg et al, 2005)، في وجود أعراض اضطرابات نفسية انفعالية (الاكتئاب) وأعراض اضطرابات القلق والإجهاد وتفاقم شدتها لدى المفرج عنهم من المؤسسة العقابية في ظل غياب وسائل التكفل والدعم والمساندة منذ لحظة الإفراج عنهم، مشيرة إلى خطورة الفترة التي تعقب الإفراج عن السجناء.

كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة عبد الله أبو إياد (2010)، ودراسة (الناصر والرواشدة ، 2010) حول عرض الشعور بالخزي والدونية من خلال إدراك المفرج عنهم بعدم التقبل الاجتماعي المفعم بالتحقير والحذر والحيطة والتمهيش خارج السجن.

كما اتفقت هذه النتيجة أيضا في وجود أعراض تغير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة (أعراض اضطراب ما بعد الصدمة) لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة ماربيك ليم ومارتن كونست (Marieke.L & Maarten.K, 2013) التي اعتبرت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كاضطراب بارز ضمن متلازمة شملت عدة أعراض أخرى والتي تمثلت في أعراض الشخصية المؤسسية (صعوبة الثقة في الآخرين، صعوبة في الانخراط في العلاقات الاجتماعية، صعوبة اتخاذ القرارات)، وأعراض الاجتماعي الحسي/ المكاني (ارتباك في التوجه المكاني) الذي يولد صعوبة في التفاعل اجتماعيا، بالإضافة إلى أعراض الاغتراب الاجتماعي/ الزماني (الشعور بعدم الانتماء في البيئات الاجتماعية خارج السجن، والشعور بأن الإفراج عنهم مؤقت فقط) وهي أعراض كشفت عنها أيضا نتائج الدراسة الحالية. ويمكن لنتائج الدراسة الحالية أن تكون دعامة لنتائج هذه الدراسة السابقة (من خلال تشابه الأعراض التي كشفت عنها الدراستين والتي تظهر أو تزيد تقامًا بعد الإفراج) التي تعتبر فريدة من نوعها من حيث إشارتها لاحتمال وجود متلازمة (متلازمة ما بعد السجن) قائمة بذاتها كمجموعة محددة من أعراض لاضطرابات في الصحة العقلية والنفسية تسلط الضوء على

كيفية ارتباط الصدمات النفسية (أثناء السجن كصدمة الدخول للسجن (عصاب السجن) والتعرض لأحداث خطيرة داخله حسب الدراسة السابقة، وبعد الإفراج مباشرة والتعرض لصدمة الإفراج حسب الدراسة الحالية) بالضغوط المرتبطة بإعادة الإدماج في المجتمع بعد الإفراج، فمفهوم الضغوط التالية لصدمة الإفراج يشير لأعراض متلازمة ما بعد السجن للدراسة السابقة خاصة وأن نتائج الدراستين أظهرتا نفس الأعراض تقريبا. كما اتفقت الدراستين حول بعض خصائص العينة التي شملت الجنس (ذكور)، مدة السجن (طويلة)، والتهمة المنسوبة للسجين (القتل)، وكذا في أدوات الدراسة التي جمعت بين الأدوات الكمية (المقاييس الموضوعية) والأدوات الكيفية (الملاحظة والتقارير الذاتية).

وتختلف نتائج الدراسة الحالية عن نتائج الدراسات السابقة من حيث خصائص المشاركين في الدراسة حيث اقتصرت الدراسة الحالية على حالتين خصائصهما متجانسة إلى حد كبير في السن (34-37) الجنس (ذكور) المستوى التعليمي (جامعي) الحالة الاجتماعية (عازبين)، مدة السجن (طويلة)، نوع الإفراج (إفراج مشروط) الحالة المعيشية (متوسطة)، طبيعة الجريمة (محاولة القتل العمد)، الخلفية الاثنوغرافية (الريف)، بينما تنوعت هذه الخصائص في الدراسات السابقة في السن (المراهقين، الشباب، الكهول، المسنين) الجنس (إناث- ذكور) المستوى التعليمي (مختلف الأطوار) الحالة الاجتماعية (متزوجين -عزاب)، مدة السجن (قصيرة- طويلة)، الحالة المعيشية (متوسطة- سيئة)، طبيعة الجريمة (العديد من الجرائم والجرح) الخلفية الاثنوغرافية (الريف- المدينة).

وبذلك يمكن لنتيجة الدراسة الحالية أن تكون قاعدة بيانات ودعم لمزيد من الدراسات التي يمكن من خلالها الوصول إلى ما أشارت له دراسة مارتن وكونست (Marieke.L & Maarten.K, 2013) حول وجود فعلي لمتلازمة ما بعد السجن (PICS) « Post Incarceration Syndrome and Relapse » تسمح باعتراف أكثر ملائمة لآثار السجن والعلاج والمتابعة المناسبة للمفرج عنهم لتجاوز أو التكيف مع الضغوط التالية لصدمة الإفراج.

وفيما يخص مناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء الأدب النظري فقد أظهرت النتائج تعرض المفرج عنهم من المؤسسات العقابية لصدمة لحظة إطلاق سراحهم (مع مراعاة طول مدة السجن)، من خلال أعراض الضغط الحاد لحظة الإفراج (ارتفاع درجة التوتر والتهيج والصراخ والبكاء وفقدان التركيز وتشتت الانتباه المفاجئ والشعور بفقدان الاتصال بالواقع وبالجمود والعجز وشدة الاكتئاب) التي تم الكشف عنها لدى الحالتين موضع الدراسة الراهنة، وهذا ما اتفق مع ما أشار له سميكر وآخرون (2010) حول جوهر الصدمة النفسية الذي يكمن في استجابات الفرد للحدث الصادم من خلال ردود أفعال سلوكية ومعرفية وجسمية وهذه الأخيرة تشمل الارتعاش، التعرق، تغير الحساسية للألم، أما الاستجابات السلوكية فتتمثل في الرعب، الدهشة، التجمد. وتظهر الاستجابات المعرفية في تطاير الأفكار وتشتتها، الشعور بالعجز (سميكر وآخرون، 2010، ص 60). ويشير (رونارد.إ.ف) (Renand. Edwin.F) في نفس الصدد إلى أن تجربة حدث منفرد التي تجعل الفرد يشعر بالعجز أو أنه مثقل بالضغط يجعل نتيجة التشخيص عبارة عن صدمة (DeVeaux, ND, P. 262) ، ويتفق هذا مع ما أشار له عبد الصمد (1988) الذي يرى في أن لحظة الإفراج تمثل مثيرات الصدمة Stimuli « of impact » نتيجة التغير المفاجئ من الاعتمادية إلى الاستقلالية في الفترة التي تلي مباشرة إطلاق سراح السجن من المؤسسة العقابية أو الإصلاحية (عبد الصمد، 1988، ص 60)، وهو ما أشار إليه أيضا ترافيس وآخرون (Travis et al, 2001) الذي أعطى لصدمة الإفراج مفهوم "حمى البوابة" « Gate fever » وهي حالة من القلق يواجهها السجناء لحظة الإفراج عنهم، وتمثل حسب ترافيس متلازمة تعرف بالقلق والتهيج بالإضافة إلى ارتفاع مستويات التوتر والإجهاد لدى السجناء لحظة الإفراج عنهم مما يعكس قلقا حقيقيا حول كيفية وإمكانية التعامل مع العالم الخارجي بنجاح (Travis et al, 2001, P. 18). وفي ظل غياب تدخلات علاجية أولية (إسعافية) مناسبة لتهدئة المفرج عنهم لحظة الإفراج ومساعدتهم على تحرير قصير الأجل لضغوط الأزمة الحادة، تشتد هذه الأعراض لتشكل للمفرج عنهم حالة تأزم تنعكس في عدة أعراض كشفت عنها الدراسة الحالية (الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي) نتيجة ضغوط صعوبات التأقلم من جديد

مع البيئة الخارجية ومجتمعها الطبيعي بعد قضاء مدة طويلة في السجن، وهذا ما وضحه ترافيس (2001) فيما يخص صعوبة تعامل المفرج عنهم مع المشاكل اليومية سواء ما تعلق منها بالعلاقات الشخصية أو الضغوط الاقتصادية في وقت واحد والتي لم تكن موجودة أثناء السجن، مما قد يؤدي إلى زيادة مستويات التوتر في كثير من الأحيان (Travis et al, 2001, P. 19). وهذه النتيجة تتفق أيضا مع ما أشار له (مبيض، د س) في أن عقبات التأقلم التي يتعرض لها السجناء المفرج عنهم مع الحياة والناس من جديد بعد غياب قد يتجاوز عشر سنوات، تزيد من شدة أعراض القلق أو الاكتئاب أو الغضب التي تزيد في تعقيد الأزمة (مبيض، د س، ص 13)، وقد اتفق هذا مع نتائج الدراسة الحالية باعتبار أن أعراض الضغوط التالية لصدمة الإفراج (الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد لصدمة، الشعور بالخزي) هي أعراض ناتجة عن حالة التأزم التي تعرض لها المفرج عنهم في مرحلة ما بعد الإفراج، وهي تتفق أيضا مع ما جاء في الجانب النظري حول الاضطرابات النفسية التي قد تظهر بعد الصدمة والتي شملت اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية، القلق، الخوف المرضي (الهلع) الاكتئاب المتضمن للشعور بالخزي والدونية، والتي كانت نتيجة إدراك سلبي لدى المفرج عنهم نحو أنفسهم ونحو الآخرين وكذا نحو المستقبل بفعل تشوهات معرفية وأفكار سلبية قامت على أساس أحاديث ذاتية سلبية أدت إلى حدوث الأزمة النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نموذج نظام الفرد-البيئة "التأهب - الجهد"؛ الذي يفترض أن الاضطراب النفسي هو نتيجة للتهيؤ لنوع محدد من الاضطراب نحو المرض "التأهب" والذي يتم التعبير عنه في ظل ظروف من الجهد البيئي العام أو المعين. "قالتأهب" يشير حسب هذا النموذج إلى أية خصائص فردية تزيد من فرصة الشخص في ظهور الاضطراب وتطوره عندما يواجه مقدار معين من الجهد حيث يشير "الجهد" إلى المنثيرات والخبرات البيئية غير السارة، فإن الشخص المتأهب يطور الاضطراب الغير مهياً للتعامل مع هذا الجهد وهو ما يفضي إلى تفكك الوظائف السلوكية (لينهان، 2014، ص 70). فصدمة الإفراج حسب هذا النموذج سببت هشاشة نفسية لدى المفرج عنهم هيئتهم للإصابة بأعراض الضغوط التالية

لصدمة الإفراج نتيجة الجهد الذي سببته صعوبات التأقلم مع البيئة الخارجية ومجتمعها وتطور ثقافته بعدما تعودوا على البيئة الداخلية للمؤسسة العقابية والثقافة الفرعية لمجتمعها. إلا أنه حسب هذا النموذج يمكن النظر إلى أن النظم والبيئات ليست ثابتة عبر الزمن وأن هناك تغير مستمر على مستوى الفرد وبيئته بشكل مهم عندما تتغير المهام الخاصة بها من خلال التأثير المتبادل على بعضهما، وهذا يعني أنه إذا تغير سلوك المفرج عنهم بعد تقديم المساعدة النفسية الواعية اللازمة سيتمكنون من التأقلم من جديد مع البيئة الخارجية، كما أن البيئة الخارجية إذا غيرت نظرتها السلبية للمفرج عنهم وأصبحت أكثر تقبلاً ودعماً للمفرج عنهم ساهمت في استعادتهم لتوافقهم النفسي - الاجتماعي ونجاحهم في الاندماج مجدداً داخل المجتمع كأفراد طبيعيين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء نظرية الأزمة التي حددت الملامح الأساسية لحدوث أزمة نفسية في وجود حدث ضاغط (صدمة الإفراج) يتطلب تغييراً، وفي طبيعة المشكلة (الضغوط التالية لصدمة الإفراج) التي تؤدي إلى إرهاق الموارد المتاحة للمفرج عنه بكل أنواعها نفسياً وجسدياً ومادياً وكذلك موارد أسرته والآخرين الذين يشكلون علاقات الدعم الاجتماعي له. فالأزمة حسب هذه النظرية تعبر عن موقف جديد تصبح فيه الأساليب المألوفة للتعامل غير كافية فيظهر التمرد المقترن بالخوف والغضب الزائد، والشعور بالذنب الشديد يؤدي إلى حالة من عدم الاتزان تجعل الفرد يبدأ في تحديد الأزمة ذاتياً حتى يتمكن من إيجاد بعض أساليب التكيف المألوفة لديه، قد تكون غير سوية تنبئ بالمشكلات النفسية والاجتماعية تظهر في استجابة عدوانية أو انسحابية، ولهذا تعد الأزمة نقطة تحول حياتية لها مضامينها النفسية العميقة في التكيف الراهن وفي قدرة الأفراد على مواجهة الأحداث الحياتية والضغوط اللاحقة والتصدي لها، بالاعتماد على مصادر التأقلم (العوامل الشخصية الثابتة نسبياً، والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على كيفية محاولة الفرد إدارة أزماته حياته وتحولاتها الضاغطة) والعمليات المستخدمة في إدارة أزماته الحياة الضاغطة (Coping Resources) والتصدي لها والسيطرة عليها (بركات، 2007، ص 191). وحسب هذه

النظرية فان حالة التأزم (الضغوط التالية لصدمة الإفراج) التي يعاني منها المفرج عنهم ظهرت نتيجة صدمة الإفراج كموقف حياتي جديد مريك (من خلال أعراض الضغط الحاد لحظة إطلاق سراحهم "حمى البوابة") جعلهم عاجزين عن مواجهته والتصدي له، وتجلّى هذا العجز في أعراض الضغوط التالية لصدمة الإفراج كتأقلم غير سوي تمثل حسب نظرية الأزمة في الاستجابة الانسحابية لدى المفرج عنهم، حيث تم فيها توجيه المفرج عنهم لغضبهم نحو الذات والتعرض للاكتئاب والانسحاب وعدم التصدي للمشاكل وتركها دون حل، مما أدى إلى شدة الأعراض (الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي). وقد توصلت الدراسة الحالية إلى أن حالة التأزم (الضغوط التالية لصدمة الإفراج) التي يعاني منها المفرج عنهم جاءت نتيجة إدراكهم السلبي لمرحلة ما بعد الإفراج بتأثير المخططات والافتراضات، والتشوهات المعرفية بفعل الأحاديث الذاتية السلبية (الأفكار السلبية)، وهو ما يتفق مع تفسير نظرية الأزمة التي ترى أن الأزمة تعود لدور العمليات المعرفية للفرد في تقديره المعرفي للأزمة وتحديده للمعنى السلبي للحدث الضاغط (الإفراج) وإدراكه ضعف مهاراته التكيفية التي وظفها للتصدي للصعوبات اللاحقة (صعوبات ما بعد الإفراج)، وهذا يعكس التكيف الغير سوي الذي أثر في حالة المفرج عنهم فظهر عليهم التوتر وبرزت الأعراض المرضية للضغوط التالية لصدمة الإفراج التي أثرت سلبا على صحتهم النفسية العامة. فعمليات التأقلم والتصدي للأزمات حسب هذه النظرية تشير إلى الجهود المعرفية- السلوكية التي يبذلها الفرد بغية معالجة الظروف الضاغطة النوعية وكيفية تناولها والتوافق معها من خلال تقديره المعرفي لجوهر الأزمة وتبنيه لمجموعة متنوعة من مهارات تكيف أساسية مع الأزمات والتصدي لها (يوسف، 2005، ص 275).

- أن للتدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح فعالية في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة

الإفراج في الفترة التي تعقب إطلاق سراح السجناء باعتبارها أخطر فترة يمر بها المفرج عنهم حددتها دراسات سابقة بالفترة التي تكون بين الإفراج والعودة للسجن مرة أخرى:

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في إطارها العام حول متغير فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في خفض مستوى الضغوط مع نتائج دراسة كل من الزغندي وعبد الهادي (2014)، العتيبي (2014)، إليزابيت.ج.أكباما (Elizabeth.&Akpama,2013)، جبالي وكربال(2010)، فريندشيب وآخرون (Friendship.C et al, 2002)، التي أثبتت نتائجها فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في خفض مستوى الضغوط لدى السجناء عدا دراسة الزغندي وعبد الهادي (2014) التي كانت حول المفرج عنهم، إلا أن الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة حول هذا المتغير يكمن أساسا في طبيعة تقديم العلاج ومجتمع الدراسة وفي المنهج ونوع التصميمات التجريبية المستخدمة، فالدراسة الحالية تناولت حالتها الدراسة بتدخل علاجي معرفي - سلوكي في محاولة لتقديم خدمة علاجية أولية وقائية للمفرج عنهم وكشف مدى تأثيرها في مساعدتهم على تحمل معاناتهم (الضغوط التالية لصدمة الإفراج) والتكيف معها حتى تتحقق لهم المساعدة المطلوبة من خلال التوجيه. فيما تناولت أغلب الدراسات السابقة برامج علاجية معرفية - سلوكية مهيئة لنزلاء المؤسسة العقابية أثناء فترة الاحتجاز.

وعن المنهج الذي اعتمدت عليه جل الدراسات السابقة فيمكن في المنهج التجريبي ذي المنحى الجمعي في العلاج والذي يستخدم تصميم المجموعتين مجموعة ضابطة (control Group)، ومجموعة تجريبية (ExperimentalGroup) بالاعتماد على الدلالة الإحصائية لمعرفة فاعلية البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية في خفض الضغوط عدا دراسة جبالي وكربال (2010)، التي اختبرت فاعلية تدخل علاجي معرفي -سلوكي لعلاج الضغوط في الوسط العقابي لأربع حالات من السجناء أثناء فترة الاحتجاز والتي اعتمدت فقط على المنهج الإكلينيكي، بينما اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على المنهج الإكلينيكي من خلال تطبيق أسلوب دراسة الحالة المفردة باستخدام تصميم (أ-ب) الذي يستخدم في جمع معلومات على مستوى الفرد الواحد أو عدة أفراد لتحديد فعالية طريقة علاجية معينة، وقد اعتمدت على الدلالة العملية والدلالة الإكلينيكية لمعرفة مدى فعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج

وما يتبعها من اختلالات نفسية يعيشها المفرج عنهم لحظة إطلاق سراحهم وفي مرحلة ما بعد الإفراج وحجم تأثير هذا التدخل العلاجي في زيادة مستوى تحسن صحتهم النفسية العامة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية فعالية التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج وزيادة في مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم في مرحلة ما بعد الإفراج باعتبارها أخطر فترة يمر بها المفرج عنهم من المؤسسات العقابية، وذلك بالاعتماد على بعض الاستراتيجيات المعرفية- السلوكية المستمدة أساسا من نموذج التعديل المعرفي للسلوك لميكنباوم من خلال منحى التدريب التحصيلي ضد الضغوط الذي يركز على دور الحديث الذاتي السلبي في الإصابة بالاضطرابات النفسية، وقد ساعد إتباع هذا المنحى في تعليم وتنقيف المفرج عنهم (حالتى الدراسة الراهنة) حول طبيعة مشكلتهم النفسية (تكوين المفاهيم) والتعرف على أبعاد الأزمة لديهم ومسبباتها مما جعلهم يتقبلون التدخل ويتفاعلون بشكل إيجابي مع التدريبات على عدة استراتيجيات معرفية وسلوكية (الحوار السقراطي، اتخاذ القرارات، إعادة البناء المعرفي الذي تضمن بدوره كشف الأنماط المحددة للتفكير وتغير الحديث الذاتي السلبي (الأفكار السلبية)، استراتيجية التحصين ضد الضغوط من خلال تطبيق التخيل، لعب الدور، الاسترخاء، تأكيد الذات، المهارات الاجتماعية، والواجبات المنزلية) المقدمة لهم ليتم تطبيقها في حياتهم الواقعية قصد مساعدتهم على خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج من خلال خفض شدة أعراضها (الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي)، وتحصينهم ضد الضغوط التي سيواجهونها مستقبلا وتعليمهم كيفية التصدي لها وتجنب الانتكاس مع التركيز على الحديث الذاتي الايجابي، وهذا ما يتفق مع ما أشار له فرانك أوكبرج (Ochberg,1993) إلى أن معرفة الشخص بأبعاد الأزمة وما يحدد لها من مصوغات اجتماعية وقانونية وإدراكه لنشاط جسده تساهم بشكل فاعل في الاقتناع بالتشخيص والميل لطلب المساعدة الإكلينيكية واختيار مسار التوافق السوي. أي أن ردود الأفعال الانفعالية والوجدانية والنفسية والسلوكية اتجه الأزمات يمكن أن تتأثر شكلا وموضوعا بالمستوى المعرفي للفرد، مع الأخذ بعين الاعتبار الأحداث الصدمية السابقة للفرد حيث أظهرت

نتائج الدراسة الحالية الفروق في فعالية التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي المقترح التي بينتها قيم الدلالة الإكلينيكية لكل حالة من حالات الدراسة الراهنة والتي كانت أقل قيمة لدى الحالة (2) التي تعرضت لأحداث صادمة سابقة أكثر (الإصابة بحروق بليغة في مرحلة الطفولة، حادث محاولة القتل العمد، الدخول للسجن، وفاة الوالدة) وهذا ما يتفق أيضا مع ما أشار له فرانك أو كبرج في أن مستوى الإحساس بالتأزم تزيد بين الأفراد الذين تعرضوا لخبرات صدمية سابقة عن غيرهم ممن ليس لديهم تاريخ صدمي، أي أن الأحداث الصدمية التي يخبرها الفرد يزداد تأثيرها السلبي على الحالة النفسية للذين لهم تاريخ سابق في إظهار تلك الاضطرابات ولم يتلقوا علاجاً أو تحصيناً وقائياً تجاه تكرارها (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2000، ص ص 25 - 29).

