

## أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي مستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر في خفض مستوى أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت

يوسف موسى مقدادي\*

جامعة آل البيت، الأردن

قبل بتاريخ: ٢٠١٣\٥\٢٠

عُدل بتاريخ: ٢٠١٣\٤\١١

استلم بتاريخ: ٢٠١٣\٥\١٣

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي مستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. تكونت عينة الدراسة من الطلبة الذين حققوا أعلى الدرجات على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والبالغ عددهم ١٦ طالباً. تم توزيع الأفراد عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وعدد أفرادها ٨ (٢ ذكور و٦ إناث)، ومجموعة ضابطة وعدد أفرادها ٨ (٣ ذكور و٥ إناث). استخدم الباحث المنهج التجريبي. ولتحليل البيانات تم استخدام تحليل التباين المشترك ANCOVA وذلك لمعرفة أثر المعالجة التجريبية على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ولصالح المجموعة التجريبية. وخلصت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر كان فعالاً في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، التحصين ضد التوتر، الإرشاد الجمعي.

## The Impact of a Cognitive Behavioral Group Counseling Program Based on Stress Inoculation Training on Reducing Posttraumatic Stress among a Sample of Students from Al al-Bayt University

Yusef M. Migdady  
Al al-Bayt University, Jordan

The aim of this study was to examine the impact of a cognitive behavioral group counseling program based on stress inoculation training in reducing post-traumatic stress among a sample of students from Al al-Bayt University. The sample of the study consisted of 16 students who achieved the highest score on a scale for post-traumatic stress disorder. These students were distributed randomly into two groups: experimental group consisting of 8 students (2 males and 6 females) and a control group consisting of 8 students (3 males and 5 females). The researcher used the experimental method; the application of the program took four weeks with two meetings per week. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to know the experimental treatment effect on post-traumatic stress. The results showed statistically significant differences between the experimental and control groups, favoring the experimental group, on all dimensions of the scale. The study concluded that the counseling program -based on stress inoculation training- was effective in reducing post-traumatic stress.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, stress inoculation, group counseling.

\*[yusefmigdady2002@yahoo.com](mailto:yusefmigdady2002@yahoo.com)

١. ذكريات محزنة افتحامية متكررة عن الحدث الصدمي تسبب التوتر والهم، وتشمل صوراً، وأفكاراً، ومدركات.
٢. أحلام مزعجة ومتكررة عن الحدث الصدمي.
٣. التصرف أو الشعور وكأن الحدث المسبب للصدمة يعاود الوقوع.
٤. انزعاج نفسي حاد عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية.
٥. استجابة فسيولوجية عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية، مثل: (تسارع ضربات القلب، أو التعرق، أو الشعور بالتوتر أو برعشة).

**ثالثاً:** كما أن المصابين باضطراب (PTSD) يتميزون بالتجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة، والتراخي في القدرة على الاستجابة، وهذه تظهر في ثلاث أو أكثر من الطرق الآتية:

١. بذل الجهود لتجنب الأفكار، والمشاعر، والأحداث المرتبطة بالصدمة.
٢. بذل الجهود لتجنب الأنشطة، أو الأماكن، أو الأشخاص الذين يثيرون ذكريات الصدمة.
٣. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من جوانب الحدث الصدمي.
٤. ابتعاد ملحوظ عن الاهتمام أو المشاركة في الأنشطة المهمة.
٥. الشعور بالانفصال عن الآخرين، أو الغربة عنهم.
٦. قصور في المشاعر الوجدانية، مثل: عدم القدرة على الشعور بالحب.
٧. الإحساس بغموض المستقبل، مثل: فقدان الأمل بالحصول على عمل أو زواج.. إلخ.

**رابعاً:** كما أن لدى مضطربي (PTSD) أعراضاً من الاستثارة العامة لم تكن موجودة قبل الصدمة، وتنضح في اثنين أو أكثر مما يأتي:

١. صعوبات في الخلود للنوم، أو الاستمرار فيه.
٢. الاستثارة (الهيجان)، أو نوبات الغضب.
٣. صعوبة التركيز.
٤. التيقظ الشديد (حساسية ونشاط مفرط وتخفن).
٥. استجابة جفلة مبالغ فيها (جفلة مفرطة عند سماع صوت المفاجأة)، وتكون مدة استمرار

إن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD ; Posttraumatic Stress Disorder هو اضطراب ضغطي يلي الصدمة، ويحدث بعد تجارب مرعبة (Becky, 2002). ويصيب الكثير من الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث، أو العنف الأسري، أو الحروب، أو الكوارث: كالاغتداءات العنيفة، والتعذيب، والأسر (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002). أوالتشخيص بوجود مرض خطير أو مشاهدة أحداث مفاجئة، أو العلم بأحداث مفاجئة وقعت لأشخاص آخرين (Aldwin & Levenson, 2004). ويلاحظ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أيضاً، في الحالات المتعلقة بعملية الولادة التي تكون مدعاة للفرح لدى بعض النساء من حيث شعورهن أن حياتهن وحياة أجنتهن مهددة بالخطر، لا سيما عند الكثير من الأمهات الجدد (Beers & Bellies, 2002). وعلى الرغم من أن هذا الاضطراب كان معروفاً قبل إصدار الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات العقلية عام ١٩٥٢ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder والثاني عام ١٩٦٨ (DSM-II) إلا أنه لم يتم تضمينه إلا في الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III) عام ١٩٨٠ (March, 1998).

وحول انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أشارت جمعية الطب النفسي الأمريكية - في النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV) - إلى أن الدراسات التي أجريت حول انتشار هذا الاضطراب أظهرت أنه ينتشر بنسبة تتراوح من ١% إلى ١٤% . مع الأخذ بالاعتبار التغير في طرق التحقق في المجتمع الذي يتم اختيار العينة منه (American Psychiatric Association, 1994).

