

اثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقات في دور الابيام

م.د. اسمهان عدنان الطحان

asmhandnan639@gmail.com

وزارة التربية / مديرية تربية الرصافة الثانية

الملخص

هدف البحث الحالي الى التعرف على اثر البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقات في دور الابيام و لتحقيق هدف البحث الحالي وضعت الباحثة الفرضية الصفرية الآتية : توجد فروق ذات دلالة احصائية في القياس القبلي و القياس البعدي على مقاييس ايذاء الذات غير الانتحاري . حيث اعتمدت الباحثة مقاييس التقييم الموجز لإيذاء الذات غير الانتحاري (Whitlock & Purington, 2013) و استعملت الباحثة التصميم التجريبي المجموعة التجريبية الواحدة ذات الاختبار القبلي و البعدي وتكونت عينة البحث من (٦) اناث مراهقات في دور الابيام في بغداد ، و اسفرت نتيجة البحث الحالي في تطبيق الاختبار البعدي بعد تقديم اربع جلسات علاجية لكل حالة ، يوجد اثر للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقات في دور الابيام .

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي المعرفي، ايذاء الذات غير انتحاري، الابيام.

The effect of a cognitive behavioral therapy program in reducing non-suicidal self-harm behavior in adolescents in orphanages

M. D, their name is Adnan Al-Tahhan

Ministry of Education / Second Directorate of Rusafa Education

Abstract

The aim of the current research is to identify the impact of the cognitive behavioral therapeutic program in reducing the non-suicide self-harm behavior of adolescents in orphanages. To achieve the objective of the current research, the researcher developed the following zero hypothesis: there are statistically significant differences in tribal

measurement and post-measuring on the non-suicidal self-harm scale. The researcher adopted the summary assessment scale for non-suicidal self-harm (Whitlock & Purington, 2013). The researcher used the experimental design of one experimental group with tribal and post-test. The research sample consisted of (6) female adolescents in orphanages in Baghdad, and the result of the current research in the application of post-test after presenting four treatment sessions for each case, there is an effect of the cognitive behavioral therapeutic program in reducing non-suicidal self-harm behavior in adolescents in orphanages.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Non-Suicidal Self-Harm, Orphans.

مشكلة البحث:

قد يتعرض المراهق في دور الابيام الى ضغوط نفسية نتيجة فقدان الوالدين او الحاجة الى الجو الاسري و فقدانه الى الدعم النفسي عند تعرضه لموقف ضاغط حيث يحاول بعض المراهقين تخفيف الالم النفسي الناتج عن تلك الظروف القاسية بسلوك ايذاء الذات فيعد ايذاء الذات غير الانتحاري من اضطرابات السلوكية التي تهدد بالخطر على حياة الفرد وان استمرار هذا السلوك دون معالجة ينتج مشكلات صحية و نفسية عديدة واطرها الانتحار التام ، وهذا يتطلب الى وضع حلول و معالجة هذا الاضطراب قبل ان يتفاقم و يؤدي بتهلكة الفرد حيث يلجأ اليها بعض المراهقين عند تعرضهم لموافقات مؤلمة و ضعف قدراتهم على حل مشكلاتهم و ضعف التأقلم مع بيئتهم الضاغطة وعدم تقبيلهم للتغيرات الحاصلة سواء تغيرات هرمونية او تغيرات في البيئة المحيطة بهم لذلك يلجأ بعض المراهقين بتفریغ انفعالاتهم عن تلك المواقف المؤلمة و المواقف الضاغطة بایذاء الذات غير الانتحاري (Carr, ٢٠٠٩) ، حيث ان نشأة الفرد في غياب الاسرة الراعية او في اسرة مختلة تعاني من صراع او سوء المعاملة او العنف الاسري غالبا ما تكون سببا رئيسا في ظهور ايذاء الذات غير الانتحاري، فشعور المراهق بالغضب الداخلي يؤدي الى معاقبة نفسه و واحيانا يكون ايذاء الذات بسبب حاجة المراهق الى الدعم و الاهتمام و تلبية الاحتياجات كما يحصل مع المراهقين في دور الابيام في دور الابيام ، كما وجد (Line, ١٩٩٢) ان اغلب الافراد الذين يؤذون نفسمهم يظهرون سلوك مزاجي و يعملون وفقا لاحتياجاتهم و طلباتهم و مشاعرهم الحالية و الرغبة في ايذاء الذات غير الانتحاري تعمل على مستوى

اللاشعور مما يخفف القلق و التوتر المرتبط بتلك الحاجة (Linehan, 1992, ١٧٧) و تزداد خطورة ايذاء الذات غير الانتحاري لارتباطها مع مشكلات الصحة العامة و الصحة النفسية و تأثر سلبا على تكوين الشخصية و العلاقات الاجتماعية و جودة الحياة بشكل عام (٣٣: ١٩٩٦)، واظهرت الدراسات نسب متباعدة من انتشار سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري حيث تزداد النسبة بين المراهقين في الولايات المتحدة ما بين (٥٦٪ /٠٠٪ ٢٤) وتصل الى (٥٦٪ /٠٪ ٢٤) (Hilt et al, 2008) وفي الصين تصل نسبة الى ما بين (٩.٦٪ - ٦.٩٪ /٠٪ ٢٧.٦) (Wu et al, 2016, ٢٠١٦) بينما تصل النسبة في الهند الى (٣١٪ /٠٪ ٢١.٢) (Kharrazi et al, 2015) و في المملكة العربية السعودية بلغت (٣٣٪ : ٢٠١٨، ٠٪ ٢١) (شعان, ٢٠١٨، ٠٪ ٢٤) ، وكذلك في العراق بيّنت دراسة (السباهي، ٢٠٢٣،) ان نسبة انتشار ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقين في محافظة بغداد مقدارها (٢٥٪ /٠٪ ٢٥) وقد توزعت هذه النسب على نوع الجنس بواقع (١٤٪ /٠٪ ١١) للإناث و (١٤٪ /٠٪ ١١) للذكور ، وقد لاحظت الباحثة من خلال عملها الميداني في منظمة انسانية لتقديم الدعم النفسي للأيتام حجم الضغوط النفسية التي تعاني منها المراهقات في دور الدولة وقيامهن بأشكال مختلفة من ايذاء الذات غير الانتحاري ، وبعد اطلاع الباحثة على الدراسات المحلية السابقة حول ايذاء الذات غير الانتحاري لوحظ انه لا توجد دراسة طبقت برنامج علاجي لإيذاء الذات ، ولهذا تتلخص مشكلة البحث الحالي بتساؤل الاتي هل هناك اثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى عينة من المراهقات الايتام في دور الدولة في بغداد ؟

أهمية البحث :

ان للبرامج العلاجية و الارشادية فاعالية في خفض اعراض الكثير من المشكلات السلوكية و النفسية حيث بيّنت الدراسات السابقة مدى فاعلية هذه البرامج في تخفيف اضطرابات ما بعد الصدمة النفسية كما في دراسة (اماني ، ٢٠١٧) وكذلك مدى تأثير هذه البرامج العلاجية في تخفيف اثار الخبرات المؤلمة لدى المراهقين في دراسة (مصطفى ، ٢٠٠٥) ، و يتميز هذا البرنامج بتنوع الاسلوب العلاجي لتخفيف اعراض الاضطرابات السلوكية و النفسية حيث يتم استخدام اسلوب اعادة البناء المعرفي الذي يهدف الى تغيير انماط التفكير السلبية لدى المراهقين و تزويده بأنماط تفكير ايجابية وداعمة للذات (Rice, 1999) و استخدام اسلوب التحسين ضد الضغط النفسي من خلال تدريب المراهقين على مهارات التكيف المعرفية و الجسدية عند التعرض لحالات التوتر و القلق و الضغوط النفسية ، و كذلك استعمال تمارين الاسترخاء العضلي و التنفسی و التدريب عليها من خلال الواجبات البيتية التي تساعده على خفض القلق و التوتر و تحقق قدرًا من التوازن و الراحة (Cormier , 2003 ، Cormier, 2003)

الأهمية النظرية :

- ١- تتمثل أهمية البحث الحالي من أهمية العينة التي تناولتها و هي عينة المراهقات الایتمام في دور الدولة وهي في امس الحاجة الى الرعاية و الاهتمام لمواجهة اسباب ايذاء الذات.
- ٢- واهمية الدراسة الحالية لأثراء الادب النظري في مجال البرامج العلاجية النفسية، تبين قلة الدراسات المحلية او لم تجد الباحثة دراسة محلية تناولت برنامج علاجي يعالج سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقين الایتمام .
- ٣-تساعد نتائج البحث الحالي المرشدين و المعالجين و المختصين في مجال الارشاد و العلاج النفسي بإجراء دراسات لاحقة تتناول اساليب الارشاد و العلاج السلوكي المعرفي لخفض اعراض الاضطرابات السلوكية و النفسية الاخرى لدى المراهقين .

