تاثير البرنامج العلاجي القائم على انظمة الاسرة الداخلية في تنمية الشفقة الذاتية لدى المصابين بالاكتئاب من ذوي الاعاقة الجسدية

م.د هبه فرزدق محمد

Hebafarazdaq@gmail.com

الجامعة المستنصرية / كلية التربية الاساسية

الملخص

يهدف هذا البحث إلى دراسة تأثير البرنامج العلاجي في الشفقة الذاتية لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب من ذوي الإعاقة الجسدية. وتبرز أهمية البحث في تعزيز الصحة النفسية وبناء القدرات الذاتية لهذه الفئة، وتحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لديهم. وقد تم اختيار الموضوع الإسهامه في تقديم حلول علاجية عملية تساعد الأفراد على مواجهة تحديات الحياة اليومية تكمن مشكلة البحث في انخفاض مستويات الشفقة الذاتية وتأثير ذلك على رضا الأفراد عن أنفسهم وقدرتهم على التكيف النفسي تتمثل أهداف البحث في قياس تأثير البرنامج العلاجي على الشفقة الذاتية، وكانت أهم فرضياته وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الشفقة الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

شمل البحث الجوانب النفسية والسلوكية، واختيرت عينة مكونة من (٢٠٠) فردًا للتحقق أولا من الخصائص السيكومترية لمقياس الشفقة الذاتية، ثم تم اختيار المشاركين المصابين بالاكتئاب من ذوي الاعاقة الجسدية والذين سجلوا درجات منخفضة على المقياس لتطبيق البرنامج العلاجي عليهم وتم جمع البيانات باستخدام الاستبيان ، وتم تحليلها بأساليب إحصائية وصفية واستنتاجية.

أظهرت النتائج فعالية البرنامج في رفع مستويات الشفقة الذاتية لدى المشاركين، وتم تقديم استنتاجات وتوصيات عملية لتعزيز التدخل العلاجي لهذه الفئة.

الكلمات المفتاحية: أنظمة، داخلية، اعاقة، اسرة.

The Effect of a Therapeutic Program Based on Internal Family System on Enhancing Self-Compassion among Individuals with Physical Disabilities Diagnosed with Depression

Hiba Farazdaq Mohamad

Mustansiriah University /College of Basic Education

Abstract

This study aims to examine the effect of a therapeutic program on self-compassion among individuals with physical disabilities who suffer from depression. The importance of the research lies in enhancing mental health, developing self-capacities, and improving psychological and social adaptation for this group. The topic was chosen for its contribution to providing practical therapeutic solutions to help individuals face daily life challenges. The research problem stems from low levels of self-compassion and its impact on individuals' self-satisfaction and psychological adjustment.

The objectives of the study include measuring the effect of the therapeutic program on self-compassion. The main hypothesis is that there are statistically significant differences in self-compassion levels before and after applying the program.

The study covers psychological and behavioral aspects. A sample of 200 individuals was initially used to verify the psychometric properties of the self-compassion scale. Subsequently. participants with depression who scored low on the scale were selected to undergo the therapeutic program. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive and inferential statistical methods.

Results demonstrated the effectiveness of the program in increasing participants' levels of self-compassion. The study concludes with practical recommendations to enhance therapeutic interventions for this population.

Key words: Systems, Internal, Disability, Family

مشكلة البحث

تعد الشفقة الذاتية من المفاهيم الحديثة نسبياً في مجال علم النفس ، وقد اظهرت دراسات عديدة ومؤثرة في تعزيز الصحة النفسية، حيث ان الفرد بطبيعته الفطرية يحتاج الى الشفقة الذاتية لمساعدته في التغلب على الصعوبات والتحديات المختلفة، والضغوطات النفسية والاجتماعية

الناتجة عن ظروف الحياة ،فأنها تؤثر في تنمية توافقه الاجتماعي والنفسي، وقد اوضحت دراسة (Nelf,2003) ان ارتفاع الشفقة الذاتية يرتبط بانخفاضل القلق والاكتئاب، وأكدت دراسة (MacBeth&Gumley,2012) (Zessin.etal.,2015) تحليلات لاحقة لهذه العلاقة في عينات كبيرة، ورغم تزايد الاهتمام العالمي بهذا المتغير فإن الدراسات العربية ما تزال محدودة ، مما يعكس وجود فجوة معرفية وبحثية تستدعي إجراء المزيد من الدراسات التطبيقية لفهم دوره في البيئات العربية، ولاسيما في المجال التربوي والعلاجي (القحطاني ٢٠٢٠، ص٣).

ورغم أن علاج انظمة الأسرة الداخلية والشفقة الذاتية يشتركان في تركيزهما على العمليات الداخلية للفرد، إلا أن الأدبيات العربية تكاد تخلو من دراسات منهجية تربط بين هذين المفهومين، وتطبيقهما على عينة من المصابين بالاكتئاب ومن ذوي الاعاقة الجسدية، إذ لم يبحث بعد بشكل كاف كيف يمكن لتطبيق مبادئ العلاج لانظمة الأسرة الداخلية أن يسهم في تنمية الشفقة الذاتية، عبر تعزيز التواصل الداخلي الأمن والتفهم الذاتي والاحتضان العاطفي للأجزاء المجروحة داخل النفس.

تكمن مشكلة هذا البحث في قلة الدراسات العربية التي تناولت تأثير العلاج الأسري الداخلي ، وفي الحاجة إلى الكشف عن ماهو تأثير البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية في تنمية الشفقة الذاتية، خاصة في ظل تزايد الضغوط النفسية والاجتماعية التي تتطلب ممارسات علاجية حديثة لتنمي التوازن النفسي والرحمة الذاتية، ومن هنا تأتي أهمية هذا البحث في محاولة سد الفجوة المعرفية، وتقديم إطار نظري وتطبيقي يسهم في إثراء الممارسات العلاجية في البيئة العراقية.

وينبثق السؤال الاتي ما هو تأثير البرنامج العلاجي القائم على أنظمة الأسرة الداخلية في تنمية الشفقة الذاتية لدى المصابين بالاكتئاب من ذوي الاعاقة الجسدية؟

أهمية البحث

تعد النظم العلاجية المعاصرة التي تركز على البنية الداخلية للنفس من أكثر الأساليب تطوراً في ميدان العلاج النفسي، ومن أبرزها العلاج الأسري لانظمة الأسرة الداخلية (Intermal Family Systems–IFS) الذي قدمه ريتشارد شوارتز، يقوم هذا النهج على تصور النفس البشرية كنظام داخلي مكون من أجزاء متعددة، لكل جزء منها وظائف ودوافع ومشاعر خاصة، ويهدف إلى تمكين الذات الحقيقية من قيادة هذه الأجزاء بتعاطف وتوازن، مما يسهم في تخفيف المعاناة النفسية وتعزيز التكيف الانفعالي (Schwartz, ١٩٩٥) وقد طور شوارتز مع سويزي النموذج لاحقا في إصدار محدث أكثر شمولا يركز على تطبيقات إكلينيكية وعلاجية متنوعة (Schwartz & Sweezy, 2019,P3).

