

تأثير برنامج إرشادي في التخفيف من آثار الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

ا.د.مهند محمد عبد الستار الأنعمي
كلية التربية الأساسية/جامعة ديالى/العراق

مشكلة البحث وأهميته

إن فكرة الإنسان عن الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه. من هذا التفسير المعرفي النفسي انطلق (البرت أليس) في نظريته عن العلاج العقلاني العاطفي في محاولة لإيجاد تفسيرات يستدل من خلالها على فهم التأثيرات العميقة التي يمكن أن تحصل في مستوى أداء الوظائف النفسية والحياتية والاجتماعية للأفراد الذين يخبرون أحداثاً صدمية (Traumatic Events) سواء كانت بفعل الطبيعة أم بفعل البشر، والتي يترتب عليها وقوع الأذى النفسي أو الجسدي أو كليهما. وبالرغم من أن هذه الفكرة كانت وليدة الفكر الفلسفي اليوناني حيث اعتقد ابيكروس (إن الأفراد لا يضطربون من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها) وبنفس السياق جسد الأدب المسرحي العالمي فكرة الإنسان عن الأحداث التي يمر بها لا يمكن أن تكون بمعزل عن مدلولاتها النفسية والاجتماعية، ففي مسرحية هاملت اعتقد (وليم شكسبير) انه (لا يوجد شيء حسن أو سيئ ولكن التفكير يجعل ذلك حسناً أو سيئاً). (Hasford,etal,1984.p:296) إلا أن العقد الأخير من القرن الماضي شهد اهتماماً واسعاً بعلم نفس الأزمات (Psychological Crisis) إذ أن حياة الإنسان كانت وما زالت عرضة لتهديدات متنوعة جعلته يدرك منذ الوهلة الأولى أنها حقيقة ماثلة للعيان بالرغم من أن إمكانية النجاة أكبر بكثير من إمكانية الوقوع في الخطر الداهم.

إن أكبر صدمة يمكن أن تواجه الإنسان خلال مجرى حياته هي تلك التي تتعلق بالمواجهة مع الموت هذه المواجهة بتهديدها لحياته تلقي بظلالها على سائر المنظومة المعرفية والادراكية للفرد وخصوصاً ما يتعلق بالذاكرة حيث تتبلور هذه الأحداث مع خبراتها وانفعالاتها لتشكل ما يعرف الآن بالذاكرة الصدمية (Traumatic Memory). فعندما يخوض الأفراد تجربة العواطف الملتهبة

تصبح عقولهم غير قادرة على مطابقة الواقع بتجربته المرعبة مع المنظومة المعرفية والادراكية للذات ، وبالنتيجة فان ذكريات الخبرة لا يمكن أن تندمج مع مدركات الشخص بل تبقى بعيدة ومعزولة عن الوعي وعن نطاق السيطرة الذاتية .

وقد أكدت الدراسات أن التعرض المزمن والمستمر للأحداث الصادمة يقود إلى استمرارية معاشة الحدث الصدمي بطريقة أو بأخرى من قبيل تذكر الحدث بشكل متواتر ومقحم وضغط، وغالبا ما يظهر متضمنا صورا ذهنية أو أفكارا أو مدركات أو أحلاما متكررة فضلا عن الإحساس بالضغط النفسي الشديد الناجم عن التعرض لمثيرات مشابهة أو مقارنة لبعض جوانب الحدث الصدمي . وربما تقترن هذه باستجابات انفعالية وفسولوجية مشابهة لتلك التي حدثت أثناء الحدث الصدمي . وبالرغم من أن للجمعية النفسية الأمريكية (DSM-IV) قد عدت في النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي اضطراب الذاكرة من أهم العلامات التشخيصية التي يعتمدها المختصون في تشخيص آثار الحدث الصدمي (فايد ، ٢٠٠١، ص ٨٥). إلا أن هؤلاء ميزوا بين آثار الصدمة على الذاكرة أو ما يطلق عليه بالذاكرة الصدمية وذاكرة الأحداث الأخرى عن طريق حدوث أعراض الشدة النفسية بعد الصدمة (PTSS) Post Traumatic Stress (Symptoms) ، إذ تتصف الأحداث الصدمية بأنها الأكثر ضغطا من الناحية النفسية على الشخص ، وغالبا ما تتضمن إثارة انفعالية يخبرها الشخص ويعيشها بشكل مباشر ، كما تكون آثارها سريعة وانية على حياة الفرد ، وعلى العكس من الأحداث الأخرى فان الأحداث الصدمية (Traumatic events) تتضمن موتا حقيقيا أو تهديدا بالموت وأذى خطيرين ، أو تهديدا للصحة الجسمية ، أو عجزا (Helplessness) أو رهبا (Horror). (عبد الله ، ٢٠٠٣، ص ١٦٨) وجاء في الدليل التشخيصي الرابع للجمعية النفسية الأمريكية أيضا (DSM-IV) أن المصدومين يستذكرون دوماً حادث الصدمة على نحو خيالات مزعجة خلال النهار، والكآبة والشعور بالانعزال، والبرود العاطفي ، ومشكلات في النوم ، الجفلة المفرطة، تلاشي الاهتمام بالأمور التي اعتادوا على ممارستها. فضلا عن بالهيجان، والعدوانية الزائدة بحيث تكون أشد قوة وعنفاً، وعادة ما تثيرهم الأحداث والظروف التي تذكرهم بالحادث، مما يؤدي إلى اجتنابهم لأماكن ومواقف معينة تثير تلك الذكريات ، وعادة ما تشعل الذكرى السنوية للحادث الصدمي غالباً ما

تكون الذكري السنوية للحادث الصدمي شرارة هذا الاضطراب، بأعراضه المتعددة، حيث يكون مصحوباً بالكآبة والعدوانية الشديدة، و القلق وسهلة التهيج. مولدة نوبات تتراوح شدتها بين المعتدلة والحادة، وفي الحالات الحادة يعاني المصدومون من سوء تكيف في العمل، والعلاقات الاجتماعية، وأنه قد يتعرض إلى استرجاعات للحوادث الصدمية على شكل صورة أو أصوات، أو روائح، أو مشاعر توهمه أن حادث الصدمة يعود ثانية (APA,1994,PP.1). ويشير المختصون بعلم النفس السريري إلى أن الصدمة النفسية وحدها لا تسبب الضرر، بل الكيفية التي يتفاعل بها الفرد المدرك للصدمة، خصوصاً تلك التي يخافون فيها على حياتهم أو على حياة من يحبونهم، فالتجربة الصدمية تؤثر على الفرد برمته بوصفه كلاً متكاملًا وعلى الطريقة التي يفكر بها، ويتعلم بواسطتها، وعلناً تذكراً الأشياء، و طريقة شعوره بنفسه وبالآخرين وعلى الطريقة التي يحس بها العالم والتي تتغير جميعها وبشكل عميق نتيجة للتجربة الصدمية (Sandra & Bloom,1999 ، P.2). ويرى المختصون أيضاً ضرورة تذكر التجربة الصدمية من أجل التعامل مع زملة المشاعر والانفعالات العنيفة المصاحبة لها، حيث يتم استدعاء التجربة الصدمية إلى الوعي فمن الضروري لضحية الصدمة أن يعيد استذكار التجربة، ومعاناتها، والشعور بألمها وخوفها من أجل تقبل التجربة، والتفيس عنها، إن تعريف الفرد للأحداث التي يمر بها ووصفه لها بأنها مخيفة أو محزنة أو مؤلمة هو المسؤول عن اضطراباته وليس الأحداث نفسها، لقد أرسى (البرت أليس) نظريته في العلاج العقلاني العاطفي على مبدئين مهمين هما (قدرة الإنسان وإرادته في تعديل وضبط سلوكه وحياته المستقبلية حتى لو كانت الأحداث الحياتية المتسببة من عوامل خارجية أو داخلية خارج إرادته وقدرته الذاتية) ثم (أن تعريف الفرد للأحداث التي يمر بها ووصفه لها بأنها مخيفة أو محزنة أو مؤلمة وهو المسؤول عن اضطراباته وليس الأحداث نفسها). وقد بدأ (اليس) مقتنعاً من أن السلوك غير المنطقي المتعلم في وقت ما يستمر بالظهور حتى إذا لم يعزز وذلك لأن الأفراد يستمرون في تعزيز أنفسهم عن طريق إقناعها ومقاومتهم للعلاج. (عزة وجودت، ١٩٩٩، ص ١٣٦) وان العلاج العقلاني يقوم على تعديل ما يقوله الفرد لنفسه على أساس إن هذا الحديث الداخلي (Inner-Talk) هو العامل الرئيس في تشكيل استجابات انفعالية نحو المواقف والأشياء والأحداث، ويمكن