الاهمية التطبيقية :

- ١- التشخيص المبكر لسلوك ايذاء الذات غير الانتحاري يساعد في الحد من اثاره السلبية و تطوره وانتقاله الى مرحلة الانتحار .
- ٢- تقدم هذه الدراسة اسلوب العلاج و اسلوب التنمية و اسلوب الوقاية للمراهقات الایتمام في دور الدولة لبناء شخصية قوية و ايجابية في المستقبل .
- ٣- تتجلى اهمية البحث الحالي بما له من فائدة في تقديم المعلومات للعاملين في المجال التربوي و النفسي في اعداد برامج علاجية تستدعي التدخل السريع و المبكر لوضع الحلول المناسبة لهذه المشكلة .

اهداف البحث :

يهدف البحث الحالي الى التعرف على:

- ١- التعرف على اثر البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقات الایتمام في دور الدولة .
- ولتحقيق الهدف قامت الباحثة بصياغة الفرضية الصفرية الآتية :**

- **الفرضية الصفرية :** توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (٠٠٥) بين متوسط رتب درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقاييس ايذاء الذات غير الانتحاري.

حدود البحث :

يتحدد البحث الحالي بالمراهقات اللاتي لديهن سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري في دور الدولة لرعاية الایتمام في محافظة بغداد للعام (٢٠٢٤/٢٠٢٥)

تحديد المصطلحات :

اولا: العلاج السلوكي المعرفي :

- يُعرف العالم بيك (Beck, 1979) العلاج السلوكي المعرفي هو مجموعة من المبادئ التي تؤثر في تعديل السلوك و المبادئ هي العوامل المعرفية (تقدير، تذكر، تخيل) ذات العلاقة بالسلوك المختل وظيفيا ، تعديل هذه العوامل مكيانيزميا مهما ليخلق التغيير في السلوك المختل الذي ظهر نتيجة اشكال منحرفة من التفكير وتحصل عملية الفهم لهذه النماذج من خلال الاحداث المعرفية و العمليات المعرفية . (النوايسة ١٩٩٩، ٤٢ :)

ثانياً: إيذاء الذات غير الانتحاري (NSSID) :

- عرفه (DSM-5TR) التصنيف الامريكي للاضطرابات النفسية : الضرر المتعمد الذي يلحق الازى بالجسم و الذي يحتمل ان يؤدي الى حدوث نزيف او كدمات او الم جسدي مع عدم وجود فكرة انتحارية . (APA, 2022, P.1)

• التعريف النظري :

تبنت الباحثة تعريف التصنيف الامريكي الخامس (DSM-5-TR) تعريفاً نظرياً للبحث .

• التعريف الاجرائي :

هي الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب عند اجابته على فقرات مقاييس ايذاء الذات غير الانتحاري الذي تبنته الباحثة كأدلة للبحث الحالي .

ثالثاً : المراهق في دور الايتام

هو من يسكن في دور الدولة للكبار و يبلغ من العمر (١٣-١٨) سنة وهو حرم من الرعاية الاسرية نتيجة فقدانه احد الوالدين او كليهما بسبب الوفاة او السجن او العوق ولا يوجد من يتکفل برعياته ، او من مجهولين النسب و تقرر المحكمة المختصة دخوله الى دار الايتام . (وزارة العمل و الشؤون الاجتماعية ، ٢٠٠٦)

اطار نظري

• مفهوم ايذاء الذات غير انتحاري (NSSID)

يعد سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري مشكلة صحية عامة وهو تمدير مباشر لأنسجة الجسم دون نية قتل ولأسباب عديدة و مختلفة ، فهو طريقة معتبرة عن ضغط نفسي يعجز الفرد عن شرح ما يشعر بداخله لذلك قامت دراسات كثيرة حول ايذاء الذات غير الانتحاري و ارتباطه مع اضطرابات نفسية مثل اضطراب ما بعد الصدمة و اضطراب الاكتئاب و اضطراب القلق و اضطراب الوسواس القهري و اضطراب الشخصية الحدية واول عالم ميز بين سلوكيات ايذاء الذات و الانتحار كاهان و باتسون عام ١٩٨٤ و اقترحوا اضطراباً سلوكيّاً هو (متلازمة ايذاء الذات و الانتحار DSH) ، اقترح فافازا و روزنتال (١٩٩٠) أنه يمكن اعتبار سلوك إيذاء الذات المتعتمد (DSH) المتكرر اضطراب التحكم في الانفعالات (متلازمة إيذاء الذات المتكرر). كما اقترح مولينكامب (٢٠٠٥) ان اضطراب إيذاء الذات المتكرر اضطراباً تشخيصياً منفصلاً ، و اقترح

مجموعة من العلماء في اضطرابات الطفولة والمزاج في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) إدراج اضطراب إيذاء النفس غير الانفعالي كاضطراب تشخيصي منفصل . (Shaffer and Jacobson, 2009) يتسم إيذاء الذات غير الانتحاري (NSSI) بـإيذاء متعمد يلحقه الشخص بنفسه دون نية الموت عادة ما يكون هذا السلوك متكرراً ويخدم أغراضًا عاطفية أو نفسية مختلفة للفرد المنخرط فيه .

• اسباب ايذاء الذات غير الانتحاري

تعددت الاسباب وراء سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري عند المراهقين وهي كما يلي :

١-عوامل شخصية :

وهو ما يتعلق بسمات الشخصية حيث يميل الأفراد المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (NSSI) إلى إظهار مستويات مرتفعة من العصابية مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (NSSI) تسلط هذه الملاحظة الضوء على العصابية كعامل خطر لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (NSSI) في نموذج العوامل الخمسة للشخصية و تمثل العصابية ميل الأفراد لتجربة المشاعر السلبية قد يكون الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من العصابية مستعدين لمجموعة من الصعوبات مثل المشكلات اليومية والصراعات مع الأصدقاء والعلاقات الأسرية غير المستقرة والتفاعلات الاجتماعية الأخرى غير المنسجمة بالإضافة إلى ذلك، قد يكونون أكثر عرضة للضغوطات السلبية ويواجهون عبئاً أكبر من المشاكل المتعلقة بالصحة العقلية أو الجسدية والأفراد في المجموعة ذات العصابية العالية لديهم تواتراً أعلى بكثير لاضطراب (NSSI) مقارنة بالمجموعات الأخرى من السمات الشخصية . (Goddard, 2021)

٢-عوامل نفسية :

قد يعاني بعض الأفراد من سلوكيات العنف الأسري أو الاهتمال أو الاعباء الجسدية أو الاعباء العاطفية أو الاعباء الجنسية أو يتعرض الفرد إلى الصدمات منها تجارب الطفولة المؤلمة حيث هذه جميعاً تشير إلى عوامل خطر الاصابة باضطراب ايذاء الذات غير الانتحاري ، وأيضاً تعرض الفرد لاضطرابات مزاجية مثل القلق والاكتئاب أو صعوبات لدى الفرد في تنظيم العواطف والانفعالات يكون أكثر عرضة للانخراط في سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري (Klonsky, 2009).

٣-عوامل اجتماعية: تتلعب العوامل الاجتماعية و البيئة ايضا دوراً مهما في التأثير سلباً على الفرد مثل تأثير الاقران حيث يكون سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري مكتسباً من خلال تقليد الأصدقاء أو الاقران ، وكذلك عامل العزلة الاجتماعية أيضاً يسبب في انخراط الفرد بسلوك ايذاء الذات غير الانتحاري و كذلك صعوبة التأقلم مع ديناميكيات الأسرة أو ضعف التأقلم مع

المعايير الثقافية المحيطة بالفرد و علاوة على ذلك الوصمة الاجتماعية ايضا مؤشر خطير لجذب الفرد للانخراط بسلوك ايذاء الذات غير الانتحاري (Liu , 2018)
معايير التشخيص ايذاء الذات غير الانتحاري وفق (DSM-5)

١- يعرض الفرد نفسه لأضرار متعددة من كدمات و جروح او حرق او ضرب و يتحمل ان يسبب نزيفا و الما ولمدة خمسة ايام و مع التوقع ان الاصابة تؤدي الى اذى خفيف في الجسد اي لا توجد فكرة انتحارية .