ومع ذلك حقق التدخل العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعاليته في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى حالات الدراسة وساعد في تبصيرهم بشكل كافي للتسامح مع ذواتهم والنظر للمستقبل بروية واضحة والتعرف على دورهم وواجباتهم فيه، وهو ما يساعد إلى حد كبير في استعادة توافقهم النفسي والاجتماعي الذي سيقبل من احتمال العودة ثانية للانحرافات السلوكية التي قد تعيدهم للسجن مجدداً، وهذا ما اتفق مع ما أشار له علم النفس المجتمعي في أن التصدي للأزمة يتطلب جهداً معرفياً كضرورة التقييم المعرفي للحدث الضاغط بهدف التقليل من مستوى الشعور بالضغط الذي قد يتجاوز إمكانيات الشخص في مواجهة التوتر والقلق والاكتئاب ولوم ذاته وشكوكه حولها، ويسمح بالتعامل مع المواقف الضاغطة بشكل جديد من خلال إدراك المشاعر والتسامح معها والسيطرة على ردود الأفعال الحادة.

يمكن لنتائج هذه الدراسة (كإضافة متواضعة من الباحثة) أن تكون دعامة لجهود الصحة النفسية المجتمعية ولفت الانتباه للتأثير السلبي لصدمة الإفراج والضغوط التالية لها على الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم وضرورة التدخلات النفسية المعرفية- السلوكية بشكل إلزامي من خلال استغلال مؤسسات الرعاية اللاحقة (على اختلاف مسمياتها في كل بلد) للتكفل بالمفرج عنهم نفسياً منذ لحظة إطلاق سراحهم كتدخل أولي (إسعافي) وقائي لخفض الضغوط الحادة المصاحبة لصدمة الإفراج من جهة، وهو ما يمثل مساندة اجتماعية من المجتمع

للمفرج عنهم أشار إليها شعبان (2013) على أنها تعزز شعور المفرج عنهم بالانتماء وتجعلهم يستشعرون توحدهم بالمجتمع من جديد (شعبان، 2013، ص 207). ومن جهة أخرى تعمل التدخلات النفسية المعرفية - السلوكية على خفض مستوى الضغوط التي يتعرض لها المفرج عنهم في مرحلة ما بعد الإفراج لمساعدتهم على تجاوز حالة التأزم التي يعيشون معاناتها (وهذا يعتبر من الأهداف التي يضطلع بها علم النفس المجتمعي)، وذلك من خلال هدم البناءات المعرفية السلبية التي تؤدي إلى الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهونها والتي تقضي إلى أعراض الضغوط التالية لصدمة الإفراج بالإضافة إلى عدة استراتيجيات معرفية-سلوكية أخرى، وهذا ما اتفق مع ما أشار له شعبان (2013) في تطرقه للاستراتيجيات التي يمكن استخدامها مع المفرج عنهم والتي حددها في استراتيجيات التكيف كاستجابات سلوكية أو انفعالية متعلمة وهادفة لمواجهة الضغوط والتكيف معها، ومساعدة المفرج عنهم على التفكير المتفائل والتخطيط لحل المشاكل وإعادة التقييم، الانتماء وتحمل المسؤولية، التحكم بالنفس، التخفيف من كرب ما بعد الصدمة (شعبان، 2013، ص 206)، هذه الاستراتيجيات قد تساهم في الحد من الانتكاس والعودة مجددا إلى السجن وهذا يستدعي جهودا للحفاظ على الصحة النفسية للمفرج عنهم التي تنعكس إيجابا على الصحة النفسية المجتمعية.

- قد تكون فعالية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح جاءت متوسطة على المفرج عنهم كونها تأثرت بالخبرة المتواضعة للباحثة في مجال الفحص النفسي (المعاينة الإكلينيكية) وفي مجال التدخلات العلاجية النفسية المعرفية-السلوكية والعلاج النفسي بصفة عامة.

- قد تكون فعالية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح متوسطة على المفرج عنهم كونها تأثرت بعدم القدرة على ضبط متغيرات دخيلة كمتغير المساندة الاجتماعية (من الأسرة أساسا الغير مدركة لدى حالتي الدراسة) التي يتمتع بها حالتي الدراسة مع اختلاف درجاتها والتي تمثلت في وجود أفراد من الأسرة لحظة الإفراج باعتبارها لحظة عصبية، التقبل (المأوى والمأكل)، توفير الدعم العاطفي والمادي، وقد يكون لهذا المتغير (المساندة الاجتماعية) تأثير على نتائج فعالية التدخل العلاجي المقترح خاصة بعد إدراكها من حالتي

الدراسة. كما يمكن أن تكون نتائج الدراسة الحالية قد تأثرت بمتغير دخيل آخر يتمثل في الكفاءة الذاتية كسمة لدى الحالة (1) تجلت في قبوله المشاركة في الدراسة كقرار للاعتماد على نفسه في تجاوز أزمته وتحسين حالته النفسية، كمحاولة لاستعادت كفاءته الذاتية (عامل النضج) بعدما فقدتها بفعل تأثير بيئة السجن التي تسلب السجن إرادته وحرية حتى في أبسط الأمور الخاصة، في مقابل الاعتمادية كسمة لدى الحالة (2) التي تجلت في عدم قبول التدخل العلاجي إلا بالتشجيع والاعتماد على الحالة (1) وهذا ما قد يبرر اختلاف نتيجة فعالية التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح التي كانت أكبر لصالح الحالة (1) بالرجوع لقيمة الدلالة الإكلينيكية لكل حالة (4,90) مقابل (5,60).

- كما يمكن أن تكون فعالية التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح جاءت متوسطة بفعل زمن إجراء الدراسة ومكانها، فقد جرت خلال فترة الإفراج المشروط وهي فترة حرجة يغلب فيها على المفرج عنهم القلق والخوف من العودة للسجن ثانية الذي يبقى مصاحباً للمفرج عنهم حتى تنتهي مدته. كما تمت في مكتب أستاذة محامية كبيئة (لون طلاء الجدران "رمادي"، أثاث المكتب الرسمي، كثرة الملفات) أثرت نفسياً على أداء حالتي الدراسة لما يوحى به من تشابه مع مظهر المكاتب في المؤسسة العقابية.

- قد تكون فعالية التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح جاءت متوسطة على المفرج عنهم تأثرت بخصائص اختبار الصحة النفسية العامة المكيف على المجتمع العربي الكويتي وذلك فيما يخص عتبة تحديد الحالات المرضية التي حددها الاستخبار بالدرجة (7) وهي درجة بعيدة مقارنة بالدرجات التي تحصل عليها حالتي الدراسة الراهنة قبل التدخل العلاجي المقترح (46-54) وبقيت بعيدة إلى حد ما بعد التدخل العلاجي (22-33)، وقد تم اختيار عتبة الاستخبار لتقارب حساسيته وقدرته التمييزية عند هذه الدرجة، وأن رفع هذه العتبة يكون على حساب انخفاض حساسيته حسب ما فسره فازكوبز وزملاؤه (Vazquez et al, 1986) في أن رفع العتبة يحسن من القيمة التنبؤية السالبة والموجبة للاستخبار إلا أن ذلك يكون على حساب انخفاض كبير في حساسيته لتحديد الحالات المرضية الذي له الأولوية في الأهمية على القدرة التمييزية والقيم التنبؤية الموجبة

والسالبة، لأن الفشل في اكتشاف الحالات المرضية ينطوي على مخاطر عدم اكتشاف الأفراد الذين يحتاجون إلى تدخل أو مساعدة علاجية (غولدمان و ويليام، 1999/1991، ص ص 14-15).

- من خلال التفسيرات السابقة يمكن استنتاج مدى صدق نتائج الدراسة الحالية وإمكانية تعميمها على مجتمع الدراسة (المفرج عنهم من المؤسسات العقابية) وذلك كما يلي:

✓ **الصدق الداخلي:** استخدمت الباحثة أسلوب دراسة الحالة المفردة في المنهج الإكلينيكي متبعة التصميم (أ-ب) الذي يمثل سلاسل من الملاحظات المتكررة على عدة فترات زمنية تحت شرطين: خط الأساس (أ)، العلاج (ب)، وقد قامت الباحثة بالقياس القبلي (بتطبيق اختبار الصحة النفسية العامة) مرتين على حالتي الدراسة لتحديد خط الأساس (وهو عدد نقاط أساس أقل من الملائم) والتأكد من ثبات الأعراض بفارق أسبوعين بين القياسين (مع الأخذ بالقياس الأول) بعد أن تعذر عليها تطبيق عدة قياسات، وذلك لمبرر تراه الباحثة قويا يتمثل في كون حالتي الدراسة الراهنة كانتا في وضعية نفسية حرجة فضلت الباحثة تطبيق التدخل بأسرع وقت لطمأنة الحالتين (وخوفا من تسربهما أيضا من التجربة خاصة وأن الباحثة من اقترحت على حالتي الدراسة التدخل وليس بطلب منهما)، بالإضافة إلى كون الجانب الأخلاقي للباحثة تطلب منها التدخل الاستجابي وأخذ الحالة النفسية للحالتين موضع الدراسة الراهنة بعين الاعتبار، وفي هذا الصدد أشار جلاس وزملائه إلى إمكانية الإكلينيكيين والباحثين التجريبيين تقديم تدخل استجابة لتدهور في خط الأساس الذي يمكن أن يكون ناتجا عن أزمة (ليندزاي وبول، 2000، ص 871).

- أظهرت نتائج تطبيق التصميم (أ-ب) في الدراسة الحالية عدة إشارات أثرت على صدقها الداخلي حيث يصعب عزو التغيير (التحسن) في مستوى الصحة النفسية للمفرج عنهم لفعالية التدخل العلاجي المعرفي- السلوكي المقترح وهي:

- طول فترة التدخل العلاجي التي دامت حوالي ثلاثة أشهر بمعدل جلسة أسبوعيا لتعذر جعلها أكثر من جلسة أسبوعيا (بسبب الحالة النفسية للحالتين من جهة، ومن جهة أخرى بعد المسافة بين مقر سكنهم ومكان

العلاج) وهو ما لا يتوافق مع ما يتطلبه علاج التدخل في الأزمات الذي ينحصر عادة بين الأسبوع والثلاثة أسابيع بمعدل جلستين إلى أربع جلسات (كاس وأولدهام، 2009، ص 362). أدى طول مدة التدخل العلاجي إلى بروز متغير المساندة الاجتماعية، (الغير مدركة) لدى حالي الدراسة (قد تكون متغيراً معدلاً) جعل الباحثة غير متأكدة من أن التغير (التحسن) في الحالة النفسية لحالي الدراسة الراهنة يعود للتدخل العلاجي (التباين في البيانات قبل التدخل وبعده) أم لهذا المتغير (التباين الطبيعي كأحداث بيئية منتظمة)

فالمساندة الاجتماعية تقوم على فرضية التحصين « Buffering Hypothesis » وهي بذلك تحقق فائدة على مستوى الصحة النفسية والجسمية تكون واضحة في الأوقات التي يكون فيها الضغط شديداً، ووفقاً لهذه الفرضية تشكل المساندة الاجتماعية مخزوناً ومصدراً يقلل من الآثار الحادة للضغط ويمكن الفرد من التعامل معه بفعالية أكبر عندما يكون في أعلى مستوياته (تايلور، 2008، ص 380).

✓ **الصدق البيئي:** اعتمدت الدراسة الحالية على نموذج التعديل السلوكي المعرفي لميكنباوم القائم أساساً على التدريب التحصيني ضد الضغوط واستخبار الصحة النفسية العامة وبذلك يمكن الوصول لنتائج مقارنة لنتائج الدراسة الحالية بتطبيق نماذج العلاج المعرفي-السلوكي الأخرى (نموذج أليس، نموذج بيك) وباستخدام أدوات قياس أخرى كمقاييس التوافق النفسي-الاجتماعي مثلاً من طرف أخصائيين نفسانيين أو متدربين على نماذج العلاج المعرفي-السلوكي.

✓ **الصدق الخارجي:** طبقت الدراسة الحالية على حالتين منفردتين لهما عدة خصائص متجانسة السن بين (30-40)، الجنس (ذكور)، المستوى التعليمي (مستوى جامعي)، الحالة الاجتماعية (عازبان) مدة الإدانة (طويلة)، نوع الإفراج (الإفراج المشروط)، المهنة (بطالان)، المنطقة السكنية (الريف)، بالإضافة إلى عدم وجود خلفية إجرامية، أو أعراض شخصية ضد اجتماعية، أو أعراض لأمراض عقلية أو سوء استخدام المواد. وبذلك لا يمكن تعميم نتائج الدراسة الحالية على جميع مجتمع المفرج عنهم من المؤسسات العقابية من مختلف الأعمار (الأحداث الجانحين، المسنين)، الجنس (المفرج عنهم من الإناث)، المستوى التعليمي (دون المستوى

الجامعي والأمين)، الحالة الاجتماعية (المتزوجون)، مدة السجن (المدة القصيرة)، نوع الإفراج (نهاية العقوبة)، المنطقة السكنية (المدن)، بالإضافة إلى أنه لا يمكن تعميمها على المفرج عنهم الذين لهم خلفية إجرامية، أو الذين لديهم أعراض شخصية ضد اجتماعية، أو أعراض لأمراض عقلية أو سوء استخدام المواد.

وعلى العموم ترى الباحثة أنه رغم كل العوامل السابقة التي أثرت على صدق نتائج الدراسة الحالية (الداخلي والبيئي والخارجي) والذي يشير إلى ضعف المعالجة باستخدام تصميم (أ-ب) كأبسط تصميمات الحالة المفردة، فإن هناك جوانب قوة تظهر جليا في كمية البيانات المختلفة التي تم جمعها حول الجانب الإكلينيكي لمفهوم صدمة الإفراج والضغط التالية لها، كما ساعدت في التوثيق الجيد للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح والتعرف على الأحداث الإضافية خارج التدخل العلاجي (المساندة الاجتماعية) والتحليل الحذر للتباين والتغير للتدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح، وهذه العوامل هي من بررت استمرارية استخدام التصميم (أ-ب) (رغم مشكلات تطبيقه) على نطاق واسع في الممارسات الإكلينيكية وفي البحوث الأكثر نظامية، وهو ما أشار له ليندزاي وبول (2000) اللذين بيّنا بالإضافة إلى ذلك أن أهم مزايا هذا التصميم ملائمة بشكل طبيعي متطلبات الباحثين والأخصائيين على السواء (ليندزاي وبول، 2000، ص 871).

وترى الباحثة أنه يمكن لنتائج الدراسة الحالية أن تكون أرضية معرفية ودعم لسلسلة من الدراسات المستقبلية حول صدمة الإفراج في الآجال القريبة، تعمل على تنشيط البحث الإكلينيكي لتفعيل الرعاية النفسية للمفرج عنهم من المؤسسات العقابية منذ لحظة إطلاق سراحهم، وقد تكون نتائج الدراسة الحالية قاعدة لبحوث مستقبلية تدعم نتائج دراسة مارتن كونست (Marieke.L & Maarten.K, 2013) حول إمكانية وجود فعلي لمتلازمة ما بعد السجن (PICS) « Post Incarceration Syndrome and Relapse » من خلال أعراض الضغوط التالية لصدمة الإفراج قد تصنف في الآجال البعيدة ضمن الدليل الإحصائي الخامس كنوع فرعي من اضطراب

ما بعد الصدمة تسمح باعتراف أكثر ملائمة لآثار السجن والعلاج والمتابعة المناسبة للمفرج عنهم لتجاوز أو التكيف مع الضغوط التالية لصدمة الإفراج.

الخلاصة:

يستند موضوع الدراسة الحالية إلى اعتبار وجود ضعف في فاعلية برامج الرعاية اللاحقة (على اختلاف مسمياتها) للمفرج عنهم من المؤسسات العقابية التي صممت لمساعدتهم على مواجهة مشكلات التأقلم والتكيف بعد الإفراج والضغوط المصاحبة لها، (عرسان، 1986، ص 21)، حيث يواجهون بيئة جديدة، ومجتمعاً مغايراً عما كانوا يعرفونه عنه قبل سجنهم خاصة لدى المحكومين بمدة طويلة، وهو ما يؤدي إلى أزمة لدى أغلب المفرج عنهم بسبب الضغوط الناتجة عن الاختلاف الكبير بين ظروف الحياة التي اعتادوها في المؤسسات العقابية وظروف الحياة في المجتمع (الصادي، 1988، ص 98) والمتمثلة في العقبات والصعوبات التي يواجهونها والتي غالباً ما يدركون أنها تفوق إمكانياتهم وقدراتهم في التغلب عليها أو التكيف معها (تمثل في الدراسة الحالية المتغير التابع "الضغوط التالية لصدمة الإفراج")، وهو ما أشار له فرانك أوكبرج (Ochberg, 1993) في أن ردود الأفعال الانفعالية والوجدانية والنفسية والسلوكية اتجاه الأزمات يمكن أن تتأثر شكلاً وموضوعاً بالمستوى المعرفي للفرد، وهذا ما جعل الباحثة ترى في التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي أنسب تدخل علاجي وقائي لمساعدة المفرج عنهم على تخطي صدمة الإفراج وخفض مستوى الضغوط التالية لها ورفع مستوى الصحة النفسية لديهم بما يساعدهم على مواجهة مشكلات التأقلم مع البيئة الخارجية ومجتمعها ويحصنهم ضد الضغوط التي سيواجهونها مستقبلاً، وذلك اعتماداً على نموذج التعديل المعرفي للسلوك لميكنباوم القائم على منحى التدريب التحصيلي ضد الضغوط والذي سيساعد المفرج عنهم على التبصر بحالتهم النفسية، وكيف يساهم تصحيح ادراكهم المعرفي بالاعتماد على الحديث الذاتي في إمكانية تجاوز مشكلاتهم وطلب المساعدة النفسية المتخصصة في حالة عجزهم عن تجاوزها.

ولعل الباحثة (في محاولة متواضعة منها) من خلال الدراسة الحالية استطاعت أن توجه الاهتمام إلى الالتفات للبحث في جوانب الصحة النفسية للمفرج عنهم (وتحديد الجانب المعرفي والإدراكي) كضرورة ملحة لمساعدتهم على تخطي صدمة الإفراج والضغوط المصاحبة أو التالية لها، خاصة وأن هناك قلة في الدراسات النفسية الإكلينيكية- في حدود اطلاع الباحثة- وبالأخص في العالم العربي التي تصدت لهذا الموضوع رغم أهميته وهو الواجب الذي دفع الباحثة لدراسته في ظل تخصصها الدقيق - علم نفس الوسط العقابي.