إن تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى فرد ما يعني: أن هذا الفرد قد مر بخبرة تحتوي على تهديد لحياة الفرد نفسه، أو لحياة شخص آخر، أو لسلامته الجسدية، وأن هذا الفرد قد استجاب لهذا الحدث بخوف شديد وعجز أو رعب (Dubner & Motta, 1999).

وحسب تصنيف (DSM-IV-R, 94) فإن الحادث الصادم يشترط فيه توافر المعايير الآتية:

- أولاً: أ. خبرة الفرد، أو مشاهدته، أو مجابهته لحدث أو أحداث تضمنت احتمال الموت، أو تهديداً به، أو إصابة خطيرة، أو تهديداً لسلامته، أو سلامة الآخرين الجسدية.
- ب. رد فعل الفرد، يتسم بالخوف الشديد، أو العجز، أو الرعب.

**ثانياً:** كما أن خبرة الفرد بالحادث الصدمي، وباستمرار تكون بوحدة أو أكثر من الطرق الآتية:

وكيفية مواجهتها، وتوفير المساندة للفئات الأكثر عرضة للتأثر بالأزمات، وحول الطرق العلاجية فقد تعدت الأساليب العلاجية، ومنها: العلاج المعرفي السلوكي Behavior Therapy Cognitive الذي أظهر فعالية أكبر مقارنة مع الإجراءات الأخرى في علاج الاضطرابات النفسية (Yeong & Chia, 2001, Murphy, Lehrer & Jurish, 1990; Nicholson & Blanchard, 1993; Gagnon & Ladouceur, 1992).

و يعد العلاج المعرفي السلوكي محاولة هادفة للمحافظة على كفايات تعديل السلوك باستخدام الأنشطة المعرفية للفرد من أجل التعامل مع السلوك (Hollan & Rendall, 1996). ويمثل "السلوكية المنهجية" Methodological Behaviorism التي تتمثل بالتطورات الحديثة في علم النفس التجريبي، وهي تتضمن الأساليب المعرفية والسلوكية معاً (Hunter, 2003).

ويستند العلاج المعرفي السلوكي على مساعدة الفرد في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها إلى أفكار أو قناعات إيجابية أكثر واقعية، ويهدف إلى محاولة تغيير الأفكار الخاطئة، وذلك من خلال عملية علاجية تسمى: إعادة البناء المعرفي. بهدف أن تصبح العمليات المعرفية أكثر اتصالاً بالواقع، وبهذا فإن هذا النموذج يتعامل مع السلوك اللاتكفي. باعتباره نتاجاً للتفكير غير الوظيفي، ومن هنا يمكن النظر إلى العلاج على أنه عملية تعلم داخلية، تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث، والمؤثرات البيئية المختلفة (الخطيب، ١٩٩٤ : Hersen & Bellick, 1985).

والتحصين ضد التوتر Stress Inoculation أسلوب معرفي سلوكي يهدف إلى تعليم مهارات التكيف الجسمية والمعرفية، وقد طُور من قبل ماكينبوم وكاميرون (Meichenbaum & Cameron) لمساعدة الأفراد الذين لديهم ردود أفعال ناتجة عن الخوف المرضي، للتحكم بالقلق في المواقف الضاغطة (Ponniah & Hollon, 2009) وهو أسلوب يقدم الحماية النفسية بنفس الطريقة التي يقدمها التلقيح (التطعيم) الطبي للأمراض العضوية، كما أنه يزود الفرد بوقاية مستقبلية، ومهارات للتعامل مع المواقف المسببة للتوتر أسلوباً متعدد الأوجه، وهو من استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي الفعالة، ويهدف إلى تعزيز ذخيرة الأفراد والتصدي لتمكينها من مواجهة الضغوطات وتبني مهارات التكيف (Meichenbaum, 1996).

ويتضمن التحصين ضد التوتر ثلاثة عناصر، هي:  
١- تعليم الفرد وتنقيفه حول طبيعة ردود الأفعال الناتجة عن التوتر ٢- تدريب الفرد على مهارات التكيف الجسدية

الاضطراب وفقاً للمعايير (ثانياً/ ثالثاً/ رابعاً) أكثر من شهر، وعلى أنواع:

- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) إذا استمرت أعراض هذا الاضطراب (١-٣) أشهر.
- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن (Chronic-PTSD) إذا استمرت أعراض هذا الاضطراب (٣) أشهر فأكثر.
- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المتأخر الظهور (Delayed - PTSD) إذا ظهرت علامات الاضطراب بعد ستة أشهر، ولم تظهر قبلها.

إن التعرض لحدث ضاغط لا يحدث نفس التأثير لدى جميع الأفراد، فعوامل الخطورة يمكن أن تلعب دوراً في العمل على زيادة احتمالية نتوج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بعد التعرض للأحداث الصادمة (Brewin & Holmes, 2003) فالعديد من الخصائص الشخصية تلعب دوراً هاماً في تطوير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مثل: جنس الفرد، فالإناث، عموماً، أكثر معاناة من الذكور (Voges & Romney, 2003; Yule & Canterbury, 1999). كما أن أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ترتفع بين الأطفال الأكبر سناً مقارنة بالأطفال الأصغر سناً (Ahmad et al., 2000). كما أن نقص المعلومات الخاصة قبل الحادث، وتقييم الفرد للحادث، ووجود تاريخ من الأحداث الصدمية التي تعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة: كالتحرش، والاعتداءات الجنسية تعد، أيضاً، من بين عوامل الخطورة (Bober & Regehr, 2006).