٢-يرتبط الاذى بما لا يقل عن اثنان مما يأتي :

- التسرع الذاتي : بسبب صعوبات و ضغوطات شخصية او افكار سلبية او نقد الذات او الغضب و التوتر والتي تسبق الاذى مباشرة .
- الانشغال : الانشغال في التفكير ايذاء الذات يكون بشكل متكرر .
- الاستجابة الطارئة : يتوقع الفرد سيخفف من صعوبة التعامل مع الاخرين و يخفف من الشعور السلبي .
- يسبب ايذاء الذات ضائقة كبيرة سريريا وضعفا في مجالات العلاقات الشخصية او الاكاديمية .
- لا يحدث ايذاء الذات بشكل حصري في حالات الذهان او الهذيان او اضطراب النمو .
- عدم وجود فكرة انتحارية من خلال ما يذكره الفرد او استنتاجه من خلال السلوك المتكرر .

٣- يعرض الفرد نفسه لإيذاء الذات مع احد او اكثر من التوقعات الآتية .

- التخلص من الشعور السلبي او التفكير السلبي
- مواجهة الصعوبات في التعامل مع الاخرين .
- الحث على الشعور الايجابي . (Ruf et al, 2013:216)
- ❖ النماذج الحديثة التي فسرت ايذاء الذات غير انتحاري
- انموذج نوك و فافازا (Nock & Favazza, 2009)

عرف نوك و فافازا سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري هو التدمير المباشر و المقصود لأنسجة الجسم مع عدم وجود فكرة مصاحبة (الفكرة الانتحارية) او عدم وجود نية قتل ، وقدم كل من (Nock & Prinstein,2004)) نموذجا وظيفيا لتقسيم سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري والذي يستند على النظرية السلوكية وسمى انموذج العوامل الاربعة (FFM Four-Function Model) الذي يركز على المثيرات السابقة الناتجة لسلوك ايذاء الذات غير الانتحاري و هذه المثيرات تحافظ على استمرار السلوك و قد تكون هذه مثيرات داخلية من حاجات انجعالية فيولد سلوك ايذاء الذات للحصول على تخفيف التوتر او انشاء حالة ايجابية و قد تكون مثيرات خارجية مثل تغيير بيئه الفرد فيكون تعزيز انجعالي سلبي يعمل ايذاء الذات وظيفته تخفيف

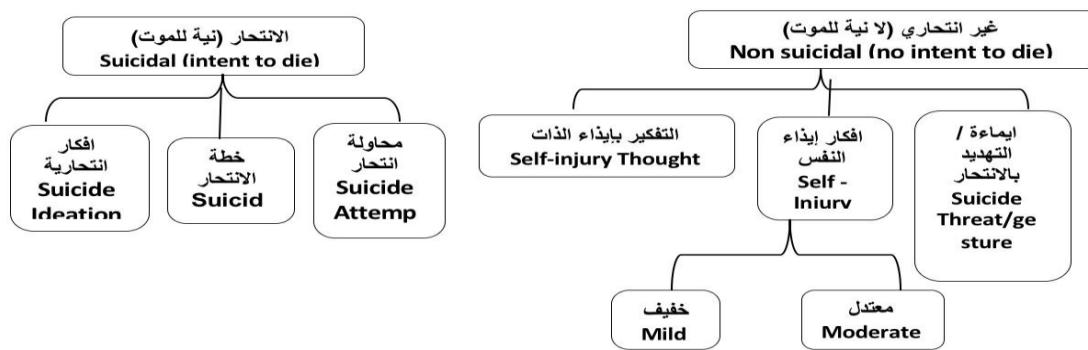
المشاعر السلبية و قد يكون تعزيز انفعالي ايجابي يعمل ايذاء الذات لجلب مشاعر الراحة ، و عندما يكون التعزيز الاجتماعي سلبي يعمل ايذاء الذات غير انتحاري تجنب متطلبات العلاقات الاجتماعية اما التعزيز الاجتماعي الموجب يعمل ايذاء الذات غير الانتحاري للحصول على الاهتمام و جذب الانتباه و الدعم الاجتماعي (Nock, 2004:886)

واقتصر هذا النموذج اربع عوامل وظيفية و هي :

١. التعزيز السلبي التلقائي : هو انخفاض أو إزالة العواطف السلبية على سبيل المثال (الهروب من طلب شخصي سلبي أو لتقليل الانتباه عن الأفكار والمشاعر السلبية).
٢. التعزيز الإيجابي التلقائي : الإدراك المكروه متبعاً بتوليد مشاعر إيذاء الذات غير الانتحاري أي تتم بحافز إيجابي على سبيل المثال (لتوليد شعور ممتع او الإحساس بالخدر).
٣. التعزيز الاجتماعي السلبي : الحالات المعرفية الايجابية متبرعة بسلوك إيذاء الذات غير الانتحاري" مثل "الهروب من بعض المواقف الاجتماعية غير المرغوب فيها"
٤. التعزيز الاجتماعي الإيجابي : تولد الاحاديث الاجتماعية المرغوبة سلوك ايذاء الذات غير انتحاري مثل (للتواصل مع الاخرين او طلب المساعدة من الآخرين) (Nock, 2010, p.343).

"وفقاً لذلك فإن نموذج (FFM) يفترض ان المشاعر السلبية مثل القلق والغضب والوحدة والشعور بالذنب تظهر قبل مباشرة إيذاء الذات غير الانتحاري الذي يكون هدفه تخفيض حدة التوتر والحد من هذه المشاعر غير المرغوب بها (تعزيز انفعالي سالب) ومن ثم استبدالها بمشاعر جيدة أو مشاعر استرخاء (تعزيز انفعالي موجب) ، (Bunclrock & Crowe, 2008)، كما يفترض نموذج (FFM) ان إيذاء الذات غير الانتحاري قد ينطلق من الحاجة إلى تجنب متطلبات وشروط اجتماعية معينة (تعزيز اجتماعي سلبي) أو قد تستثن الحاجة الى تدعيم الانتماء والارتباط مع الجماعة لانخفاض الدعم الأسري ودعم الأقران (تعزيز اجتماعي موجب)" ، وتصنف الأفكار والسلوكيات الضارة بالذات حيث تحدث أفكار الانحراف في إيذاء الذات غير الانتحاري عادة عندما يكون الشخص بمفرده ويعاني من أفكار أو مشاعر سلبية مثل وجود ذاكرة سيئة والشعور بالغضب وكراهية الذات او استجابة لحدث مرافق (Nock et al, 2009 p.9-18).

لاحظ الشكل رقم (1) يبين ذلك .



شكل (١)

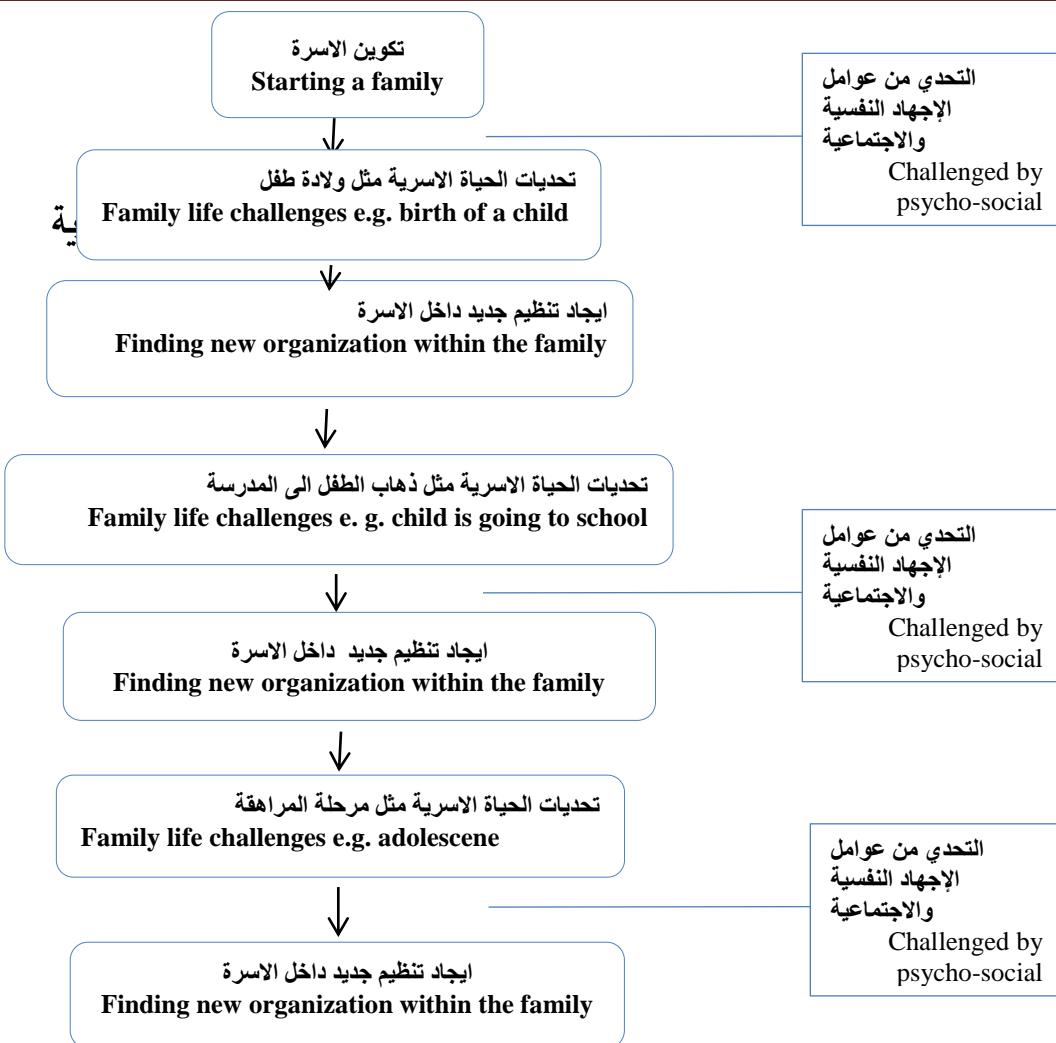
(Nock et al, 2009, p.9-18)