تبرز أهمية هذا النموذج في كونه يقدم فهما عميقاً للديناميات الداخلية للفرد، ليس فقط من منظور الأعراض أو السلوكيات الظاهرة، بل من خلال استكشاف العلاقات الداخلية بين الأجزاء المختلفة للنفس، وأشار أندرسون وشوارتز وسويزي (Schwartz & Sweezy,٢٠١٩) الى أن علاج انظمة الأسرة الداخلية يسهم في خفض مستويات القلق والاكتئاب، وتحسين التنظيم الانفعالي، وتعزيز الشعور بالتماسك الذاتي لأنه يساعد الأفراد على بناء علاقة أمنة مع ذواتهم الداخلية، وأن هذا النهج يتيح للمسترشدين فهم صراعاتهم الداخلية بطريقة غير حكمية، ويشجع على التقبل والتعاطف ما يجعله مناسبا للمجتمعات التي تواجه ضغطا نفسيا متزايد (Schwartz & Sweezy,2019,p2).

وتؤكد دراسة (Shadick.et.al2013) على فاعلية البرنامج العلاجي لانظمة الاسرة الداخلية، اذ اجريت الدراسة على (مرضى التهاب مفاصل روماتويدي) وتم توزيعهم. عشوائياً بين مجموعة الضابطة والتجريبية، وبعد التدخل لوحظت تحسنات تفاضلية في الألم والوظيفة البدنية ،لصالح المجموعة التجريبية كما وجدت فروق لافتة في تقدير الكابة والرحمة الذاتية في المتابعة الطويلة لبعض المشاركين(Shadick.et.al 2013,p1).

وتشير دراسة (Haddock.et.al, ٢٠١٧) التي أجريت على عينة من الطالبات وتم توزيعهن الى مجموعات الدراسة بطريقة عشوائية، وأجريت مقارنة بين علاج انظمة الأسرة الداخلية والعلاج المعرفي السلوكي، وتم استخدام مقياس الاكتئاب وبعض مؤشرات الصحة النفسية في التجربة، وأظهرت النتائج أن كلا المجموعتين أظهرت تراجعا في أعراض الاكتتاب،و لم تظهر الدراسة فروقا كبيرة ثابتة في الحجم أو سرعة التغيير بين انظمة الأسرة الداخلية والعلاجات المعيارية، وأن تلك النتائج تشير إلى قابلية البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية للتطبيق ومساواته في الفعالية ضمن هذه العينة (Haddock.et.al,2017,p4) .

وتؤكد دراسة (Hodgdon.et.al.٢٠٢٢) على الناجين من صدمات الطفولة وهم مشاركون بالغون ناجون من أنواع متعددة من صدمات الطفولة، وتم استعمال مقاييس شدة أعراض PTSD أعراض الاكتئاب وتنظيم الانفعالات ،و ابلغت النتائج الأساسية لهذه السلاسل عن انخفاضات مهمة في أعراض الـ PTSD والاكتئاب بعد تدخلات علاج انظمة الاسرة الداخلية، مع التغيير الايجابي في الجانب الانفعالي (Hodgdon.et.al,2022,p3).

وتوضح دراسة (Ally.et.al,٢٠٢٥) فعالية البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية الذي طبق على مجموعة من الأفراد البالغين الذين يعانون من الصدمات واستعمال المواد المخدرة ،وتشير النتائج الى انخفاض في أعراض PTSD وفي الرغبة المرتبطة بالمخدرات بعد تطبيق البرنامج العلاجي لانظمة الاسرة الداخلية(Ally.et.al,2025,p2).

في المقابل يعد مفهوم الشفقة الذاتية (Self-Compassion) من المفاهيم المحورية في علم النفس الإيجابي المعاصر، حيث تشير كريستين نيف (Neff ٢٠٠٣) إلى أن الشفقة الذاتية تمثل موقفاً داخلياً يتسم باللطف والتفهم تجاه الذات في لحظات الفشل أو الألم، بدلاً من النقد القاسي أو اللوم وقد أثبتت نيف وجرمر (Neff & Germer,٢٠١٣) أن الشفقة الذاتية ترتبط ارتباطاً إيجابيا بالصحة النفسية والرضا عن الحياة، وترتبط سلبا بالاكتئاب والقلق، مما يجعلها عاملاً وقائيا مهما في مواجهة الضغوط النفسية، كما أن الشفقة الذاتية تسهم في تعزيز المرونة النفسية عند الأفراد، وتعمل كالية تكيفية فعالة في تقليل المشكلات النفسية المرتبطة بالنقد الذات (Neff & Germer,201355) .

واشارت دراسة (Macbeth & Gumley.٢٠١٢) الى النتائج التي توصلت اليها من خلال اجراء الدراسة على عينة أكثر من ٣,٠٠٠ مشارك من ٢٠ دراسة بينت أن الشفقة الذاتية ترتبط ارتباطا عكسيا قويا بكل من القلق والاكتئاب والضغوط النفسية ، وان هذا التحليل التجميعي يعد دليلاً قوياً على الأثر الإيجابي للشفقة الذاتية في انخفاض الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب والقلق، مما يؤكد دورها كعامل مهم لحماية النفس (Macbeth & Gumley,2012,p65).

وأضحت دراسة (Zessin & Dickhauser & Garbade ٢٠١٥) الى النتائج التي توصلت اليها من خلال تحليل علاقة الشفقة الذاتية مع الرفاهية، وجدت علاقة إيجابية قوية بين الشفقة الذاتية وجميع مؤشرات الرفاهية النفسية، كالرضا عن الحياة، ، والمرونة النفسية،والتفاؤل ،و تدعم هذه النتائج فكرة أن الشفقة الذاتية ليست مجرد وقاية من المشكلات النفسية، بل تعزز الصحة النفسية الإيجابية، تؤكد نتائج الدراسة أن الشفقة الذاتية ترتبط ارتباطاً إيجابياً قوياً بمؤشرات الرفاهية النفسية، مما يجعلها محوراً مهما في البرامج العلاجية (Zessin,et al.2015,p45).

وتؤكد دراسة القحطاني (٢٠٢٠) التي أجريت على ٢٤٠ طالبا وطالبة من طلاب الجامعة على أن الشفقة الذاتية تعد مؤشرا قويا للتنبؤ بانخفاض مستويات القلق والاكتئاب و كما أظهرت فروق الصالح الإناث في الشفقة الذاتية ،وتعزز هذه الدراسة صلاحية المفهوم في البيئة العربية وتؤكد علاقته بالصحة النفسية (القحطاني ٢٠٢٠، ص٢).

و تشير دراسة الحربي (٢٠٢١) التي أجريت على (١٨٠) طالبا وطالبة في مرحلة المراهقة المتأخرة، أظهرت النتائج أن ارتفاع الشفقة الذاتية يرتبط بانخفاض الضغوط النفسية وتحسن مهارات التكيف، وتوضح أهمية تدريب الشفقة الذاتية في البرامج العلاجية ، ووجدت الدراسة علاقة عكسية دالة بين الشفقة الذاتية ومستويات الضغوط النفسية، مما يبرز دورها في دعم التكيف النفسي (الحربي ٢٠٢١، ص ٤).