وقد استخدمت الباحثة لإجراء الدراسة الحالية المنهج الإكلينيكي أسلوب دراسة الحالة المفردة باعتباره من أهم أساليب التجريب الإكلينيكية عملية متبعة في ذلك التصميم (أ-ب) بقياس قبلي وقياس بعدي، وهو أحد تصميمات تجارب الحالة المفردة التي تسعى لتتبع الأعراض المرضية خلال العلاج. حيث تم تطبيق التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح على حالتين منفردتين ومتجانستين في بعض الخصائص: الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، السن، مدة الحبس، طبيعة الإفراج. واستعانت الباحثة في دراستها بمجموعة من الأدوات تمثلت في: المقابلة الإكلينيكية المستندة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس، الملاحظة، اختبار الصحة النفسية العامة (GHQ-60)، قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب (HAM-D)، مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق (HAM-A)، مقياس دافيدسون للضغوط التالية للصدمة (PTSD.D)، مقياس أندروس لخبرة الخزي (ShameScale. A)، التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية « .Classification of Mental and Behavioral Disordr» (ICD-10).

بينت نتائج الدراسة الحالية من خلال حساب الدلالة الدلالة الإكلينيكية (Clinical Signification) وذلك بحساب مؤشر التغير الثابت (RCI) « Reliability Change Index » حسب طريقة جاكوبسون، أن التدخل العلاجي المعرفي-السلوكي المقترح فعال في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج، وأن له أثر متوسط في تحسن مستوى الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم من المؤسسات العقابية.

وترى الباحثة أن نتائج الدراسة الحالية تعني من جهة أن المفرج عنهم من المؤسسات العقابية (حسب خصائص حالتي الدراسة الحالية) يتعرضون لصدمة نفسية عند الإفراج تتطور أعراضها في ظل عدم وجود رعاية نفسية لاحقة ومتابعة إلزامية للمفرج عنهم لتشكّل حالة من التآزم النفسي التي تعبر عن الضغوط التالية لصدمة الإفراج وتتجلى في أعراض الاكتئاب، القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، الشعور بالخزي، وهو ما يشير إلى خطوة مرحلة ما بعد الأفرج على المفرج عنهم نتيجة صعوبات التأقلم من جديد مع البيئة الخارجية ومجتمعها التي قد تقود لارتكاب مخالفات وسلوكيات منحرفة تتسبب في انتكاسهم وعودتهم مجدداً للسجن كمظهر للاستجابة اللاتوافقية للضغوط النفسية والبيئية.

ومن جهة أخرى تعني نتائج الدراسة الحالية فعالية تطبيق تدخلات علاجية معرفية-سلوكية وقائية في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج وزيادة مستوى الصحة النفسية العامة لدى المفرج عنهم، أن البرامج العلاجية النفسية (بما فيها البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية على وجه الخصوص) داخل المؤسسات العقابية لم تكن فعالة بما يكفي لنجاح السجن على الاندماج مجدداً في المجتمع بعد الإفراج عنه، وحتى لو كانت فعالة فهو في حاجة لخدمات دعم بعد إطلاق سراحه كجزء من خطة العلاج داخل السجن. وفي هذا الصدد أكد كوبرز (2015) على ضرورة العمل مع أسر المفرج عنهم والهيئات ذات الصلة في المجتمع (مؤسسات الرعاية اللاحقة، وهيئات المجتمع المدني، ومؤسسات الصحة العامة أو النفسية) لإنجاح عملية انتقالهم إلى المجتمع، وأنه لا يكون برنامج العلاج في السجن عملياً حقاً إذا لم يقدم خدمات شاملة لفترة ما بعد الإفراج من السجن (كوبرز، 2015، ص 259).

عموماً ترى الباحثة أنه يمكن لنتائج هذه الدراسة (كإضافة متواضعة) أن تكون دعامة لجهود الصحة النفسية المجتمعية من خلال لفت الانتباه للتأثير السلبي لصدمة الإفراج والضغوط التالية لها على الصحة النفسية العامة للمفرج عنهم وضرورة التدخلات النفسية المعرفية-السلوكية الوقائية بشكل إلزامي للتكفل بالمفرج عنهم منذ لحظة إطلاق سراحهم كتدخل وقائي لخفض الضغوط الحادة المصاحبة لصدمة الإفراج، وكذا الضغوط

التالية لها. وقد تساهم هذه التدخلات العلاجية المعرفية-السلوكية الوقائية بعد الإفراج في الحد من الانتكاس والعودة مجدداً إلى السجن على اعتبار أن مرحلة ما بعد الإفراج حسب العديد من الدراسات تمثل عامل خطورة (حددت في الفترة ما بين الإفراج والعودة للسجن) يستدعي جهوداً تقلل من خطورتها بالحفاظ على الصحة النفسية للمفرج عنهم التي تنعكس إيجاباً على الصحة النفسية المجتمعية.

اقتراحات:

أشارت الدراسة الحالية إلى عدة متغيرات ووضعت بعض الافتراضات يمكن تناولها مستقبلاً كمواضيع للدراسة والبحث وتقتصر الباحثة منها ما يلي:

- 1- التصور المدرك لدى السجناء لما بعد الإفراج وعلاقته بشدة الضغوط التالية لصدمة الإفراج.
- 2- الإدراك الاجتماعي وعلاقته بالضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى المفرج عنهم من المؤسسات العقابية.
- 3- نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى المفرج عنهم من المؤسسات العقابية.
- 4- المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج، دراسة مقارنة بين المفرج عنهم الذين تلقوا مساندة اجتماعية والمفرج عنهم الذين لم تقدم لهم أي مساندة اجتماعية.
- 5- فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في تحسين التوافق النفسي- الاجتماعي لدى المفرج عنهم.
- 6- فعالية تدخل معرفي-سلوكي مقترح في خفض شدة أعراض صدمة الإفراج (لحظة الإفراج).
- 7- أثر تنمية استراتيجيات المواجهة لدى المفرج عنهم في خفض مستوى الضغوط التالية لصدمة الإفراج.
- 8- فعالية تدخل علاجي معرفي-سلوكي في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى الأحداث المفرج عنهم من المؤسسات العقابية.
- 9- فعالية تدخل علاجي معرفي-سلوكي في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج لدى السجينات المفرج عنهن من المؤسسات العقابية.

المراجع

- 1- أبو إياد، عبد الله. (09 أوت 2010). نوعية الحياة وواقع الصحة النفسية لدى المترددين على السجون والإصلاحات. استرجعت بتاريخ 12 /11/ 2016 من <http://www.tanmia.ma/ar/2012-08-09-15-17-30>
- 2- إسماعيل محمود، عطية محمود. (دس). العلاج السلوكي - المعرفي. مصر: جامعة المنوفية. المكتبة الالكترونية.
- 3- أمزيان، وناس. (2013). صدمة الإفراج من السجن. مجلة دراسات لجامعة الأغواط. 2 (27)، 87-109.
- 4- أندروس، ب؛ كيان، إم؛ فلاننتين، ج. (2016). مقياس خبرة الخزي، (ترجمة حسين علي فايد)، القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نشر في عام 2002 م).
- 5- بارلو، ديفيد. ه. (2015). مرجع في الاضطرابات النفسية. دليل علاجي تفصيلي، (ترجمة صفوت فرج). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 6- البحيري، عبد الرقيب أحمد. (2005). اختبار التحليل الإكلينيكي للشخصية، مصر: مركز الإرشاد النفسي والتربوي.
- 7- برجيل، جويده. (2011). أثر السمات والشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئب. محاولة علاجية لست حالات. رسالة دكتوراه منشورة. الجزائر: جامعة وهران.
- 8- بركات، زياد. (2007). مصادر الأزمات كما يدركها طلبة جامعة القدس المفتوحة في ضوء متغير الجنس، فلسطين: جامعة القدس المفتوحة.
- 9- بطاهر، صادق. (5-6 أكتوبر 2011)، دور المصلحة الخارجية لإعادة الإدماج في تجسيد أنظمة وبرامج إعادة الإدماج ومتابعة عقوبة العمل للنفع العام. بالجزائر: وزارة العدل.
- 10- بن عبيد، سعاد. (2017). الضغوط التالية لصدمة الإفراج ودور الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم لإعادة إدماجهم في المجتمع. الجزائر: مجلة العلوم الإسلامية والحضارة، الجزائر: (06)، 371-392
- 11- بن عميرة، عقاب بن غازي. (2009). إدارة الأزمات الأسرية. المملكة العربية السعودية: الرياض.
- 12- بوراوي، شروق. (8-9 ماي 2017). البرنامج العلاجي المتخصص للتكفل بالمحبوسين العنيفين، ورقة مقدمة إلى ملتقى مؤسسة السجن بين الالتزامات الاجتماعية والضوابط القانونية، الجزائر، جامعة باتنة 1.
- 13- بيرمان، س. بيرل. (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي، (ترجمة محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف). مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.
- 14- بيك، أرون. (2004). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، (ترجمة مصطفى عادل). القاهرة: دار الأفاق العربية.
- 15- بيك، جوديث. (2008). العلاج المعرفي. أسس وأبعاد، (ترجمة طلعت مطر). القاهرة: المركز القومي للترجمة (العمل الأصلي نشر في عام 1955م).
- 16- التنسيق بين العمل والسجون لتوظيف المفرج عنهم. (سبتمبر، 2009). استرجعت في 04/05/2017 من <http://www.medadcenter.com/articles/1478>
- 17- ثابت، عبد العزيز موسى. (2014). الضغوط والخبرات النفسية الصادمة، ردود أفعال وتدخل. فلسطين: مؤسسة العلوم النفسية العربية.
- 18- جبالي، نور الدين، كريال، مختار. (ديسمبر، 2010). التعديل المعرفي السلوكي كأسلوب لعلاج الضغوط لدى المساجين. استرجعت في 02/08/2016 من <https://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=25688>

- 19- جراسكي، ميشيل.ج. (2012). العلاج المعرفي السلوكي، (ترجمة نكلس نسيم سلامة). القاهرة: مكتبة دار الكلمة للنشر والتوزيع (العمل الأصلي نشر في عام 2010م).
- 20- الجريدة الرسمية. (2007). كفيات تنظيم وسير المصالح الخارجية لإدارة السجون المكلفة بإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين. مرسوم تنفيذي رقم 67-07 مؤرخ في أول صفر عام 1428 الموافق ل 19 فبراير 2007.
- 21- جونجسما، ارثر.ي؛ بيترسون، مارك.ل.(1997). خطة العلاج النفسي، (ترجمة عادل دمرdash). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (العمل الأصلي نشر في عام 1995م).
- 22- جيرالد، كوري. (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، (ترجمة سامح وديع الخفش). الأردن: دار الفكر. (العمل الأصلي نشر في عام 2009).
- 23- حجازي، مصطفى.(2004). الصحة النفسية. منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة. ط2. المغرب: المركز الثقافي العربي.
- 24- الحريري، أحمد بن سعيد.(2009). العلاج النفسي الجنائي، نموذج علمي وعملي في الدراسات التجريبية - الإكلينيكية. لبنان: دار الفرابي.
- 25- حسن عزت، عبد الحميد محمد.(2011). الإحصاء النفسي والتربوي، تطبيقات باستخدام برنامج SPSS 18. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 26- حسين طه، عبد العظيم.(2007). العلاج النفسي المعرفي. مفاهيم وتطبيقات. مصر: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- 27- الحمداوي، أنور.(2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM5)، لبنان: الدار العربية للعلوم ناشرون.
- 28- حنتول، أحمد. (2005). أنماط السلوك الإجرامي في مرحلة الرشد وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى عينة من المودعين في سجون المنطقة الغربية. رسالة ماجستير منشورة، [نسخة إلكترونية]، السعودية: جامعة أم القرى.
- 29- خارجون من السجن إلى الحرية المزيفة. (مارس، 2010)، استرجعت بتاريخ 19/04/2010 من <http://bafree.net/alhisn/showthead.php?t=106498>
- 30- الخارجون من السجن يواجهون "سجنا أكبر" قضبانه المجتمع. (أفريل، 2011)، استرجعت بتاريخ 24/06/2013 من http://mouab.com/index.php?option=com_content&task=view&id=32474&Itemid=134
- 31- الخاني، محمد أحمد الفضل. (2006). المرشد إلى الفحص النفسي. لبنان: منشورات الحلبي الحقوقية.
- 32- درويش، يحي حسن.(1988). الرعاية اللاحقة وأثرها في الحد من العودة الى الجريمة، [نسخة إلكترونية]، السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 33- ربيع، محمد شحاتة، يوسف، جمعة سيد، عبد الله، معتز سيد.(1994). علم نفس جنائي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 34- الرعاية اللاحقة.(مارس، 2010). استرجعت بتاريخ 26/09/2010 من <http://www.pcare.org.sa/articles.php?action=show&id=19>

- 35- الرويلي، سعود بن محمد.(2008).الوصم الاجتماعي وعلاقته بالعود للجريمة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة. السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
- 36- الزغندي، هاني مصطفى، عبد الهادي، علاء. (2014): برنامج علاجي متعدد المحاور للدمج المجتمعي ولخفض مستوى العودة للجريمة لدى المفرج عنهم. مصر. مؤسسة ابدأ للتنمية والدمج المجتمعي.
- 37- سجون، بانث.ح؛ هارلشار.أ، جنسون. ج.ب؛ كاستروب. م؛مادسن.أ.ج؛ كونت جومري. ي؛ بولاتن. ب؛ بريب. ب وآخرون.(2016). الدليل الميداني لمجلس أبحاث إعادة تأهيل ضحايا التعذيب، (ترجمة سارة مصطفى، دعاء ايمبابي). كوبنهاغن: مركز الأبحاث وإعادة تأهيل ضحايا التعذيب.
- 38- السجون التونسية. (د س). السجون التونسية بين المعايير الدولية والواقع. الأمم المتحدة: حقوق الإنسان.
- 39- السدحان، عبد الله. (1999). الرعاية اللاحقة، مفهومها، أصولها في الإسلام، (ط2). الرياض: نسخة الكترونية.
- 40- سميكير. م؛ كوجال.ب؛ ريشاك. ك؛ رودان.س؛ بركات.م.(2010). إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة، دليل معالجة الصدمة من النوع الأول، (ترجمة سامر جميل رضوان). مصر: دار الكتاب الجامعي.
- 41- السنبل، عبد العزيز بن عبد الله. (2005). تقنين مقياس مدى التكيف لدى الدارسين في مراكز محو الأمية وتعليم الكبار في مدينة الرياض. الرياض: مجلة كلية التربية، (22).
- 42- السيد، رأفت السيد أحمد.(2006). مدى فعالية أسلوب الاسترخاء مع التخيل البصري والتدريب العلاجي بالإرجاع الحيوي في خفض مستويات اضطراب القلق المعم لدى عينة من الشباب الجامعي. مصر: مجلة علم النفس العربي، (1)2 (1)99-131.
- 43- شاكوا، كونجمان.(1988).تجارب الرعاية اللاحقة في الهند. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 44- شريك، مصطفى.(8-9 ماي 2017).من بيئة السجون إلى علم السجون: نحو تصور علم، ورقة مقدمة إلى ورقة مقدمة إلى ملتقى مؤسسة السجن بين الالتزامات الاجتماعية والضوابط القانونية، الجزائر، جامعة باتنة 1.
- 45- شعبان، مرسلينا حسن.(2013). الدعم النفسي ضرورة مجتمعية . إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية.
- 46- شلبي، محمد أحمد؛ الدسوقي، محمد ابراهيم؛ ابراهيم، زيزي السيد. (2014). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من (DSM 4 / DSM5)، مصر: المكتبة الأنجلو مصرية.
- 47- الصادي، نحمد فوي.(1988). رعاية أسر النزلاء كأسلوب من أساليب الرعاية اللاحقة، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 48- الضبيب، إبراهيم بن أحمد.(2000). صدمة الإفراج وأثرها على الأحداث. [نسخة إلكترونية]. السعودية: المجلة السعودية للأمن والحياة، 206 (..)، 56-57.
- 49- طالب، أحسن مبارك. (2000). العمل الطوعي لنزلاء المؤسسات الإصلاحية. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 50- عبد الخالق، أحمد محمد، (2006). الصدمة النفسية، ط2، الكويت: رواج للإعلام والنشر.
- 51- عبد الستار، إبراهيم.(2007). إنه من حقك يا أخي!. دليل في العلاج المعرفي السلوكي لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية.مصر: دار الكاتب.

- 52- عبد الستار، إبراهيم.(2008). عين العقل؟ دليل في العلاج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الايجابي. مصر: دار الكاتب. http://mouab.com/index.php?option=com_content&task=view&id=32474&Itemid=134.
- 53- عبد الستار، إبراهيم وعسكر، عبد الله.(2008). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي ط 4. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 54- عبد الستار، إبراهيم.(2011). العلاج النفسي السلوكي الحديث. أساليبه وميادين تطبيقه. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 55- عبد الصمد، عبد الفتاح عثمان.(1988). نموذج عربي للرعاية اللاحقة للأحداث في الوطن العربي. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 56- عبد العال، عبد الحليم رضا.(1988). تجارب وخبرات محلية ودولية في الرعاية اللاحقة. [نسخة إلكترونية]، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 57- عبد الهادي، عماد، الزغندي، هاني.(ماي 2016). دراسة ميدانية على نتائج الوصم بين السجناء المفرج عنهم، استرجعت بتاريخ 2017/12/10 من <http://fdci.org/site/979>
- 58- عرسان، عبد اللطيف.(1986).الرعاية للاحقة للمفرج عنهم بين النظرية والتطبيق. المجلة السعودية في الأمن والحياة، 51(05)، 21-31.
- 59- عكاشة، أحمد؛ عكاشة، طارق.(2013). الطب النفسي المعاصر. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 60- عمر، ماهر محمود.(2006). التعامل مع الصدمات النفسية، رؤية تحليلية لممارسات ماهر عمر الإرشادية العلاجية. الولايات المتحدة الأمريكية: أكاديمية ميتشيجان للدراسات النفسية.
- 61- عيسى، حسن.(1984). بيئة السجين في ماضيه وحاضره وتأثيرها على سلوكه. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 62- غانم، محمد حسن.(2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مصر: المكتبة الأنجلو المصرية.
- 63- غانم، محمد حسن.(2008). علم النفس والجريمة. مصر: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.
- 64- غريب، عبد لفتاح غريب.(2005). دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية. مصر: الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالتعاون مع مستشفى الطب النفسي (عادل صادق. القاهرة).
- 65- غولديبرج، يلسامز.(1991). اختبار الصحة النفسية العامة، (ترجمة هدى جعفر حسن)، الكويت: كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
- 66- فرج، صفوت.(2008). علم النفس الإكلينيكي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 67- فرغلي، علاء الدين بدوي.(2008). مهارات العلاج المعرفي السلوكي. ط2، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- 68- قانون تنظيم السجون.(2005). قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين (05-04 المؤرخ في 27 ذي الحجة 1425 الموافق 06 فبراير 2005)، الجزائر: الأمانة العامة للحكومة.
- 69- قدي، سيف الدين. (نوفمبر، 2009). الرعاية والخدمات النفسية والاجتماعية في مجال الانحراف والجريمة. استرجعت في 05 /09 /2010 من <http://pulpit.alwatanvoice.com/content-178722.html>

- 70- الفهوجي، علي عبد القادر. الشاذلي، فتوح عبد الله. (1998). علم الإجرام والعقاب. مصر: منشأة المعارف للنشر.
- 71- قواعد الأمم المتحدة. (2015). قواعد الأمم المتحدة الدنيا لمعاملة السجناء، (قواعد نيلسون منديلا)، فينا: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.
- 72- كاره، عبد المجيد. (1987). السجن كمؤسسة اجتماعية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 73- كاس، ف؛ أولدام، ج؛ باردس، ه. (2009). في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، (ترجمة سامر جميل رضوان). فلسطين: دار الكتاب الجامعي.
- 74- كحلة، ألفت. (ب س). العلاج المعرفي السلوكي عن طريق لتحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب. مصر: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- 75- كربال، مختار. (8-9 ماي 2017). الاحتياجات الخاصة للمساكين والبرامج العلاجية المقترحة، ورقة مقدمة إلى ملتقى مؤسسة السجن بين الالتزامات الاجتماعية والضوابط القانونية، الجزائر، جامعة باتنة 1.
- 76- كرينج، أن م؛ جوهانسون، شيري، ل؛ نيال، جيون. م.؛ دافيسون، جيرالد. س. (2016). علم النفس المرضي، (ترجمة أمثل هادي الحويلة وآخرون). مصر: المكتبة الأنجلو المصرية.
- 77- كلارك، هيثر لبيث. (د س). صياغة معرفية- سلوكية وخطة العلاج لحالة مرضية، (ترجمة الشايح أحمد كساب). السعودية: جامعة الملك سعود.
- 78- كمال، مرسي إبراهيم. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية، مصر: دار النشر للجامعات.
- 79- كوبرز، تيري. (2015). الجنون في غياهب السجون، (ترجمة أميرة علي عبد الصادق). مصر: مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.
- 80- اللجنة الوطنية لرعاية السجناء والمفرج عنهم وأسرهم. (2007). رعاية أسر السجناء، [نسخة إلكترونية]، الرياض: جمعية البر.
- 81- لويس، كامل مليكة. (1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. القاهرة: عالم الكتب.
- 82- ليندزاي، ستان؛ بول، جراهام. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة (صفوت فرج). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 83- لينهان، مارث إم. (2014). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الشخصية الحدية. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- 84- ليهي، روبرت. (2006). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، (ترجمة يوسف جمعة سيد، الصبوة محمد نجيب أحمد). القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- 85- مبيض، مأمون. (د س). الرعاية النفسية لسجين الرأي والأسير. التأهيل الجسدي والنفسي والاجتماعي. [نسخة إلكترونية]. قطر: مركز التأهيل الاجتماعي.
- 86- محمد، عبد الله عادل. (2000). العلاج المعرفي السلوكي. أسس وتطبيقات. القاهرة. دار الرشد.
- 87- المركز العربي للدراسات الأمنية. (1984). السجون مزاياها وعيوبها من وجهة النظر الإصلاحية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية.
- 88- معاوية، عبد الله. (1990). دور الصحة النفسية في الترشيح الأمني للمجتمع. الرياض: جامعة نايف للعلوم الأمنية.