• نظرية تعاقب الضغوط الأسرية لإيذاء الذات غير الانتحاري (Waals et al, 2018) لـ (Cascade theory)

تؤكد نظرية التعاقب الأسري لاضطراب إيذاء الذات غير الانتحاري على الدور المهم للأنظمة والتفاعلات الأسرية الذي يركز على نقاط القوة والموارد لدى المراهق وعائلته ضمن سياق الأنظمة بشكل كامل إذ تقترح النظرية إن الاحداث والأزمات داخل الأسرة تدفع المراهق بإيذاء نفسه وايضاً تسلط الضوء على العلاقة الديناميكية والمترادلة بين المراهق الذي يؤذى نفسه والأسرة (Waals et al, 2018, p.2).

إن وجود مراهق يقوم بإيذاء ذاته يمكن أن يثير تحديات معينة لأنَّه يميل إلى تحقيق ذاته، و غالباً ما يكون مقدمي الرعاية أو الوالدين يشعرون بالإرهاق أو عدم القدرة على إدارة احتياجات أبنائهم هذا بدوره يمكن أن يؤدي إلى الإرهاق العاطفي لدى الابناء إذ يصبح الوالد غير قادر على الاستجابة بطريقة رحيمة يمكن أن يؤدي الاجهاد الثانوي المزمن إلى تفاقم إيذاء الذات غير الانتحاري عند الابناء ومن ثم يعزز ديناميكيات الأسرة أو الأبوة والأمومة السلبية . (McDonald & O'Brien and Jackson, 2007, p.300).

ترتبط نظرية تعاقب الضغوط الأسرية لإيذاء الذات غير الانتحاري مع المراحل النفسية والاجتماعية لنمو المراهقين (الهوية مقابل ارتباك الدور) ومراحل دورة حياة الأسرة للأسر المراهقة إذ تظهر المراهقة من بين المراحل الأخرى في دورة الحياة الأسرية لارتباطها بما يمكن أن يbedo وكأنه تحولات تكتונית في دينامييات الأسرة، يمكن أن يكون التوازن الأسري بعيد المنال في هذه المدة العمرية إلى حد كبير لأنَّها مدة تتميز بالتوتر الديناميكي بين احتياجات المراهقين لكل من الاستقلالية والترابط، يمكن أن يكون هذا تحدياً في ذاته، ولكنه يتفاقم بسبب التغيرات العاطفية والهرمونية داخل الطفل، وغالباً ما يكون هناك نقص في الفهم بين القائمين على التنمية العاطفية والاجتماعية المعيارية للمراهق، والشكل رقم (٣) يوضح دورة الحياة الأسرية.



شكل (٣) دورة الحياة الاسرية

• العلاج المعرفي السلوكي

ان تطور العلاج السلوكي المعرفي جاء بعدة طرق مختلفة للغاية، قد جاء العلاج السلوكي وليد مباديء تجريبية لنظرية التعلم والتجريب التي اختبرت أولاً في دراسات معملية على الحيوانات تبعتها دراسات معملية على البشر، وأخيراً دراسة نتائج العلاج على نماذج للعلاج السريري، وعلى النقيض من ذلك، فإن العلاج المعرفي استمد من ملاحظات إكلينيكية ذكية بواسطة Ellis, Beck, and Meichenbaum عن دور ما ي قوله العملاء عن أنفسهم ومعتقداتهم، وذلك في ردودهم العاطفية السلوكية (ميشيل، ٢٠١٢، ٣٢). على الرغم من أن بيك وإليس يعدان من أبرز المؤسسين لهذا الاتجاه، فإن الأساس الفكري الذي انطلقت منه المقاربة المعرفية-السلوكية ليس حديثاً تماماً، بل إن جوهره يعود إلى تأملات فلسفية قديمة تم تحويلها لاحقاً إلى إطار علاجي عملي. ويعود الفيلسوف الرواقي إيبكتينس (١٣٤-٥٥م) من أوائل من أشاروا إلى هذا المعنى؛ إذ أكد في أحد أقواله الشهيرة أن الإنسان لا تؤثر فيه الأحداث بذاتها، بل يتأثر بالطريقة التي ينظر بها إليها (اس جي، ٢٠١٢، ١٦).

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بأنه منظم ومرتكز على الأهداف ويوفر بيئة داعمة، وتستخدم التقنيات في إطار تعاوني بين المعالج والمريض. وفي هذا الإطار أن أهم العوامل في البرنامج العلاجي مكونات العلاقة في العلاج (مثل بناء الثقة، وتعزيز الأمل، والتعاون) وتعتبر أساساً لتحسين حالة المريض (Cully & Teten, 2008, 7). يمثل العلاج المعرفي السلوكي مظلة واسعة تضم مجموعة من الأساليب والتقنيات العلاجية، مثل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والعلاج المعرفي، وبرامج التدريب على حل المشكلات، إضافة إلى العلاج بالقبول والالتزام، والعلاج ما وراء المعرفي، والعلاج الجدي السلوكي، وكذلك العلاج المعرفي القائم على التعقل. ورغم اختلاف هذه الاتجاهات في درجة تركيزها على المكونات المعرفية أو السلوكية، فإنها تشتراك جميعاً في هدف أساسي يتمثل في تعديل السلوك والانفعالات، واستبدال الأفكار غير المنطقية بأخرى أكثر تكيفاً. ويدع النموذج المعرفي هو الإطار العام الذي تستند إليه معظم مداخل هذا المنهج العلاجي.. الذي طوره العالم (أرون بيك) Aaron T.Beck (نينا، ٢٠١٨) .

يركز العلاج المعرفي السلوكي على " هنا و الآن" أي على المشاكل التي تظهر في حياة الفرد، ويساعد الأفراد على رؤية واضحة في تأويل و تقييم ما يحدث حولهم وتأثير مدركاتهم على حياتهم العاطفية ،وينتقل

التركيز على الماضي في حالات ثلاث: حينما يعبر الفرد عن مقاومة شديدة لذلك، وحينما لا يعطي التركيز على المشاكل الحالية و النتيجة المطلوبة من حيث تغيير المشاعر أو السلوك، أو حينما يرى المعالج أنه من المهم فهم كيفية نشوء الأفكار غير العقلانية، وهذه الأفكار كيف تؤثر في المريض حالياً، يناقش المعالج أحداث الماضي في منتصف العلاج ليساعد الفرد التعرف على مجموعة من الاعتقادات التي ترسخت لديه منذ الطفولة (مثلاً "المريض: إذا أنا حققت نجاحاً عالياً، معنى ذلك أنني شخص طبيعي أو معقول وإذا لم أحقق نجاحاً عالياً، معنى ذلك إنني فاشل")، هنا يساعد المعالج الفرد على تقييم مصداقية هذه المعتقدات سواء كانت في الماضي أو في الحاضر. ويساعد ذلك جزئياً على تربية معتقدات أكثر عقلانية ، ولكن إن كان الفرد يعني من اضطرابات الشخصية، يضطر المعالج إلى بذل مزيد من الوقت في استقصاء التاريخ التطوري والأصل الطفولي لمعتقداته الفرد وكذلك السلوك المصاحب لهذه المعتقدات (بيك، ٢٠٠٧ : ٢٦) . يفسر الاضطراب الانفعالي عن طريق فحص ثلاثة مستويات من التفكير وهي الأفكار التلقائية ، والمعتقدات الوسطية ، والمعتقدات الجوهرية.