وتكمن أهمية هذا البحث في أنه يسعى إلى توضيح تأثير علاج أنظمة الأسرة الداخلية في تنمية الشفقة الذاتية، وهو مجال لم يتناول حسب علم الباحثة بعمق في الأدبيات العربية، إذ يشير شوارتز وسويزي (٢٠١٩) إلى أن العلاج بنظام الأسرة الداخلية يعد مدخلاً فعالاً لتعزيز التعاطف مع الأجزاء الداخلية للذات، مما يمكن أن يؤدي إلى تنمية مستوى الشفقة الذاتية (Neff ٢٠٠٣)، وبالتالي تحسين الصحة النفسية وجودة الحياة، و أن إدخال هذا النهج في الممارسات العلاجية يثري الحقل العلاجي ويسهم في تطوير استراتيجيات جديدة تراعي العمليات الداخلية للفرد.

وتنبع أهمية هذا البحث بالنسبة لعينة الدراسة، والمتمثلة بالمصابين بالاكتئاب من ذوي الإعاقة الجسدية، من كونه يتناول إحدى الفئات التي تواجه تحديات نفسية واجتماعية معقدة نتيجة الإعاقة، وما يترتب عليها من ضغوط انفعالية، وصعوبات في التكيف النفسي والاجتماعي، ويسهم تطبيق البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة القائم على تنمية الشفقة الذاتية في مساعدة أفراد العينة على تحسين نظرتهم إلى ذواتهم، والتعامل مع خبرات الألم والإحباط بطريقة أكثر تفهما وقبولاً.

كما يتيح البحث الأفراد العينة فرصة اكتساب مهارات نفسية تسهم في تعزيز المرونة النفسية، وتنمية الوعي بالذات، والحد من مشاعر اللوم الذاتي والعزلة الاجتماعية، بما ينعكس إيجاباً على صحتهم النفسية وجودة حياتهم، فضلاً عن ذلك، يوفر البرنامج العلاجي إطاراً علاجيا منظما يمكن أن يساعد المصابين بالاكتئاب من ذوي الإعاقة الجسدية على مواجهة التحديات اليومية بثقة أكبر وقدرة أعلى على التكيف، الأمر الذي يعزز شعورهم بالكفاءة الذاتية والاندماج الاجتماعي.

اهداف البحث

يهدف البحث الحالي الى :

– اعداد البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية.

– الكشف عن تأثير البرنامج العلاجي القائم على أنظمة الأسرة الداخلية في تنمية الشفقة الذاتية لدى المصابين بالاكتئاب من ذوي الاعاقة الجسدية.

وفي ضوء ذلك تم اشتقاق الفرضيات الصفرية الآتية:

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشفقة الذاتية بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشفقة الذاتية بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشفقة الذاتية بين الاختبارين البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة.

حدود البحث

يتحدد البحث الحالي من المصابين بالاكتئاب من ذوي الاعاقة الجسدية من المراجعين في مجمع الرسول الأعظم في بغداد العام (٢٠٢٦-٢٠٢٥).

تحديد المصطلحات

اولا:

البرنامج العلاجي لانظمة الأسرية الداخلية

هو نموذج علاجي يقوم على فكرة أن النفس البشرية تتكون من أجزاء متعددة تتفاعل فيما بينها كما يتفاعل أفراد الأسرة، هذه الأجزاء قد تحمل أدوارًا مثل الحماية أو إدارة الألم أو تمثيل التجارب الصادمة، يهدف العلاج وفق هذا النموذج إلى تمكين الفرد من التواصل مع الذات التي تتميز بالرحمة والوضوح والحكمة (Schwartz & Sweezy,2020,p25) .

التعريف الاجرائي للبرنامج العلاجي : ممارسة علاجية منظمة من الأساليب المتنوعة تشتمل على مجموعة من الفنيات والانشطة والتمارين والاستعارات داخل الجلسات العلاجية.

ثانياً: الشفقة الذاتية

القدرة على التعامل مع الذات بلطف وتعاطف وفهم عند مواجهة الفشل أو الألم والاعتراف بأن المعاناة جزء من التجربة الإنسانية المشتركة، مع الحفاظ على الوعي المتوازن للمشاعر السلبية دون تضخيمها أو تجاهلها (Neft,٢٠٠٣,p87).

والتعريف الأجراني هو : الدرجة التي يحصل عليها المفحوص عن طريق إستجابته على مقياس الشفقة الذاتية.

ثالثا : المصابون بالاكتئاب من ذوي الإعاقة الجسدية

هم أشخاص يعانون من إعاقة بدنية تؤثر في قدرتهم الحركية أو الجسدية، ويصاحبها ظهور اعراض اكتئاب مستمرة ، شعور بالحزن أو الضيق النفسي، وفقدان الاهتمام بالانشطة اليومية، مع انخفاض في الدافعية والثقة بالنفس نتيجة التحديات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالإعاقة.

الاطار النظري

أولًا: نشأة نظرية علاج أنظمة الأسرة الداخلية

ظهرت نظرية علاج أنظمة الأسرة الداخلية (Internal Family Systems-IFS) في بداية الثمانينيات على يد ريتشارد شوارتز (Richard.C.Schwartz)، وهو عمل مع العائلات التي تعاني من اضطرابات سلوكية ونفسية ، لاحظ شوارتز أن الأفراد غالبا ما يتحدثون عن أصوات أو أجزاء" داخلهم تتجادل أو تتصارع، وهو ما شجعه على النظر إلى النفس البشرية كنظام

داخلي شبيه بالنظام الأسري (Schwartz,١٩٩٥)، وبدلاً من التركيز فقط على العلاقات الأسرية الخارجية، وجه شوارتز اهتمامه إلى العلاقات الداخلية بين هذه الأجزاء النفسية، فأسس نموذجاً متكاملاً يجمع بين نظريات الأنظمة الأسرية والعلاج النفسي الإنساني وعلاج الصدمات، ومنذ التسعينيات، تطور النموذج ليصبح أحد المداخل المعترف بها في العلاج والعلاج النفسي (Schwartz & Sweezy,2020).

ثانيًا: المفاهيم الأساسية للنظرية

١- الاجزاء (Parts)

تعد الأجزاء الوحدات الأساسية في النظرية، وتشير إلى أن النفس البشرية تتكون من مجموعة من الذوات الصغيرة، ولكل جزء نوايا ووظائف وسلوكيات مميزة، هذه الأجزاء ليست أعراضا مرضية، بل مكونات طبيعية للنفس، ولكنها قد تدخل في أدوار دفاعية أو مؤذية بسبب الصدمات أو الضغوط ويتم التعامل مع الأجزاء باحترام ، وليس كأشياء يجب التخلص منها (Schwartz,1995,p61).

٢- الذات (Self)

الذات هي المفهوم المركزي للنظرية، وتمثل الجوهر الحقيقي للإنسان، تتميز الذات بثمان صفات أساسية وهي:

- الهدوء
- الوضوح
- الفضول
- الرحمة
- الثقة
- الجرأة
- الإبداع
- الترابط

عندما تكون الذات هي القائد للنظام الداخلي، تنشأ حالة من الانسجام النفسي، أما عندما تهيمن الأجزاء المتطرفة، فيحدث الاضطراب الداخلي(Schwartz&Sweezy,2020.p35-44) .