- 89- مكاي، ماثيو؛ ديفيز، مرثا؛ فانينج باتريك.(2010). الأفكار والمشاعر، ترجمة (سليمان الغديان). السعودية: مكتبة جرير.
- 90- مكتب الإنماء الاجتماعي.(2000). الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية، دراسة ايديمولوجية. الكويت: إدارة البحوث والدراسات.
- 91- مكي، عباس محمود.(2007). الخبير النفس - جنائي وتنامي الجرائم الأخلاقية المعاصرة. لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- 92- ملا علو، ندى سالم حمدون.(2012). أثر الأمراض النفسية في التصرفات القانونية، دراسة مقارنة، مصر: دار الكتب القانونية.
- 93- منظمة الصحة العالمية.(1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية، ترجمة (وحدة الطب النفسي بإشراف احمد عكاشة)، القاهرة: جامعة عين شمس. (العمل الأصلي نشر في عام 1992م).
- 94- الناصر، عبد الله؛ الرواشدة، حسين.(2010). صدمة الإفراج للسجناء وإدماجهم في المجتمع. الأردن: مطابع الدستور التجارية.
- 95- نصر، سامي.(ماي، 2014). تأهيل السجين أم تأهيل السجان. استرجعت في 29 /05 /2014 من http://www.tunisiafreeblogspot.com.blogspot.com/2014/05/blog-post_6924.html
- 96- النفسي السلوكي. لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض. ط2. لبنان: دار العلم للملايين.
- 97- الهليل، عبد العزيز بن عبد الرحمن. (2010). واقع الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم من الموقوفين في مركز محمد بن نايف للمناصرة والرعاية بالرياض، رسالة ماجستير منشورة. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 98- هوفمان، س.ج. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. الحلول نفسية لمشكلات الصحة العقلية، ترجمة (عيسى مراد علي). القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- 99- هيلز، ديانا؛ هيلز، روبرت.(1999). الغنية بالعقل والنفس، (ترجمة عبد العلي الجسماني). لبنان: الدار العربية للعلوم.
- 100- الوكيل، سيد أحمد محمد.(2012). فاعلية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي - السلوكي في علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطرب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 13(03). 220-253.
- 101- الياسين، جعفر عبد الأمير علي.(2016). السجون، دراسة تاريخية قانونية اجتماعية، لبنان: منشورات زين الحقوقية.
- 102- يوسف، إسماعيل. (2005). الصحة النفسية. [نسخة إلكترونية]. مصر.
- 103- اليوسف، عبد الله بن عبد لعزیز.(2006). آراء القضاة والعاملين في السجون نحو البدائل الاجتماعية للعقوبات السالبة للحرية. المملكة العربية السعودية: مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- 104- يوسف، حدة.(2012). فاعلية برنامج إرشادي (معرفي -سلوكي) في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة. دراسة شبه تجريبية). رسالة دكتوراه منشورة. الجزائر: جامعة باتنة1.
- 105-Friendship, C., Blud. L., Erikson. M., Travers,R.(2002). An evaluation of cognitive behavioural treatment for prisoners. *Findings*, (161),(01-04).
- 106- Marieke,L., Kunst, M.(2013). Is there a recognizable post-incarceration syndrome

- 107- among released “lifers”? *International Journal of Law and Psychiatry*, (36), (333–337).
- 108- Jacob, J., Roberts, B., Bock, B. C., Martin, R. A., Stein, L.A.R. , Parker. D. R., et all.,(2016). Changes in Depression and Stress after Release from a Tobacco-Free Prison in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (13), (01-09).
- 109- -O’Malley, M., Brown, A., Sharfstein, J.(2014).Risk of Overdose Death Following Release from Prison or Jail. *Maryland :Departement of Health and Mental Hygiene*.
- 110- Liem,M,. Garcin, J.(2014). Post-Release Success among Paroled Lifers.USA : *laws journal* (3),(798–823).
- 111- Freudenberg,N,. Daniels, J., Crum, M,. Perkins,T,. Richie, B. E.(2005). Coming Home From Jail: The Social and Health Consequences of Community Reentry for Women, Male Adolescents, and Their Families and Communities. New York : *American Journal of Public Health*, (95), 10. (1725-1736).
- 112- Dobson, K.S.(2010). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. New York : *The Guilford Press*.
- 113- Leahy.R.L,. Dowd.E.T.(2002). Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy. Theory And Application. New York: Springer *Publishing Company*.
- 114- Akpama,E.G.(2013). The effect of cognitive and behaviour therapies on prison and post-prison inmates psychological adjustment in Afokang prison, Cross River State, Negeria : *Ioser Journal of research & Method in Education*, (02),1.(20-25).
- 115- Kingdon.D., Turkington,D.(2002). The Case sTady Guide To Cognitive Ththerapy OF Psychosis.England: *Copyriht*.
- 116- Sommers.J., Sommers.R.(2014). Clinical Interviewing Fafth Edition. Canada : Hoboken New Jersey.
- 117- Milkman.H., Wanberg.K.(2007). A Review and Discussion for Corrections Professionals. Colorado: Centre for Addictions Research and Evaluation.
- 118- Fontaine.O., Fontaine.PH.(2000). Guide Clinique De Thérapie Comportementale et Cognitive.Paris. Edition RETZ.
- 119- Decety,J., Jackson,PH,L,. Brunet,E.(2007). The Cognitive neuropsychology of Empathy.In T.Farrow and P.Woodrulf (eds). Empathy Mental Illness. New York : *Combridge University Press*. (239-256).
- 120- Liotti,G.(2004). Patterns of Attachment and the Assessment of Interpersonal Schemata, Understanding and Canging Difficult Patient-Therapist RelaTioships in Cognitive Psychotherapiy.In
- 121- Leahy,R.L,. Dowd.E.T(eds).(2002). Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy. Theory And Application. New York: *Springer Publishing Company*, (377-388)
- 122- De Vries, H.(2010). L’Analyse Comportementale. La Conceptualisation des Cas en Thérapie Comportementale et Cognitive.Paris: *Revue de la Société Algérienne de Psychiatrie*, 12,(05-10).
- 123- Cottraux, J.(2007). Therapie Cognitive et Émotions,3eme Vague, Paris : Elsevien Masson.

- 124- Larouche, A.(2008). Les Effets De L'experience Carcérale Sur La Construction Identitaire Des Jeunes De La Rue À Montréal. MONTRÉAL: Université Du Québec.
- 125- Daniel, A. E.(2007). Care of the Mentally Ill in Prisons: Challenges and Solutions. U.S.A: *The Journal of the American Academy of Psychiatry*,(35).
- 126- Safer, Healthier, People.(2006). Traumatic Brain Injury in Prisons and Jails. An Unrecognized Problem. [online]. USA: Department of Health and Human Services.
- 127- DeVeaux, M.(2013). The Trauma of the Incarceration Experience. [online]. New York: *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, (48) (258-277).
- 128- Petersilia, J.(2000). When Prisoners Return to the Community: Political, Economic, and Social Consequences. Papers From the Executive Sessions on Sentencing and Corrections.[online]. U.S.A: National Institute of Justice.
- 129- Visher, CH., Debus.S., Yahner.J.(2008). Employment after Prison: A Longitudinal Study of Releasees in Three States. Longitudinal Study of Releasees in Three States. U.S.A : Urban Institute.
- 130- Gorski, T.T.(2016). PostIncarceration Syndrome and Relapse. 05-08-2016 From http://www.tgorski.com/criminal_justice/cjs_pics_&_relapse.htm.2016-08-05
- 131- Borzycki, M., Baldry. E.(2003). Promoting Integration: The Provision of Prisoner Post-release Services. trends & issues in crime and criminal justice. [online]. Australia : Australian Institute of Criminology.
- 132- Davies, M.(2011). The Reintegration Of Elderly Prisoners: An Exploration Of Services Provided In England And Wales. [online]. England: Internet Journal of Criminology.
- 133- Willis, M.(2004). Ex-Prisoners, SAAP, Housing and Homelessness in Australia. Final Report to the National SAAP Coordination.[online].Australia :Australian Institute of Criminology
- 134- Travis, J., Solomon, A.,Waul, M.(2001). From Prison To Home:The Dimensions and Consequences of Prisoner Reentry. [online]. U.S.A: Urban Institute Justice Policy Center.
- 135- Western, B., Braga, A.A., Davis, J., Sirois, C.(2014). Stress and Hardship After Prison. [online]. Cambridge MA : Department of Sociology.
- 137- Visher, CH.A., Travis, J.(2003). Transition Ransitions From Prison To Community: Understanding Individual Pathways, [Electronic version]. *arjournals.annualreviews.org*, (29),(89-113).
- 138- UNODC.(2007).Afghanistan:Female Prisoners and theirSocial Reintegration. [online]. Vienna: United Natio Office On Drugs And Crime.
- 139- Novaco.W.R.(1977). Stress Inoculation: A Cognitive Therapy for Anger and Its Application to a Case of Depression.California: *Journal of Consulting and clinical psychology*. (45), 4.(600-608).
- 140- Kethinein, S., Braithwaite, J.(2010). The effect of a cognitive- behavioral program for At-risk youth: Changes in Attitudes, Social skills, Family, and Community and Peer Relationships, Victims & Offenders ,USA: *International Journal of Evidence –Based Reserch,Policy and Practice*. 6 (1),(93-116).

- 141- Feucht, T., Tammy, H. (2016). Does Cognitive Behavioral Therapy Work In Criminal Justice ? A New Analysis From Crime Solutions. Gov. USA: *NIJ Journal*. (277), (10-17).
- 142- Rector, N.A. (2010). Cognitive behavioral therapy. An information guide. Canada: Centre For Addiction and Mental Health.
- 143- Binswanger, I. A. Stern, M F., Deyo, R.A., Heagerty, P.J., Cheadle, A., Elmore, J. G
- 144- Et al. (2007). Release from Prison -A High Risk of Death for Former Inmates. U.S.A: *The new england journal of medicine*, (356), (65-157).
- 145- Liem, M., Kunst, M. (2013). Is there a recognizable post-incarceration syndrome among released "lifers"? *International Journal of Law and Psychiatry*, (36), (333-337).
- 147- Kensey, A. Benaouda, A. (2011). Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, (36), 05-09
- 148- Bond, F.W., Dyden, W. (2002). Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy. England : Copyritht.
- 149- Decety, J., Jackson, P.H.L., Brunet, E. (2007). The Cognitive neuropsychology of Empathy. In T. Farrow and P. Woodruff (eds). Empathy Mental Illness. New York : *Combridge University Press*, (239-256).
- 150- Fazel, S., Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. [Electronic version] U.S.A: *University of Oxford, University of Texas*, (377), (956-65).
- 151- Nelson, M., Deess, P., Allen, Ch. (1999). The First Month Out Post-Incarceration Experiences. New York City: Vera Institute of Justice.
- 152- Goethals, J. (1980). Les effets psychosociaux des longues peines d'emprisonnement. In: *Déviance et société*. 4 (1), (81-101).
- 153- Marshall & David Nutt Psychopharmacology Unit. Bristol : University of Bristol,
- 154- Edmund D. S. & Bland P. J. (2011). Incarceration and Trauma. From Real Tools, Responding to Multi-Abuse Trauma. Alaska : Network on Domestic Violence and Sexual Assault.
- 155- Binswanger, I. A., Stern, Marc. F., Deyo R. A., Patrick J. H., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell Th. D., (2007). Release from Prison , A High Risk of Death for Former Inmates.
- 156- Lipsey, M. W., Landenberger N. A., & Wilson, S. J., (2007). Effects of Cognitive-Behavioral Programs For Criminal Offenders. USA : Center for Evaluation Research and Methodology.

الملاحق

الملاحق

استخبار الصحة النفسية العامة

البيانات الأولية:

ضع دائرة حول الاختيار المناسب:

العمر: () سنة الجنس: ذكر () - أنثى () الحالة الاجتماعية: متزوج () مطلق () أرم ()
 المؤهل العلمي: الوظيفة: عامل () - بطل () مدة السجن () .
 المدة بعد الإفراج () ، نوع الإفراج: إفراج مشروط () ، نهاية العقوبة ()
 الرجاء قراءة ما يلي بدقة:

1	أنتك بصحة جيدة وان كل شيء على ما يرام؟	أحسن من المعتاد	كالمعتاد	أسوء من المعتاد	أسوء من المعتاد بكثير
2	أنتك في حاجة الى دواء مقوي؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بقليل
3	أنتك منهك (متعب جدا)؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
4	أنتك مريض؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
5	أن لديك آلاما في رأسك؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
6	أن هناك شد أو ضغط إطلاقا في رأسك؟	ليس أكثر	أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	المعتاد بكثير
7	أنتك قادر على تركيز أحسن من انتباهك في أي شيء تؤديه.	كالمعتاد المعتاد	المعتاد	أقل من المعتاد	أقل من المعتاد بكثير
8	أنتك تخشى أن تكون على وشك الانهيار وأنت في مكان عام؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
9	بنوبات من الحرارة أو البرودة؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
10	أنتك تعرق بشدة؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير

نود أن نعرف ما إذا كانت لديك أي شكوى صحية، وكيف كانت حالتك الصحية بشكل عام خلال الأسابيع القليلة الماضية. الرجاء الإجابة عن جميع الأسئلة في الصفحات التالية، وذلك بوضع خط أسفل الإجابة التي تعتقد أنها تنطبق عليك بشكل أكبر، تذكر بأننا نريد أن نعرف الشكاوى الحالية والحديثة، وليست الشكاوى التي كانت لديك في الماضي. من الضروري أن تجيب عن جميع الأسئلة. كما نرجو أن تلاحظ اختلاف بدائل الإجابة على كل سؤال من بند إلى آخر، لذا نرجو منك العناية بقراءة السؤال بكل بدائله قبل الإجابة. نشكرك على حسن تعاونك.

الملاحق

• هل شعرت مؤخرا:

11	أنك تستيقظ مبكرا وتجد صعوبة في العودة للنوم مرة أخرى؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
12	أن ساعات نومك غير كافية؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
13	بالتعب والإرهاق الشديد لدرجة أنك لا تستطيع أن تأكل؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
14	أن نومك قل نتيجة للهموم؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
15	أنك متيقظ ذهنيا؟	أحسن من المعتاد	كالمعتاد	أقل نشاطا من المعتاد	أقل نشاطا بكثير
16	أنك تتمتع بالحيوية؟	أحسن من المعتاد	كالمعتاد	أقل نشاطا من المعتاد	أقل نشاطا بكثير
17	أنه يصعب عليك بدء النوم	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
18	انه من الصعب عليك أن تعود على النوم إذا حدث واستيقظت؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
19	أنك تعاني من الأحلام المزعجة أو غير السارة؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير

• هل شعرت مؤخرا:

20	أنك تقضي ليالي قلقه ولا راحة فيها؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
21	أنك تستطيع ان تبقي نفسك مشغولا بشيء ما؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل من المعتاد بقليل	أقل من المعتاد بكثير
22	أنك تستغرق فترة طويلة في أداء الأعمال؟	أسرع من المعتاد	كالمعتاد	أطول من المعتاد	أطول من المعتاد بكثير
23	أنك تميل إلى أن تفقد الاهتمام بأنشطتك العادية؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
24	أنك تفقد اهتمامك بمظهرك الشخصي؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
25	أنه ليس لديك مشكلة في اختيار ما ستلبسه؟	مشاكل أكثر من المعتاد	كالمعتاد تقريبا	مشاكل أقل من المعتاد	مشاكل أقل بكثير

الملاحق

			المعتاد		
26	أنتك تكثر الخروج من البيت؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل من المعتاد	أقل من المعتاد بكثير
27	أنتك تستطيع تدبير الأمور كما يفعل معظم الأفراد الذين هم في ظروفك؟	أحسن من كثيرين	نفس الحالة تقريبا	أقل كفاءة بقليل	أقل كفاءة بكثير
28	أنتك تقوم بمهامك بشكل جيد؟	أحسن من المعتاد	نفس الشيء تقريبا	أقل كفاءة من المعتاد	أقل كفاءة بكثير

• هل شعرت مؤخرًا:

29	أنتك تتأخر عن الذهاب إلى عملك أو تتأخر في بدء أعمالك المنزلية؟	اطلاقا	ليس متأخرا من المعتاد	متأخرا عن المعتاد بقليل	متأخرا كثيرا عن المعتاد
30	أنتك راضي عن الطريقة التي تؤدي مهامك اليومية؟	أكثر رضى	كالمعتاد تقريبا	أقل رضى من المعتاد	اقل رضى بكثير
31	انك قادر على أن تشعر بالدفء والحب نحو الأفراد المحيطين بك؟	أحسن من المعتاد	كالمعتاد تقريبا	أقل كفاءة من المعتاد	أقل كفاءة بكثير
32	أنتك تجد من السهولة التعامل مع الآخرين؟	أحسن من المعتاد	كالمعتاد تقريبا	أقل كفاءة من المعتاد	أقل كفاءة بكثير
33	أنتك تقضي وقتا طويلا في التحدث مع الآخرين	مرات أكثر من المعتاد	كالمعتاد تقريبا	أقل من المعتاد	أقل من المعتاد بكثير
34	أنتك تخشى من قول أي شيء للآخرين حتى لا تكون موضع سخرية؟	اطلاقا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
35	أنتك تقوم بدور مهم في الأمور المحيطة بك؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل فائدة من المعتاد	أقل فائدة بكثير
36	أنتك قادر على اتخاذ قرارات بشأن بعض الأمور؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل من المعتاد	أقل قدرة بكثير

الملاحق

• هل شعرت مؤخرًا

37	أنتك غير قادر على البدء في عمل أي شيء؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
38	برهبة من أي شيء عليك عمله؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
39	أنتك تعاني من ضغوط مستمرة؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
40	أنتك لا تستطيع التغلب على المشكلات التي تواجهك؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
41	أن الحياة صراع مستمر؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
42	أنتك قادر على الاستمتاع بما تقوم به كل يوم من مهام وأنشطة؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل من المعتاد	أقل من المعتاد بكثير
43	أنتك تتعامل مع الأمور بجدية بالغة؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
44	أنتك منفعل وعصبي المزاج؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
45	أنتك خائف أو في حالة ذعر دون سبب معقول؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير

• هل شعرت مؤخرًا:

46	أنتك تستطيع مواجهة مشاكلك؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل قدرة من المعتاد	أقل قدرة بكثير
47	أن كل شيء أصبح فوق طاقتك؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير
48	ان الآخرين يطيلون النظر إليك؟	اطلاقًا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد بقليل	أكثر من المعتاد بكثير

الملاحق

أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	أنت مكتئب وغير سعيد؟	49
أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	بفقدان الثقة في نفسك؟	50
أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	أنت تفكر في نفسك على أنك شخص عديم الفائدة؟	51
أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	أن الحياة ميؤوس منها تماما؟	52
أقل أملا بكثير	أقل من المعتاد	كالمعتاد تقريبا	أكثر من المعتاد	بالأمل في مستقبلك الشخصي؟	53
أقل من المعتاد بكثير	أقل من المعتاد	كالمعتاد تقريبا	أكثر من المعتاد	أنت سعيد بدرجة معقولة؟	54
أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	أنت عصبي ومتوتر طوال الوقت؟	55

• هل شعرت مؤخرًا:

=

أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	أن الحياة لا تستحق أن تعيشها؟	56
خطرت لي بالتأكيد	خطرت في ذهني	لا اعتقد	بالتأكيد لا	بأنك قد تقتل نفسك؟	57
أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	أنت غير قادر على عمل شيء لأن أعصابك متوترة جدا؟	58
أكثر من المعتاد بكثير	أكثر من المعتاد بقليل	ليس أكثر من المعتاد	اطلاقا	أنت تتمنى لو كنت ميتا وبعيدا عن كل شيء؟	59
خطرت لي بالتأكيد	خطرت في ذهني	لا اعتقد	بالتأكيد لا	بفكرة الانتحار تتردد على ذهنك باستمرار؟	60

نص المقابلة الإكلينيكية لتشخيص
الاضطرابات النفسية DSM-4

- ١- هذه المقابلة تتم مع المريض إذا كان واعيا بالمرض أو بأهل المريض إذا كان ذهانيا (مثل الفصام).
- ٢- يقوم اختصاصي علم النفس الإكلينيكي أو اختصاصي الطب النفسي بدور نشط في عملية تشخيص المرض حيث يبدأ بطرح فروض خاصة بتصنيف أعراض المرض لكي يتم تطبيق الجزء الخاص بالمرض.
- ٣- يمكن تطبيق أكثر من فئة مرضية مثل الاكتئاب أو القلق أو الرهاب أو الذعر.