الأفكار التلقائية:

هي مجموعة من الأفكار السريعة وغير الإرادية التي ترتبط بمواقف محددة، وتظهر فجأة في ذهن الفرد عندما يمر بحالة انفعالية مثل القلق أو الاكتئاب. وتميل هذه الأفكار إلى أن تبدو

منطقية ومقبولة بالنسبة له، مما يجعل إيقافها أمراً صعباً. غالباً ما تعمل الأفكار التلقائية خارج نطاق الوعي المباشر، إلا أنه يمكن استحضارها بسهولة باستخدام أسئلة واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي المصممة للكشف عنها.

المعتقدات الوسيطة:

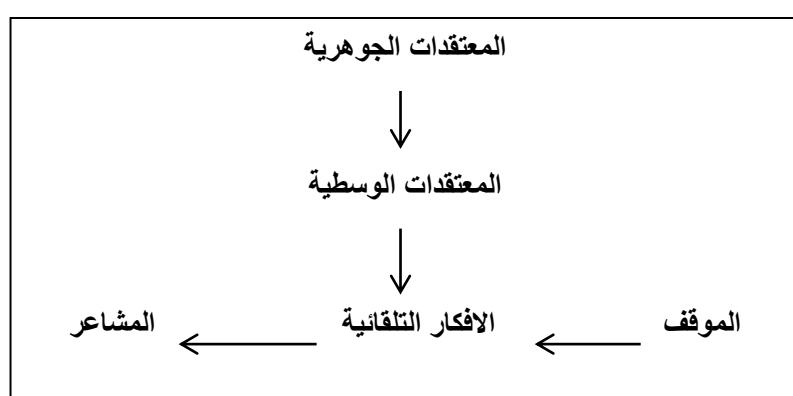
تشمل الافتراضات والقواعد التي يعتمد عليها الفرد في تفسير المواقف وتوجيه سلوكه. وتتضمن الافتراضات الأساسية مثل: "إذا نلت قبول الآخرين فسوف أتقدم في حياتي"، وكذلك القواعد التي يضعها الفرد لنفسه كمعايير للسلوك، مثل: "يجب ألا أخيب ظن أحد". وتمثل هذه المعتقدات إطاراً يحدد كيفية تصرف الفرد وتقييمه للأحداث.

المعتقدات الجوهرية:

وهي أعمق مستويات التفكير وأكثرها رسوحاً، وتمثل أفكاراً مركزية ذات طابع سلبي وغير مشروط، غالباً ما تتسق بالتعليم المفرط مثل: "أنا غير كفء" أو "أنا لا أساوي شيئاً". وت تكون هذه المعتقدات عادة في المراحل المبكرة من حياة الفرد نتيجة خبرات تعليمية أو انفعالية معينة، وتظل كامنة إلى أن تفعل من خلال مواقف حياتية ذات صلة، مما يجعل تأثيرها واضحاً على مشاعر الفرد وسلوكه.

الجوهرية السلبية تتم معالجة المعلومات بطريقة متحيزة تؤكد هذه المعتقدات، وتتفق وجود معلومات مناقضة لها، يمكن أن يكون المعتقد السلبي حول الذات، و حول الآخرين، و حول العالم (نينا، ٢٠١٨، ٧_٨).

ويمكن ان يوضح كالتالي:



الشكل (٢) مستويات التفكير (نينا، ٢٠١٨: ٧_٨).

رواد العلاج المعرفي Cognitive Therapy
: (Aaron Beck 1921)

يعد آرون بيك من أبرز المؤسسين لمدخل الإرشاد والعلاج المعرفي، إذ يقوم هذا الاتجاه على فكرة جوهرية مفادها أن لكل إنسان منظومة من الأفكار والتوقعات والمعاني والافتراضات المتعلقة ذاته وبآخرين وبالعالم من حوله، وهي المنظومة التي توجه سلوكه وتحدد استجاباته الانفعالية وتشكل إطاره الفلسفى في الحياة. وتظهر الأضطرابات النفسية عندما تكون هذه الأفكار والاعتقادات ذات طابع مشوه أو سلبي، مما يؤدي إلى اختلال في المشاعر والسلوك. ومن هذا المنطلق، يعمل المرشد أو المعالج المعرفي على تنميةوعي الفرد بأنماط تفكيره التلقائية وغير المنطقية، ويساعده بصورة خاصة على التعرف إلى أفكاره السلبية وتعديلها واستبدالها بأخرى أكثر واقعية وتكييفاً. ويعرف الإرشاد المعرفي بأنه أسلوب إرشادي مباشر يعتمد استخدام فنون معرفية تهدف إلى مساعدة الفرد في تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته غير العقلانية المصاحبة للأضطراب الانفعالي والسلوكي، وتحويلها إلى منظومة فكرية أكثر اتزاناً وانسجاماً مع السلوك المنضبط والانفعالات الصحية. (بلان، ٢٠١٥، ٣٥٥).

ان المنظور المعرفي في حالة توسيع مستمر منذ صياغته المبكرة على يد بيك وإليس (Beck and Ellis) في المنظور المعرفي السابق كان التركيز ينصب على المحتوى المحدد لعملية التفكير، مثل الفئات النموذجية لتشويه الأفكار التلقائية، وال المسلمات الأساسية، والمخطوطات المحورية أو المعتقدات ويفكك المنظور المعرفي على الحاجة إلى تحديد دور المخطوطات في التأثير على الانتباه والذاكرة، وفيه إدامة المعتقدات المسيبة للمشكلة مع ذلك، يقوم المنظور المعرفي بتحديد دور تحيز التوكيد confirmation bias والمعالجة القائمة على المخطوطات في إدامة المعتقدات السلبية لدى الشخص المكتتب، حتى في وجود المعلومات الإيجابية التي يفترض أنها تناقض هذه المعتقدات (ليهي، ٢٠١٩، ٢٣). بداية من الطفولة تكون لدى الناس معتقدات عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم، وأن أكثر المعتقدات عمقاً هي مفاهيم أساسية وراسخة وعميقة بحيث إنهم غالباً لا يعبرون عنها في كلمات حتى لأنفسهم إن هذه الأفكار ينظر إليها من شخص كحقيقة مطلقة كما هي (بيك، ٢٠٠٧، ٣٠).

ويقترح "بيك" Beck أن المعتقدات السلبية للأفراد المكتتبين حول أنفسهم ("أنا لا أستحق شيئاً، لا أستطيع فعل أي شيء بشكل صحيح") تنشأ غالباً خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة نتيجة لتجارب مؤلمة مثل فقدان أحد الوالدين، رفض اجتماعي من القرآن، انتقاد من الوالدين أو المعلمين، أو سلسلة من المأساة. فيقوم الأفراد المكتتبون بوقفاً "لبيك" Beck ، ببعض الأخطاء النظامية في التفكير تؤدي إلى تشويههم للواقع بطريقة تعزز معتقداتهم السلبية حول أنفسهم (Nolen, et al, 2009, 555)

فيرى المعرفيون أن الإنسان نفسه هو المسؤول عما يقوم به من أعمال وليس الناس من حوله، وأن الإنسان قادر على التخلص من الحالة التي هو عليها عن طريق تصحيح

الاستنتاجات الخاطئة، وأن الفرد قادر أيضاً على أن يحل مشكلاته ولكنه بحاجة إلى من يوجهه (أبو أسعد وعربات ٢٠١٢، ٢٢٠) ويوضح مفهوم الارشاد السلوكي المعرفي من وجهة نظر "بيك Beck" في تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد بالتعامل مع أفكاره المشوهة أو المحرفة عن الواقع والحقيقة، والتعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيفها (النوري، ٢٠٢٣، ٣٠).

فيهدف العلاج المعرفي إلى:

- التعامل مع عملية تحريف الواقع والتي تبدو لدى مرضى.
- التعامل مع التفكير غير المنطقي: فقد لا يكون هناك تشويش الواقع وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة ومشتملاً على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من المشاهدات أو حدوث زيادة في التعميمات.