تعد "الذات" المفهوم المركزي في نظرية IES، وهي تمثل الجوهر الحقيقي للشخص، وتتميز بصفات الرحمة والوضوح والهدوء والثقة، يرى شوارتز أن الذات لا يمكن أن تتضرر، ولكنها قد تحجب بفعل سيطرة الأجزاء المتطرفة والهدف العلاجي هو مساعدة الفرد على استعادة قيادة الذات لهذا النظام الداخلي، بحيث تتواصل الذات مع الأجزاء المختلفة وتعيد إليها التوازن والانسجام (Schwartz & Sweezy,2020,p35-44).

-٣- انواع الاجزاء

قسم شوارتز الأجزاء إلى ثلاثة أنماط وظيفية رئيسية :

أ- المنفيون (Exiles)

تمثل هذه الأجزاء التجارب العاطفية المؤلمة أو الصادمة، وغالبا ما تكون مرتبطة بطفولة الفرد، تنفى هذه الأجزاء بعيدا عن الوعي لحماية النظام من الألم، لكنها تظل فعالة في التأثير على المشاعر والسلوك (Schwartz,1995,p73).

ب - المدراء (Managers)

تعمل هذه الأجزاء على تنظيم الحياة اليومية ومنع إثارة الألم الكامن لدى المنفيين، تلجا إلى استراتيجيات السيطرة والكمال والالتزام المفرط أو الانسحاب، بهدف الحفاظ على الاستقرار الداخلي (Schwartz & Sweezy,2020,p55).

ج - رجال الإطفاء (Firefighters)

تظهر هذه الأجزاء كرد فعل سريع عند فشل المدراءس في منع المنفيون من الظهور و تستخدم وسائل دفاعية مثل الغضب الإدمان أو الانفصال للتخفيف السريع من الألم وغالبا ما تكون تدخلاتها مفاجئة وعنيفة (Schwartz,1995,p65).

ثالثًا: البنية الديناميكية للنظام الداخلي

تتفاعل الأجزاء الثلاثة في بنية ديناميكية تشبه الأسرة، حيث يسعى المدراء إلى ضبط النظام ومنع الألم، بينما يحاول المنفيون التعبير عن معاناتهم، ويقف رجال الإطفاء للتدخل الطارئ، وعندما تكون الذات هي القائد، فإنها تتواصل مع الأجزاء برحمة، وتعيد إليها أدوارها الأصلية المتوازنة، مما يؤدي إلى تحقيق التكامل الداخلي والشفاء (Schwartz & Sweezy,2020) .

رابعًا: العملية العلاجية

يهدف العلاج وفق هذه النظرية إلى مساعدة الفرد على بناء علاقة واعية مع أجزائه الداخلية من خلال مراحل منظمة:

١. **التعرف على الأجزاء:** ملاحظة الأصوات أو المشاعر أو السلوكيات المرتبطة بكل جزء.

٢- **فصل الذات عن الأجزاء:** تعزيز وعي الذات كمراقب رحيم غير مندمج في صراعات الأجزاء.

٣- **التواصل مع الأجزاء:** الاستماع باحترام وفهم لدوافع كل جزء ووظيفته.

٤- **فك الارتباط:** مساعدة الأجزاء على تحرير نفسها من الأدوار المتطرفة أو الألم الصادم.

٥- **إعادة التكامل:** تمكين الذات من قيادة النظام الداخلي بشكل متناغم (Schwartz, 1995; Schwartz & Sweezy, 2020,p3-4) .

مبادئ علاج أنظمة الاسرة الداخلية

يرتكز العلاج وفق نموذج أنظمة الأسرة الداخلية على المبادئ التالية:

- الاعتراف بتعدد الأجزاء داخل النفس واحترام وظائفها.
- عدم مقاومة الأجزاء المتطرفة، بل الاقتراب منها بتعاطف وفهم دوافعها.
- استعادة قيادة الذات للنظام الداخلي لتحقيق الشفاء العميق.
- فك الارتباط بين الأجزاء المؤلمة وتجاربها السابقة لمساعدتها على التحرر.
- تحقيق التكامل الداخلي بين جميع الأجزاء بدلاً من محوها أو قمعها (Schwartz,1995; Schwartz & Sweezy,2020,p153-188) .

نظرية الشفقة الذاتية

ظهرت نظرية الشفقة الذاتية بوصفها إطاراً مفاهيميا قدمته الباحثة الأمريكية كريستين نيف في بداية العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، حيث رأت أن الكثير من المشكلات النفسية لدى الأفراد تنشأ من النقد الذاتي المفرط ، وعدم القدرة على التعامل الإنساني مع الذات أثناء الفشل والمعاناة، لذلك اقترحت نيف بديلاً صحياً يتمثل في ممارسة الشفقة الذاتية باعتبارها وسيلة لتعزيز التوازن الانفعالي والمرونة النفسية (Nefr, 2003.p31).

وترى نيف أن الشفقة الذاتية لا تعنى الاستسلام أو الضعف، بل تعني الاستجابة لنفسك بالعطف والتفهم في لحظات الضعف والألم، مع إدراك أن هذه التجارب جزء من الطبيعة الإنسانية وليست دليلا على خلل شخصي، وينظر لهذا المفهوم بوصفه ممارسة الفعالية . معرفية تساعد الفرد على مواجهة التحديات دون الانغماس في جلد الذات (Neff,2003,p35).

وتتكون الشفقة الذاتية من ثلاثة مكونات مترابطة:

١- اللطف مع الذات (Self-Kindness)

يقصد به مواجهة الأخطاء الشخصية بأسلوب يتسم بالرقة والتفهم بدل الانتقاد القاسي. ف الفرد الذي يمارس اللطف الذاتي لا ينكر ضعفه ولا يدعي الكمال، بل يعترف بنواقصه ويتعامل معها كجزء طبيعي من بناء الذات، وتشير نيف إلى أن هذا المكون يخلق إحساسا بالاحتواء الداخلي ويخفف من توتر النظام العصبي المرتبط بالضغط النفسي (Neff,2011,p89-90).

٢- الإنسانية المشتركة (Common Humanity)

يشير هذا المكون إلى إدراك أن المعاناة والخطأ جزء من التجربة الإنسانية ، وليست حدثاً فرديا معزولاً، وبهذا المعنى فإن الفشل لا يجعل الفرد أقل قيمة من الآخرين، هذا الإدراك يعزز الشعور بالاتصال الاجتماعي ، ويقلل من الشعور بالعزلة الذي يرافق الألم عادة (Neff & Dahm,2015,p90-91).

٣- اليقظة الذهنية (Mindfulness)

وهي القدرة على ملاحظة الأفكار والمشاعر المؤلمة بطريقة متوازنة دون مبالغة أو إنكار، فالوعي الذهني يساعد الفرد على ملاحظة الألم دون الاندماج فيه ،أو تفسيره على أنه جوهر الذات، وتعتبر نيف هذا المكون ضروريا لأن غيابه يؤدي إلى اجترار الأفكار السلبية أو كبتها، وكلاهما يفاقم المعاناة النفسية (Neff,2003,p91-92).