التعليمات :

دعنا الآن نجمع بعض المعلومات المهمة عن الفترة الحالية والمشكلات السابقة.

- هل لديك أي سؤال قبل أن نبدأ في طرح الأسئلة عليك؟

١- بيانات ديموجرافية:

- اسم المريض: تاريخ التطبيق: / /
- الجنس: ذكر (١) أنثى (٢)
- تاريخ الميلاد: / / العمر: () سنة
- هل أنت
- ١- متزوج ()
- ٢- أرمل ()

DSM-4 & DSM-5

- ٣- مطلق () (لماذا؟)
 ٤- منفصل () (لماذا؟)
 ٥- لم يتزوج () (لماذا؟)
 - هل لديك أطفال؟ - نعم (عددهم) أعمارهم (.....،.....،.....،.....)
 - لا ()

مع من تعيش؟

٢- التاريخ التعليمي أو العلمي:

- أعلى صف دراسي وصلت إليه
 (عند الفشل في الدراسة: لماذا لم تكمل تعليمك؟

٣- التاريخ المهني:

- هل تعمل؟ نعم () لا () لماذا
 - ما هي وظيفتك؟ - ما هو دخلك تقريبا
 - منذ متى تعمل في هذه الوظيفة؟
 - هل هناك مشكلات في العمل ما هي
 - هل تنفق على نفسك؟ (نعم) (لا) من ينفق عليك الآن

- إذا كان هناك تنقل بين الوظائف حديثا (٦ شهور)، تسأل: لماذا تركت العمل السابق؟ وكيف تعول نفسك الآن؟
 - هل حدث في فترة معينة من عمرك لم تكن قادرا على الذهاب إلى العمل أو المدرسة؟ نعم () لماذا
 - في حالة الإجابة بنعم: متى كان ذلك؟ ماذا كان السبب؟
 - كنت منتظم دائما في العمل أو الدراسة ()

٤- المرض الحالي:

- هل خضعت للعلاج من المرض الذي تعاني منه الآن؟
 - نعم () لا ()
 عند الإجابة بنعم: ضع علامة أمام ما ينطبق على الحالة فيما يلي:
 - ملازم للمستشفى - بالمنزل

نص المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية DSM-4

- منذ متى؟ ما هي الأدوية الموصوفة لك الشهور أو الأسابيع الماضية
- ما هو تشخيص الأطباء للمرض الذي عانيت منه؟
- هل تعالج الآن: نعم () لا ()
- ٥- الشكوى الأساسية:
- الآن ووصف المشكلة
- ما الذي جعلك تأتي للعلاج الآن؟

مسح عام للأعراض والمشكلات النفسية المرضية :

- الآن دعني أسالك عن بعض المشكلات التي قد تكون واجهتها سنقوم الآن بتحديدتها فقط وسوف نتكلم بالتفصيل عنها فيما بعد.
- ١- هل سبق لك أن عولجت من مرض نفسي؟
نعم () لا ()
- ٢- أ- ما هو هذا المرض وما هي الأدوية التي تتناولها
- ب- هل لديك أعراض أخرى جديدة تستلزم الفحص؟
- ٣- هل تعرضت إلى حادثة خطيرة أو شاهدها ولا تنساها أبدا؟
نعم () لا ()
- ٤- هل تتناول مخدرات أو خمور أو عقاقير طبية تؤثر على حالتك النفسية؟
.....
- ٥- هل هناك اضطراب واخلل في حياتك الاجتماعية أو المهنية؟
نعم () لا ()
- ٦- قواعد استبعاد الذهان:
- أ - استبعاد الفصام
- هل ترى كائنات أو أشياء لا يراها الآخرون؟
نعم () لا ()
- هل تسمع أصوات تأمرك بفعل سلوكيات معينة؟
نعم () لا ()

DSM-4 & DSM-5

- هل أنت كسول وفاقدا للإرادة لا تفعل أى شيء؟
نعم () لا ()
- هل أنت متبلد المشاعر ولا يوجد لديك فرق بين الحزن والفرح؟
نعم () لا ()
- إذا أجاب الشخص بنعم فى واحدة من النقاط السابقة يتم تطبيق الجزء الخاص بالفصام وبيان نوع الفصام
- ب- هل تعتقد أن الآخرين يتآمرون عليك وأن أجهزة المخابرات أو الشرطة يراقبونك ويصورونك بالمنزل أو الشارع؟
فى حالة نعم: هل تتناكب ضلالات اضطهاد أو أنك مبعوث إلهى أو أحد أولياء الله الصالحين؟
- يتم تطبيق الجزء الخاص بالفصام " أ " والبارانويا (الهذات)
- ٧- هل تتناكب فترات حزن وكآبة وتشاوم بشأن حياتك الآن وفى المستقبل (أو النشاط والانطلاق والسعادة كنبوة مفردة أو مع الاكتئاب)؟
نعم () لا ()
- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق بنود الاكتئاب أو الهوس
- ٨- هل حدث لك اية نوبة رعب وشعرت فجأة بالخوف أو القلق أو شعرت بأعراض بدنية متعاقبة وأنت على وشك الموت؟
نعم () لا ()
- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق القلق والذعر (الهلع)
- ٩- هل حدث أن كنت خائفا من الخروج من المنزل بمفردك أو أن توجد فى زحام أو تقف بطابور أو تسافر بواسطة القطار أو الأتوبيس؟
نعم () لا ()
- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق البنود الخاصة ب فوبيا (رهاب) الأماكن الواسعة
- ١٠- هل هناك أشياء تخاف منها بشكل محدد كالطيور أو رؤية الدم أو الطيران أو الحقن أو الأماكن المرتفعة أو الأماكن الضيقة أو المغلقة أو أنواع محددة من الحيوانات أو الحشرات؟
نعم () لا ()

نص المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية DSM-4

- في حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق بنود الرهاب
- ١١- هل حدث أن ضايقتك أفكارا ملحة ليس لها معنى بحيث تميل هذه الأفكار لأن تدور برأسك حتى عندما تحاول أن تطردها من ذهنك؟
نعم () لا ()
- في حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق بنود الوسواس
- ١٢- هل حدث أن كان هناك شيئا عليك أن تفعله بشكل متكرر ولا يمكنك مقاومته مثل غسل اليدين مرات عديدة أو العد حتى رقم معين أو مراجعة شيء ما عدة مرات للتأكد من أنك قد فعلته بالطريقة الصحيحة؟
نعم () لا ()
- في حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق البنود الخاصة بالوسواس القهري
- ١٣- في الشهور الستة الأخيرة هل كنت قلقا وعصبيا بشكل واضح ومصاب بالأرق أو أن نبضات القلب سريعة أو أن لديك مشكلات في النوم أو أنك على حافة الموت؟
نعم () لا ()
- في حالة الإجابة بنعم تطبيق بنود القلق العام والهلع في حال ان الشخص يتعرض لما يشبه الذبحة الصدرية أو لما يشبه النوبة القلبية وحينها تطبق بنود الهلع
- ١٤- هل تعاني من أعراض جسمانية مثل اضطراب المعدة أو الإمساك أو القولون العصبي ويقول الأطباء انه عرض نفسي أو يحدث عمى أو طرشا مفاجئا ومرتبطا بأحداث ضاغطة؟
نعم () لا ()
- في حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق الاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ



www.cbtarabia.com

مقياس هاميلتون لتقدير مدى القلق

اسم المريض:

رقم الملف:

التاريخ:

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	الفقرة	
					التوجس والتشكك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستئثار.	1- عسر المزاج
					مشاعر عدم الارتياح، سهولة الاجهاد، الفزع، سهولة الكفاء، الارتجاف، لا يستقر على حل، لا يستطيع أن يترك نفسه على سجيبتها.	2- التوتر
					من الظلام، والخرباء والوحدة والحيوانات وزحمة المرور والحشود.	3- الخوف
					صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير متين والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام وكوابيس ومخاوف ليلية.	4- الأرق
					صعوبة التذكر وضعف الذاكرة.	5- الذاكرة
					اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الاستيقاظ المبكر، انتقال الأفكار من التيقظ إلى التقيص في اليوم الواحد.	6- المزاج الاكتئابي
					تلملم، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقليب الحاجبين، وجه مشدود، تهديدات أو تلاحق الأنفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشوء، حركات مفاجئة في المفاصل، اتساع حقة العين وجحوظ العينين.	7- السلوك خلال المقابلة
					طنين في الأذن، زغلة البصر، نوبات من السخونة والبرودة، إحساس بالضعف.	8- المشاعر الجسمية (الصبية)
					الأم وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، اتفاح العضلات، صرير الأسنان، حشرجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.	9- المشاعر الجسمية (العضلية)
					اختلال ضربات القلب، الأم الصدر، خفقان القلب، انتفاض الحروق، مشاعر الدوار.	10- أعراض القلب والأوعية الدموية
					ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالاختناق، التثهد، عسر التنفس.	11- أعراض تنفسية
					صعوبة البلع، أرياح، الأم في البطن، حرقان المعدة، لين البراز، الشعور بامتلاء المعدة، الخثيان، القيء، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن والأمعاء.	12- الأعراض المعوية المعدية
					زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة الغضب، فقدان الرغبة الجنسية، الحنة.	13- أعراض المسالك البولية والتناسلية
					جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، الحرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر.	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

مجموع الدرجات: ()

مقياس هاميلتون لتقدير مدى القلق

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

إعداد الدكتور لطفي فطيم



www.cbatarabia.com

- وضع هذا المقياس الطبيب النفسي ماكس هاميلتون عام 1959م لاستخدامه مع المرضى الذين سبق تشخيصهم على أنهم يعانون من القلق، بحيث يعطى درجة كمية معتمدة على وجود بعض الأعراض الجسمية والنفسية، وإذا استخدم استخداماً سليماً فإن الدرجات تكون مؤشراً يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض.

- ويعتمد تطبيق المقياس على براعة الفاحص وإدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق استجواب المريض وتقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.

- ويشمل المقياس 14 عرضاً مركباً يكون مجموع درجاتها مقياساً كمياً لدرجة القلق، وعادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دورياً بعد ذلك لمعرفة مدى التحسن.

- يقىس هذا المقياس - كما سبق وأن ذكرنا - مدى شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق فيضع الفاحص درجة لاستجابة المريض وفقاً لخمس مستويات هي:

- صفر = لا توجد أعراض
- 1 = أعراض طفيفة
- 2 = أعراض متوسطة
- 3 = أعراض شديدة
- 4 = أعراض شديدة جداً

- تفسير الدرجات: هناك طريقتان
- الطريقة الأولى: تتبع عرض واحد ومقارنة الدرجات الخام عبر فترات من الزمن فالمرضى الذي ينال درجة 3 على فترة المزاج الاكتئابي مثلاً في أول تطبيق ثم ينال درجة واحد بعد أسبوع فهذا يعني أن هناك تحسن، أو استفاد من العلاج.
- الطريقة الثانية: هي مقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر، فالمرضى الذي ينال في أول تطبيق درجة كلية 30 وبعد أربعة أسابيع يحصل على 15 يكون قد تحسن بنسبة 50%.

- الدرجات:

- صفر = لا توجد أعراض
- 1 = أعراض طفيفة
- 2 = أعراض متوسطة
- 3 = أعراض شديدة
- 4 = أعراض شديدة جداً (تعجز المريض)

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب



إعداد الدكتور: لطفي فطيم

اسم المريض:
رقم الملف:
التاريخ:

الدرجة	الأعراض	مدى التدرجات
4 - صفر	المزاج الاكتئابي: الابتسامة والحم والانشغال بمتن المسكول، مشاعر الحزن، الرغبة في البكاء 0 - لا يوجد 1 - الحزن 2 - البكاء من حين لآخر 3 - البكاء بشكل مستمر 4 - أعراض حزن شديد	4 - صفر
4 - صفر	تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب: 0 - لا يوجد 1 - لوم النفس والشعور بأنه خيب ظن الآخرين فيه 2 - أفكار بشأن أنه مذنب وحاطي 3 - مرحلة الشغلي عذاب لزل به، مشكلات بشأن ارتكابه آتاما مع الإحسان بالذنب 4 - مألوس بشأن الإحسان بالذنب	4 - صفر
4 - صفر	الإنشغال: 0 - لا يوجد 1 - يشعر بأن الحياة لا تستحق العيش 2 - يفتسي الموت 3 - أفكار بشأن الإنتحار 4 - محاولات الإنتحار	4 - صفر
4 - صفر	المعمل واهتمامات الحياة: 0 - لا يوجد صعوبات 1 - مشاعر بالحزن وعدم القدرة وقصور الهممة، غير حاسم ولا يستطيع اتخاذ قرار 2 - فقدان الاهتمام بأي هوايات، تفنن الأنشطة الإجتماعية 3 - نقص الإنتاجية 4 - عدم القدرة على المعمل	4 - صفر
4 - صفر	التكامل والتناظر: بعض التفكير والكلام والتسلط، اللامبالاة والذهول 0 - لا يوجد 1 - بدء لطيف خلال المعادلة 2 - تناقل وتكامل واضح خلال المعادلة 3 - صعوبة إجراء المعادلة 4 - الذهول الكامل	4 - صفر
4 - صفر	القلق النفسي: 0 - لا يوجد 1 - التوتر وسهولة الاستتارة 2 - الانتحال والقلق بالأمور التافهة 3 - التوجس وتوقع الشر 4 - المخاوف	4 - صفر

1 قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب * إعداد الدكتور: لطفي فطيم * طباعة الأحصائية: سماح عبدالعولي
www.CBTarabia.com

4 - صفر	القلق الجسمي: أعراض مبدية معوية: أرياح وعسر هضم، قلبية: خفقان وسداع، تنفسية 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - متوسطة 3 - شديدة 4 - شديدة	4 - صفر
4 - صفر	توهم المرض: 0 - لا يوجد 1 - الإنكسار الزائد بالجسم 2 - الإنشغال بالصحة 3 - مشاورة مشاكك 4 - مشكلات بشأن الأسباب بالأمراض	4 - صفر
2 - صفر	الأرق: في بداية الليل (صعوبة في الدخول في النوم) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	2 - صفر
2 - صفر	الأرق: في منتصف الليل (نوم متقطع) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	2 - صفر
2 - صفر	الأرق: آخر الليل (الاستيقاظ أبكر من المعتاد، وعدم القدرة على النوم مجددا) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	2 - صفر
2 - صفر	البلهية والإرتفاع: عدم الاستقرار (فرك الأيدي والتمسك حيلة ودهاب) 0 - لا يوجد 1 - أحيانا 2 - بشكل متكرر	2 - صفر
2 - صفر	أعراض جسمية: معدية معوية: فقدان الشهية، الإحسان بتقل في البطن، الإسهال 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	2 - صفر
2 - صفر	أعراض جسمية عامة: تقل في الأتراف أو الظهر أو الرأس، الأم غير محددة في الظهر، فقدان الحيوية وسهولة التعب 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	2 - صفر
2 - صفر	أعراض جنسية: فقدان الرغبة الجنسية، اضطرابات الطمت 0 - لا يوجد 1 - بسيطة 2 - شديدة	2 - صفر

2 قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب * إعداد الدكتور: لطفي فطيم * طباعة الأحصائية: سماح عبدالعولي
www.CBTarabia.com

الملاحق

صفر - 2	الإكتئاب: 0 - لم يوجد اكتئاب 1 - فقد للاكتئاب جزئياً 2 - فقد للاكتئاب
صفر - 2	نقص الوزن: 0 - لا يوجد 1 - قليل 2 - واضح أو شديد

مجموع الدرجات = ()

3 قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب * إعداد الدكتور: لطفي فطيم * طباعة الأخصائية: سماح عبدالعزى
www.CBTarabia.com

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب

Hamilton's checklist of symptoms of Depressive illness (HAM-D)
إعداد الدكتور: لطفي فطيم

أعد ماكس هاملتون (صاحب مقياس الطوق) قائمة لتشخيص مرض الاكتئاب وتقدير شدته. فمن خلال المقابلة التي يجريها فاحص متمرس تغطي درجة لمختلف الأعراض وعددها 17 عرضاً. وتتراوح الدرجة من صفر إلى أربعة: فهناك أعراض تتراوح درجاتها من صفر إلى اثنين. وأخرى تتراوح درجاتها من صفر إلى أربعة وفق الجدول التالي:

الأعراض التي تتراوح درجاتها من صفر إلى اثنين	الأعراض التي تتراوح درجاتها من صفر إلى أربعة
صفر = لا توجد أعراض	صفر = لا توجد أعراض
1 = أعراض طفيفة	1 = أعراض طفيفة
2 = توجد أعراض واضحة	2-3 = أعراض متوسطة
	4 = أعراض حادة

وتستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقاً للمعايير التالية:
(من صفر إلى 7) لا يوجد اكتئاب
(من 8 إلى 13) اكتئاب بسيط
(من 14 إلى 18) اكتئاب متوسط
(من 19 إلى 22) اكتئاب شديد
(من 23 فما فوق) اكتئاب شديد جداً

4 قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب * إعداد الدكتور: لطفي فطيم * طباعة الأخصائية: سماح عبدالعزى
www.CBTarabia.com

الملاحق

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدهيسون
PTSD Scale according to DSM--IV
ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم: العمر: الجنس (نكر - أنثى)

العنوان:

عربي/عربي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التجربة التي حدثت في صحتك و مشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب علي كل الأسئلة. علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات

0= أبدا، 1= نادرًا، 2= أحيانًا، 3= غالبًا، 4= دائما

الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	نادرًا	أحيانًا	غالبًا	دائمًا
1-	هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟					
2-	هل تحلم بأحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟					
3-	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خيرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟					
4-	هل تتضيق من الأشياء التي تتذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					
5-	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تتذكرك بالحدث الصادم؟					
6-	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تتذكرك بالحدث الصادم؟					
7-	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)					
8-	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟					
9-	هل تشعر بالزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانسباط؟					
10-	هل فقدت الشعور بالحنن و الحب (فك مثيلد الإحساس)					
11-	هل تجد صعوبة في تحيل بقلبك على قيد الحياة لفترة طويلة لتتحقق أهدافك في العمل، والزواج، و إجاب الأطفال؟					
12-	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا؟					
13-	هل تتألمك نوبات من التوتر و الغضب؟					
14-	هل تعاني من صعوبات في التركيز؟					
15-	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصله معاك على الأخر) ، ومن السهل تنهيت لتناهلك؟					
16-	هل تستثار لأتفه الأسباب وتندس دائما بأنك متحفر و متوقع الأسوأ؟					
17-	هل الأشياء والأشخاص الذين يتذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والحرق العزير وسرعة في ضربات قلبك؟					

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة

مقياس خبرة الخزي (كراسة الأسئلة)

إعداد
ب. أندروس ، إم كيان ، ج. فلانين

تعريب
دكتور / حسين علي فايد
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب - جامعة حواص

تعليمات المقياس

إن كل شخص يمكن أن يشعر في أوقات معينة بالارتباك والخزي ،
وتتمثل الأسئلة التالية مثل هذه المشاعر. والمطلوب منك قراءة كل سؤال بدقة ،
ثم وضع دائرة حول الرقم الموجود تحت العبارة المناسبة ، إذا كانت هذه
المشاعر قد حدثت لك في أي وقت خلال السنة الماضية*.