وفي إيجاز، فإن الهدف من العلاج المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد أو المريض بحيث تصح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً (الشناوي، ١٩٩٤، ١٥١).

النهج المعرفي لديه بعض نقاط القوة كذلك بعض نقاط الضعف، أحد الجوانب الإيجابية لهذا النهج هو أنه يعتمد على البحث التجاري، النظريات المعرفية خضعت لدراسة مكثفة في التجارب المعملية الخاضعة للرقابة، قوة أخرى للنظرية المعرفية هي أنها تتجاوز نهج السمات في شرح خصائص الشخصية، أنها لا تحدد السمات ببساطة إنما يستخدم المنظرون المعرفيون البنى المعرفية لشرح الفروق الفردية في السلوك. من ناحية أخرى، إن أحد الانتقادات المتكررة للنهج المعرفي هو أنه يعتمد على مفاهيم غامضة. فمن الصعب تحديد بدقة ما هي البنية الشخصية أو التأكيد عند استخدام مخطط، وليس من الواضح تماماً كيف تختلف البنية الشخصية عن مخطط أو كيف تتصل هذه الهياكل الإدراكية بالذاكرة وجوانب أخرى من معالجة المعلومات. علاوة على ذلك، قد يسأل السلوكيون ما إذا كان من الضروري حقاً استخدام هذه المفاهيم. ربما يمكن شرح الشخصية بنفس الكفاءة دون الإشارة إلى الادراكات (Nolen, et 2009, 483: al,

فنيات وأستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي يشمل العلاج المعرفي السلوكي مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات السلوكية بالإضافة إلى استراتيجيات معرفية كجزء من مجموعتهم المتكاملة (Corey, 2013, 270). من ضمنها:

١ _ التعليمات الذاتية:

أحد الأساليب الارشادية للنظرية المعرفية السلوكية طور ميكنبوم هذا الأسلوب وهو أحد إشكال إعادة التنظيم المعرفي عن طريق التدريب على اعطاء تعليمات ذاتية (الداهري، ٢٠٢٤، ٥٢٢).

٢ _ تعميق الوعي :

طوره البرت إليس تساعد المسترشد في أن يصبح أكثر وعياً وإدراكاً بنتائج النموذج (A-B-C-D-E-F)، وذلك باستخدام التقديرات الرقمية والتسجيلات الذاتية؛ فمثلاً على مقياس متدرج من ٠٠-١٠٠ إذ يشير (١) إلى عدم وجود انزعاج (Distress) و ١٠٠ تشير إلى أن الألم موجود بشدة، فإنه يتطلب من المسترشد أن يسجل مستوى الألم الانفعالي في أثناء موقف حقيقية يجد المسترشد نفسه فيها، كما يمكن للمرشد أن يستعين بالتقارير الذاتية، وبتقارير يقدمها آخرون يلاحظون السلوك الجديد وغيره من استجابات المسترشد (الخطيب، ٢٠١٦: ٣٩٧).

٣ _ فنية التعزيز: يعد مفهوم التعزيز أحد أبرز المفاهيم السلوكية التي قدمها بورهوس سكينر، ويعرف بأنه العملية التي يؤدي فيها ظهور سلوك معين إلى حدوث نتائج إيجابية أو إلى إزالة مثيرات سلبية، مما يزيد من احتمال تكرار ذلك السلوك في المستقبل في مواقف مشابهة. ويطلق على المثير الذي يقدّم عقب السلوك فيسهم في تقويته اسم "المعزز" (الخواجة، ٢٠١٠: ١٥).

٤ _ تغيير الأفكار السلبية عن طريق تغيير السلوك:

في كثير من الأوقات تكون أفكارنا السلبية حقيقة، أو على الأقل فيها درجة ما من الحقيقة. وعندما يحدث ذلك تكون فرصة عظيمة للتفكير في كيف يمكنك تغيير سلوكك لجعل الأمور أفضل، أو اكتشاف بعض البدائل التي ربما هي أفضل بالنسبة لك. على سبيل المثال، الرجل الذي يعتقد أنه غير جيد في المقابلات الشخصية للوظائف، ربما يكتشف أن هذه الفكرة السلبية حقيقة. التغيرات في السلوك التي يجب أن يجربها، يمكن أن تتضمن تعلم مهارات أفضل للمقابلة الشخصية (روبرت، ٢٠٢٠، ١٣٩).

٥ _ ملء الفراغات:

يعد تدريب المريض على التعرف إلى أفكاره التلقائية أحد الإجراءات الأساسية في العلاج المعرفي، إذ يعمل المرشد على مساعدة المريض في ملاحظة تسلسل الأحداث الخارجية وكيفية استجابته لها. وقد يشير المريض أحياناً إلى مواقف شعر فيها بضيق غير مبرر، وفي مثل هذه الحالات تكون هناك فجوة بين المثير الخارجي والاستجابة الانفعالية. ويمكن للمريض فهم سبب هذا الضيق إذا تمكن من استعادة الأفكار التي راودته خلال تلك الفجوة الزمنية، مما يتيح له إدراك الروابط بين أفكاره واستجاباته الانفعالية. (بيك، ٩٠: ٢٠٠٠).

٦ _ فنية النظر إلى المزايا والعيوب:

يساعد هذا الأسلوب العلاجي المرضى على فحص مزايا وعيوب التمسك بفكرة معينة — مثل الاعتقاد بأن «بقائي وحيداً يجعلني أكثر أماناً» — أو الاستمرار في سلوك محدد مثل التسويف. ومن خلال مناقشة الجوانب الإيجابية والسلبية لكل اتجاه أو سلوك، يصبح المريض أكثر قدرة على إعادة تقييم أفكاره المدمرة وتعديل سلوكياته غير الفعالة. ويرى ويلز (Wells) أن من المهم

إيلاء اهتمام أكبر لاكتشاف العيوب مقارنة بالمزايا، لأن إدراك المريض أن سلبيات التمسك بفكرة أو سلوك ما تفوق إيجابياته يعزز دافعيته نحو التغيير بشكل أقوى. (نينا ودرلين، ٢٠١٨، ١٢٣).

٧ _ الاطفاء :

احد اساليب العلاج المعرفي السلوكي اول من استخدمه ماري جونز، ويعني ايقاف او الغاء المعززات التي كانت تتبع السلوك الغير المقبول في الماضي والذي كانت تحافظ على استمراريته (الداهري، ٢٠٢٤، ٥٢٠).

٨ _ الضبط الذاتي :

يعد سكينر من أوائل من استخدم مفهوم الضبط الذاتي في العصر الحديث، في حين يعد ميكينيوم من أبرز من طور هذا الأسلوب لاحقاً. ويعرف الضبط الذاتي بأنه أسلوب معرفي يتمكن الفرد من خلاله من التحكم في سلوكياته وانفعالاته عبر المراقبة الذاتية والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي، ثم توظيف هذه المهارات في التعامل مع المواقف المختلفة بشكل أكثر فاعلية (بومجان، ٢٠١٥، ١٨٨).

منهجية البحث :

اعتمدت الباحثة في البحث الحالي على المنهج التجريبي، الذي يعتبر جوهرياً في الأنشطة البحثية الدقيقة. يتميز هذا المنهج بقدرته على التحكم بشكل كبير في الظروف والمتغيرات البحثية، مما يتيح تحقيق خصائص التقين والصدق والثبات والموضوعية والدقة ، و نعرف البحث التجريبي بأنه "بحث يقوم على التجربة العلمية التي تكشف عن العلاقات السببية بين المتغيرات وذلك في ضوء ضبط كل العوامل المؤثرة في المتغير أو المتغيرات التابعة ما عدا عاملأ يتحكم فيه الباحث ويغيره الغرض قياس تأثيره على المتغير أو المتغيرات التابعة" (الحمداني وأخرون، ٢٠٠٦ : ١٤٤).

التصميم التجريبي:

يعد التصميم التجريبي من أكثر التصاميم ضبطاً ودقة وهو المعيار الذهبي الذي يتم مقارنة تصاميم البحث بالنسبة إليه، فإذا كان بالامكان تطبيق التصميم التجريبي جيداً فإنه من المحتمل أن يكون التصميم التجريبي قوياً فيما يتعلق بالصدق الداخلي (عباس وآخرون، ٢٠١٢، ١٩٢). هناك أنواع متعددة من التصاميم التجريبية تتفاوت في مزاياها ونواحي قصورها وبعبارة أخرى في قوتها وضعفها كفاية ضبط المتغيرات المؤثرة في المتغير التابع (جابر وكاظم، ١٩٧٣: ٢٠٢).