للفرد أن يخلص نفسه من معظم تعاسته الانفعالية أو الفكرية إذا تعلم كيف ينمي تفكيره العقلاني إلى أقصى درجة (الطيب، ١١٨، ١٩٨٩)

ويجتهد الباحث في البحث الحالي في الإجابة عن عديد الأسئلة المثارة في هذا الصدد منها: هل فاعلية الذاكرة الصدمية العقلية منها والمتخيلة صوريا تختلف وتتباين بحسب درجة تعقيد الأحداث الصادمة والخبرات المعرفية التي تعرض لها التلاميذ؟ هل الذاكرة الصدمية تتأثر بأسلوب معالجة المعلومات المكانية والزمنية والصور الذهنية التي يدركها التلاميذ؟ كيف يمكن التلاميذ أن يطوروا فعاليات تكيفية جديدة تعمل على إعادة تمثيل الخبرة الصدمية لتكون ضمن المخطط الإدراكي كما يتم استيعابها والتخفيف من آثارها عليهم في المستقبل المنظور؟ وأخيرا هل يؤدي التعرض المتكرر للبرنامج الإرشادي إلى مساعده التلاميذ في إعادة تنظيم مسارات عملية معالجة المعلومات وتطور فاعلية إدارة الأحداث الصادمة.

لقد تعرض الأطفال في العراق بشكل عام وفي محافظة ديالى بشكل خاص إلى عديد الخبرات الصدمية التي أثرت بشكل واضح على مجمل فعالياتهم الحياتية الإدراكية والمعرفية والاجتماعية والنفسية، وكانت آثار هذه الخبرات والأعراض الناجمة عنها لا تحتاج إلى جهد كثير لتلمسها ومعرفتها. وقد تحسس الباحث طبيعة المشكلة من خلال ملاحظاته الخاصة لعينات البحث والحوارات التي أجراها مع عدد غير قليل من المعلمين وأولياء أمور التلاميذ. الأمر الذي استوجب التصدي لهذه المشكلة ومحاولة التقصي عن حيثياتها وأسبابها بغية إيجاد بعض من الحلول المقترحة التي يشكل البرنامج الإرشادي المعتمد في البحث الحالي إحدى المحاولات في هذا المجال.

أهداف البحث

يهدف البحث الحالي إلى ما يأتي:

- ١- قياس انتشار الذاكرة الصدمية في محافظ ديالى .
- ٢- تعرف اثر البرنامج الإرشادي(الأسلوب العقلاني - العاطفي) في التخفيف من آثار الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية . ويتم ذلك من خلال المقارنة بين القياس القبلي والقياس إثناء البرنامج والقياس بعد انتهائه.

ولتحقيق هذا الهدف وضع الباحث الفرضيات الآتية:

أ- ليس هناك فروق ذات دلالة معنوية في قياس الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية على وفق متغير البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي).

ب- تعرف الفروق في الذاكرة الصدمية لدى التلاميذ الذكور والإناث على وفق متغير البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي).

ت- ليس هناك تأثير ذو دلالة معنوية في قياس الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية لتفاعل كل من متغيري البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي) والجنس.

حدود البحث

يتحدد البحث الحالي بتلاميذ المدرسة الابتدائية في مدينة بعقوبة مركز محافظة ديالى للعام الدراسي ٢٠٠٩-٢٠١٠.

تحديد المصطلحات: يتضمن البحث المصطلحات الآتية:

أولاً : الذاكرة الصدمية Traumatic Memory:

١. تعريف هوارتز وجماعته (Horowitz, et al, 1988) :

ذاكرة خاصة تتجلى في أعراض إعادة تذكر للتجربة الصدمية من قبيل الأفكار الاقتحامية ، والكوابيس ، واللمحات الارتجاجية وردود الأفعال الفسيولوجية والسيكولوجية (Horowitz, et al, 1988, P.78).

٢. تعريف ماك نيلي (Mc Nally, 1998) :

منظومة ديناميكية للتجارب السابقة، وهي في الأغلب الأعم تتشوه وتتأثر بحالة الشخص الانفعالية في وقت التذكر وبأهمية التجربة (Mc Nally, 1998, P.971).

٣. تعريف باسل وجماعته (Bassel et al, 2001) :

ذكر الفرد للحدث الصادم واستجابته لذلك التذكر بشكل حسي ومعرفي وعاطفي وفسلجي (Bassel, et al 2001, P.23)

ويرى الباحث أن التعريفات التي عرضت تناولت الذاكرة الصدمية من جوانب مختلفة ، فقد ركز (ماك نيلي) على التأثير الانفعالي وأثره في تشويه الذاكرة ، في حين يؤكد (باسل) على

التفاعل بين المنظومة الحسية والمعرفية والفلسجية ،أما (هوارتز) فقد ركز على آثار التجربة الصادمة . ويرى الباحث أن الذاكرة الصدمية هي ذاكرة معقدة وشاملة في تأثيرها وتعتمد على طبيعة الصدمة التي تثيرها والتي لم تشر إليها التعارف السابقة .

التعريف النظري للباحث:

ذاكرة خاصة تنتج عن التعرض للحوادث الصادمة (القوية والمفاجئة) التي تجعل الفرد في مواجهة مع الموت أو مع نتائج مما يؤدي إلى استمرار معاشته للتجربة الصادمة بشكل أفكار اقتحامية تثير لديه ردود افعال فلسجية وسيكولوجية.

التعريف الإجرائي : الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على استبيان الذاكرة الصدمية المعد في البحث الحالي.