أما العوامل المرتبطة بالحادث الصادم، فإن هناك احتمالاً أكبر لأن تسبب بعض أنواع الصدمات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أكثر من أنواع أخرى. فالصدمات تختلف من حيث إنها قد تكون على شكل خبرات منفصلة، أو على شكل متكرر، وتختلف، أيضاً، من حيث شدتها ونوعيتها (Tucker & Trautman, 2000). أما العوامل المرتبطة بالبيئة المحيطة، فهناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن التاريخ العائلي المرضي يؤثر في تطور اضطراب ما بعد الصدمة، فوجود تاريخ لمرض نفسي لدى أحد أفراد العائلة هو أحد عوامل الخطورة (American Psychiatric Association, 1994). كما أن البيئة الأسرية التي تتصف بالكبت، أو التهيج، والتفكك الأسري، وانفصال الأبوين، وتدني المستوى الاقتصادي، وسوء التنشئة الاجتماعية، وقصور الدعم الاجتماعي، من بين العوامل التي ترتبط بوجود اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Becky, 2002, Brewin & Holmes, 2003).

وفي الحديث عن اتجاهات العلاج، لا بد من التركيز على برامج الوقاية قبل حدوث الإصابات عن طريق التدخل قبل وفي أثناء الأزمة، من خلال التوعية، وتوفير المعلومات،

الصدمة لضحايا الاعتداء من النساء وتم تطبيق العلاج من خلال تعريض الفرد للموقف على المجموعة الأولى. بأن يتخيل الأفراد ويتذكروا خبرات الصدمات التي تعرضوا لها في الجلسة الإرشادية، وكذلك تعليمهم كيفية مواجهة المواقف في الحياة العادية، بينما طبق التحصين ضد التوتر على المجموعة الثانية، من خلال تعليم اللواتي تعرضن للصدمة كيفية المواجهة، والتكيف مع القلق، والتوتر، من خلال استخدام تكتيكات، مثل: التدريب على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، والحديث الإيجابي مع الذات، ومجموعة ثالثة طبق عليها الأسلوبان معاً. ومجموعة ضابطة لم تتعرض للتدريب. أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض مستوى التوتر والقلق مقارنة بالمجموعة الضابطة، وتحسن ملحوظ في الوظائف الاجتماعية، ولم تدعم النتائج أي من الأساليب كان أكثر فاعلية.

وقام هانز (Hains, 1992) بدراسة هدفت للتعرف على فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي قائم على التدريب على التحصين ضد التوتر، اشتمل البرنامج على استراتيجيات إعادة البناء المعرفي، والتعامل مع التوتر، وأسلوب حل المشكلات، دلت النتائج إلى وجود تحسن ذي دلالة إحصائية ما بين التقييم القبلي والبعدي في التعامل مع التوتر والغضب، كما دلت النتائج إلى انخفاض ليس له دلالة إحصائية في انخفاض الحوادث الضاغطة، ولم يحدث تغيير على حالات الاكتئاب، وتقدير الذات، والتعبير عن القلق.

وفي دراسة قام بها كورتس (Courts, 1991) هدفت إلى معرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي المستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر، والاكتئاب، والتكيف النفسي لدى الأفراد، والمرضى، وكذلك هدفت إلى معرفة العلاقة ما بين الاستجابات النفس اجتماعية في علاقتها بالمشكلات الفسيولوجية لدى الأفراد المرضى بـ Hemodialysis، وهناك متغيران دخيلان: هما: الدعم الذاتي، والضببط. وقد تم اختيارهما لتحدي تأثيرهما على المتغيرات المرتبطة بالنواحي الطبية، والمتغيرات النفس اجتماعية. تكونت عينة الدراسة من ستة أفراد تراوحت أعمارهم من ٣٠-٤٧ عاماً، شاركوا في ست جلسات علاجية، وقد اشتمل برنامج التحصين ضد التوتر على نموذج العلاقة التبادلية ما بين الفرد والبيئة الذي يتكون من ثلاث مراحل: الأولى، المفاهيمية، والثانية، اكتساب المهارات، والتدريب عليها، والثالثة: التطبيق، والمتابعة، واستخدمت أثناء الدراسة التقييم الذاتي Self-assessment واستبانة المعلومات الفسيولوجية Physiological Data وأشارت النتائج إلى أن البرنامج المعرفي السلوكي كان فاعلاً في التقليل من بعض المشكلات على المواضيع جميعها، وفي الاختبار البعدي

والمعرفية ٣- مساعدة الفرد على تطبيق هذه المهارات عند مواجهة المواقف المسببة للتوتر (Britvic, Radelic & Urlic, 2006).

إن الهدف من استخدام التحصين ضد التوتر يظهر في مساعدة الأفراد على التطور الشامل، وإدراك أنفسهم بشكل واقعي، والعمل على تطوير مهارات المواجهة، واكتساب اتجاهات تكيفية لضغوطات الحياة (Hans, 1992).

ورغم التأثير الواضح لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في حياة الأفراد، إلا أنه ما زال هناك قصور في الدراسات العربية التي تناولت البرامج العلاجية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، فقد أجرى المومني (٢٠٠٨) دراسة استهدفت معرفة أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان، تألفت عينة الدراسة من ٣٥٣ فرداً من الضحايا وأسرهم من الدرجة القرابية الأولى. دلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لأثر الدعم الاجتماعي، كما دلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الخبرة الصدمية السابقة والجنس ولصالح الإناث والتدين ولصالح شديدي التدين.

كما أجرى برتفك وراذلك واورلك (Britvic, Radelic & Urlic, 2006) دراسة استهدفت معرفة فاعلية الإرشاد الجمعي في تخفيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الجنود المحاربين، تكونت العينة من ٥٩ محارباً ممن كانوا في إحدى المعارك سابقاً، دلت نتائج الدراسة على أن الإرشاد الجمعي خفف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة.

وهدف دراسة حسين (٢٠٠٤) إلى التعرف على الخبرات الصادمة، والمساندة الأسرية، وعلاقتها بالصحة النفسية، تكونت عينة الدراسة من ٤٥٠ طفلاً وطفلة من تتراوح أعمارهم ما بين ١٠ - ١٢ سنة، دلت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة، والأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة بالنسبة للصحة النفسية لصالح الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة، وأن هناك فروقاً دالة بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة، والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة لمستوى العصاب، لصالح الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة.