ولتحقيق أهداف البحث اعتمدت الباحثة تصميمًا تجريبياً يقوم على مجموعة واحدة تجرى لها اختبارات قبلية وبعدية، وهو ما يعرف بتصميم القياس القبلي-القياس البعدي للمجموعة الواحدة . وقد أعد هذا التصميم وفق مجموعة من الخطوات المتتابعة.

- ١- اختيار (٦) مراهقات بطريقة (قصدية) من الاتي لديهن سلوك ايذاء الذات غير انتحاري ظهر من خلال المقياس التشخيصي (Whitlock & Purington, 2013) وهو الاختبار القبلي
- ٢- ويطبق البرنامج العلاجي (CPT) على افراد المجموعة الواحدة و تتضمن اربعة جلسات لكل حالة .

- ٣- يطبق الاختبار البعدي على افراد عينة البحث بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لمعرفة مدى فاعلية البرنامج (CPT) في علاج سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري .

مجتمع البحث

يعد مجتمع البحث الإطار المرجعي الذي يعتمد عليه الباحث في اختيار عينة الدراسة، ويمكن أن يشمل مجتمعاً كبيراً أو صغيراً (عقيل، ١٩٩٩: ٢٢١). ويشمل مجتمع البحث الحالي جميع المراهقات المقيمات في دور الدولة لرعاية الأيتام من الإناث، واللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٢ و ١٨ سنة، أي الفئة العمرية التي تقع ضمن مرحلة المراهقة. وتشمل الدراسة دار زهور الأعظمية للبنات/الكبار في الأعظمية، والتي تضم ٢٠ فتاة مراهقة، ويوضح ذلك جدول رقم (١)

جدول (١) مجتمع البحث

اسم دار الأيتام	الجنس	العمر	عدد الأفراد
دار زهور الاعظمية للبنات / الكبار	الإناث	١٨ - ١٣	٢٠

عينة البحث اختارت الباحثة بطريقة القصدية (٦) من الإناث المراهقات لديهن سلوك ايذاء الذات غير انتحاري وفق مقياس التشخيص من دار الزهور الاعظمية للبنات ، كمجموعة تجريبية واحدة كما موضح في الجدول رقم (٢) .

جدول رقم (٢) عينة البحث الخاصة للبرنامج العلاجي

رقم المنتقعة	رمز المنتقعة	العمر	ت
١٠	ف - ح	١٦	١
١٢	ش - ف	١٥	٢
١٤	ب - ح	١٥	٣
١٥	ف - ي	١٥	٤
١٦	م - م	١٧	٥
١٨	ز - ش	١٦	٦

خامساً : أدلة البحث

مقياس إيذاء الذات غير الانتحاري

قامت الباحثة بتبني مقياس كل من ويتلوك وبورنجلتون (Whitlock & Purington, 2013) لقياس اضطراب إيذاء الذات غير الانتحاري (Non suicidal Self-injury Disorder)، إذ تم الاعتماد على مقياس التقييم الموجز لإيذاء الذات غير الانتحاري (**BNSSI-AT, 2013**) ، وقد اعتمد المقياس لانه معتمد على وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) حيث تم ترجمته و تكييفه و استخراج الخصائص السايكومترية في دراسة (السباهي، ٢٠٢٣) وقامت الباحثة باستخراج الصدق و ثبات المقياس كونه مقياس للتشخيص فقط و دراسة (السباهي ، ٢٠٢٣) دراسة حديثة وفق رأي المحكمين و اهم خاصتين من الخصائص السايكومترية هي الصدق و الثبات.

- **صدق المقياس**

خير وسيلة للتتأكد من صلاحية المقياس هي قيام مجموعة من المحكمين بتقرير مدى صلاحيته في قياس السمة التي وضعها من أجلها (Allen & Yen, 1979, p.555)، وقد تم التحقق من مدى صلاحية مقياس اضطراب إيذاء الذات غير الانتحاري المعتمد في البحث الحالي، إذ عرض المقياس بصيغته الأولية على الأطباء النفسيين وكان طبيان وعلى الخبراء والمحكمين في علم النفس والقياس النفسي والبالغ عددهم (١٠) محكماً، وفي ضوء اراءهم وملاحظاتهم، تمت الموافقة على مقياس اضطراب إيذاء الذات غير الانتحاري وبنعماته وفقراته وبدائل الإجابة عنه وطريقة قياسه وكانت نسبة الاتفاق (%) ٨٠ فأعلى وهي تعد معيار عال للقبول، وقد أشار بعض المحكمين إلى تعديل بعض الفقرات لتكون أكثر ملائمة.

- **ثبات المقياس**

طريقة الاختبار واعادة الاختبار استعملت الباحثة هذه الطريقة في حساب ثبات الاستبيان حيث قامت الباحثة بتطبيق الاستبيان على (١٠) من المراهقات واخذ استجاباتهم للمقياس وبعد مرور اسبوعين قامت الباحثة بإعادة تطبيق المقياس على المراهقات واخذ استجاباتهم بتطبيق الثاني واستخرجت الثبات بتطبيق معامل ارتباط بيرسون في كلا التطبيقين وكانت قيمة معامل الثبات (٠,٨٥) وهذا يدل مؤشر جيد على الثبات .

- **المقابلة التشخيصية :** تعد المقابلة من الادوات الاساسية في جمع المعلومات والبيانات عن دراسة حالة الفرد حيث تم جمع المعلومات عن التاريخ الشخصي والتاريخ المرضي من الطفولة الى المراهقة وتحديد الاعراض الحالية وفق تصنيف (DSM-٥) واعتمد المقابلة شبه منظمة تتضمن الاسئلة والنقاش المفتوح .

• برنامج العلاج المعرفي السلوكي (CPT)

قامت الباحثة بأعداد تقنيات العلاج المعرفي السلوكي في الجلسات الفردية لكل حالة اربع جلسات وكل جلسة تستغرق (ساعتان) وكل جلسة تقنيات علاجية محددة و التقنيات هي كما يلي :

- مناقشة الحوار الداخلي "هذه التقنية في العلاج المعرفي تركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره ومن ثم سلوكه فالمزاج الكئيب يفتح الباب للمتعالج ليقول لنفسه في حوار داخلي "إنني عديم القيمة"، "أف إنني لست جيداً، إنني أقل من الآخرين". وهي عبارات للتقليل من قيمة الذات، وتزيد في مشاعر اليأس وسوء احترام الذات ليصل المكتتب إلى الإيمان بها، مما قد يقود إلى ردة فعل عنيفة ربما توصل إلى تفضيل الموت بسبب عدم الارتياح" (أبو سعد، ٢٠١٥، ٢١٠).

- التنفس العميق: "وفقاً لهذه المهارة يجري التدرب على التنفس البطني العميق والذي يمكن من خلاله ردع استجابة الضغوط واستثناء تدفق هرمون الأندروفين المهدئ لكي يصبح الفرد أكثر وعيًا لأفكاره التي تتطوّي على الضغوط. والغرض من التنفس هو السماح لكرات الدم الحمراء بتنشيط الجسم بالتقاط الأكسجين من الرئتين وحمله عبر الجسم إلى كل خلية وعصب وعضو وعضلة، وما أن تطلق خلايا الدم الأكسجين حتى تلقط ثاني أكسيد الكربون-نفايات الجسم الرئيسية - وتعيده إلى الرئتين للتخلص منه، ما يؤدي إلى تهدئة العقل والشعور بالسلام الداخلي" (نادية، ٢٠١٥، ١٩٧).

- الاسترخاء: "يتم عن طريق تعليم المسترشد تمارينات الاسترخاء خلال الجلسة العلاجية، أو إعطائه شريطاً مسجلًا صوتياً مناسباً له يمكنه من ممارسة هذه التدريبات لوحدة (أبو سعد، ٢٠١٥، ١٧٦).

- الاسترخاء العضلي: يعرف الاسترخاء العضلي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري وحتى النوم" (أبراهيم، ٢٠٠٠، ١٥٤).

- تحدي المعتقدات الأساسية: "تشأُ معظم المعتقدات الأساسية السلبية في مرحلة الطفولة المبكرة ، يقال لبعض الأطفال مباشرةً من والديهم وأصدقائهم إنهم ليسوا طيبين أو أذكياء بالقدر الكافي ، في حين يعامل آخرون بطرق يجعلهم يشعرون أنهم معيبون أو غير محظوظين بالإضافة إلى ذلك ، يتعلم بعض الأطفال معتقداتهم الأساسية من خلال مشاهدة الطريقة التي يتفاعل بها الأشخاص ، هدفها باختصار تحديد وصياغة معتقدات صحية جديدة. لذا تعد هذه الاستراتيجية من أهم الاستراتيجيات التي يجب على المراهقين تعلمها، تستند هذه الاستراتيجية إلى أورون بيك، وغيره من خبراء الصحة النفسية" (سي وود، ٢٠٢٠، ١٣٧_١٣٨).