ثانيا : الأسلوب العقلاني العاطفي

١- تعريف (Okun) ١٩٨٢

أسلوب علاجي إرشادي يعتمد على مفاهيم النظرية السلوكية - المعرفية وهو علاج واقعي ومنطقي ومنظم تنظيما مرتبطا بالتعلم ،يستكشف قيم المسترشد وخياراته السلوكية ويكشف عدم الانسجام والتناقض في أفكاره ويفرض عليه مسؤولية الخيارات (Okun ١٩٨٢،p:127)

٢- تعريف (Jonse) ١٩٨٣

أسلوب إرشادي مباشر يعتمد إشباع حاجتي الانتماء وتقدير الذات من اجل تحقيق توافق الفرد مع نفسه أولا ومع الآخرين ثانيا وهذا بدوره يؤدي إلى تحقيق الذات. (Jonse,1983,p:223)

٣- تعريف (James) ١٩٨٣

عملية تقديم الإرشاد المطلوب لمساعدة الأشخاص على تعريف وتغيير آرائهم غير العقلانية إلى آراء عقلانية. (James,1983,p:173)

تعريف (Corey) ١٩٩٠

أسلوب إرشادي يهدف إلى مساعدة الأفراد على التحكم بحياتهم وإشباع رغباتهم الواقعية وحاجاتهم النفسية. (Corey,1990,p:452)

أما التعريف الإجرائي للأسلوب العقلاني الانفعالي العاطفي

فهو مجموعة من النشاطات والفعاليات المنتظمة في استراتيجيات الجلسات المعدة في البرنامج الإرشادي المستخدم لأغراض هذا البحث.

الإطار النظري

أولاً: العلاج العقلاني الانفعالي (The emotional rational treatment)

يعد البرت أليس (Albert Ellis) الذي ولد عام ١٩١٣ مؤسس طريقة العلاج العقلاني الانفعالي، إذ بدأ أبحاثه بهذا الاتجاه في أوائل عام ١٩٤٥ مؤكداً أن (السلوك غير المنطقي المتعلم في وقت مبكر يستمر في الظهور حتى إذا لم يعزز وذلك لان الأفراد يستمرون في تعزيز أنفسهم عن طريق اقتناعها ومقاومتهم للعلاج). (عزت وجودت، ١٩٩٩، ص ١٣٦) حيث ارسى خلال عمله اتجاهاً علاجياً عقلانياً كان مدار البحث والتطور حتى عام ١٩٩٣ حيث اصطلح عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مركزاً بذلك على التشابه بين التفكير والانفعال والسلوك، ومعتقداً إن سلوكيات المرضى تنتج عن أفكار واتجاهات لا منطقية وان الاضطراب النفسي يعد نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، فإذا أردنا أن نفهم سلوكاً ما علينا إلا أن نعرف كيف يشعر الفرد ويدرك ويتصرف. (محمد، ٢٠٠٠، ص ٦٢).

لقد وظف (اليس) مفاهيم نظريات التعلم المعرفي في وضع مجموعة من القواعد لتشكيل نظريته في العلاج من خلال تعديل ما يقوله الفرد لنفسه على أساس الحديث الداخلي (Inner-talk) وعده العامل الرئيس في تشكيل الاستجابات الانفعالية للمواقف والأشياء والأحداث وإذا تعلم الفرد أن ينمي تفكيره العقلاني فإنه يكون قادراً على التخلص من معظم مخاوفه وتعاسته وهو اجسه. (الطيب، ١٩٨٩، ص ١١٨)

ويشير (اليس) أن محور نظريته تتحدد بالعوامل الآتية:

١- الأحداث الحياتية الفاعلة (Activation events) ويقصد بها مجموعة الحوادث التي نواجهها في مجرى حياتنا اليومية والتي من خلالها يتبلور التفكير ويتحول إلى حالة انفعالية مثل الشعور بالفرح أو الحزن والانزعاج أو التوتر... الخ.

٢- نظام الأفكار والمعتقدات (Believe system) ويقصد بها منظومة الاتجاهات والأفكار والقيم والقناعات التي تتشكل منها شخصية الفرد ذاته. والتي تضي سيقاتها الانفعالية على منظومة الأحداث الحياتية سلبا أو إيجابا.

٣- النتائج (Consequences) وهي تمثل النتائج الانفعالية السلوكية المترتبة على الأحداث المدركة من قبل الفرد. (James,1983,p:170)

وطبقا للنظرية فان الأفكار اللاعقلانية (Thought-Irrational) بوصفها نتائج انفعالية (Emotional-Consequences) تنشأ عندما يكون هناك حدث حياتي ضاغط ومفاجئ أحيانا (Activation events) تصحبه أفكار ومعتقدات غير منطقية أو مبالغ فيها عن الحادث المذكور آنفا.

لقد شكلت فكرة علاج محتوى التفكير وكيفية التفكير منطلقا عاما لإعادة البناء المعرفي عند المسترشد على افتراض إن فكرة الإنسان عن الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه. وهو أساس المنظورالذي اتبعه (اليس) في علاج السلوك غير السوي وعلاج الأفكار المحزنة من خلال الفعاليات الآتية:

١- إحداث التعديل المعرفي في السلوك ويتم ذلك من خلال معرفة طريقة التفكير والياته عند المسترشد ومن ثم توجيهه باتجاه العلاج المراد تحقيقه بعد أن يتم تطوير المفهوم الجديد المراد بناؤه. وبكلمة أخرى يقوم تعديل البناء المعرفي للفرد على أساس تحويل وتصحيح المدركات الخاطئة والعادات السلبية كيما يستطيع المسترشد أن يدرك العالم المحيط به إدراكا واقعيا وعقلانيا قائما على المنطق والتنظيم العقلي السليم.

٢- تعديل الاعتقادات الخاطئة: يشير أنصار العلاج المعرفي أن المشكلات التي يعانيتها الناس تنجم عن الطريقة التي يفكرون بها والكيفية التي يدركون فيها أنفسهم والآخريين من حولهم والخطأ في التفكير هنا ينشأ جراء إدراكهم لمواقف غير عقلانية أو وجود قواعد جامدة وأساليب نمطية تضع السلوك على مسارات آلية غير قابلة للمرونة وكلها تشكل بدايات خاطئة للتفكير والإدراك.

٣- استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية: ويمثل هدف وغاية العلاج المعرفي فمن خلاله تحدث عملية تغيير وتعديل المفاهيم والتفسيرات الشخصية وليس السلوك وحده ، لأن الاضطراب

الانفعالي هو ليس حالة وجدانية منعزلة عن مكونات الشخصية إنما هو جزء من منظومة متكاملة ومتفاعلة تبدأ من النشاط السلوكي الداخلي (الفكري) حتى النشاط السلوكي الخارجي (الحركي). (نصار، ١٩٩٨، ص ٨٩)

المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها نظرية اليبس في العلاج العقلاني

تقوم نظرية اليبس في العلاج العقلاني على عدد من المفاهيم الأساسية منها:

١- يولد الإنسان ولديه الاستعداد لان يكون منطقيا عقلانيا في تفكيره كما يمكن أن يكون عكس ذلك.

٢- تؤدي العمليات الاحساسية والادراكية والفكرية دورها في تشكيل سلوكه المنطقي العقلاني وسلوكه وغير المنطقي غير العقلاني فهو يحس ثم ينتبه ثم يدرك ثم يفكر ثم يتصرف أي يسلك السلوك في الموقف.

٣- إن التفكير العقلاني والتفكير غير العقلاني يمكن أن يتعلمهما الفرد منذ الطفولة من خلال الأسرة والأقران وطبيعة الثقافة التي يتبناها المجتمع الذي يعيش فيه.