وترتبط هذه المكونات ببعضها ارتباطاً تكامليًا، فغياب أحدها يقلل من فاعلية ممارسة الشفقة الذاتية، فاللطف مع الذات دون يقظة ذهنية قد يتحول إلى تدليل ذاتي والإنسانية المشتركة دون وعي قد تتحول إلى إنكار أثر الألم، واليقظة الذهنية دون لطف قد تتحول إلى مراقبة باردة بلا تعاطف.

وتشير الدراسات التجريبية إلى أن الشفقة الذاتية ترتبط بانخفاض أعراض الاكتئاب والقلق والإجهاد، وبزيادة المرونة النفسية والرضا عن الحياة وتنظيم الانفعالات، كما اعتبرت الشفقة الذاتية عاملاً وقائيا يساعد الفرد على التعامل مع النقد والضغوط دون انهيار نفسي (Neff,2012.p4-6).

وبناء على ذلك، تعد نظرية نيف إطاراً علاجيًا ومعرفيًا مهما في مجال العلاج النفسي حيث أصبحت الشفقة الذاتية جزءاً أساسياً من برامج العلاج القائم على اليقظة الذهنية والعلاج المعرفي السلوكي المعزز بالقبول، إضافة إلى برامج تنمية التعاطف مع الذات في المدارس والجامعات والمجالات العلاجية.

منهجية البحث وإجراءاته

أولاً: منهجية البحث (Research Methodology)

استعملت الباحثة في البحث الحالي المنهج التجريبي لأنه المنهج المناسب في التعرف على مدى تأثير البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية في تنمية الشفقة الذاتية والتصميم التجريبي المستعمل في هذه الدراسة، وهو تصميم المجموعتين المتماثلتين (Two.Matched.Groups)، ويعني هذا التصميم إختيار افراد تتوافر فيهم الخصائص نفسها بالمقدار نفسه في كل من المجموعتين، والهدف هو التحكم في تأثير العوامل الأخرى في المتغير التابع عن طريق وجود مجموعة ضابطة، والشرط الاساسي هنا هو أن تكون المجموعتان متكافئتين، والتصميم يأخذ الشكل الآتي:

ا- العينة التجريبية: إختبار قبلي - متغير مستقل - اختبار بعدي

ب- العينة الضابطة اختبار قبلي : إختبار بعدي - × -عينة البحث

اختيرت عينة (٢٠٠) معاق جسدي من المصابين بالاكتئاب، وقد استعملت بياناتهم للتحقق من الخصائص السيكومترية المقياس الشفقة الذاتية.

ومن ثم تم اختيار العينة التي خضعت للبرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية من المصابين بالاكتئاب من ذوي الاعاقة الجسدية الذين سجلوا درجات منخفضة على مقياس الشفقة الذاتية، حيث تكونت عينة التطبيق من (١٤) فرد، قامت الباحثة بالتكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر، درجة الشفقة الذاتية للتحقق من التكافؤ في المتغيرات اعلاه ،اذ قامت الباحثة باستعمال اختبار مان وتني، وبما أن القيمة المحسوبة كانت لهما اعلى من القيمة الجدولية، إذا ليس هناك فرق دال إحصائيا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات اعلاه.

أداتا البحث

من أجل تحقيق أهداف البحث الحالي تطلب توافر أداتين للبحث، وهو اعداد البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية وتبني مقياس الشفقة الذاتية ولأجل ذلك قامت الباحثة بالآتي:

- **اولاً:** إعداد البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية

خطوات اعداد البرنامج

اتبعت الباحثة الخطوات الآتية في اعداد البرنامج العلاجي:

تم اعداد البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية في هذا البحث وبالاعتماد على البروتوكولات العلاجية لانظمة الاسرة الداخلية والاطار النظري.

١- تحديد الأهداف

٢- تحديد محتوى الجلسة والانشطة أو الاستراتيجيات المستخدمة:

طبقت الباحثة برنامج علاج الظلمة الأسرة الداخلية وحققت الباحثة (٨) جلسات علاجية جمعية، استغرقت كل واحدة منها (ساعة وثلاثون دقيقة)، واستعملت فيها الباحثة عدد من الاستراتيجيات والانشطة والتمرينات.

- صلاحية البرنامج العلاجي:

- **الصدق:** قامت الباحثة بعرض البرنامج العلاجي على مجموعة من المحكمين المختصين في العلاج النفسي وعلم النفس الاكلينيكي قبل التطبيق والبالغ عددهم (١١) محكما لإبداء آرائهم حول صلاحية البرنامج وتمت الموافقة بنسبة ١٠٠%.

- اجراء تنفيذ البرنامج العلاجي

طبق البرنامج العلاجي المتكون من (٨) جلسات بواقع جلسة واحدة في الاسبوع.

الجلسات العلاجية

الجلسة الأولى: التهيئة وبناء العلاقة العلاجية.

الأهداف:

- بناء الثقة بين المرشد والمسترشد.

- شرح مفهوم الأجزاء والذات بلغة مبسطة.
- تعزيز الشعور بالأمان في الجلسة.

الخطوات:

١. ترحيب وتعريف وتطبيع المشاعر.

٢. شرح أن الإنسان يحتوي على "أجزاء" مختلفة لها أدوار، وأنه لا يوجد جزء سيء.

٣. تقديم مفهوم "الذات" بوصفها القائد الهادئ الحكيم.

٤. تمرين بسيط للوعي بالجسد والتنفس لمدة ٥ دقائق.

الجلسة الثانية: التعرف على الأجزاء

الأهداف:

- مساعدة المسترشد على ملاحظة أصواته الداخلية المختلفة.
- تدوين قائمة أولية بالأجزاء.

الخطوات:

١. سؤال استكشافي: "لما تتضايق.... ماذا يحدث في داخلك؟

٢. المسترشد يذكر مشاعر أو أفكار، والمرشد يساعده بتسمية الأجزاء.

٣. تصنيف مبدئي

- اجزاء الحماية المدراء
- اجزاء الهروب الاطفاء
- اجزاء المجروحة المنفيون

٤ تمرين "مراقبة الأجزاء" عبر تخيل كل جزء في كرسي منفصل.

الجلسة الثالثة: التهدئة وتنظيم العاطفة.

الأهداف:

تقليل اندفاع الأجزاء الحامية والدفاعية.

رفع قدرة المسترشد على البقاء في حالة الملاحظة والمشاهدة دون حكم.

الخطوات:

١- تدريب تنفس عميق (٥ دقائق).

٢- تحديد جزء من الاجزاء متفاعل بكثرة.

٣- المرشد يطلب من المسترشد التحدث مع هذا الجزء بعطف:

"أعرف إنك تحاول تحميني... خلينا نتعاون بدل ما تتعارك "

٤- تعزيز الشعور بالسيطرة الهادئة.

الجلسة الرابعة: التواصل مع الأجزاء المجروحة.

الأهداف:

- الوصول إلى الجروح العاطفية بدون اجترار مؤلم.
- تفعيل حضور "الذات" كمصدر دعم.