أما دراسة اندا (Enda, 1999) فقد هدفت إلى مقارنة أسلوب العلاج (تعريض الفرد للموقف Exposure Therapy)، وأسلوب التحصين ضد التوتر، ثم الأسلوبين معاً في تخفيف مستوى اضطراب ضغوط ما بعد

(١٩٩٨) إلى إن معالجة أحداث الحياة الضاغطة لا تعنى التخلص منها أو تجنبها، واستبعادها من حياتنا، فوجودها في حياتنا أمر طبيعي، ولكل منا نصيبه من هذه الأحداث اليومية بدرجات متفاوتة، ووجودها لا يعنى أننا مرضى بقدر ما يعنى أننا نعيش ونتفاعل مع الحياة، وحقق طموحات معينة، وخلال ذلك وبسببه حدث أمور متوقعة أو غير متوقعة، ومن ثم فإن علاج أحداث الحياة الضاغطة لا يتم بالتخلص منها، وإنما يتم بالتعايش الإيجابي معها، ومعالجة نتائجها السلبية.

وبالتالي، فإن تفسير الفرد لأحداث الحياة التي يمر بها واعتقاده بأنها مخيفة، أو مؤلمة، أو محزنة، هو المسؤول عن سلبته في مواجهتها، ومن هنا تظهر أهمية بناء الجانب المعرفي للفرد بطريقة تسمح له بتناول الأمور بطريقة عقلانية ومنطقية، ومن ثم يمكن مساعدة الطلاب، من خلال برنامج إرشادي معرفي سلوكي مستند إلى التحصين ضد التوتر، يساعدهم على التخلص من الآثار السلبية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

إن وجود أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يتطلب التعامل معها، من خلال الإرشاد المناسب. وبمثل الجهد الذي يتمثل ببناء برامج إرشاد معرفي سلوكي هاماً يسمح بمواجهة هذه الأعراض على نحو فعال.

#### سؤال الدراسة:

تستهدف هذه الدراسة الإجابة على السؤال التالي:

هل هناك فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تُعزى إلى المعالجة التجريبية (العلاج المعرفي السلوكي المستند إلى التحصين ضد التوتر)؟

#### فرضية الدراسة:

بنيت الدراسة الحالية على الفرضية التالية:

يؤدي البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستند إلى التحصين ضد التوتر إلى خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى العينة التجريبية مقارنة مع العينة الضابطة بشكل دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

#### أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- إلقاء الضوء على أهمية العلاقة بين الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي المستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر وأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

تبين انخفاض مستوى القلق عند جميع المشاركين، فيما انخفض الاكتئاب عند أربعة من المشاركين، وثلاثة من المشاركين انخفض مستوى توترهم فيما يتعلق بـ Hemodialysis وأربعة من المشاركين ارتفع مستوى التكيف النفس-اجتماعي مع المرض.

وأجرى هانز وسياجكوزكي (Hains & Szyjakowski, 1990) دراسة حول فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي مستنداً إلى التدريب على التحصين ضد التوتر لعينة من طلبة المدرسة الثانوية بلغت ٣٠ طالباً. اشتمل البرنامج على مهارات التكيف المعرفية، والتدريب على الاسترخاء، وقد تكون البرنامج من ثلاث عشرة جلسة مؤلفة من ثلاث مراحل هي: مرحلة المفاهيم، ومرحلة اكتساب المهارات، ومرحلة تطبيق المهارات. تم استخدام الإرشاد الجمعي، لتقديم عناصر بناء المهارات المعرفية، وأساليب حل المشكلات، والتعامل مع القلق. دلت النتائج على أن البرنامج كان فاعلاً في خفض مستوى التوتر المتعلق بالتقارير الذاتية (القلق، والاكتئاب).

يتضح من الدراسات السابقة فاعلية الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي المستند إلى التحصين ضد التوتر في تخفيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، و استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة التي اعتمدت في تصميمها التجريبي على مجموعتين: أحدهما، تجريبية، والأخرى ضابطة.

#### مشكلة الدراسة:

ختل الضغوط النفسية في الآونة الأخيرة مكانها البارز في أعلى قائمة مسببات الأمراض بشقيها العضوي والنفسي، وتزايد الضغوط النفسية يوماً بعد يوم نتيجة التقدم الحضاري للمجتمعات الإنسانية، وقد تصل هذه الضغوط إلى درجة من الشدة بحيث تفوق تحمل الكثير من الأفراد لها، ومن بين هذه الضغوط تلك الأحداث الصدمية بكل أنواعها المسببة للصددمات النفسية.

ولاشك أن طلاب الجامعة عرضة لمواجهة الكثير من الضغوط والصراعات نتيجة للمواقف والأحداث الجديدة والمتعددة التي يواجهونها في حياتهم الجامعية، وتظهر في إحساسهم بالاستقلالية، وتحمل المسؤولية، واكتساب الدور الأكاديمي والمهني، وهذه الضغوط قد تدفعهم إلى الوقوع في العديد من المشكلات النفسية، والاجتماعية، والأكاديمية، ومن ثم سوء التوافق مع الحياة الجامعية.

وعليه فإن ما تفرضه المرحلة الجامعية من مطالب وتحديات يؤدي الفشل في مواجهتها إلى ظهور مجموعة من المشكلات النفسية والاجتماعية. ويشير إبراهيم

- قد تفيد في عملية الإرشاد والتوجيه النفسي لهذه الفئة في المجتمع، حيث يمثل الشباب طاقة في المجتمع لا بد من استثمارها، وبالتالي يمكن إعداد برامج إرشادية توجههم إلى تبني استراتيجيات فعالة في مواجهة الضغوط والتخفيف من حدة القلق والتوتر من أجل تحقيق توافق نفسي واجتماعي أفضل.
- الاستفادة من البرنامج المقترح في مساعدة طلاب الجامعة على مواجهه أحداث الحياة الضاغطة.