٤- تنشأ الاضطرابات العاطفية من أنماط التفكير غيرالعقلاني والمنطقي وقد يفضي هذا إلى نشوء نوع من العصاب في التفكير.

٥- ليست الأحداث الخارجية هي المسؤولة بشكل مباشر عن اضطراباتنا الانفعالية وإنما طريقة تفكيرنا وإدراكنا واتجاهاتنا هي المسؤولة عن ذلك الاضطراب.

٦- يميل الأشخاص إلى تقويم أعمالهم السيئة أو الجيدة ويقدررون أنفسهم على أنهم سيئون أو جيدين على أساس إنجازاتهم، وهو ما يؤثر بشكل كبير في مشاعرهم نحو أنفسهم وأفعالهم والآخرين أيضا.

٧- يشكل تقدير الذات (الصورة التي يدرك بها الفرد نفسه) وأساليب عزو أسباب السلوك لديه احد أهم مصادر الاضطراب العاطفي مستقبلا.

٨- يجب مهاجمة الأفكار غير المنطقية وغير العقلانية والعواطف السلبية التي تهزم الذات عن طريق إعادة تنظيم آليات التفكير والمدرجات والمفاهيم والاتجاهات التي يتبناها الفرد ويدركها حتى يصبح التفكير منطقيا وعقلانيا وواقعا ومنظما.

(ملا طاهر، ١٩٩٥، ص١٠) (عزة وجودت ١٩٩٩ ص١٣٨) (الصفار، ٢٠٠٢، ص١٨٢)
(سفيان، ٢٠٠٢، ص٤٢)

خطوات الإرشاد في العلاج العقلاني العاطفي

تشير الأدبيات إلى أن خطوات العملية الإرشادية وفق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي العاطفي ل (اليس) تقوم على المراحل الآتية:

١- مرحلة الإحساس بالأفكار: حيث يتم وضع الأفكار غير العقلانية موضع الانتباه والاهتمام، وعادة ما تكون محملة بشحنات انفعالية عنيفة تؤثر في الفرد وفي تفاعله وتوافقته مع عالمه الداخلي ممثلاً بالأفكار والهواجس والمعتقدات والاتجاهات والتفضيلات وعالمه الخارجي ممثلاً بالبيئة المحيطة به من أقران وأصدقاء وأقرباء.

٢- مرحلة التحليل: وفيها يتم إجراء حديث داخلي مطول حول ماهية هذه الأفكار وحيثياتها وان ما يشعر به من تعاسة وخوف واضطراب، نتيجة لسيطرة هذه الأفكار على أفكاره وسلوكه.

٣- مرحلة التقنيد: وفيها يتم التركيز على ما يسميه اليس ب(كفاح المرشد من اجل إعادة تنظيم إدراك المرشد) حيث يدرّب المرشد على كيفية إعادة التنظيم الإدراكي والتخلص من المشكلة، وفك الارتباط بين مدركاته وبين الأفكار غير العقلانية، وحل كل سلاسل الأحداث الزمانية والمكانية التي قامت في ظروف انفعالية طارئة غير طبيعية يصل في نهايتها المرشد إلى واقع تشتد فيه الحاجة لإعادة بلورة هذه السلاسل وفق نظام أكثر دقة وعقلانية.

٤- مرحلة إعادة التنظيم: يقوم المرشد بمساعدة المرشد على اكتساب فعالية إعادة تنظيم الأفكار غير العقلانية وفق آلية جديدة تعتمد على المنطق والوعي العالي والإدراك للصحيح للأحداث المحيطة به.

٥- مرحلة تأصيل الفعالية الإدراكية حيث يدرّب المرشد على استعمال آليات التفكير المنطقي السليم في مواجهة الأحداث اللاحقة دون الرجوع إلى أساليب التفكير السابقة.

ثانياً - الذاكرة الصدمية Traumatic memory:

تمهيد:

مع تزايد تعرض الإنسان للكوارث والصدمات زادت الحاجة إلى الاهتمام بالتأثيرات العميقة التي يمكن أن تحصل في مستوى أداء الوظائف النفسية والحياتية والاجتماعية، لقد اهتم المشتغلون في علم نفس الأزمات (Psychological Crisis) وتحديدا في العقد الأخير من القرن العشرين بدراسة الأحداث الصادمة (Traumatic Events) التي نجمت عن الكوارث الشاملة (Whole-Disasters) سواء كانت طبيعية كالزلازل والبراكين وغيرها أم صناعية من فعل البشر كالحروب والنزاعات المسلحة وحملات العنف والابادة الجماعية وغيرها، تنطوي الأزمة منذ بدايتها على حالة صدمة (Trauma) مقرونة بوقوع الأذى (النفسي أو الجسدي أو كليهما) والظلم والحيث (Injury) والجرح أو الإصابة (Wound) والصدمة (Shock) في الجوانب البنائية والوظيفية لشخصية الفرد المتعرض، وذلك لمدة من الوقت تطول أو تقصر وفقا لدرجة شدة الصدمة. (بوجيو، ١٩٩٣، ص ٢٧١) فالصدمة إذن خبرة مؤلمة (Harm-Experience) تلحق الضرر المادي (في الجسم) والمعنوي (في النفس) نتيجة التعرض لحدث صادم يتقاطع تماما مع توقعات الفرد ونظام معتقداته، تصحبها حالة مزمنة من العجز المعرفي (Cognitive Deficient) لمجريات الحدث الصادم.

يعود تاريخ دراسة الصدمات النفسية إلى عام ١٨٨٩ إذ قدم لابيير جانييه (Pierre Jannet) أطروحة دكتوراه بعنوان الصدمة النفسية شرح فيها عشرين حالة عصاب ناتجة عن صدمة نفسية، وقد فسر جانييه تلك الصدمات بفكرة مفادها (عندما يخبر الأفراد تجربة العواطف الشديدة والمشاعر الملتهبة تصبح عقولهم غير قادرة على مطابقة خبراتهم المرعبة مع أنظمتها المعرفية القائمة، وبالتالي فإن هذه الخبرة وانفعالاتها لا يمكن أن تندمج مع المنظومة المعرفية الإدراكية للفرد حيث تتفصل عن الوعي وعن نطاق السيطرة الذاتية، وهكذا يتبلور تكوين انفعالي وعاطفي شديد الخصوصية بمعزل عن المنظومة المعرفية للفرد، الأمر الذي ينجم عنه ظهور أعراض أطلق عليها لاحقا اضطراب الضغوط التالية للصدمة).