ونشكرك على حسن تعاونك

الجنس / ذكر - أنثى / الاسم
تاريخ إجراء الاختبار / السن
المستوى التعليمي / تاريخ الميلاد
الحالة الزوجية / المهنة

الناشر
مؤسسة طبية
للتشخيص والتوزيع
ش ٢ ملام حسين - ميدان القاهر - القاهرة

م	لا أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	الأسئلة
١٥	١	٢	٣	٤	هل انزعجت بالنسبة لما يفكر فيه الناس الآخرون عنك حينما فشل في موقفك تتأقن؟
١٦	١	٢	٣	٤	هل تتجنب الناس الذين رأوك تفشل؟
١٧	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي من قدرتك على فعل الأشياء؟
١٨	١	٢	٣	٤	هل تجنب الناس بسبب عجزك عن فعل الأشياء؟
١٩	١	٢	٣	٤	هل انزعجت مما يظنه الناس عن قدرتك على فعل الأشياء؟
٢٠	١	٢	٣	٤	هل انزعجت بالنسبة لما يفكر فيه الناس الآخرون عن طريقك في الحياة؟
٢١	١	٢	٣	٤	هل انزعجت بالنسبة لما يفكر فيه الناس عن نوعيتك كشخص؟
٢٢	١	٢	٣	٤	هل تجنب الاتصال بأي شخص عرف أنك قلت شيئاً ما غيباً؟
٢٣	١	٢	٣	٤	هل تجنب الناس بسبب أسلوبك في الحياة؟

م	لا أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	الأسئلة
١	١	٢	٣	٤	هل انزعجت مما يفكر فيه الناس عنك حينما قلت شيئاً ما غيباً؟
٢	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي حينما قلت شيئاً ما غيباً؟
٣	١	٢	٣	٤	هل انزعجت عما يفكر فيه الناس عنك حينما تفعل شيئاً ما خاطئاً؟
٤	١	٢	٣	٤	هل حاولت أن تخفي الأشياء التي شعرت بالخزي من فعلك لها؟
٥	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي عندما تفعل شيئاً ما خاطئاً؟
٦	١	٢	٣	٤	هل أردت أن تخفي أو تغطي جسمك أو أي جزء فيه لأنه شاذ؟
٧	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي من جسمك أو أي جزء فيه؟
٨	١	٢	٣	٤	هل انزعجت عما يفكر فيه الناس الآخرون عن مظهرك؟
٩	١	٢	٣	٤	هل حاولت أن تخفي من الآخرين نوعيتك كشخص؟
١٠	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي من نوعيتك كشخص؟
١١	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي من أسلوب تعاملك مع الآخرين؟
١٢	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي من أي عادة من عاداتك الشخصية؟
١٣	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالقلق بالنسبة لما يظنه الناس عن عاداتك الشخصية؟
١٤	١	٢	٣	٤	هل شعرت بالخزي حينما فشل في شيء ما كان هاماً بالنسبة لك؟

سجل الأفكار		
الموقف متى؟ أين؟ من؟ ماذا حدث؟	المشاعر (الانفعالات) ملخصة في كلمة واحدة ضع درجة من (١٠٠٠٠)	الأفكار التلقائية قيم كنت تفكر قبل وأثناء الشعور السلبي الذي يراودك؟

٣٠ الفصل الثاني

سجل الأفكار والأدلة						
إعادة تقييم المشاعر (١٠٠٠٠)	الأفكار البديلة أو الموازنة ضع دائرة حول خطة العمل التي يمكن تطبيقها	الدليل الداحض لها	الدليل الداعم للافكار	الأفكار التلقائية قيم كنت تفكر قبل وأثناء الشعور السلبي الذي يراودك؟	المشاعر ملخصة في كلمة واحدة ضع درجة من (١٠٠٠٠)	الموقف متى؟ أين؟ من؟ ماذا حدث؟

٣٠ الفصل الرابع

نموذج تقدير المخاطر

الحدث المخيف _____

الأفكار التلقائية _____

درجة القلق: صفر- ١٠٠ _____

درجة احتمال وقوع الحدث: صفر- ١٠٠ _____

على افتراض حدوث الأسوأ:
توقع أسوأ النتائج المحتملة: _____

أفكار السيطرة المحتملة: _____

أفعال السيطرة المحتملة: _____

تعديل توقعات النتائج: _____

أعد تقييم درجة القلق من صفر- ١٠٠ _____

أدلة مضادة لوقوع أسوأ النتائج المحتملة _____

نتائج بديلة _____

إعادة تقييم درجة القلق من صفر- ١٠٠ _____

إعادة تقييم درجة احتمال وقوع الحدث من صفر- ١٠٠ _____

٨٩ التحكم في القلق

نموذج تقدير المخاطر

الحدث المخيف الإخفاق في امتحانات الشفوية.

الأفكار التلقائية لا أستطيع اجتيازها. سوف أخفق وأبدو حقا أمام الممتحنين.

درجة القلق: صفر- ١٠٠ ٩٥

درجة احتمال وقوع الحدث: صفر- ١٠٠ ٩٠

على افتراض حدوث الأسوأ:
توقع أسوأ النتائج المحتملة: سوف أخفق. سوف تضيق كل جهودى سدى.

أفكار السيطرة المحتملة: كثير من الناس لا يجتازونه في المرة الأولى. بإمكانى أن أخوضه مرة أخرى.

أفعال السيطرة المحتملة: أكتب مذكرتى. أستعين بمدرّب متخصص في التدريب على الاختبارات الشفوية للتدريب معه. أعيد الاختبار مرة أخرى.

تعديل توقعات النتائج: إخفاقي في الامتحان لن يكون دائما. كل ما في الأمر أنه سيستغرق منى وقتا أطول

أعد تقييم درجة القلق من صفر- ١٠٠ ٦٠

أدلة مضادة لوقوع أسوأ النتائج المحتملة لقد ذاكرت جيدا. وحصلت على درجة جيدة في الامتحان التحريري.

نتائج بديلة ربما أودى أداءي جيدا. ربما أنظّم وأرشد وأختق وأجتاز الاختبارات على أي حال. وربما أخفق وأضطر لخوض الاختبارات الشفوية مرة أخرى وأجتازها. ربما أخوضها ثلاث مرات وفي النهاية أجتازها.

إعادة تقييم درجة القلق من صفر- ١٠٠ ٤٠

إعادة تقييم درجة احتمال وقوع الحدث من صفر- ١٠٠ ٣٠

٩٠ الفصل السادس

استمارة الاحتمالات					
إعادة تقدير نسبة الاحتمال % صفر- ١٠٠ % القلق	الوسائل البديلة للسيطرة	الأدلة	نسبة الاحتمال % صفر- ١٠٠ % القلق	الأفكار التلقائية	الحدث داخل أم خارج

استمارة الاحتمالات لـ "ساندرا"					
إعادة تقدير نسبة الاحتمال % صفر- ١٠٠ % القلق	الوسائل البديلة للسيطرة	الأدلة	نسبة الاحتمال % صفر- ١٠٠ % القلق	الأفكار التلقائية	الحدث داخل أم خارج
٣٠ ٣٥	استطيع أن أقوم بالتحكم بنفسى إذا تفقت سروروكا أو تعديت سلبية على أرائى، سأجد ما يحتاج إلى تغييره فى سلوكى وأضع خطة إذا فقدت وظيفتى، سأبحث عن عمل - بدوام جزئى - يكون أقل ضغوطاً، سيمسك عدى والذى بالمال إذا لم يدخل، لا يمكن أيضاً العمل فى المنزل ويجاد مزيد من الوقت للمتابعة بأبسط.	لقد شربت القهوة آلاف المرات ولم أشعر بالفرغ سوى فى مرتين فقط، إن الاحتمالات قليلة إلى حد ما، خاصة إذا بدأت التكيف فى العمل.	٨٠ ٨٠	سوف أدخل فى نوبة فرج.	شرب القهوة، والإحساس بالمصيبة بعدها.
٣٥ ١٥	إذا تفقت سروروكا أو تعديت سلبية على أرائى، سأجد ما يحتاج إلى تغييره فى سلوكى وأضع خطة إذا فقدت وظيفتى، سأبحث عن عمل - بدوام جزئى - يكون أقل ضغوطاً، سيمسك عدى والذى بالمال إذا لم يدخل، لا يمكن أيضاً العمل فى المنزل ويجاد مزيد من الوقت للمتابعة بأبسط.	كثيراً ما أحسست بالقلق فى العمل خلال الأشهر الماضية، لكننى دائماً أنجز جميع المهام، وقد جاء تنهيم أوائى جيداً على الرغم من قلتنى.	٣٥ ٧٠	أنا أدمر سمعتى فى العمل، وقد أفقد وظيفتى إذا واصلت على هذه الطريقة.	الإحساس بمشاعر القلق عند الاستعداد للذهاب للعمل.
٣١ ٣٥	إذا سقطت، سيمسك عدى شخص ما على الوصول إلى أى مكان أستطيع أن أجلس فيه إلى أن يزول هذا الإحساس، سيكون الأمر محرجاً، لكننى سأقلب عليه.	أحسست بذلك من قبل خمسين مرة على الأقل ولم أسقط أبداً، إن الدم فقط تجمع فى عضلاتى من أثر استجابة الانسحاب أو الهجوم - وليس من ضعف حقوى.	٨٥ ٩٠	سأسقط وأجمل من نفسى أشد.	ارتداء الساقين.

الملاحق

٢٤٥ ٥٥	إذا كانت لدى مشكلة في القلب، سألتقي عالجاً لها، وأعتبر نظامي الغذائي، وأكثر من ممارسة التمارين الرياضية وأحاول الانتباه بنفسى، سأتكيف مع الأمر لأتسى طرية بذلك.	أستطيع تحمل ضربات قلبى؛ فقلبي يخفق هكذا على الأقل عندما أودى التمارين الرياضية. يقول الطبيب إن قلبى سليم، والقلب السليم يمكن أن يخفق ٢٠٠ مرة في الدقيقة لمدة أسابيع، وقلبي يخفق ١٤٠ مرة في الدقيقة ولم يستمر ذلك سوى لأقل من خمس دقائق، لقد خاف قلبى ليتحمل ذلك.	٢١٠ ١٠٠	لا أستطيع تحمل ذلك، قد أصاب بصدمة قلبية.	خفاف/اضطراب القلب
٢٤٥ ٦٠	إذا فقدت قدرتى على التركيز وشعرت بالفرجة عن نفسى سأكون غايه في الحزن، لكننى سأحاول المشور على عمل ليد له منقلوبات كثيرة، وحتى إذا أحسست بالثبه، سأظل أحب ولدى وسأظل أمأ له.	الإحساس بالإجهاء عادة ما يزول بعد أن أستريح، أحسست بهذا عشرات المرات وذلك ما ينهس ذلك دون آثار باقية. إنه فقط تأثير استجابة المواجهة أو الانسحاب - انخفاض مؤقت في تدفق الدم إلى رأسى.	٢٨٠ ٩٥	لا أستطيع التفكير، وأشعر وكأننى استأ أمأ، هذه إشارة إلى أننى بدأت أفقد صوتى وسوف أحس بالإجهاء طوال الوقت.	الشموع بالدوار والانفصال عن الواقع أثناء التحدث إلى رئيسى في العمل
٢٥ ٢٠	سأذكر نفسى بأن هذه مشكلته ولا يوجد شيء سيشي يحدث، وهو دائماً يدفع حتى إن كان متأخراً، سأستخدم تدريب التحكم في التنفس وأكرر طلبى مرات ومرات.	عندما أتصل به لتذكيره، عادة ما يكون بارئاً أو حاداً لكنه لا يظن، وأكون على ما يرام عندما يكون بارئاً، تلك هى حالته المعتادة لا أكثر.	٢٥٠ ٦٠	إن أتسكن من التعامل معه، سأكون متزجبة من غضبه، وقد يتأهس الفرع.	ضرورة الاتصال بزوجه السابق بخصوص مصروفات المنزل المتأخرة
٢١٥ ٢٠	سأمارس تمرين التحكم في التنفس، وأوقف أفكار الخوف وأتفكر فلاشيها دقائق قليلة.	إن شعورى بالسخونة ناتج عن التمارين، وليس التلق، لقد عملت بجد وأتسبب عرقاً جراء ذلك، ومن تجاربى السابقة، فإن هذا الإحساس سيتهس في الحال، ما زال بإمكانى الاستمتاع بليكنى.	٢١٠ ٤٠	يا إلهى، قد يتأهس الفرع، سوف يمدد ذلك ليلتى.	تشديد المديقة بعد المشاء والإحساس بالسخونة.

السيطرة (التحكم) على القراع ١٢٥

ورقة عمل التسلسل الهرمى

التسلسل الهرمى ٣

(الشيء الذى تخافه)

الترتيب	المشهد	أفكار السيطرة (التحكم)
١		
٢		
٣		
٤		
٥		
٦		
٧		
٨		
٩		
١٠		
١١		
١٢		
١٣		
١٤		
١٥		
١٦		
١٧		
١٨		
١٩		
٢٠		

ملحوظة: انسخ صوراً من هذه الورقة لاستخدامها مع المخاوف الأخرى.

ورقة عمل "رونا" للأفكار الكارثية

الأفكار الكارثية ١٠٠-١	الأدلة الداعمة	الأدلة الداحضة	أفكار بديلة أو متوازنة
١- الناس سوف يمدقون من لأشهر أبداً مرتبة ٤٠	١- حدثت بهدم المدينة أكثر من ٥٠ حالة اغتصاب العام الماضي،	١- في ظل الأعداد الهائلة من الأشخاص الذين يدخلون ويخرجون من هذه المنطقة كل يوم، قد تحصل احتمالات التعرض للاعتداء اليهني إلى ألف ١٠٠٠٠.	على الرغم من انتشار جرائم الاغتصاب وخطف الحجاب، فإن احتمالات التعرض للاعتداء الجسدي هي ١ في كل ١٠٠٠٠٠٠٠. ومن المحتمل أن أجد المساعدة قبل حدوث أي شيء سيئ، إن فقدان حقيبتي أمر سيئ ولكن أستطيع تحمله.
١- الناس سوف يمتدقون أكثر من ٥٥	٢- حقيبتي أسي خصلت منها.	٢- لا يمكن الاعتداء على شخص كبير أو شغله في منطقة مزدحمة بالناس.	
١- سوف يكون هناك أشخاص كثيرين ولن أستطيع الهرب. ٨٥	٣- طفل صغر سبع سنوات خطف من محطة الأتوبيس مؤخراً.	٣- سوف أجد صقارة الإنذار الخاصة بي في بندي حال الاحتياج إليها.	
١- سوف أتعرض للاعتداء أو التعرض أو سرقة حقيبتي. ٩٥	٤- لمصوب الحجابات غالباً ما يصيدون ضحاياهم في الأماكن المزدحمة.	٤- أسوأ شيء يمكن أن يحدث... وهذا احتمال... هو سرقة حقيبتي، سوف أغير مكان بطاقتي الائتمانية... قد يكون ذلك أسوأ شيئاً ولكن لن يقع بي ضرر حقيقي.	
		٥- أقضي مشكلة يمكن التعرض لها هي التوقيف.	
		٦- إذا تعرضت لمراقبة من شخص ما، سوف أسرع إلى شيكه التذاكر وأطلب المساعدة.	

البيطرة (التعلم) أثناء التعرض (التطبيق) ١٧٣

جدول النشاط الأسبوعي لـ "اليسبا"

الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت	يوم
يوم	يوم	يوم	شرب القهوة قراءة الجريدة ٣	يوم	يوم	يوم	٧-٦
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٨-٧
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٩-٨
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١٠-٩
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١١-١٠
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١٢-١١
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١-١٢
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٢-١
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٣-٢
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٤-٣
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٥-٤
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٦-٥
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٧-٦
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٨-٧
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	٩-٨
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١٠-٩
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١١-١٠
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١٢-١١
يوم	يوم	يوم	حمام/الرياضة ٢٥	يوم	يوم	يوم	١-١٢

توليد الرغبة في التحرك ١٨٣

سجل الأفكار		
الأفكار التلقائية	المشاعر (الانفعالات)	الموقف
فيهم كنت تفكر قبل وأثناء الشعور السلبي الذي يراودك؟	ملخصة في كلمة واحدة ضع درجة من (١٠٠٠٠)	متى؟ أين؟ من؟ ماذا حدث؟

أسئلة المقابلة العيادية

1- محور المشكلات الصحية:

- وجود تاريخ لمشكلة في الصحة العقلية؟
 - هل سبق لك و أن عالجت عند طبيب الأمراض العقلية أو عند نفساني عيادي؟ نعم (/)، لا ().
 - إذا كانت الإجابة (نعم)؛
- هل سبق لك وأن عالجت عند طبيب الأمراض العقلية أو عند نفساني عيادي؟ نعم (/)، لا ().
 - إذا كانت الإجابة (نعم):
 - متى؟ : قبل السجن () أو أثناء السجن (/) بعد الإفراج ().
 - لماذا: (ما السبب؟): دخولي للسجن لأول مرة كان بمثابة الفاجعة في حياتي فقد عانيت أرق شديد، صداع مزمن ، بكاء هستيري.
 - هل توضح لي حالتك النفسية بالتحديد قبل تدخل المختصين؟.
 - نعم في أول ليلة لي في السجن بكيت بحرقة ولم أستطع التوقف عن البكاء والصراخ لعدم تقبلي المكان الذي أنا فيه، تم توجيهي إلى المختص النفسي في السجن.
 - هل تحسنت حالتك بعد ذلك؟.
 - نعم قليلا لقد دامت الأعراض حوالي أسبوع كامل.
 - متى تدخل المختص النفسي للمساعدة؟.
 - بعد 4 أيام.
 - لماذا؟.
 - هناك إجراءات يجب أن أقوم بها لمقابلته ولكنني لم أفعل لجهلي بالقانون الداخلي للسجن.
 - هل تكررت زيارتك للمختص النفسي؟.
 - أجريت مع المختص النفسي 3 حصص في ذلك الأسبوع واستفدت كثيرا من الجلسات كما أن المختص النفسي وجهني إلى الطبيب العام وصف لي دواء مهدئ لمدة أسبوع.
 - أتذكر اسم الدواء؟.
 - لا لكن المختص طمئنني بأنه جرعة خفيفة تساعدني على الاستقرار وفعلا كان ذلك؟.
 - هل شخص الأخصائي النفسي حالتك؟.
 - نعم بعد أن أعطاني طبيب المؤسسة الدواء استقرت حالتي نوعا ما وأذكر أن المختص النفسي قال أنها أعراض قلق دخول السجن (صدمة السجن) تحصل مع كل المساجين لأول مرة وستزول مع الوقت.