#### مصطلحات الدراسة:

**الإرشاد الجمعي:** هو أحد الأساليب الإرشادية التي تستخدم مجموعات صغيرة من الأفراد، ويتراوح عددهم بين ٦-١٢، يتم اختيار هؤلاء الأفراد حيث يشتركون في معاناتهم من صعوبات متشابهة، وفي تقارب الأعمار، يتلقى هؤلاء الأفراد خلال الجلسات لمجموعة من المهارات الإرشادية للتغلب على هذه الصعوبات (Hains & Szyjakowski, 1990).

**الأساليب السلوكية المعرفية:** مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى إيصال الفرد لحالة الاستبصار بأسباب الاضطراب لديه، وتعليمه الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع أساليب هذا الاضطراب، بحيث تصبح جزءاً من خبيرته السلوكية على شكل أبنية معرفية، وتوظف لهذا الغرض العديد من الأساليب التي وضعتها النظرية المعرفية السلوكية (Hains & Szyjakowski, 1990).

**التحصين ضد التوتر:** أسلوب معرفي سلوكي يهدف إلى تعليم مهارات التكيف الجسمية والمعرفية (Cormier & Cormier, 1991). ويعرف إجرائياً بالبرنامج الذي تم إعداده لغايات هذه الدراسة.

**اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:** فئة من فئات اضطراب القلق، حيث يتكون كنتيجة لتعرض الفرد لحادث ضاغط نفسي، أو جسمي غير عادي (الديوان الأميري، ٢٠٠١). ويعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

#### الطريقة والإجراءات

##### مجتمع الدراسة ومينتها:

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع الطلبة الذين راجعوا دائرة الإرشاد التربوي والاجتماعي في جامعة آل البيت، والذين تعرضوا لحوادث صدمية في حياتهم على شكل فقدان عزيز، أو عنف أسري. كانوا قد راجعوا دائرة الإرشاد التربوي والاجتماعي في جامعة آل البيت، وظهرت عليهم أعراض تتعلق باضطراب ضغوط ما بعد

الصدمة، موزعين على جميع كليات الجامعة، وفي مرحلة جمع المعلومات تبين أنهم تعرضوا لحوادث تتعلق بفقدان عزيز من الدرجة الأولى وآخرين تعرضوا لشكل أو أشكال من العنف الأسري. والبالغ عددهم ١٥٦ طالباً وطالبة خلال الفصل الدراسي الأول في العام الجامعي ٢٠١٠/٢٠١١. ولاختيار عينة الدراسة تم تطبيق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على جميع أفراد مجتمع الدراسة، وتم تحديد ١٦ طالباً وطالبة حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بحيث شكلوا عينة الدراسة والبالغ عددها ١٦ فرداً. من مختلف كليات الجامعة، تعرض ١٠ أفراد منهم لفقدان عزيز، وتعرض ٦ أفراد منهم لعنف أسري في فئة الإساءة الانفعالية، بمتوسط عمري ١٩ و ٥ وأخرف معياري قدره ٨ و ١٠ وتكونت المجموعة التجريبية من ٨ طلاب، والمجموعة الضابطة من ٨ طلاب، وتلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجاً إرشادياً معرفياً سلوكياً من أجل خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والتقى بهم الباحث بمعدل جلستين في الأسبوع، لمدة ستة أسابيع، مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة، وتكونت المجموعة الضابطة من ٨ طلاب، لم يتلقوا أي برنامج إرشادي معرفي سلوكي باستخدام استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي.

##### منهج الدراسة:

لاختبار صحة الفرضيات، تم استخدام التصميم التجريبي، حيث تم تشكيل مجموعتين تجريبية وضابطة، وتم توزيع أفراد الدراسة عشوائياً. تتلقى المجموعة التجريبية البرنامج المعرفي السلوكي، ولا تتلقى المجموعة الضابطة هذا البرنامج، ثم مقارنة النتائج على المقاييس القبلية والبعدي لدى المجموعتين. وبذا يكون التصميم التجريبي كالتالي:

المجموعة التجريبية: قياس قبلي - البرنامج الإرشادي - قياس بعدي

المجموعة الضابطة: قياس قبلي - عدم التعرض لأي معالجة - قياس بعدي

وذلك لدراسة أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي مستنداً إلى التحصين ضد التوتر لدى طلاب يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وفي التحليل الإحصائي، تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA).

وفيما يلي تحديد لمتغيرات الدراسة:

- المتغير المستقل: تقديم البرنامج الإرشادي بالمهارات المختلفة التي تناولها (كما هو لدى المجموعة التجريبية)، أو عدم تقديم البرنامج الإرشادي (كما هو لدى العينة الضابطة).

دائماً ولها خمس درجات، وغالباً ولها أربع درجات، وأحياناً ولها ثلاثة، ونادراً ولها درجتان، ومطلقاً ولها درجة واحدة.

كما قام المومني (٢٠٠٨) بالتأكد من ثبات المقياس، وذلك بتطبيق المقياس على عينة مكونة من ٢٠ فرداً من ضحايا تفجيرات فنادق عمان، وقام باستخراج دلالات الثبات عن طريق معادلة كرونباخ - ألفا للمقياس والتي بلغت ٠,٨٩.

ويتم احتساب الدرجة الكلية للمقياس من خلال جمع الدرجات والتي تتراوح بين ١٧-٨٥ على المقياس. حيث عدّ الباحث أن من يقع في الفئة المتوسطة فما فوق بأنه يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

## ٢ - البرنامج الإرشادي:

استند الباحث في بنائه للبرنامج الإرشادي على النماذج التالية التي تناولت موضوع الضغوط وأساليب التكيف معها.

- نموذج شنايدر (Shnider, 95) (Lynch of Morley).
- نموذج (Roberts of Baumbenger, 99) T.R.E.A.T.