ثم جاء بعده فرويد مؤسس نظرية التحليل النفسي الذي ربط بين تطور أذات والصدمة فلا يمكن الحديث عن عصاب ما دون الرجوع إلى الأسباب الطارئة التي اعترضت نمو أذات وتطورها. وان (الأعراض المرضية تخلق لكي يتمكن أل (أنا) من الابتعاد أو النجاة من موقف

خطر، وإذا ما منعت هذه الأعراض المرضية من الظهور فإن الخطر سيبرز لا محالة) أما (اتو رانك) فقد أشار إلى أن الانفعالات الفسيولوجية عند الولادة تشبه إلى حد كبير الانفعالات الفسيولوجية في نوبات القلق الحادة، وبالتالي فإن صرخة الميلاد إن هي إلا تعبير عن القلق الذي يعانیه الطفل نتيجة الصدمة الناجمة عن شعوره بالانفصال عن والدته لحظة الميلاد. معتبرا هذه التجربة بمثابة حالة القلق الأولى (Primal Anxiety) والمصدر الأساسي لكل الاضطرابات والأمراض النفسية اللاحقة. (كمال، ١٩٨٣، ص ص ١٢٩، ١٢٤)

وقد أفردت الدراسات الحديثة والتصنيفات المرضية جانبا مهما أعاد الحديث عن الحالات المرضية التي تحدث أثناء الصدمة وبمعنى أدق الاستجابات الناجمة عن حدث بالغ الصعوبة يتخطى في شدته خبرات الأفراد وقدراتهم من قبيل (خبرات الخطف أو الاغتصاب أو الأسر أو الكوارث الطبيعية والحروب الخ) وقد اصطلح على مجموعة الأعراض الناتجة عن هذه الصدمات اسم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة التي تضم حشدا من الأعراض المتباينة منها، أعراض إعادة معايشة الخبرات الصدمية في اليقظة أو الأحلام، تصورات انشقاق الوعي، أعراض تبدل الاستجابة للعالم الخارجي، التجنب الرهابي لجميع أشكال المنبهات المرتبطة بالصدمة من قريب أو بعيد، وأخيرا ديمومة السلوك التجنبي. (آرون بيك، ٢٠٠٠، ص ١٥٧) ومما يجدر الإشارة إليه أن بعض الذين تعرضوا للأحداث الصادمة لاسيما أولئك الذين لديهم تاريخ مرضي سابق، فشلوا في تجاوز الخبرة الصدمية وما يصاحبها من أعراض مصاحبة. وبالتالي فإنهم طوروا ردودا استجابية مثلت إشارات للإصابة باضطراب الضغوط ما بعد الصدمة النفسية (Post traumatic stress disorder) الذي يعد أخطر اضطراب نفسي تسببه الصدمة النفسية. ويمكن تشخيصه من خلال عدة أعراض منها اضطراب الذاكرة (Roos, 1997). (PP.106-107) حيث بينت دراسة (Ehud, et al) عام ٢٠٠٣ إن ضعف الذاكرة قد يكون بمثابة حماية ضد ظهور أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) (Ehud, et al. 2003, p.28). أما (Horowitz, et al) عام ١٩٨٨ فقد أشار إلى أن الطبيعة غير الاعتيادية للذاكرة الصدمية (Traumatic Memory) تمثل خاصية أساسية لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمة تتمثل في أعراض عديدة منها إعادة تذكر التجربة، الأفكار التسلطية،

الكوابيس، الارتجاجية، وردود أفعال فسيولوجية وسيكولوجية متنوعة ومتباينة Horowitz ,et (al,1988,PP.85-92).

مفهوم الصدمة

عرفت الجمعية النفسية الأمريكية (الصدمة النفسية) بأنها حدث أو أحداث تتضمن تهديداً بالموت، أو إصابة بليغة، أو تهديداً للسلامة الجسدية للذات أو للآخرين. مثل المعارك الحربية، والهجوم العنيف، والكوارث الطبيعية، أو الكوارث التي يسببها الإنسان. أما عند للأطفال، فإن الحوادث الصدمية قد تتضمن التجارب الجنسية التي لا تتناسب مع العمر (DSM IV, 1994, P.424). وطبقاً لمفهوم التمايز النفسي (Individual Differentiation) فإن رد فعل الأفراد تجاه الأحداث الصادمة يختلف فيما بينهم، فما يشكل صدمة نفسية شديدة لدى أحد الأفراد قد يمثل موقفاً مؤلماً لدى فرد آخر، فالصدمة النفسية بأحداثها وشدتها لا تؤثر على جميع الناس بالطريقة نفسها إذ يعتمد التأثير على عدة عوامل منها شدة ومدة ومقدار تعرض الأفراد للأحداث الصادمة، إدراك الأفراد للحدث وتقييمهم وتفسيرهم له، عمر الفرد ودرجة نضجه، طبيعة الشخصية ودرجة تماسكها البنائي والوظيفي، الخبرات السابقة التي يتمتع بها الفرد، وأخيراً الدعم الاجتماعي (Social Supported) في محيط الفرد المتعرض للصدمة. (مكتب اليونيسيف الإقليمي، ١٩٩٥، ص ٢٢)

ويرى ديرجروف إن ردود فعل الأفراد أو الاستجابة للأحداث الصدمية تنقسم إلى نوعين من ردود الفعل الطبيعية هما :

(١) ردود الفعل الطبيعية: وتشمل:

أ- ردود الفعل الآنية أو الفورية Immediate Reactions: وتظهر بعد وقوع الحدث الصادم مباشرة، إذ يشعر الفرد بالصدمة وغالباً ما ينتابه إحساس بأن ما حدث ليس حقيقياً، حيث يشعر بالذهول والإحساس بأن ما حدث غير واقعي فضلاً عن حصول نوع من الجمود الانفعالي أو الثورة الانفعالية مع توقع وترقب المزيد من الأخطار مقرونة بحالة من الخلط الإدراكي وسوء تفسير الأحداث العادية. (ديرجروف، ٢٠٠٢، ص ١-٣).

ب- ردود الفعل خلال الساعات والأيام الأولى:

خلال الساعات أو الأيام الأولى للصدمة النفسية تظهر لدى الفرد ردود مختلفة مثل :
الخوف والقلق - تجنب الأماكن والأوضاع التي تعيد الذكريات المتعلقة بالحدث - اضطراب الفهم
- تخيلات وأحلام تدور حول الحدث - ذكريات تقتحم التفكير وتتعلق بالحدث - الشعور بالحزن
والغضب - الإحساس بالذنب ولوم الذات - ظهور مشكلات في التركيز وأخرى تتعلق باضطراب
في النوم - الإنهاك الجسدي. (مكتب اليونيسيف الإقليمي ، ١٩٩٥ ، ص ٨٠).

(٢) ردود الفعل المرضية وتشمل:

تتحول ردود الأفعال المذكورة آنفا إلى ردود أفعال مرضية في حالة استمرارها على نفس السياق
دون حصول نوع من التضاؤل أو الانخفاض النسبي خلال فترة تتراوح بين أسبوع إلى شهر، حيث
تتحول إلى أعراض خطيرة تتمثل في ظهور استجابات تتسم بالخوف الشديد - أفكار اقتحامية
متكررة عن الحادثة - إنكار الحادثة وعدم تصديقها - اضطرابات شديدة في النوم - إعادة تمثيل
الحادثة وكأنها تحدث مجدداً - الانسحاب من المجتمع وسوء التكيف وردود فعل اكتئابية -
أنماط متنوعة للقلق الشديد. وحينما تستمر ردود الفعل المرضية هذه بالظهور لمدة تتجاوز الستة
اشهر أو السنة فإنها تعد أعراضاً لاضطراب نفسي مزمن (Chronic Disorder).
(Flaherty & Others, 1991, P.167) وإذا ما فشل هؤلاء في تجاوز الخبرة الصدمية وما
ي صاحبها من ردود فعل استجابية (أعراض)، فإنهم يطوّرون هذه الردود الاستجابية (الأعراض)
(Symptoms) لاسيما أولئك الذين لديهم تاريخ مرضي سابق، فيقعون عرضة للإصابة
باضطراب الضغوط ما بعد الصدمة النفسية PTSD، الذي يعد أخطر اضطراب نفسي تسببه
الصدمة النفسية (Rees et al, 1997, PP.106-107).