▪ التخييل: "هو عملية توجيه المريض لاستخدام خياله لإعادة تجربة موقف أو أحداث معينة بشكل إيجابي أو محايد بدلاً من تذكرها بشكل سلبي أو مخيف. تستخدم هذه التقنية لتخفيف القلق، والاكتئاب، واضطرابات ما بعد الصدمة، عن طريق إعادة بناء الذكريات أو المواقف السلبية لتقليل التأثير العاطفي المرتبط بها" (Leahy & McGinn, 2011, 422).

عرض النتائج وتفسيرها و مناقشتها

هدف البحث : التعرف على اثر البرنامج العلاجي (cpt) في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقات في دور الایتمام و لتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بالتحقق من الفرضية الصفرية الآتية:

الفرضية الصفرية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي والاختبار البعدى على مقياس (BNSSI-AT)

لأجل التحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة (اختبار ولوكسن) لعينتين متراقبتين لمعرفة دلالة الفروق بين درجات الاختبار القبلي والاختبار البعدى لافراد المجموعة التجريبية على مقياس BNSSI-AT وقد أظهرت نتائج التحليل الاحصائي ان قيمة ولوكسن المحسوبة (0) دالة احصائية عند مقارنتها بالقيمة الجدولية البالغة (13) ، عند مستوى (0.05) وبالتالي توجد فرق بين الاختبارين القبلي والبعدى ، والجدول (٦) يوضح ذلك.

جدول (٦) قيمة اختبار (ولوكسن) لدرجات المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي والبعدى لمقياس

BNSSI-AT

تبين من عرض نتيجة الفرضية الاولى ان البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي ساهم في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقات ، لأن البرنامج يركز على الحاضر في

العلاج ومعالجة الاعراض الظاهرة وهذا ما أكدته الأطار النظري لآرون بيك وكذلك الدراسات السابقة التي تناولت أسلوب العلاج المعرفي السلوكي التي تساعد في تعديل السلوك غير التوافقي وغير الملائم الذي نتج عن أنماط خاطئة في التفكير لدى الفرد عن طريق المخططات المعرفية المختلفة إذ أن هذه الإعتقادات الخاطئة والأفكار لدى المريض تؤثر على السلوك بشكل سلبي ويمكن تفسير ماقوصلت إليه الدراسة الحالية من أثر للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي إستناداً للإطار النظري المعتمد والأدبيات الخاصة به أن العلاج المسلطي المعرفي يفترض أن إنفعالات الأفراد وسلوكياتهم تتأثر بتفكيرهم وتفسيرهم للأحداث ، وهذا ما عملت عليه الباحثة من خلال تركيزها بالأساليب والفنين المعرفية والسلوكية التي إستخدمتها على سلوك وتفكير عينة البرنامج وتدريبهم من خلال تلك الأساليب على إعادة تنظيم هذه الإفكار نحو (الذات والعالم ولوم الذات) والذي توصل إلى هذه النتائج الإيجابية في خفض سلوك ايذاء الذات غير الانتحاري .

الوصيات

١. التأكيد على المؤسسات الدولة لرعاية الاهتمام بالبالغ والعناية المستمرة لهذه الفئة العمرية من المراهقين وذلك عن طريق انشاء مؤسسات تطبيقية وترفيهية وتنمية خاصة بهم لتنمية مواهبهم.

٢. التأكيد على اقامة دورات تدريبية مستمرة ومتطرفة للعاملين في دور الدولة لرعاية المراهقين الایتم لتعرف على الضغوط والاضطرابات المنتشرة بين المراهقين وطرق الوقاية منها.

المقترحات

١. إجراء دراسة مشابهة للدراسة الحالية مع شرائح اجتماعية مختلفة مثل الطلبة الایتم في المدارس، أو طلبة الجامعة .

٢. إجراء دراسة أرتباطية لاضطراب سلوك إيذاء الذات غير الانتحاري مع متغيرات أخرى(صدمات الطفولة ، الخبرات المؤلمة ، التنظيم العاطفي ، الاساءة العاطفية و الجنسية و الجسدية ، واضطراب المزاج ، التمر)

المصادر

.الحمداني، موفق آخرون (٢٠٠٦): مناهج البحث العلمي: الكتاب الأول، أساسيات البحث العلمي، الأردن: جامعة عمان العربية للدراسات العليا

أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف عربات، أحمد عبد الحليم (٢٠١٢): نظريات الإرشاد النفسي والتربوي، ط١، دار المسيرة للنشر والتوزيع والإشهار، الأردن

بونجمان، نادية (٢٠١٥): بناء برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيض الضغط النفسي لدى الاستاذة الجامعية المتزوجة، (اطروحة دكتوراه منشورة)، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد خضرير بسكره.

الخواجة، عبد الفتاح (٢٠١٠): أساليب الإرشاد النفسي، ط١، دار البداية، عمان.

الخطيب، صالح احمد، (٢٠١٦): الارشاد النفسي في المدرسة، ط٢، دار المسيرة، الأردن.

الشعلان، لطيفة عثمان (٢٠١٨) : مدى انتشار وداعية تاريخ ايذاء الذات غير الانتحاري وفقاً لمتغير النوع لدى طلاب الجامعة السعوديين، مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، (٤٢)، (٢)، ص ٣٩٠-٣٣٧

.النوايسة، فاطمة عبدالرحيم (٢٠١٣). الضغوط والازمات النفسية وأساليب المساندة، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان.

بيك، أرون (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، (ترجمة: عادل مصطفى)، القاهرة: دار الأفاق العربية

نينا، مايكيل، درايدن، ويندي (٢٠١٨): العلاج المعرفي السلوكي، (ترجمة: د.عبدالجود خليفة ابو زيد)، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة

الشناوي، محمد محروس، (١٩٩٤): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار غريب للنشر والتوزيع، مصر

نوري، ايات خليل سالم (٢٠٢٣) : الشعور بالاقصاء الاجتماعي لدى أسر أطفال التوحد، جامعة بغداد، كلية التربية ابن رشد للعلوم الانسانية، مجلة الاستاذ، المجلد(٦٢)، العدد(٣)، الملحق(٣) ٢٣٦_٢٥٦

- Carr. E. (2009). The Motivation of Self – injurios Behavior. A review of Same Hypotheses. Psychological Bulletin. 90. N. 5, P: 700–712
- . Linehan,M.M., Tutek, D., Heard, H. & Armstrong, H. (1992). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. American of Psychiatry, 151(12), 1771–1775. (1992).
- Linhan M. M. , Schmidt H. III, Dimeff L. A, Craft J. C., Kanter J., Comtois K.A.(1999). Dialectical Behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug – dependence . American Journal on Addictions, 8, 279–292
- Hilt, L. M. Nock, M. K. Lloyd– Richardson, E. E. Prinstein, M. J. (2008a). Longtudinal study of Nonsuicidal self – injury Among Young Adolescents. The Journal of Early Adolescence, 28(3), 455–469.
- Hilt, L., M., Cha, C., B., Nolen, H. S. (2008b). Nonsuicidal self – injury in Young Adolescent Girls. Journal of Consulting& Clinical psychology, 76(1): 63–71.
- Favazza, A. R. (1996). Bodies under Siege: Self – Mutilationand Body Modification in Culture and Psychiatry, 2nd. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Rice, P.L.)1999(. Stress and health, Books cole publishing company. Pacific grove, Albany. Belmow– Boston
- Cormier, S. and Nurius. P.)2003(.For Interviewing and change strategies helpers, (4th edP) brooks, cole
- Beck, J. (1999). Prisoner of hat, The Cognitive basis of Anger, Hostility and Violence. New York

- McCorkle ., Martin F., Alonzo A. & Grey M.(2012). Processes of self management in chronic illness, journal of nursing , 44(2).
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. Psychiatry research 166, 260–268
- Ruff, C & Albon, T. (2013). Proposed Diagnostic Criteria for the DSM- 5 of Nonsuicidal self – Injury in female Adolescents: Diagnostic and clinical correlates, Psychology Journal
- Nock MK. Prinstein MJ.(2004). A Functional approach to the assessment of self – mutilative behavior . Journal of Consulting and Clinical Psycholog