الملاحق

- الكشف عن مشاكل تعاطي المخدرات أو الكحول حالياً أو سابقاً بالإضافة إلى أية أدوية نفسية يستخدمها الحالة حالياً أو اعتاد أن يتناولها سابقاً؟ .
- هل سبق لك أن تعاطيت: التبغ ()، السجائر ()، الكحول ()، الحشيش ()، الأدوية ذات التأثير النفسي () بوصفة طبية () دون وصفة () أخرى (النوع مثلا ديليو). (.....).
- لا أبداً لم يسبق لي وان تعاطيت اي نوع من الأدوية أو المخدرات.
- الكشف عن أعراض وخبرات صادمة سابقة:
- هل كانت لديك مشكلة في النوم أو عانيت من الأحلام المؤلمة المتكررة وما هو موضوعها؟.
- نعم عانيت من مشكلة في النوم أرق أحيانا ونوم متقطع أحيانا أخرى وكوابيس وأستيقظ مفزع منها. أرى الضحية يصرخ، نفسي تضيق، أصرخ في فراغ لا أحد يجيبني وكأنني اختق ثم افزع مستيقظ.
- منذ متى وأنت تعاني من الكوابيس؟.
- منذ دخولي السجن وحتى الآن.
- هل تتكرر الكوابيس نفسها كل مرة؟.
- لا ليس تماما لكن ما أتذكره أنها تقريبا تصب في نفس الموضوع.
- كيف كان شعورك حيال ما صادفته بعد الإفراج عنك؟
- ما يؤرقني رؤية عائلة الضحية تقريبا كل ما خرجت بحكم الجيرة وكذلك سماع أخبار عن الضحية.
- كيف كانت ردة فعلك مع مختلف المواقف التي مررت بها بعد الإفراج عنك؟
- ردة الفعل الوحيدة التي قمت بها حيال المواقف التي مررت بها التجنب، بصراحة لا أحس أنني قادر على القيام بشيء على الأقل هذه الفترة.
- الخضوع لعلاج معين لأي مشكلة صحية بعد الإفراج، وما نوع العلاج؟
- هل خضعت لعلاج معين لأي مشكلة صحية بعد الإفراج؟ ما نوع العلاج؟ ما درجة التحسن؟
- نعم أنا حالياً أخضع لعلاج نقص إفراز الغدة الدرقية .
- ومتى كانت إصابتك بالمرض؟.
- الإصابة كانت في السجن وقد خضعت للفحوصات اللازمة وبدأت في أخذ الدواء، وبعد الإفراج زرت طبيبة مختصة في الغدد .
- //- محور المشكلات الاجتماعية:
- صف حالتك بعد خروجك من السجن، وأول شيء قمت به مباشرة بعد إطلاق سراحك؟.

الملاحق

- بعد إطلاق سراحي مباشرة أحسست نفسي وكأنني ولدت من جديد وأتلم المشي للمرة الأولى فقد نسيت حقا طريقة المشي الحر، عدت رفقة أهلي إلى البيت وفي طريق العودة بدى كل شيء مختلف وكأنني لست في مسقط رأسي الذي نشأت وترعرعت فيه، أتذكر أنني بكيت في السيارة بحرقة وعندما اخترقت أشعة الشمس جلدي أحسست وكأنني ولأول مرة أحس بهذا الإحساس الدافئ، وصلنا إلى المنزل دخلت وكأنني ولأول مرة أراه تغير كل شيء حتى أهل بيتي تغيروا سلمت على الجميع وهم مجتمعين حولي وأنا أحس أنني غريب بينهم أتذكر أنني استأذنت وصليت ركعتين شكر الله وبقيت قابعا في غرفة لوحدي في الحقيقة كنت منزعجا من الضوضاء ولم أرد العودة إليهم .
- قلت أنك بكيت في السيارة ما السبب؟.
- نعم بكيت لأنني تذكرت في تلك اللحظة لحظة اقتيادي إلى السجن وكم كنت صغير وعرفت كم ضاع من عمري بسبب تهوري.
- هل تتذكر أمور أخرى قمت بها بعد الإفراج؟.
- نعم أول خروج لي من السجن كان مباشرة للمصلحة الخارجية لإعادة الإدماج لكي أثبت حضوري عندهم حسب القانون المعمول به في حالة الاستفادة من نظام الإفراج المشروط.
- من استقبلك عند الإفراج عنك؟ وكيف كان شعورك بعد أول اجتماع بأسرتك؟.
- وجدت في انتظاري أبي وابن عمي.
- تملكني شعور مختلط فرحة غير مفهومة، خوف، ذهول.
- يمكن أن توضح لي أكثر من فضلك بخصوص هذا الشعور فمثلا في رأيك ما هو سبب هذا الاختلاط في مشاعر؟.
- الشوق لأسرتي وسعادتي بالحرية التي لا تقدر بثمن في نفس الوقت لا أشعر بلذة كبيرة لأنني حر والخوف من المستقبل وما سيحدث الآن وأنا وجها لوجه أمام الواقع الذي لا يرحم.
- هل يمكن أن تذكر أهم المشكلات التي واجهتك خلال الأسابيع الأولى بعد إطلاق سراحك؟.
- جميع وثائقي منتهية الصلاحية (بطاقة التعريف، رخصة السياقة).
- كيف واجهت تلك المشكلات؟
- في الحقيقة لم أتوجه لأي إدارة غير المصلحة الخارجية ، مازال الأمر عالقا.
- وأين تكمن الصعوبة؟.
- (بعد تنهيدة عميقة) يتملكني خوف وذعر شديد منذ خروجي من السجن، أشعر إنني غريب لا انتمي لهذا المكان.
- هل نوبات الخوف والذعر متكررة معك أو موقفية؟.
- تقريبا متكررة خاصة عندما أنوي الخروج من المنزل.

الملاحق

- هل هناك اعرض جسدية مصاحبة للخوف؟.
- نعم قلبي ينبض بشدة وتتعرق كفاي وأحس بضيق في التنفس ورعشة أحيانا.
- كيف تشعر اتجاه الأشخاص الذين هم حولك؟.
- الوسط الأسري موثوق فيهم نوعا ما لكن الأقارب والمحيطين لا. وجدت صعوبة كبيرة في إعادة علاقاتي الاجتماعية بما فيها العلاقة مع الشريك الحميم بعد الإفراج عني
- فيما تمثلت الصعوبات إن وجدت؟.
- لم أستطع أن أبادر أبدا، والسبب يكمن في الخوف من ردة فعلهم بما فيهم المرأة التي كنت أنوي الارتباط بها فقد اتفقنا على الارتباط بعد علاقة دامت قرابة 5 سنوات قبل دخولي السجن كانت تدرس معي، وقد سمعت بعد خروجي من السجن من احد أفراد أسرتي أنها تعمل أستاذة في الطور الابتدائي ولم تتزوج بعد.
- ماذا بشأن قراراتك فيما يخص أمورك المستقبلية، وهل تنتظر مساعدة من أحد؟
- عادة اتخذ قراراتي بشكل انفرادي منذ وعيت على هذه الدنيا فهذه سمة فيا فأنا كتوم ولا أستشير أحد في الأمور التي تخصني، لكني لحد الآن لم أستطع أن أتخذ أي قرار أشعر أنني ضائع، ولست أدري من أين سأبدأ.
- كيف هي نشاطاتك اليومية خارج البيت بعد الإفراج عنك كالتنقل لشراء الحاجيات اليومية مثلا أو الحصول على خدمات معينة والعودة إلى البيت؟
- ليس بشكل كبير، لا أخرج إلا للضرورة القصوى والسبب أنني لا أريد أن التقى بأشخاص يذكرونني بالماضي.
- أي ماضي تقصد؟
- أقصد قضية سجنني بالتحديد (الضحية وأهله).
- كيف ترى مكانتك بين أفراد أسرتك وباقي معارفك؟
- مكانتي وقيمتي في وسط أسرتي لم تعد تماما كما السابق أشعر أن هناك حاجز بيننا ليس كالسابق.
- هل توضح لي الأمر أكثر من فضلك؟
- اعرف أن المشكل يكمن فيا أنا فهم يحاولون جاهدا لإرضائي.
- صف إحساسك وشعورك وأنت بين أهلك وجيرانك وبقية معارفك؟
- لا أحب هذه الجلسات لكن عندما أجد نفسي مجبرا على الجلوس معهم لا أتحدث اكتفي بالاستماع أحس الكل ينظر إلي (أنا محط أنظار الجميع).
- هل راودتك فكرة العودة إلى السجن؟

الملاحق

- الفكرة موجودة ولكن ليس معناها أنني أريد العودة فعليا إلى السجن لكن أحيانا وفي بعض المواقف أتمنى لو كنت في السجن أفضل لتفاديها. وقد راودتني عند خروجي في اليوم الأول لم أصدق أنني حر ولو بشروط كوني خرجت في إطار تدبير بديل للحبس لكن أحسست نفسي احلم وسأستيقظ على صوت الصافرة المزعجة في السجن، التي أصبحت تسبب لي اضطراب في النوم فقد تبرمج عقلي عليها وأستيقظ في وقتها وكأن أحد أيقضني.
- ما الأسباب من وجهة نظرك التي تعتقد أنها تعيق توافقك مع المجتمع وهل ترى أنها قد تؤدي إلى عودتك أنت والمفرج عنهم الآخرين إلى السجن؟
- طول فترة سجنني تجعل من الصعب عليا التوافق مع المجتمع لكن مسألة العود أكيد لا نقاش فيها، أعترف أنني أخطأت وتهورت لكن دون قصد مني واعتبر المسألة قضاء وقدر، لكن العود للبعض هو أمر ضروري تجده قبل خروجه يفكر كيف يعود، والأسباب في هذه الحالة متعددة: مشاكل أسرية فقر، إدمان مخدرات، رفاق السوء.

نموذج تقييم الحالة 1

الفحص النفسي الأولي:

الاسم : ل.ك

العمر: (34) سنة ، الجنس: ذكر (/) - أنثى () .

الحالة الاجتماعية: أعزب (/) ، متزوج () ، مطلق () أرمل () ، عدد الأطفال (.....)

المستوى الدراسي : شهادة الدراسات التطبيقية قانون أعمال .

الوظيفة: عامل () - بطل (/) ، مدة السجن: (12 سنة) .

السوابق القضائية: ابتدائي (/) ، انتكاسي () ، سبق وضعه بمركز الأحداث نعم () ، لا (/) .

المدة بعد الإفراج: (شهر ونصف) ، نوع الإفراج: مشروط (/) ، نهاية العقوبة () .

○ سبب العرض

- تقدمت الحالة للعلاج بطلب من الباحثة لإجراء دراسة علمية.

- تم تحويلها من خلال أستاذة محامية كانت موكلة للدفاع عن قضيته سابقا وبقي التواصل معها بعد

الإفراج عنه بحكم الجيرة.

○ الأعراض والسلوكيات الحالية له.

- اضطرابات النوم (/) ، المزاج الاكتئابي (/) ، قلق وضيق (/) ، أخرى :

- إضطراب النوم المتمثل في الكوابيس (أحلام صدمية حول الحدث المؤلم) كذلك صعوبة البدء في

النوم أو مواصلة النوم في بعض الأحيان.

- أحاسيس انعدام القيمة وشعور مفرط بالذنب يوميا.

- انخفاض في الأداء الاجتماعي.

- مشاعر انعدام الأمل

○ تاريخ المشكلة:

- بعد الخروج من السجن مباشرة.

- ما هي حدة/تكرار/مدة المشكلة كما تصفها الحالة؟

- شدة الأعراض متوسطة أما التكرار بمعدل متوسط إلى شديد المدة متوسطة حسب تصريح الحالة.

- هل استخدمت الحالة أية محاولات تمت تجربتها لحل المشكلة؟

- لا ليس بعد.

الملاحق

- تدهور في أسلوب سير الحياة:
- مشكلات في البيت (نعم)، نوعها: مشكلة التواصل.
- متى ظهرت تحديداً؟ : بعد الإفراج مباشرة.
- مشكلات في العلاقات الاجتماعية خارج البيت؟ (نعم)، نوعها: مشكلات في التواصل مع الوسط الاجتماعي.
- متى ظهرت تحديداً؟ : بعد الإفراج عن الحالة مباشرة.
- مشكلات في العمل (الحالة بطل)، نوعها: متى ظهرت؟:
- تاريخ مرضي/مرض نفسي أو جسدي
- مرض نفسي سابق (لا يوجد) ، نوعه:.....
- علاج سابق () ، نوعه نفسي () ، عقلي () اسم الدواء:.....
- حجم الجرعة: ، مدة العلاج () استخدم طبقاً لما وُصِف له: نعم () لا () .
- الاستشفاء في مصلحة الطب العقلي (أو مركز مكافحة الإدمان) : نعم () ، لا () .
- المدة: ، عدد مرات الاستشفاء: ()
- مرض جسدي سابق (لا يوجد) ، نوعه:
- علاج سابق () ، نوعه: اسم الدواء:..... حجم الجرعة:.....
- طول فترة تناول الدواء (.....) استخدم طبقاً لما وُصِف له: نعم () ، لا () .
- إقامة في مستشفى للعلاج () ، نوعها: المدة:
- المخاوف والمخاطر الحالية المتعلقة بالأمن والسلامة.
- أفكار عن إيذاء النفس أو الآخرين: نعم () ، لا (/) ، محتوى الأفكار:
- ملاحظة: إذا أثار المريض هذه الشكوك، يتوقف التقييم لإتباع إجراءات حل الأزمات.
- الاستخدام الحالي للعقاقير وتاريخ استهلاكها
- استخدام أو سوء استخدام الكحول والعقاقير الأخرى: نعم () ، لا (/) ، نوعها:.....
- طبيعة استخدامها:.....
- التاريخ العائلي
- المستوى الاجتماعي: متوسط
- مهن الوالدين: مهنة الأب: فلاح، مهنة الأم: ربة بيت.

الملاحق

- حالة الوالدين الاجتماعية: متزوجين (/) منفصلين ()، مطلقين () . حالة وفاة () ، تحديد من المتوفى () .
- الخلفية الثقافية للحالة: متدين ومحافظ بحكم تربيته في منطقة ريفية.
- العلاقات العائلية مع الحالة (في السابق): جيدة.
- التاريخ العاطفي للحالة: علاقة دامت 5 سنوات مع زميلة له في الدراسة.
- التاريخ الشخصي:
- الطفولة: المعالم التنموية، وكم التواصل مع الآباء، والتدريب على استعمال المرحاض، والتاريخ المرضي المبكر:
- التواصل مع الأب بسيط جدا حتى أنه لا يذكر أنه جمعه والوالد حديث معين ويبرر ذلك بمشاغل الأب في العمل في الفلاحة والرعي، أما الأم فكانت نشيطة جدا في المنزل وتراعي كل أمور بيتها ودائمة الضحك بشوشة والكل يحبها.
- عن استعمال المرحاض الحالة لا يذكر الأمر ومع إعادة توجيه السؤال أجاب أن كل شيء كان على ما يرام لا أذكر أنني ضربت بسبب هذا الأمر مثلا.
- عن التاريخ المرضي صرح الحالة أنه سقط وكسرت رجله وهو في الصف السادس في حصة الرياضة وهو يذكر الحادثة جيدا.
- أصيب بمرض جلدي في سن 13 سنة من نوع فطريات حيوانية مؤلمة جدا مما استدعى الوضع إلى حلق شعره بالكامل وعزله ودام العلاج 6 أشهر كاملة والسبب كان عدوى تلقاها من أرنب مريض بنفس الفطر.
- الطفولة المبكرة والمتوسطة - التكيف مع المدرسة، والتحصيل الدراسي، والعلاقات بالأقران، الهوايات/الأنشطة/الاهتمامات: كرة القدم، الجري، المطالعة.
- المراهقة:
- رد الفعل تجاه البلوغ: مرحلة كباقي المراحل.
- العلاقة مع الوالدين: جيدة في عمومها.
- العلاقات الشخصية: المواعدة في سن مبكرة: لا يوجد.
- كيفية فرض الذات: يحب فرض رأيه على أقرانه وإخوته حتى بالقوة أحيانا.

الملاحق

- القناعة بأهداف الحياة، الطموحات التي رغب في تحقيقها: هو الآن يرى أن أحلامه صارت بعيدة ويصعب تحقيقها حيث كان يطمح إلى العمل كمحامي لكن صرح أنه لا يريد ، هو الآن يحقر هذه المهنة بعدما عاش مأساة حقيقية مع المحامين في قضيته.

○ الحالة العقلية:

- النظافة والحلاقة: نعم (/) ، لا () / تناسق الملابس: نعم (/) ، لا () .
 - التواصل البصري: يجنُّبه () ، قليل (/) ، طبيعي () .
 - النشاط الحركي: هادئ (/) ، مضطرب () ، متزمت () ، هائج () .
 - أسلوب الكلام: رخم () ، صاخب () ، تحت ضغط (/) ، متداخل () .
 - أسلوب التفاعل: درامي () ، حساس أو متعاون (/) أو سخي () .
 - الإدراك: (هل يعرف الشخص الوقت، والتاريخ، والموقف الذي يمر به (/) .
 - الإنجاز الفكري: ضعيف () ، غير ضعيف (/) .
 - الذاكرة: تالفة () ، غير تالفة (/) .
 - المزاج: طبيعي () ، متقلب () ، يميل إلى البكاء () ، قلق (/) ، مكتئب (/) .
 - التأثير: مناسب (/) ، متقلب () ، متبلد () ، منعدم () .
 - الاضطرابات الحسية: وجود هلاوس: نعم () ، لا (/) .
 - اضطرابات التفكير: التركيز قوي () ، ضعيف (/) ، الحكم منطقي () ، غير منطقي () .
 - البصيرة: قوية () ، ضعيفة (/) .
 - اضطرابات المحتوى: وجود أوهام ووساوس: نعم (/) ، لا () / أفكار انتحارية: نعم () ، لا (/) .
- المفاهيم الذاتية (الحب/الكره): يحب أسرته وأبدي مشاعر عميقة للمرأة التي عرفها سابقا وقال بأنه يكره نفسه لأنه متهور وسبب تهوره وسوء تفكيره ضيع حياته.
- أسعد/أسوأ ذكري: أسعد ذكري عندما قبلت الفتاة الخروج معي أول مرة.
- عن أسوء ذكري: طبعا دخولي السجن.
- المخاوف والذكريات الأولى: أخاف أن الماضي لن يدعني وشأني (يقصد بذلك الضحية وعائلته)
- الأحلام المتكررة/الجديرة بالتذكر: اجري وأصرخ وصوتي لا يخرج وكأنني أختنق.
- ملخص التقييم:

الملاحق

الحالة (ل ك) بدا هادئ ومتجاوب مع الباحثة لكن أحيانا يبدو غير مدرك للواقع الذي هو فيه وعبر عن ذلك بقوله أنا لا أصدق أنني حر، خلال فترات أحس أنني في حلم. مزاجه بدا اكتئاب مقنع (حزن مع ابتسامات، متفاعل وحضوره ايجابي).

أظهر الحالة (ل ك) الأعراض التالية (بعد تطبيق اختبار الصحة النفسية العامة ومجموعة من المقاييس):

- ✓ مزاج منخفض باستمرار وخفض الاهتمام والمتعة في الحياة بشكل عام وعزوف عن كل الأنشطة.
- ✓ الشعور بالدونية وعدم القيمة حيث عبر الحالة عنه في أكثر من موقف.
- ✓ قلق وضغط خاصة عند الخروج من المنزل تتبعه أعراض فسيولوجية (تعرق، زيادة نبضات القلب).
- ✓ وجود أحلام مزعجة متكررة يرتبط محتواها بالحدث الصادم.
- ✓ سلوك التجنب للناس والمواقف والأشياء المرتبطة بشكل وثيق بالحدث الصادم.

○ التشخيص

كونت الباحثة تشخيص وصفي حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية

والسلوكية (ICD-10) ، وبناءً على نتائج التقييم التحليلي أظهرت الحالة (1) أعراض الاضطرابات

التالية:

- أعراض اضطرابات التأقلم مع تفاعل قلقي واكتئابي مختلط (F43.22) :
- تغيير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة (F62.0).
- أعراض اضطراب الشخصية النوعي (F60.0) .