نظريات تفسير الصدمات

أولاً: المنظور السايكودينامي للشخصية

١- نظرية التحليل النفسي

وضع فرويد نظريته الأولى عام ١٨٩٤ التي اعتبر فيها وبناء على معطيات دراسة حالة
أجراها لفتاة مريضة بالهستيريا أن القلق يعد مصدر الأمراض النفسية، وأن بعض التجارب
النفسية قد كبتت في اللاوعي لأنها ببساطة لا تحتمل، ومحتويات اللاوعي هذه وإن كانت خافية

على الإدراك إلا أنها ذات قدرة على تقرير الكثير من مظاهر سلوكنا اليومي. وخلال مدة ثلاثين سنة تخللتها معارضة شديدة من زميليه في المدرسة التحليلية ادلر و يونغ، أجرى فرويد تحويرا أساسيا في النظرية عرفت فيما بعد بالنظرية الثانية عن القلق عام ١٩٢٣ اعتبر فيها القلق بمثابة إشارة هدفها تمكين الفرد من تجنب حالة الخطر، وأن جميع الأعراض النفسية تأتي لغرض واحد هو تمكين (ألانا) من الابتعاد أو النجاة من موقف خطر، وإذا ما منعت هذه الأعراض من الظهور فإن الخطر سيبرز لا محالة. وقد اعتمد في تفسير الأمراض النفسية والسلوك غير السوي على مفهوم الكبت (Repression) بوصفه الآلية الدفاعية الرئيسة التي تتمكن من خلالها (ألانا) من إنكار الدوافع الداخلية والأحداث الخارجية التي يؤدي الاعتراف بوجودها إلى نتائج مؤلمة. وأن كبت الخبرات المؤلمة والمحرجة والمكروهة من قبل صاحبها يحدث بشكل تلقائي وخارج نطاق الوعي، وبالتالي فهو يساهم إلى حد ما في إبقاء الصراع مكبوتا غير ظاهر على مستوى الوعي إلا بشكل أعراض مرضية. تتحدد قيمتها الدفاعية في أنها تمثل حلا وسطا بين ما يرغب فيه الفرد وبين ما ينكره. وهي الأعراض بالنتيجة تشكل الحل الامثل والبديل الأفضل لتجنب ظهور الصراع الذي يبقى كامنا في اللاوعي. (كمال، ١٩٨٣، ص ١٢٣) وما الأحلام المزعجة والصور والخيالات التي يتعرض لها الفرد إلا تعبير عن الذكريات المؤلمة والأحداث السيئة التي سبق أن خبرها الفرد دون أن يحدث نسيان لتلك الخبرات والأحداث. وطبقا لمبادئ النظرية فإن تفسير الأحلام الصدمية ينشا حينما ألانا تستتفر جهازها الدفاعي من اجل إعادة إنتاج الحدث الصادم وإعادة إخراجها حتى يستعيد المصدوم العناصر الضائعة للحدث. ومحاولة استرجاع الخوف بوصفه نظاما دفاعيا كان معزولا ومعطلا بسبب المفاجأة وهاتان الفعاليتان معا تشكلان محاولة شفاء آنية وعفوية. (حب الله، ٢٠٠٦، ص ٢٠)

وتشير أدبيات التحليل النفسي إلى إن كل فورة هستيرية إنما تثار بفعل بعض عناصر الصدمة وان ما أطلق عليه (Hypermnesie) أو الذاكرة المفرطة في الإلحاح أو العصاب الفرط تذكري يشير إلى تشبث الحدث الصدمي في الذاكرة، وان ميزة هذا الاضطراب تتحدد في ثلاثة جوانب هي:

١- يجتر المصاب الذكريات ويعيدها ويكررها نتيجة لحصول حالة تثبيت (Fixation) في الذاكرة وارتباطها وتعلقها بعد الصدمة اما بالحادثة نفسها أو بالظروف التي سبقتها أو التي حدثت بعدها.

٢- حدوث انشطار زمني أي (توقف الزمن المنطقي) ينجم عن شرح في سياق التاريخ ، فالذات المتعلقة بين شقي تاريخها تصبح لا تفرق ما إذا كانت تنتمي إلى القبل أو إلى البعد .فهي تعجز عن حداد الماضي ومن ثم دفن خسارة الموضوع ، وهي أيضا عاجزة عن استيعاب هذا الواقع غير المقبول على مبدأ الفهم الجديد للعالم الذي لم يعد أبدا كما كان.

٣- إن تكرار الحادثة الفرط - تذكيرية ، سواء في أعراض التفادي على مستوى الفرد الذاتي أو الاجتماعي ، أو في الأحلام ، يشهد لواقع غير مقبول ، غريب عن استمرارية وسياق التاريخ ولكنه يصير ويتكرر ويمثل القسم الأكبر من مساحة الوعي.(حب الله،٢٠٠٦،ص١٠٨-١١٢).

٢- نموذج الانفعالات - الصدمة - التفكيك:

وتتفق نظريات الذاكرة الصدمية إلى إن الإنسان الذي يخبر تجربة صدمية شديدة يمكن أن يلجا إلى آلية لا شعورية ولا إرادية تعمل بمثابة احد ميكانزمات الدفاع عن الذات من اجل حمايتها من آثار تلك الصدمة وتحدث عندما تكون الخبرة الصدمية قد فاقت في شدتها وقوتها كل توقعات الفرد وإمكانياته وقدراته في التحمل. ويطلق علماء النفس على هذه الآلية بالتفكك إذ يحدث فيها توقف في وظائف الشعور المتكاملة طبيعيا وقطع في العمليات الخاصة بالوعي والذاكرة والإدراك، حيث يتمكن من خلالها من مجارة التجربة الصدمية عن طريق ما يأتي:

١- الإغماء : وتشكل مظهرا من مظاهر التغيير في إدراك الواقع ،تصل في شدتها المهددة للذات إلى إيقاف الوعي حيث ينكص إلى ادوار حياتية سابقة،من اجل إبعاد التجربة الصدمية مع انفعالاتها الشديدة على الأقل في الوقت الراهن.

٢- فقدان الذاكرة(الكلي أو الجزئي) : حيث يتم قطع أو فصل التجربة الصدمية عن شحناتها الانفعالية أي فصل الذكريات عن الوعي الخاص بها،غير إن هذا القطع لا يحصل عند تذكر أو استعادة التجربة الصدمية،حيث يتم استعادة التجربة غير السارة مع شحناتها الانفعالية.

٣- الفقد الحسي الانفعالي(التبليد في الأحاسيس: وفيها يقوم الفرد الذي يخبر التجربة الصدمية ب(تجميد) مشاعره حول ما حدث له وفي نفس الوقت تذكر كل شيء وعادة ما تعتمد هذه الوسيلة على سلخ وإبعاد التجربة الصدمية من مدار مشاعر الفرد أو شعوره بتلك التجربة. (كمال، ١٩٨٣، ص٢٧٣)

ثانيا - المنظور المعرفي

يقوم الأنموذج المعرفي في تفسير الاضطرابات الصدمية على الافتراضات الرئيسة الآتية:

١- إن لدى الإنسان دافعا مهما لفهم العالم المحيط به والتعامل مع معطياته على مستوى الوعي والتفسير والتحليل.