**البرنامج الإرشادي:** برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي مستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر وهو مكون من ثماني جلسات.

## الأهداف العامة:

- ١- تطوير مهارات الطلبة المشاركين على مواجهة الأفكار والمشاعر والأحداث المرتبطة بالصدمة.
- ٢- التعبير عن مشاعر الغضب دون قلق وتوتر.
- ٣- تطوير مهارات الطلبة في التعبير عن رغباتهم واهتماماتهم ومشاعرهم وأفكارهم وآرائهم، دون مضايقة لأنفسهم أو للآخرين.
- ٤- زيادة عدد وأنواع المواقف التي يكون فيه التصرف الإيجابي ممكناً، والتقليل من المناسبات التي يحدث فيها انهيارات سلبية أو تصرفات عدوانية.

## النتائج

لاستقصاء صحة فرضية الدراسة، تم استخراج المتوسطات المعدلة والأخرافات المعيارية المعدلة للأداء على الاختبار البعدي (مقياس اضطراب ما بعد الصدمة) بعد أخذ الفروق في الأداء على الاختبار القبلي بعين الاعتبار، وجدول ١ يبين ذلك.

- المتغير التابع : درجات الأفراد على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

## أدوات الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على الأدوات التالية:

١- **مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:** تم اختبار مقياس Post-traumatic Stress PTSD Checklist Disorder Check List for special Event النسخة المدنية المعدة لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأشخاص الذين تعرضوا لحادث، أو خبرة صدمية محددة، وهو من إعداد (فرانك ويذرز وزملاؤه) Frank Weathers et al عام ١٩٩٣، ويتكون المقياس من ١٧ سؤالاً تقيس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة طبقاً لمعايير التشخيص الأمريكي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV (Norris, & Hamblen, 2003). وقام (فرانك ويذرز وزملاؤه) Frank Weathers et al عام ١٩٩٣ بالتحقق من صدق وثبات المقياس، فقد تم استخلاص الخصائص السيكومترية الأساسية للبيانات من خلال استخدام النسخة العسكرية المتعلقة بمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المحاربين (PCL-M) (PCL). حيث طبق على عينة من المحاربين الأمريكيين في فيتنام، والذي ينتشر بينهم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بشكل مرتفع، وقد كان معامل الاتساق الداخلي Internal consistency coefficient مرتفعاً جداً (٠,٩٧) للدرجة الكلية للمقياس.

وقد وجد بلننشارد، والاسكندر، وبكلي، وفورنيز (Blanchard, Alexander, Buckley & Forneris, 1996) أن كرونباخ ألفا بلغت ٠,٩٤، وأن الارتباط الكلي بين PCL-S والمقابلة السريرية المنظمة CAPS بلغت ٠,٩٣. وقد طبق المقياس على عينة أخرى في فرنسا من الأشخاص الذين واجهوا أحداثاً مختلفة، حيث وجد فنيتورا، وباو، وكوتراكس، ونوت، وجلفورد، و Ventureya, Yao, Note, & Guillard (2002) أن معامل الاتساق الداخلي Internal Consistency بلغ ٠,٨٦، وأن ثبات طريقة إعادة الاختبار بلغ ٠,٨٠ للدرجة الكلية لمقياس PCL-S score (Norris, Hamblen, 2003).

وقام المومني (٢٠٠٨) بتعريب المقياس والتأكد من صدق المقياس الظاهري بترجمة فقرات المقياس بصورته الأصلية إلى اللغة العربية، وتم عرضه على متخصصين في اللغة الإنجليزية للتأكد من دقة الترجمة، كما تم عرض المقياس على تسعة محكمين من المختصين في المقياس، والتقويم، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الإرشادي، وقد تم تعديل الفقرات وفق ما أجمعوا عليه، مع مراعاة سلامة الفقرات ومناسبتها، وقد تم تصميم المقياس استناداً لطريقة (ليكرت)، حيث دُرّجت الإجابة إلى

## مناقشة النتائج

لقد أظهرت نتائج الدراسة أثر البرنامج المعرفي السلوكي المستند إلى التحصين ضد التوتر في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة. وتتسق هذه النتيجة بشكل عام مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات (Britvic, Radelic & Urlic, 2006, Hains & Szyjakowski, 1990, Hains, 1992, Courts, 1991) ويرجع ذلك لكون هذا البرنامج قد وظف من خلال منهجية الإرشاد الجمعي التي تتميز بخصائص وميزات تتيح للأفراد فرصة التفاعل. والحوار. واكتساب الخبرات وتبادلها مع أفراد الجماعة. الأمر الذي يقود بالفرد إلى حالة يشعر من خلالها بالثقة والوعي والاستبصار الذاتي. وتقييم ردود أفعاله. والحكم عليها بصورة منطوية ومقبولة. كما قد ترد هذه النتيجة إلى محتويات البرنامج المعرفي السلوكي والتي عنيت بالأفكار والمشاعر والسلوكيات. حيث تناول البرنامج تدريبات للتعامل مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات. وقد ساهم البرنامج في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة : نظراً لزيادة عدد جلسات الإرشاد الجمعي إلى ١٠ جلسات. مدة كل جلسة ساعة. بالإضافة إلى جلسة التطبيق البعدي. الأمر الذي أضاف إلى الأفراد مزيداً من الأنشطة والتمرينات. بالإضافة إلى ذخيرة معرفية وافية مكنتهم من مواجهة الأفكار والمشاعر والسلوكيات السلبية ذات العلاقة باضطراب اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. كما أن البرنامج عني بالمكونات الأساسية لاضطراب اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . إذ إن التحسن على هذه المكونات يؤدي إلى التحسن على الأبعاد الأخرى التي يعد ظهورها مرتبطاً بالمكونات الأساسية لاضطراب اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ورما ترد هذه النتيجة إلى أن برنامج التحصين ضد التوتر يحتوي على تدريبات معرفية سلوكية متعددة. مثل تدريب الأفراد على مهارات التعامل مع الضغوطات وكيفية الاستجابة لها. فهو يحتوي على جانب معرفي تنقيفي حول الضغوطات النفسية والتعامل مع الأفكار السلبية المرتبطة بالواقف الضاغطة وكيفية تحويلها إلى أفكار إيجابية. كما أن البرنامج هدف إلى تدريب الأعضاء على التكيف مع الضغوطات. وكيفية استخدام أساليب التسكين وطرق الهرب والتكيف مع التوتر وتنفيذ المشاعر.