الخطوات:

١. تهدئة الأجزاء الحامية قبل الوصول للجرح.

٢. دعوة المسترشد لتصور الجزء المجروح كشخص صغير (طفل).

٣. سؤاله :

ما الذي يحتاجه هذا الجزء ؟

"ماهي الكلمة اللتي كان يحتاج يسمعها ولم يسمعها ؟"

٤. تشجيع المسترشد على الاحتواء بدل النقد.

الجلسة الخامسة: تحرير النقل الانفعالي.

الأهداف:

- مساعدة الجزء المجروح على التحرر من الألم أو الاعتقادات السلبية.
- تعزيز التعافي الداخلي.

الخطوات:

١. استحضار صورة رمزية الثقل الانفعالي (حجر، عقدة، لون...).

٢. تخيل التخلص منه (إطلاق في الهواء).

٣. إعطاء الجزء بديلاً إيجابياً:

"أنت محبوب"

"كنت طفل في موقف أكبر منك."

الجلسة السادسة: إعادة التفاوض مع الأجزاء الحامية.

الأهداف:

- اقناع الأجزاء الحامية أنها لم تعد مضطرة للمبالغة.
- بناء دور جديد لها أقل صرامة.

الخطوات:

١. سؤال: "إذا الألم خف... ما هو الدور الجديد المناسب لك ؟"

٢. قد يتحول الجزء الحامي من:

نقد قاس ← ملاحظ لطيف.

هروب ← مرشد للتوازن.

الجلسة السابعة: دمج النظام الداخلي.

الأهداف:

- تعزيز التعاون بين الأجزاء.
- ترسيخ "الذات القائدة".

الخطوات:

١. تمرين: المسترشد يتخيل طاولة يجلس حولها جميع الأجزاء.

*الذات تتحدث وتوضح:

"أستطيع أن أسمعكم جميعا ... وكل واحد منكم مهم."

٢. وضع خطة توافق داخلي.

الجلسة الثامنة: الإغلاق والمتابعة المستقبلية.

الأهداف:

- تقوية الاستمرارية بعد انتهاء البرنامج.
- مراجعة التغيرات والدروس.

الخطوات:

١. مراجعة أبرز الأجزاء التي تغير دورها.

٢. تحديد موقف مستقبلي وكيف سيواجهه بالذات لا بالأجزاء.

٣. تعزيز شعور الإنجاز والشكر للذات.

ثانيًا: مقياس الشفقة الذاتية

مقياس الشفقة الذاتية لواضعيه كريستين نيف (Kristin D.Neff,2003) وقد تم ترجمته الى اللغة العربية (صدق ترجمة) من خلال اتباع مجموعة من الاجراءات من أجل تكيف المقياس وتطبيقه، ثم تم عرض استبانة اراء المحكمين على الخبراء من المختصين في المجال للتعرف على مدى صلاحية الفقرات وقد حصلت جميع الفقرات على نسبة (٨٠%) واكثر ولذلك لم تحذف أي فقرة.

تصحيح المقياس

تكون الاجابة على المقياس من خلال التاشير على مقياس ليكرت الخماسي المتدرج من (١) ابدا الى (٥) دائما، وبهذا فان ادنى درجة يحصل عليها المستجيب هي (٢٥) وأعلى درجة هي (١٢٥).

تحليل فقرات المقياس

بلغ عدد افراد كل من المجموعتين العليا والدنيا (٥٤) فرد لكل مجموعة بعد ترتيب الاستمارات البالغ عددها (٢٠٠) استمارة تنازليا واسقتطاع نسبة (٢٧%) لتحديد عدد افراد كل مجموعة، اي ان الاستمارات الخاضعة للتحليل كان (١٠٨) استمارة، وبعد تطبيق الاختبار الثاني لعينتين

مستقلتين لمعرفة دلالة الفرق بين متوسط المجموعة الدنيا والعليا لكل فقرة، تبين أن جميع فقرات مقياس الشفقة الذاتية مميزة عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، والجدول (١) يوضح ذلك.

الجدول الأول (١)القوة التمييزية لفقرات مقياس الشفقة الذاتية

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
١	٤,٨٦	٠,٣٥	٢,٥١	١,١٠	١٣,٥٦
٢	٤,٧١	٠,٦٩	٢,٣٧	١,٣٤	٨,٨٦
٣	٤,٦٣	٠,٧٠	٢,٥٤	١,١٤	٩,١٥
٤	٤,٧٧	٠,٤٩	٢,٦٣	١,٠٥	١١,٢٣
٥	٤,٧٧	٠,٤٩	٢,٢٩	١,٢٥	١٠,٩٨
٦	٤,٩٧	٠,١٧	٢,٦٣	١,٢٣	١٠,٦٠
٧	٤,٨٦	٠,٤٣	٢,٤٠	١,١١	١١,٨٩
٨	٤,٦٠	٠,٦١	٢,٥١	١,١٤	٩,٠٣
٩	٤,٨٠	٠,٦٠	٢,٦٠	١,١٣	٩,٢٥
١٠	٤,٧٤	٠,٤٤	٢,٥٧	١,١٤	١٠,٩٠
١١	٤,٧١	٠,٦٤	٢.٥٤	١,١١	٩,٥٣
١٢	٤,٥٤	٠,٦١	٢,٥١	١,٠٩	٩,٠٧
١٣	٤,٧٧	٠,٤٩	٢,٢٠	١,٠٧	١٢,٤٢
١٤	٤,٨٠	٠,٤٨	٢,٦٠	١,١٧	١٠,٥١
١٥	٤,٤٩	٠,٨١	٢,٥١	١,٢٣	٧,٨٨
١٦	٤,٧٧	٠,٤٩	٢,٥٧	١,٠٧	١١,٢٣
١٧	٤,٩٤	٠,٢٤	٢,٣٧	١,١٧	١٢,٣٨
١٨	٤,٧٤	٠,٤٤	٢,٧٤	١,١١	١٠,٢٨
١٩	٤,٦٩	٠,٤٧	٢,٦٦	١,١٤	١٠,٣٧
٢٠	٤,٨٩	٠,٣١	٢,٣٧	١,١٤	١٣,٠٦
٢١	٤,٧٧	٠,٤٩	٢,٥١	١,١٨	١١,٠٢
٢٢	٤,٥١	٠,٧٧	٢,٤٩	١,٢٣	٧,٨٣
٢٣	٤,٧٧	٠,٤٣	٢,٥٧	١,١١	١١,٤٦
٢٤	٤,٦٩	٠,٦٣	٢,٧١	١,٢١	٨,١٥
٢٥	٤,٨٠	٠,٤١	٢,٧٧	١,١٨	٩,٦٨

علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياسوقد تم استعمال معامل ارتباط بيرسون لغرض ايجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الفقرة والفقرة الكلية للمقياس، ثم استخدم الاختبار التائي لاختبار

الدلالة المعنوية لمعاملات ارتباط بيرسون وتبين أن جميع الفقرات مميزة عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

ثبات المقياس

تم استخراج ثبات المقياس الشفقة الذاتية بطريقة (الفالكرونباخ)، وتعتمد هذه الطريقة الاتساق الداخلي وقد بلغت قيمة الثبات للمقياس الحالي (٩٠%).