٢- إن الخبرات والأحداث التي يمر بها أي كان نوعها تظل في الذاكرة، ويستفاد منها مستقبلا في تنظيم مجريات حياته وتحقيق حاجاته المختلفة أولا والاستفادة منها في تحديد وحجم التهديدات التي يمكن أن تواجهه ثانيا وتكوين أنظمة دفاعات نفسية قادرة على التأقلم أو المواجهة مع التهديدات المحتملة التي قد يتعرض لها ثالثا.

٣- تمثل الصدمة بالنسبة للنموذج المذكور انفا تحولا مفاجئا عن المسار المألوف أو المعنى المعتاد للحادث. ويمثل عجز الفرد في إعادة البناء أو تعديل الصورة الذهنية احد أسباب الفشل في التعامل مع الحادث الصدمي.

٤- إن عمليات الترميز والتخزين واستدعاء ذكريات الصدمة في ظل الظروف الانفعالية هو ما يؤثر على طبيعة الذاكرة الصدمية.

٥- أن عدم إدراك الفرد للصدمة اوعدم توقعه لها يجعلها خبرة غريبة عن مخططه الإدراكي.

٦- تمثل الاحداث الصدمية خبرات مهددة للحياة،وهي تولد حالة شديدة من عدم الاتزان والقلق الناجم عن التناشز الادراكي بين ما يراه الفرد ويخبره في الواقع الراهن وبين ما تم إدراكه واستيعابه من خبرات ومعارف سابقة في الذاكرة.

٧- يستطيع الفرد التخلص من آثار التجربة الصدمية من خلال دمج الخبرات الجديدة مع مخططاتهم الإدراكية.

٨- عندما تكون خبرات الصدمة خارج مدى خبرة الفرد الاعتيادية، تفشل في أن تكون جزءاً من هذا المخطط، الإدراكي. الأمر الذي يجعله عرضة للاضطراب. كما إن تأثيرات تلك الأحداث ستبقى داخل مخزن الذاكرة النشط وتصبح معرضة للظهور بأشكال سلوكية مضطربة.

٩- تنشأ الاضطرابات النفسية عندما تكون عملية معالجة المعلومات عن الحادث منفعلة وتحت سيطرة الذاكرة المؤلمة. (عبد الخالق، ٢٠٠٠، ص ١٠)

(Miller&Thomas 1995, P.6) (Gelder et al ,1996,p.142).

١- نظرية معالجة المعلومات:

تشير هذه النظرية إلى أن بعض الأفراد الذين يتعرضون إلى صدمة نفسية أو حادثة يكونون غير قادرين على تفسير واستيعاب الحادثة بصورة كافية أو التعامل مع تأثيراتها بصورة فعالة . ولأن الصدمة تتطلب من الأفراد القيام بتغيرات لم يكونوا قد اعتادوا عليها فإن الاستيعاب المقنع للتجربة يكون صعباً (Kaplan & Sadock,1999,P.23).

ووفقاً لهذه النظرية فإن الفرد المتعرض للصدمة إما أن تزداد لديه أعراض إعادة اختبار الحدث كالذكريات المحزنة والتسلطية والأحلام والكوابيس أو الحزن الشديد عند التعرض للمواقف التي تثير الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم ، أو تزداد لديه أعراض التجنب (كتجنب التفكير بالحدث وتجنب المواقف التي تثير الذكريات المؤلمة أو عدم القدرة على تذكر الحدث) (العطراي، ١٩٩٥، ص ٣٨).

وفي ذات الإطار تشير جانوف - بولمان (Janoff - Bulman) إلى أن الأحداث الصادمة تنتج عنها حالة من عدم التوازن والتي تتصف بالضغط والقلق الشديدين والناجمة عن عدم إدراك الفرد للصدمة وعدم توقعه لها. فالمصاب (المتعرض) لا يستطيع أن يستوعب الحدث لأنه :

١- يدركها بصيغة معلومة جديدة وغريبة عن المخطط الإدراكي .

٢- إنها خبرة مربكة لأنها تقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية الاعتيادية.

٣- لا يتوقع حدوثها على الأقل في الوضع الراهن.

٤- لا يملك الفرد وسائل التعامل مع تلك الأحداث لأنه لا يجد ما يماثلها في الذاكرة كي يتم التفاعل معها.

٥- يفتقد الوسائل التكيفية الصحية المناسبة لمعالجة آثار تلك الصدمة.

وعندما يتمكن الفرد من استيعاب الخبرة الإدراكية الجديدة وإعادة تنظيم سلاسل أحداثها المركبة يمكن له أن يتمثلها ضمن مخططاته الإدراكية وبالتالي استيعاب آثارها بالشكل الذي يمكن من خلاله استعادة توازنه فيؤدي ذلك إلى تخفيض تدريجي لتأثيرات الصدمة.

بيد أن هورويتز (Horowitz) يقدم أنموذجا معرفيا آخر في التعامل مع الذاكرة الصدمية يفترض فيه أن الآلية الأساسية للعمليات الإدراكية الإنسانية هو (الميل للإكمال Completion Tendency)، وان (العقل يستمر بمعالجة المعلومات الجديدة المهمة إلى أن يتغير الموقف، أو الأنموذج، والواقع (reality) بحيث تصل هذه المعلومات إلى درجة التطابق).

ولكي يكون الحدث الصدمي، متمثلاً، ومتكاملاً بنجاح داخل الخطة الإدراكية الموجودة (Existing Schemot)، فإن العناصر النفسية للحدث الصدمي ستبقى في مخزن الذاكرة النشط، وستثير تمثيلاً فكرياً، وتخيلات للأحداث الصدمية على كل مستويات الوظيفة الإدراكية، والتي تنشئ دورياً داخل الشعور تخيلات غير مسيطر عليها، وتسلطية مزعجة انفعالياً عن الحدث الصدمي (Horowitz,1980,PP.246-253).

وطبقاً لهذا الأنموذج فإن الفرد إما أن تزداد لديه أعراض التجربة الصدمية، أو قد ينجح في معالجة الإكمال للصدمة وصولاً إلى استيعابها والتكيف لها. ولذلك فإن إصابة الفرد، أو عدم إصابته بأعراض الاضطرابات النفسية بعد الصدمة يعتمد على موقف الفرد من الصدمة، وطريقة إدراكه لها، ومدى التمثيل الشخصي لخبرة الصدمة في المخطط الإدراكي له، فإذا أدركها أنها جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي، وفشل في أن يجعلها جزءاً من هذا المخطط، لأنها تقع خارج مدى خبرته الاعتيادية، فإنه قد يعجز عن أن يجد الوسائل الكفيلة للتعامل معها، وامتصاصها، فإن هذه الخبرة الجديدة كفيلة بأن تهدد مخططاته المعرفية ونظامه السلوكي المعتاد، أو أن يتمكن من استعادة توازنه عندما يتمثل تلك الصدمة داخل مخططه الإدراكي من خلال استنصاره بالوسائل التكيفية الصحيحة، والمناسبة لتلك الصدمة.

(Horowitz,1980,PP.246-253) . وقد افترض(Horowitz) أن التجارب العاطفية منقوشة في الذاكرة ضمن مخطط معرفي معقد التنظيم من المنبهات (كالمناظر، والأصوات)، و الاستجابات (الخفقان الشديد للقلب) (الكبيسي، ١٩٩٨، ص: ٢٩).