ورما يفسر فعالية البرنامج في خفض مستوى درجات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . وهو الحاجة الملحة لهذه الفئة العمرية للرعاية. خصوصاً إذا ما أدركنا أن معظم حالات الانتحار هم الأفراد في فترة

## جدول ١

المتوسط القبلي والبعدي المعدل والانحراف المعياري المعدل لأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

المجموعة	المتوسط المعدل		الانحراف المعياري	
	قبلي	بعدي	قبلي	بعدي
التجريبية	٧٣,٦٤٣	٦٢,٥٣٢	٥,١٩	٤,٦٣٥
الضابطة	١١٤,٤٦٠	١١٣,٦٥٠	٨,٠١٢	٧,٥٦٦

يتضح من جدول ١ أن المتوسط المعدل للمجموعة التجريبية بلغ ٦٢,٥٣٢. بينما بلغ هذا المتوسط بالنسبة للمجموعة الضابطة ١١٣,٦٥٠. وأن الانحراف المعياري المعدل للمجموعة التجريبية ٤,٦٣٥. بينما كان الانحراف المعياري للمجموعة الضابطة ٧,٥٦٦. وهذا يشير إلى أن هناك فرقاً ظاهرياً بين أداء المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. ولعرفة فيما إذا كان هذا الفرق ذا دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥. فقد تم استخدام (ANCOVA) للأداء على الاختبار البعدي (مقياس اضطراب ما بعد الصدمة) بعد أخذ الفروق في الأداء على الاختبار القبلي بعين الاعتبار. وجدول ٢ يبين ذلك.

يتضح من جدول ٢ بأن أسلوب المعالجة (البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي) كان له أثر ذو دلالة إحصائية على مقدار التحسن الناتج لدى المجموعة التجريبية. فقد كانت قيمة ف ١١٥٢,٨١٦. وهي دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥. وهذا يعني أن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي كان له أثر في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ. وهذا ما تؤكد الفروق الواضحة بين متوسطات أداء الطلبة في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. والتي هي لصالح المجموعة التجريبية. حيث كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة التجريبية ٦٢,٥٣٢. بينما كان المتوسط المعدل لأداء المجموعة الضابطة ١١٣,٦٥٠. وأن الانحراف المعياري المعدل للمجموعة التجريبية ٤,٦٣٥. بينما كان الانحراف المعياري المعدل للمجموعة الضابطة ٧,٥٦٦. كما هو واضح من المتوسطات والانحرافات المعيارية المشار إليها في الجدول ١.

## جدول ٢

تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) على الاختبار البعدي لمقياس اضطراب ضغوط

مصدر التباين	درجات الحرية	ما بعد الصدمة		مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
		مجموع المربعات	متوسط المربعات				
القبلي	١	٥٥٤,١٠	٥٥٤,١٠	٥٥٤,١٠	٥٥٤,١٠	٢٣,٨٨	٠,٠٠٠
المعالجة	١	١٨١٣٥,٦٣	١٨١٣٥,٦٣	١٨١٣٥,٦٣	١٨١٣٥,٦٣	١١٥٢,٨٢	٠,٠٠٠
الخطأ	١٨	٢٧٧,٢٥	١٦,٨٤	٢٧٧,٢٥	١٦,٨٤		

٣- عقد برامج إرشادية للتوعية بالآثار النفسية والاجتماعية للحدث الصادم.

٤- تقديم برامج توضح استراتيجيات التكيف وكيفية الاستفادة منها.

## المراجع

### المراجع العربية:

حسين، عائدة (٢٠٠٤). الخيرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل. (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. غزة، فلسطين.

الخطيب، جمال (١٩٩٤). تعديل السلوك الإنساني. (ط٣). عمان، الأردن: دار حنين للنشر والتوزيع.

الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي دولة الكويت (٢٠٠١). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب الضغوط التالية للصدمة - العلاج: (٢). (إصدار خاص، الطبعة الأولى). مكتبة الكويت الوطنية، الكويت.

عبد الستار، إبراهيم (١٩٩٨). الاكتئاب: اضطرابات العصر الحديث فهمة وأساليب علاجه. سلسلة عالم المعرفة، نوفمبر، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون.

المومني، فواز (٢٠٠٨). أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان. (رسالة دكتوراه غير منشورة). الجامعة الأردنية، الأردن.

الشباب، لما يواجهونه من ضغوطات نفسية متكررة ومتركمة، من حيث إحباطات الحياة ومتطلباتها المتزايدة.

وقد ترجع فاعلية البرنامج الإرشادي إلى أنه يقلل من التمرکز حول الذات، ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة الاجتماعية والتقدير، ما ينمي الثقة في النفس، ويقوي عاطفة اعتبار الذات، كما زود البرنامج فرصة تعلم طرقاً جديدة تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات، واكتشاف الطرق البديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية، ما يساعد الفرد على التعديل من سلوكه الاجتماعي والنفسي. ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال البرنامج الإرشادي، وما تضمنه من مكونات ساعدت في تحفيز الوعي بالذات، والتعرف على نقاط القوة والضعف، والبرور بخبرات النجاح، والتخلص من مشاعر الرفض، وازدياد الثقة بالذات، وحيث إن العلاج المعرفي السلوكي يوفر للفرد الفرصة للتعبير عن ذاته وبأسلوبه الخاص، حتى يتمكن من تحقيق الفعالية والجدارة.