عرض النتائج وتفسيرها

الهدف الأول:

اعداد البرنامج العلاجي لانظمة الأسرة الداخلية.

وقد تحقق هذا الهدف من خلال الاجراءات التي اتبعها البحث والخاصة ببناء البرامج العلاجية وتم تناول ذلك في اجراءات البحث وبعد ان تم الأخذ باراء لجنة الخبراء بخصوص محتويات البرنامج اصبح البرنامج جاهزا للتطبيق.

الهدف الثاني:

الكشف عن تأثير البرنامج العلاجي القائم على أنظمة الأسرة الداخلية في تنمية الشفقة الذاتية لدى المصابين بالاكتئاب من ذوي الاعاقة الجسدية.

وفي ضوء ذلك تم اشتقاق الفرضيات الصفرية الآتية:

- الفرضية الأولى: لا يوجد فرق ذو دلالة احصائية في الشفقة الذاتية بين الاختبارين القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية.

جدول (٢)نتيجة اختبار (ولكوكسن) لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس الشفقة الذاتية في الاختبارين القبلي والبعدي.

ت	درجات الاختبار		الفروق	رتب الفروق	مجموع الرتب الموجبة	مجموع الرتب السالبة	قيمة W		مستوى الدلالة	دلالة الفرق
	القبلي	البعدي					المحسوبة	الجدولية		
١	٥٥	٩٥	١٧	١						
٢	٤٧	٩٠	٢٠	٢						
٣	٦٠	١٠٥	٣٥	٧						
٤	٥١	٩٦	٢٣	٣	٠	٢٨	٠	٢	٠,٠٥	الفروق دالة احصائياً
٥	٤٢	٨٠	٣٣	٦						
٦	٤١	٨٥	٢٦	٤						
٧	٣٩	٧٩	٢٧	٥						

وعندما تقارن القيمة المحسوبة (٠) بالقيمة الجدولية (٢) عند مستوى (٠.٠٥) نجد انّ المحسوبة اقل من الجدولية وهذا يشير إلى وجود فرق بين الاختبارين القبلي والبعدي المقياس الشفقة الذاتية للمجموعة التجريبية، اذن ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة.

تفسر هذه النتيجة في ضوء نظرية العلاج بأنظمة الأسرة الداخلية (IFS) بما يأتي:

تنطلق نظرية أنظمة الأسرة الداخلية من افتراض أساسي مفاده أن شخصية الفرد تتكون من مجموعة من "الأجزاء" الداخلية (Parts) ، مثل الأجزاء الجارحة، والأجزاء الحامية والأجزاء المنفية، وأن الاضطراب النفسي ينتج عن اختلال العلاقة بين هذه الأجزاء أو سيطرة بعضها بطريقة غير متكيفة، ويهدف العلاج وفق هذه النظرية إلى تعزيز دور "الذات (Self)" بوصفها مركز الوعي والاتزان النفسي القادر على احتواء الأجزاء الداخلية والتعامل معها بلطف وتقبل دون نقد أو قسوة.

وعليه، فإن التحسن الملحوظ في مستوى الشفقة الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي يمكن تفسيره بأن التدخل العلاجي قد أسهم في مساعدة الأفراد على التعرف على أجزائهم الداخلية المرتبطة بالألم النفسي والنقد الذاتي، والتعامل معها من منطلق التفهم والرحمة بدلا من الرفض أو اللوم، كما أن تنمية خصائص "الذات" مثل الهدوء، والتقبل، والرحمة، والاتزان الانفعالي، أدت إلى خفض حدة الصراعات الداخلية الأمر الذي انعكس إيجابا على مستوى الشفقة الذاتية لديهم، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (Schwartz et al, 2013) (Rezaei & Sadeghi, 2025).

- الفرضية الثانية: لا يوجد فرق ذو دلالة احصائية في الشفقة الذاتية بين الاختبارين القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة

جدول (٣)نتيجة اختبار (ولكوكسون) لدرجات المجموعة الضابطة في مقياس الشفقة الذاتية في الاختبارين القبلي والبعدي

ت	درجات الاختبار		الفروق	رتب الفروق	مجمو الرتب الموجبة	مجموع الرتب السالبة	قيمة W		مستوى الدلالة	دلالة الفرق
	القبلي	البعدي					المحسوبة	الجدولية		
١	٥٤	٥٧	-٣	٧	١٠,٥	-١٧,٥	١٠,٥	٢	٠,٠٥	الفروق غير دالة احصائياً
٢	٤٩	٥٠	-١	٣,٥						
٣	٦١	٦٠	١	٣,٥						
٤	٥٠	٤٩	١	٣,٥						
٥	٤٣	٤٤	-١	٣,٥						
٦	٤٣	٤٢	١	٣,٥						
٧	٤٠	٤١	-١	٣,٥						

وعندما نقارن القيمة المحسوبة (١٠) بالقيمة الجدولية (٢) عند مستوى (٠.٠٥) نجد أن المحسوبة أكبر من الجدولية وهذا يشير إلى عدم وجود فرق بين الاختبارين القبلي والبعدي المقياس الشفقة الذاتية ، اذن تقبل الفرضية الصفرية وترفض الفرضية البديلة.

ويفسر هذا الأمر علميا بأن أفراد المجموعة الضابطة لم يتعرضوا لأي تدخل علاجي من شأنه إحداث تغيير في البناءات النفسية العميقة، ومنها الشفقة الذاتية، إذ تؤكد الأدبيات النفسية أن الشفقة الذاتية ليست متغيرا عابرا يتغير تلقائيا مع مرور الزمن، بل تحتاج إلى تدخل منظم ومقصود يستهدف الوعي بالذات، وتنظيم الانفعالات، وتعديل أساليب التعامل مع النقد الذاتي.

ومن منظور نظرية العلاج بأنظمة الأسرة الداخلية (IFS) ، فإن التغيير في الشفقة الذاتية لا يحدث إلا عندما يتم:

- تفعيل دور الذات (Self) القيادية.
- بناء علاقة تعاطف وتقبل مع الأجزاء الداخلية.
- تقليل سيطرة الأجزاء الناقدة والحامية المتصلبة.

وبما أن هذه العمليات لم تفعل لدى المجموعة الضابطة لغياب العلاج، فقد ظلت مستويات الشفقة الذاتية لديهم كما هي عليه بين القياسين القبلي والبعدي، وهو ما انعكس إحصائيًا في عدم وجود فروق دالة وتؤكد ذلك دراسة (Neff ٢٠٠٣) و(Neff & Germer,٢٠١٣).

- الفرضية الثالثة: لا يوجد فرق ذو دلالة احصائية في الشفقة الذاتية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الاختبار البعدي.

جدول (٤)نتائج اختبار (مان وتني) لتعرف الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس الشفقة الذاتية في الاختبار البعدي.