المقابلة العيادية مع الحالة (2)

1- محور المشكلات الصحية:

• وجود تاريخ لمشكلة في الصحة العقلية؟

- هل سبق لك و أن عالجت عند طبيب الأمراض العقلية أو عند نفساني عيادي؟: نعم (/)، لا () .
- إذا كانت الإجابة (نعم)؛
- متى؟: (قبل السجن () ، أثناء السجن (/) بعد الإفراج () .
- لماذا (ما السبب)؟:
- ما حدث كان بمثابة الكابوس، صرح الحالة بأنه دخل السجن ولم يستوعب بعد ما حدث حالة ذهول كبيرة وأنا أكرر ماذا حدث أين أنا؟
- هل توضح لي حالتك النفسية بالتحديد قبل تدخل المختصين؟
- نعم أذكر أول ليلة لم أنم مطلقا ضاقت نفسي، قلق حاد ألم شديد في المعدة والقولون، صداع، فقدان الشهية مترافق مع غثيان حتى أنني تقيأت مرتين في الزنزانة، دام الوضع حوالي يومين وبعدها أخذوني إلى الطبيب، وصف لي أدوية للمعدة وأدوية مهدئة ووجهني مباشرة إلى المختص النفسي.
- هل تحسنت حالتك بعد ذلك؟
- نعم قليلا زال ألم المعدة وتوقف الغثيان والقيء ونمت في الليلة الثالثة.
- هل تكررت زيارتك للمختص النفسي.
- نعم بطلب من المختص.
- لماذا لم تعد طلب مقابلة ألم ترد مقابلته.
- بالعكس لكن كنت أخاف وأتردد من التكلم مع السجناء وفضلت الجلوس فقط.
- هل المتابعة النفسية فادتك؟ وفيما تجلت هذه الفائدة؟
- فادنتي كثيرا، تغلبت على مخاوفي، وحاولت التعايش مع الوضع الجديد الذي لا مفر منه.
- هل شخص المختص النفسي حالتك؟
- نعم قال أنني تعرضت لصدمة دخول السجن وهذا الأمر عادة ما يحصل مع الابتدائيين (أول مرة).
- هل اختفت كل الأعراض مع المتابعة النفسية.
- لا في الحقيقة عانيت لفترة طويلة من أرق مزمن وقلق حاد وشربت المهدئات لكن دون جدوى أحس أنني مخدر وفكري مشغول.
- ماهي أهم الأفكار التي شغلتك آنذاك؟
- كيف حدث كل شيء، وطول المدة وأنا من دون حكم نهائي، أمي المريضة التي بقيت نظرتها لا تفارقني يوم أخذوني إلى السجن.

الملاحق

- الكشف عن مشاكل تعاطي المخدرات أو الكحول حالياً أو سابقاً بالإضافة إلى أية أدوية نفسية يستخدمها الحالة حالياً أو اعتاد أن يتناولها سابقاً؟ .
- هل سبق لك أن تعاطيت التبغ ()، السجائر (/)، الكحول ()، الحشيش ()، الأدوية ذات التأثير النفسي () بوصفة طبية () دون وصفة () "أخرى (النوع مثلا ديليو). (.....) .
- الكشف عن أعراض وخبرات صادمة سابقة:
- هل كانت لديك مشكلة في النوم أو عانيت من الأحلام المؤلمة المتكررة وما هو موضوعها؟
- نعم عانيت مشكلة في النوم وأحيانا كوابيس لا أتذكر المحتوى كل ما يعلق بذهني هو أنني رأيت شيئاً مزعجاً.
- كيف كان شعورك حيال ما صادفته بعد الإفراج عنك؟
- ما أشعر به حزن عميق بوفاة والدتي بسببي أشعر بالذنب وما يسبب لي القلق أيضاً الضحية وعائلته وطبعاً في مجتمعنا الكل سواء كان له علاقة بالقضية أم لا يذكرك بما حدث.
- كيف ذلك؟
- بالنظرات والأسئلة والتلميحات.
- كيف كانت ردة فعلك مع مختلف المواقف التي مررت بها بعد الإفراج عنك؟
- التجاهل والانسحاب.
- الخضوع لعلاج معين لأي مشكلة صحية بعد الإفراج، وما نوع العلاج؟
- هل خضعت لعلاج معين لأي مشكلة صحية بعد الإفراج؟ ما نوع العلاج؟ ما درجة التحسن؟
- لم يعاني الحالة من أي مشكل صحي يذكر.
- II- محور المشكلات الاجتماعية:**
- صف حالتك بعد خروجك من السجن، وأول شيء قمت به مباشرة بعد إطلاق سراحك؟
- كان شعوري متذبذب وغير مفهوم حيث كنت فرحاً لأنني حر مجدداً بعد فترة 12 سنة حبس، في نفس الوقت خوف من الخارج الذي يعتبر بالنسبة لي مجهول كوني نسيت ماذا تعني كلمة مجتمع وحياة اجتماعية، بعد الإفراج مباشرة ذهبت رفقة أخي إلى المقبرة لزيارة قبر أمي التي توفيت وأنا في السجن.
- من استقبلك عند الإفراج عنك؟ وكيف كان شعورك بعد أول اجتماع بأسرتك؟
- أخي الذي يكبرني ب 3 سنوات هو الذي استقبلني وعند اجتماعي بعائلتي لم أتمالك نفسي بكاء شديد وكأن أمي توفيت في تلك اللحظة، فبمجرد دخولي المنزل أحسست بفراغ رهيب فكان من المفروض أن أجد أمي تفتح ذراعيها لي وتستقبلني بحرارة لكن شاء القدر أن يأخذها وأنا غائب وهذا ما لم أستطع تحمله أحسست حينها أنني مذنب أنني القاتل.
- ما هو سبب وفاة الوالدة؟ هل كانت مصابة بمرض مزمن؟

الملاحق

- جلطة دماغية نزفية ارتفاع ضغط الدم الشرياني لا لم يسبق لها وأن تعرضت لجلطة من قبل.
- هل توضح لي من فضلك لما تحس نفسك مذنب؟
- من قلق أُمي علي ارتفع ضغطها وتسبب في الجلطة وموتها.
- هل اتهمك شخص ما بوفاة الوالدة؟
- لا أبداً لكن هذا هو المنطق لا يحتاج لأي توضيح من أي شخص.
- بعدها هل اجتمعت بأفراد أسرتك في مكان واحد للتحدث أم لا.
- نعم اجتمعنا في غرفة المعيشة على الغداء بعد أن هُدا البيت من صراخي على أُمي وأنهكني التعب من شدة انفعالي، ولم نتحدث كثيراً فقد أحسست بتعب كبير فبعد الأكل ذهبت وتمددت مباشرة.
- هل يمكن أن تذكر أهم المشكلات التي واجهتك خلال الأسابيع الأولى بعد إطلاق سراحك؟
- شعرت بأنني لا أستطيع مواجهة الناس أبداً، لم أستطع حتى الذهاب إلى المصلحة الخارجية لغرض إثبات حضوري إلا بمرافقة ابن عمي الذي كان محبوس معي وأخي، ولم أستطع الذهاب إلى البلدية لاستخراج وثائق ضرورية خاصة ببطاقة الهوية.
- كيف واجهت تلك المشكلات؟
- بمرافقة أحد أفراد الأسرة وإلا لا أخرج.
- كيف تشعر اتجاه الأشخاص الذين هم حولك؟
- الكل ينافق.
- ما الذي جعلك تقول هذا الكلام؟
- يضحكون في وجهي ويتكلمون خلفي.
- كيف عرفت أنهم يتكلمون خلفك؟
- الأمور واضحة وضوح الشمس.
- كيف؟ هل سمعت حديث جانبي عنك. (في هذه الجزئية انقل الحالة).
- لا لم أسمع.
- حسنا شكرا لك، هل تود أن تكمل.
- نعم تكمل.
- وجدت سهولة في إعادة علاقاتك بعد الإفراج عنك؟ حدد فيما تمثلت هذه الصعوبات إن وجدت؟
- الأمر صعب في إعادة العلاقات إلى ما كانت عليه، وفاة الوالدة غير كل شيء، الكل يرى أنني مذنب.

الملاحق

- ماذا بشأن قراراتك فيما يخص أمورك المستقبلية؟
- لم أتخذ قرار بمفردي لحد الآن أحس أنني مقيد، أحس أن الزمن توقف بي وأن المجتمع تتطور في كل شيء وأنا لن أستطيع مجاراته لا فكريا ولا ماديا.
- كيف هي نشاطاتك اليومية خارج البيت بعد الإفراج عنك كالتنقل لشراء الحاجيات اليومية مثلا أو الحصول على خدمات معينة والعودة إلى البيت؟
- لم أستطع استعادت نشاطاتي الخارجية اليومية، بل أنا حبببب غرفتي.
- كيف ترى مكانتك بين أفراد أسرتك وباقي معارفك؟
- مكانتي وقيمتي في وسط أسرتي تدهورت وانكسرت ولن يعود الوضع كالسابق أبدا.
- صف إحساسك وشعورك وأنت بين أهلك وجيرانك وبقية معارفك؟
- كنت سعيد لأنني بينهم مجددا وحزين لأن الوضع تغير شعور غريب سعادة ليس فيها لذة.
- هل راودتك فكرة العودة إلى السجن؟
- لا لم تراودني فكرة العودة إلى السجن لكن شعرت أن إفراجي مؤقت وكأنني في حلم وسأستيقظ وأعود إلى زنزانتي مجددا
- ما الأسباب من وجهة نظرك التي تعتقد أنها تعيق توافقك مع المجتمع وهل ترى أنها قد تؤدي إلى عودتك أنت والمفرج عنهم الآخرين إلى السجن؟
- الحقرة والوصم الاجتماعي الذي يلتصق بنا أينما ذهبنا وكأن هذا الخطأ هو جريمة سنبقى نحاسب عليها مدى الحياة، هي ليس بالضرورة كلمات لكن نظرات، حركات، تصرفات.

نموذج تقييم الحالة

○ الفحص النفسي الأولي:

الاسم: ل ف

العمر: (37) سنة الجنس: ذكر (/) - أنثى () .

الحالة الاجتماعية: أعزب (/) متزوج () مطلق () أرمل () عدد الأطفال (.....)

المستوى الدراسي: شهادة الدراسات التطبيقية - قانون أعمال - .

الوظيفة: عامل () - بطل (/) ، مدة السجن: (12 سنة).

السوابق القضائية: ابتدائي (/) ، انتكاسي () ، سبق وضعه بمركز الأحداث نعم () ، لا (/) .

المدة بعد الإفراج: (شهر ونصف) ، نوع الإفراج: مشرو (/) ، نهاية العقوبة () .

○ سبب العرض:

- تقدمت الحالة للعلاج بطلب من الباحثة لإجراء دراسة علمية.

- تم تحويلها من خلال أستاذة محامية كانت موكلة للدفاع عن قضيته سابقا وبقي التواصل معها بعد

الإفراج عنه بحكم الجيرة.

○ الأعراض والسلوكيات الحالية له:

- اضطرابات النوم (/) ، المزاج الاكتئابي (/) ، قلق وضيق (/) ، أخرى :.....

اضطراب النوم المتمثل في النوم المتوتر (كوابيس حول الحدث المؤلم) ، صعوبة البدء في النوم أو

نوم متواصل في بعض الأحيان (أرق أحيانا وفرط النوم أحيانا أخرى).

- أحاسيس انعدام القيمة وشعور مفرط بالذنب يوميا.

- تعب وفقدان الطاقة مستمر .

- انخفاض في الأداء الاجتماعي والمهني والأمور الهامة.

- فقد المتعة والاهتمام بالحياة.

- تشوهات معرفية.

- مشاعر انعدام الأمل.

○ تاريخ المشكلة:

- متى بدأت؟: بعد الخروج من السجن مباشرة.

الملاحق

- ما هي حدة/تكرار/مدة المشكلة كما تصفها الحالة؟: الأعراض شديدة أما التكرار بمعدل متوسط إلى شديد المدة متوسطة حسب تصريح الحالة.
- هل استخدمت الحالة أية محاولات تمت تجربتها لحل المشكلة؟: لا ليس بعد.
- تدهور في أسلوب سير الحياة:
- مشكلات في البيت؟: نعم (فقدان الأم بالموت والحالة في السجن هو أكبر مشكل يؤرق الحالة).
- متى ظهرت تحديداً؟: بعد الخروج من السجن.
- مشكلات في العلاقات الاجتماعية خارج البيت؟: (نعم)، نوعها؟: مشكلات في التواصل وصعوبة في الخروج من البيت.
- متى ظهرت تحديداً؟: بعد الإفراج عن الحالة مباشرة.
- مشكلات في العمل؟: (الحالة بطال)، نوعها:
- متى ظهرت؟:
- تاريخ مرضي/ مرض نفسي أو جسدي:
- مرض نفسي سابق؟: (لا يوجد)، نوعه:
- علاج سابق؟: () ، نوعه نفسي () ، عقلي () اسم الدواء: حجم الجرعة:
- مدة العلاج () استخدم طبقاً لما وُصِف له: نعم () لا ()
- الاستشفاء في مصلحة الطب العقلي؟: (أو مركز مكافحة الإدمان) : نعم () ، لا () .
- المدة: عدد مرات الاستشفاء؟: ()
- مرض جسدي سابق: نعم () ، لا (/) نوعه:
- علاج سابق: نعم () ، لا () ، نوعه: اسم الدواء: حجم الجرعة:
- طول فترة تناول الدواء () ، استخدم طبقاً لما وُصِف له: نعم () لا () .
- إقامة في مستشفى للعلاج: () ، نوعها: المدة:
- المخاوف والمخاطر الحالية المتعلقة بالأمن والسلامة:
- أفكار عن إيذاء النفس أو الآخرين: نعم () ، لا (/) ، محتوى الأفكار:
- ملاحظة: إذا أثار المريض هذه الشكوك، يتوقف التقييم لإتباع إجراءات حل الأزمات.
- الاستخدام الحالي للعقاقير وتاريخ استهلاكها:

الملاحق

- استخدام أو سوء استخدام الكحول والعقاقير الأخرى: نعم () ، لا (/) ، نوعها.....
- طبيعة استخدامها:
- التاريخ العائلي:
- المستوى الاجتماعي: متوسط.
- مهن الوالدين: مهنة الأب: فلاح مهنة الأم: كانت ربة بيت قبل وفاتها.
- حالة الوالدين الاجتماعية: متزوجين (/) منفصلين () ، مطلقين () . حالة وفاة () ، تحديد من المتوفى (الأم) .
- الخلفية الثقافية للحالة: متدين ومحافظ بحكم تربيته في منطقة ريفية.
- العلاقات العائلية مع الحالة (في السابق): حسنة على العموم.
- التاريخ العاطفي للحالة: لا توجد علاقة عاطفية تذكر.
- التاريخ الشخصي:
- الطفولة: المعالم التنموية، وكم التواصل مع الآباء، والتدريب على استعمال المرحاض، والتاريخ المرضي المبكر:
- التواصل مع الأب كان منعزلاً حيث أن الأب متزوج امرأة أخرى ويهمل أمه وإخوته تماماً، أما الأم فكان التواصل معها جيد (تحبنا وتؤمن لنا كل ما نحتاجه وحنونة جداً).
- عن استعمال المرحاض الحالة لا يذكر الأمر ومع إعادة توجيه السؤال أجاب أن كل شيء كان على ما يرام لا أذكر أنني ضربت بسبب هذا الأمر مثلاً.
- عن التاريخ المرضي صرح الحالة أنه أصيب بحروق بالغة الخطورة في عيد المولد النبوي الشريف عند سن 8 سنوات من عمره حيث حرق بالتهاب كيس بلاستيكي بالخطأ والتصاقه في رجله اليسرى وخلف ندوب بقيت إلى حد الآن.
- الطفولة المبكرة والمتوسطة - : التكيف مع المدرسة، والتحصيل الدراسي، والعلاقات بالأقران، الهوايات/الأنشطة/الاهتمامات: كرة القدم، الصيد.
- المراهقة:
- رد الفعل تجاه البلوغ: مرحلة كباقي المراحل.
- العلاقة مع الوالدين: في عمومها حسنة تتصف بالاحترام.
- العلاقات الشخصية: المواعدة في سن مبكرة: لا يوجد.

الملاحق

- كيفية فرض الذات: لم اذكر أنني قررت أمر مع أصدقائي (شخصية تابعة).
- القناعة بأهداف الحياة، الطموحات التي رغب في تحقيقها: يرى أن الحياة ظلمته كثيرا وأنه لم يستمتع بها ولم يحظى بفرص لكي يستغلها ويمضي قدما لتحقيق حياة أفضل.
- الحالة العقلية:
 - النظافة والحلاقة: نعم () ، لا (/) / تناسق الملابس: نعم () ، لا (/) .
 - التواصل البصري: يتجنبه (/) ، قليل () ، طبيعي () .
 - النشاط الحركي: هادئ (/) ، مضطرب () ، متزمت () ، هائج () .
 - أسلوب الكلام: رخم () ، صاخب () ، تحت ضغط (/) ، متداخل () .
 - أسلوب التفاعل: درامي () ، حساس () ، متعاون (/) أو سخي () .
 - الإدراك: (هل يعرف الشخص الوقت، والتاريخ، والموقف الذي يمر به؟): نعم (/) ، لا () .
 - الإنجاز الفكري: ضعيف (/) ، غير ضعيف () .
 - الذاكرة: تالفة () ، غير تالفة (/) .
 - المزاج: طبيعي () ، متقلب () ، يميل إلى البكاء () ، قلق (/) ، مكتئب (/) .
 - التأثير: مناسب (/) ، متقلب () ، متبلد () ، منعدم () .
 - الاضطرابات الحسية: وجود هلاوس: نعم () ، لا (/) .
 - اضطرابات التفكير: التركيز قوي () ، ضعيف (/) ، الحكم منطقي () ، غير منطقي (/) .
 - البصيرة: قوية () ، ضعيفة (/) .
 - اضطرابات المحتوى: وجود أوهام ووساوس نعم (/) ، لا () / أفكار انتحارية: نعم () ، لا (/) .
- المفاهيم الذاتية (الحب/الكره): اكره نفسي فأنا السبب في ما نحن فيه الآن.
- أسعد/أسوأ ذكرى: أسعد ذكرى عندما فاجأنتني أُمي بهدية وكعكة في عيد ميلادي. (لا يذكر 14 او 15 عشر سنة).
- عن أسوء ذكرى: طبعا دخولي السجن وموت أُمي.
- المخاوف والذكريات الأولى: أخاف أن الله لن يسامحني لأني السبب في موت أُمي.
- الأحلام المتكررة/الجديرة بالتذكر: لا يذكر.

○ ملخص التقييم:

الملاحق

- الحالة (ل ف) بدا مضطرب وغير متجاوب وخائف حتى انه يرتعش من الخوف، غير مدرك للواقع الذي هو فيه وعبر عن ذلك بأنه لم يصدق الإفراج عنه في إطار إفراج مشروط، في المقابلات اللاحقة كانت أحسن من حيث التفاعل بعدما وضحت له الباحثة من تكون والمساعدة التي تحاول تقديمها له لتخطي مشاكله ومواجهة صعوبات تكيفه من جديد مع المجتمع.

- أظهر الحالة (ل ف) الأعراض التالية (بعد اختبار الصحة النفسية العامة ومجموعة من المقاييس ✓ مزاج منخفض باستمرار وخفض الاهتمام والمتعة في الحياة بشكل عام وعزوف عن كل الأنشطة.

مع اضطراب النوم وتعب وتراجع في النشاط والطاقة

✓ انخفاض في النشاط الاجتماعي والمجالات الهامة في الحياة.

✓ إحباط صريح والشعور بالخزي والدونية حيث عبر الحالة عنه في أكثر من موقف.

✓ قلق وضغط خاصة عند الخروج من المنزل.

- سلوك التجنب للناس والمواقف والأشياء المرتبطة بشكل وثيق بالحدث الصادم.

○ **التشخيص:**

هـ- كونت الباحثة تشخيص وصفي حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10) ، وبناء على نتائج التقييم التحليلي أظهرت الحالة (2) أعراض الاضطرابات

التالية:

- أعراض اضطرابات التأقلم مع تفاعل قلقي واكتئابي مختلط (F43.23).
- تغيير باق في الشخصية تلو (بعد) تجربة فاجعة (F62.0).
- أعراض اضطراب الشخصية النوعي (F60.7) .