وربما ترد هذه النتيجة إلى ما تضمنه البرنامج من مهارات ساعدت الفرد على تحمل المسؤولية، ومهارات زودت الفرد بالأساس الحقيقي بالقدرة على التكيف، وهذا بدوره يزيد من فرص نجاحه في الحياة الحقيقية، وقد ركز البرنامج على السماح للفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره وآرائه، كما ركز على مساعدة الفرد على اكتساب نماذج تساهم في حل لمشكلات الاتصال مع الآخرين، وهذا بدوره يساهم في أن يشعر الفرد بالنجاح في إنجاز الموضوعات التي يعدها مهمة بالنسبة له والتي يطمح لإجرائها، وبالتالي يظهر مستوى مرتفعاً من تقدير الذات، وحرص الباحث على توفير ردود فعل إيجابية من قبل المجموعة تجاه كل فرد من مبدأ أن أحكام الآخرين وردود أفعالهم الإيجابية تجاه كفاءة الشخص في الموضوعات المختلفة تعد الأساس في تقدير الذات الإيجابي، والذي يعد إجراءً وقائياً للوقوع مرة أخرى في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

### التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج فإن الباحث يقترح التوصيات الآتية:

١- إعداد برامج جامعية تهدف إلى زيادة القدرة على التحمل النفسي والتعامل مع الضغوط خصوصاً غير المألوفة وبالذات الأحداث الصدمية.

٢- إنشاء مراكز متخصصة لضحايا الكوارث والصدمات، وتفعيل دور وسائل الإعلام للتعريف بالصدمات النفسية وأثارها وأساليب الوقاية منها.

المراجع الأجنبية:

- Ahmad, A., Sofi, M., Sundelin – Wahlsten, V. & Von Knoring, A. (2000). Posttraumatic stress disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(1) 235-243.
- Aldwin, C. & Levenson, M. (2004). Posttraumatic growth: A developmental perspective. *Psychological Inquiry*, 15(2) 19-22.
- American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4<sup>th</sup> ed.). DSM-IV. Washington, DC: Author.
- Becky, C. (2002). *New treatment of post traumatic stress disorder*. Retrieved from: [www.f.le.comp/7/f/Newtreatmentof PTSD htm](http://www.f.le.comp/7/f/Newtreatmentof PTSD htm).
- Beers, S. & De Bellis, M. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related post- Traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 15(9) 483-486.
- Bober, T. & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Journal of Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1) 1-9.
- Brewin, C. & Holmes, E. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Review*, 23(2) 339-376.
- Britvic, D., Radelic, N., & Urlic, I. (2006). Long term dynamic-oriented group psychotherapy posttraumatic stress disorder in war veterans: Prospective study of five-year treatment. *Croat Med Journal*, 47 (1) 67-84. Retrieved January 2, 2008, from Pub Med.
- Cloitre, M., Koenen, K., Cohen, L. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase – based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1) 1067-1074.
- Cormier, S. & Cormier, B. (1991) (2<sup>nd</sup> Edition). *Interviewing strategies for helpers, fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. California: Brooks.
- Courts, N. (1991). Stress inoculation education and counseling with patients on hemodialysis: effects on psychosocial stressors and adherence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8(2)125-144.
- Dubner, A. & Motta, R. (1999). Sexually and physically abuse foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2) 367-373.
- Enda, B. (1999). A comparison of Exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (2) 194-200.
- Gagnon, M. & Ladouceur, R. (1992). Behavioral treatment of child stutters: replication and extension. *Behavior Therapy*, 23(2) 113-129.
- Hains, A. (1992). A Stress inoculation training program for adolescents in a high school setting: a multiple baseline approach. *Journal of Adolescents*, 15 (2) 163-175.
- Hains, A. & Szyjakowski, G. (1990). Stress Inoculation Training. *Journal of Adolescents*, 18(1)111-128.
- Hersen M. & Bellack A. (1985). *Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults*. (1<sup>st</sup> Ed.). New York: Plenum Press.
- Hunter, M. (2003). Cognitive behavioral interventions for premenstrual and menopausal problems. *Infant Psychology*, 21(2) 183-194.
- Lynch, R., Morley, K. & Kathleen, L. (1995). Adaptation to pediatric physical disability within the family system: a conceptual model for counseling families. *Family Journal*, 3(3)207-218.
- March, J. (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 37(2) 585-593.
- Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors, *The Clinical Psychologist*, 49(1) 4-7.
- Murphy, A., Lehrer, P., & Jurish, S. (1990). Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headaches. *Behavior Therapy*, 21(3) 89-98.
- Nicholson, N. & Blanchard, E. (1993). A controlled evaluation of behavioral treatment of chronic headache in the elderly. *Behavior Therapy*, 24(2) 395-408.
- Norris, F. & Hamblen, J. (2003). Standardized self-report measure of civilian trauma and PTSD. In J. Wilson & T. Keane. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (2<sup>nd</sup> Ed.), New York: Guilford.
- Ponniah, K. & Hollon, S. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress

- disorder. *Journal of Depression*, 26(12) 1086-1109.
- Roberts, R. & Baumberger, J. (1999). T.R.E.A.T. a model for Constructing Counseling and objectives for students with special needs. *Intervention in School & Clinic*, 34( 4) 239-245.
- Tucker, P. & Trautman, R.(2000). Understanding and treating Past, present, and future, *Bulletin of Menninger Clinic*, 44(64) 37-51. Retrieved January 2, 2008, from PubMed.
- Voges, M. & Romney, D. (2003). Risk and resiliency factors posttraumatic stress disorder, *Ann Gen Hosp Psychiatry*, Doi: 10.1186/1475-2832-2-4. Retrieved January 2, 2008, from PubMed.
- Yeong-Yuh, L. & Chia, S. (2001). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(5) 623-627.
- Yule, W. & Canterbury, R. (1994). The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 6 (3) 141-149.