تسلسل الافراد	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قمة U		مستوى الدلالة	دلالة الفرق
	الدرجة	الرتبة	الدرجة	الرتبة	المحسوبة	الجدولية		
١	٩٥	١٢	٥٧	٦	٠	٨	٠.٠٥	دالة احصائيًا
٢	٩٠	١١	٥٠	٥				
٣	١٠٥	١٤	٦٠	٧				
٤	٩٦	١٣	٤٩	٤				
٥	٨٠	٩	٤٤	٣				
٦	٨٥	١٠	٤٢	٢				
٧	٧٩	٨	٤١	١				

قيمة مان وتني الجدولية عند مستوى (٠.٠٥) ودرجة حرية (٧-٧) تساوي (٠).

بما إنّ القيمة المحسوبة أقل من الجدولية، إذن هناك فرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس الشفقة الذاتية في الاختبار البعدي ولصالح المجموعة التجريبية.

تؤكد نظرية العلاج بأنظمة الأسرة الداخلية أن الشفقة الذاتية تنشأ نتيجة تفعيل دور الذات " (Self) بوصفها مركز التنظيم النفسي القادر على التعامل مع الأجزاء الداخلية المختلفة بلطف وتقبل، ولا سيما الأجزاء الناقدة أو الجارحة، ويؤدي التدخل العلاجي القائم على هذه النظرية إلى:

- خفض حدة النقد الذاتي.
- تعزيز الوعي بالأجزاء الداخلية المؤلمة.
- بناء علاقة تعاطفية ومتوازنة مع الذات.

وبما أن هذه العمليات العلاجية تم تفعيلها لدى أفراد المجموعة التجريبية فقط من خلال البرنامج العلاجي، فقد انعكس ذلك في ارتفاع مستويات الشفقة الذاتية لديهم في الاختبار البعدي، مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا لأي تدخل، مما أدى إلى ظهور فرق دال إحصائيا بين المجموعتين، وتؤكد ذلك دراسة (Schwartz & Sweezy,2020) و(Neff & Germer,2013) .

استنتاجات البحث

١. أسهم البرنامج العلاجي في تعزيز مستويات الشفقة الذاتية لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب من ذوي الإعاقة الجسدية، حيث أظهرت نتائج البحث تحسنا ملحوظاً بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالمرحلة السابقة للتدخل.

٢. بينت نتائج البحث أن التوجيه العلاجي المنظم وفق أساليب وأنظمة محددة يسهم في تحسين القدرة على التعامل مع الذات بقبول واحتواء للمشاعر ، مما يعكس فعالية البرنامج في دعم الصحة النفسية.

٣. تبين أن الأفراد الذين شاركوا في البرنامج أظهروا زيادة في التعاطف مع الذات وتخفيف الانتقاد الذاتي، ما يشير إلى أهمية التدخل العلاجي في بناء موارد نفسية إيجابية.

٤. أظهرت الدراسة أن تطبيق برامج علاجية موجهة بشكل منهجي يمكن أن يكون وسيلة فعالة لتعزيز مهارات التكيف النفسي والاجتماعي لدى هذه الفئة، مما يدعم دمجهم بشكل أفضل في المجتمع.

التوصيات :

١. تعميم تطبيق البرامج العلاجية المشابهة على فئات أخرى من ذوي الإعاقة لتطوير مهارات الشفقة الذاتية وتحسين الصحة النفسية بشكل عام.

٢. ينبغي إدراج برامج علاجية موجه لتعزيز الشفقة الذاتية ضمن الانشطة الأكاديمية والتربوية في المدارس والجامعات ومراكز التأهيل.

٣. يقترح إجراء بحوث لاحقة لدراسة تأثير البرنامج العلاجي على متغيرات نفسية واجتماعية أخرى.

٤. يوصى بإطلاق حملات توعوية للأسر والمجتمع لتعزيز فهم دور الشفقة الذاتية في تحسين جودة الحياة.

المصادر :

الحربي، فاطمة.(٢٠٢١) .**الشفقة الذاتية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى المراهقين**.المجلة العربية للعلاج النفسي، (١٢)(٢). ١٠١-١٣٠.

القحطاني، سارة .(٢٠٢٠) .**الشفقة الذاتية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة**. مجلة جامعة الملك سعود – العلوم التربوية (٣٢)(٤)، ٥٥-٧٨.

- Ally, D., Tobiasz-Veltz, L., Tu, K., Comeau, A., Bumpus, C., Blot, T., Rice, F. K., Orr, B., Rea, H. S., Sweezy, M., Schuman-Olivier, Z., et al. (2025). A pilot study of an online group-based Internal Family Systems intervention for comorbid posttraumatic stress disorder and substance use. ***Frontiers in Psychiatry***, 16, Article 1544435.
- Gilbert, P. (2009). ***The Compassionate Mind*** (1st ed.). London, UK: Constable. ISBN 978-1845297138. P 513.
- Haddock, S. A., Weiler, L. M., Trump, L. J., & Henry, K. L. (2017). The efficacy of Internal Family Systems therapy in the treatment of depression among female college students: A pilot study. ***Journal of Marital and Family Therapy***, 43(1), 131-144.
- Hodgdon, H. B., Anderson, F. G., Southwell, E., Hrubec, W., & Schwartz, R. C. (2022). Internal Family Systems (IFS) therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD) among survivors of multiple childhood trauma: A pilot effectiveness study. ***Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma***, 31(1), 22-43.

https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1544435. (Full text on PMC).

- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. ***Clinical Psychology Review***, 32(6), 545-552.

- Neff, K. D. An alternative (2003). Self-compassion: conceptualization of a healthy attitude toward oneself. ***Self and Identity***, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. ***Self and Identity***, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. ***Self and Identity***, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. ***Self and Identity***, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. ***Social and Personality Psychology Compass,*** 5(1), 1-12.
- Neff, K. D. (2012). ***The science of self-compassion.*** In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), Compassion and Wisdom in Psychotherapy. Guilford Press.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). ***Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness***. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds.), Handbook of Mindfulness and Self-Regulation (pp. 121-137). Springer.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. ***Journal of Clinical Psychology,*** 69(1), 28-44.
- Neff, K. D. & MeGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. ***Self and Identity***, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. ***Self and Identity***, 4(3), 263-287.
- Rezaci, S. & Sadeghi, E. (2025). Effectiveness of Internal Family Systems-Based Group Therapy on Self-Compassion and Self-Esteem

in Female High School Sch Students in Tonekabon. ***Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies,*** 6(7), 1-9.DOI:10.61838/kman.jayps.4208

- Schwartz, R. C. (1995). ***Internal Family Systems Therapy***. New York: Guilford Press.
- Schwartz, R. C., & Sweezy, M. (2020). ***Internal Family Systems Therapy*** (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shadick, N. A., Sowell, N. F., Frits, M. L., Hoffman, S. M., Hartz, S. A., Booth, F. D., Sweezy, M., Rogers, P. R., Dubin, R. L., Atkinson, J. C., Friedman, A. L., Augusto, F., lannaccone, C. K., Fossel, A. H., Quinn, G., Cui, J., Losina, E., & Schwartz, R. C. (2013). A randomized controlled trial of an Internal Family Systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: A proof-of-concept study. ***The Journal of Rheumatology,*** 40(11), 1831-1841.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis, Applied Psychology: Health and Well-Being, 7(3), 340-364.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. ***Applied Psychology: Health and Well-Being***, 7(3), 340-364.