ويعتقد ليتز و كين (Litz&Keane,1989) أن الأفراد المصابين باضطراب (Post Traumatic Stress Disorder) يعانون من خلل في الشبكة الإدراكية للصدمة (Trauma Network) ويؤدي هذا إلى معالجة الفرد لمعلومات الحدث الصدمي بطريقة خاطئة إذ يدرك الفرد المصاب الأشياء المهددة على نحو مبالغ فيه، ويقوم بتفسير عدد من الأحداث المبهمة على أنها تهديد، وعندها يكون من السهل إثارة غضبه ويكون سلوكه تجنبياً (Litz & Keane,1989,PP.243-255).

ثالثاً - الأنموذج الفسيولوجي للذاكرة:

يشير أصحاب هذا الأنموذج إلى الدور الرئيس الذي تؤديه أجزاء الجهاز الحوفي (Limbic System) في تنظيم كل الفعاليات المتعلقة بالذاكرة والتعلم والانفعالات المصاحبة لها. حيث تشير الدراسات إلى إن نشوء الطبقة الرئيسة للعقل الانفعالي كان مع ظهور الثدييات الأولى، وهي عبارة عن طبقات عصبية ملتفة حول جذع المخ تشبه عمامة صغيرة بأسفلها تجويف صغير يستقر فيه الجذع. ولأن هذا الجزء يلتف ويحيط بجذع المخ أطلق عليه الجهاز الحوفي (Limbic System) وهو مشتق من الكلمة اللاتينية (Limbus) بمعنى الدائرة. والجهاز الحوفي (Limbic System) هو المسؤول عن انفعالاتنا وعواطفنا وهو الذي يتحكم فينا حين تسيطر علينا انفعالات الغضب والخوف والشهوة والحزن وسائر العواطف الأخرى وهو عند الإنسان أكثر تطوراً وفاعلية بحيث تخطت فعالياته إلى التعلم والذاكرة . يضم الجهاز الحوفي جزئين عصبيين هما:

١- النتوء اللوزي (Amygdale) وهو المكان المخصص في المخ للاحتفاظ بالمشاعر ويعد مخزن الذاكرة الانفعالية واسمه مشتق من الكلمة اليونانية (Almond) ويبدو على شكل لوزتين تتكون من تراكيب عصبية متداخلة تقع اعلى جذع المخ بالقرب من قاعدة الدائرة الحوفية، وفي

المخ نتوان لوزيان واحد في كل من جانبي المخ باتجاه طرفي الجمجمة. وحجمه عند الإنسان كبير من حجمه عند بقية الثدييات. (دانييل جولمان، ١٩٩٠ ص ٣٧)

٢- قرن آمون (Hippocampus): ويمثل الجزء المخصص للاحتفاظ بالأرقام والمعلومات ويعد مركزا للتفكير العقلاني في الذاكرة.

ويشير هذا النموذج إلى أن النتوء اللوزي وقرن آمون يعملان معا وفق سياق منظم فالأول يحتفظ بالعواطف، أما الثاني فانه يحتفظ بالسياق الزمني والمكاني للحدث في الذاكرة.

(Kim & Fanselow, 1992, P. 675) (Davis, 1992, P. 461) وبالرغم من أنهما يعملان

معا في تخزين المعلومات في الذاكرة إلا أن لكل منهما استقلالية خاصة إذ يعمل قرن آمون على استرجاع المعلومات والذكريات السابقة في حين يقوم النتوء اللوزي باسترجاع الانفعال والعاطفة المعادلة لهذه المعلومات والذكريات. ويمكن القول إن قرن آمون مسؤول عن العقل المفكر في الذاكرة في حين النتوء اللوزي مسؤول عن العقل الانفعالي فيها.

ووفقا لهذا النموذج فان الذاكرة الصدمية تحدث عندما يحصل نوع من الانفصام بين النظامين في أثناء التوتر الشديد، ففي النوبات الانفعالية تكون قوة تحفيز النتوء اللوزي أعلى من قرن آمون بسبب الزيادة في تركيز هرمون كلانكوكورتيكودز (glucocorticoids) الذي ينطلق في أثناء التوتر والانفعال. ويزيد من نشاط النتوء اللوزي في الوقت الذي ينخفض فيه نشاط قرن آمون (LeDoux, 1996, P. 69-79) (DeKloet, et al. 1993, P. 433-455).

وبالتالي فان العقل الانفعالي يكون طاغيا على العقل المنطقي. ففي ظل التوتر الصدمي تحفظ الذكريات دون إسهام مميز من قرن آمون حيث تخزن دون إطار يجمعها ضمن سياق زمني ومكاني منظم ومحدد، لتشكل نوعا من التجمع التلقائي لأحداث انفعالية مشحونة ومفككة ومجزئة وغير ذات معنى. وعندما يتم استرجاعها تدرك بشكل تجمع من الأحداث التي لا يمكن الشعور بها على أنها أحداث مترابطة، عند ذاك يلجا الشخص إلى بناء نوع من الوصف البنائي للأحداث الماضية أي انه يقوم بإعادة بناء الحدث الصدمي من خلال إعادة تجميع أجزائه. ويبدو أن جميع الأحداث الصدمية التي يتم استرجاعها يكون من خلال إعادة البناء الوصفي لها

،بالرغم من الفاصل الزمني بين أحداث التجربة الصدمية وبين عملية الاسترجاع من خلال البناء الوصفي للحدث ذاته. (Thomas,et al,1995)

وتترسخ أحداث الذاكرة الصدمية عند الأطفال بشكل خاص لان قرن آمن وهو مركز الذاكرة العقلاني المفكر المنطقي يكون غير مكتمل النمو قياسا بالننوء اللوزي مما يجعل عملية خزن الذكريات المشحونة عاطفيا تفوق قيمتها المنطقية.وعلينا أن لا نستغرب من حالة الطفل الذي يسترجع ذكريات حدث نعتقد انه بسيط ولكنه مشحون بالانفعالات العاطفية الشديدة بالنسبة له ،الأمر الذي اسند وجهة نظر فرويد بخصوص دور السنوات الخمس الأولى في تشكيل شخصية الإنسان لأنها تمثل مخزن ذاكرة الأحداث المختلفة التي مر بها والتي تحمل في ثناياها كل الخبرات والعواطف المشحونة انفعاليا.

ويعتقد الكاتب ان هذا المفهوم هو يثير تساؤلا لها يتعلق بماهية الدور الذي يمكن أن تؤديه الذكريات السابقة في صيرورة ما يمكن أن نطلق عليه مجازا بالحنين الانفعالي (Effective Warmth) حيث يختزن الناس شحنات انفعالية قوية وعنيفة تجاه اماكن واحداث سابقة كانت ملازمة لفترة الطفولة المتمثل بتعلق الناس بالذكريات الأولى سواء ما تعلق بالمكان أو الزمان،وقد شغف الناس بمختلف مشاربهم وخلفياتهم الثقافية والادبية والعلمية بالطفولة وذكراياتها والاماكن الاولى التي نشؤوا وتربوا فيها.

إجراءات البحث:

الطريقة (Method)

العينة

تكونت عينة البحث من (٢٠٠) تلميذ وتلميذة من تلاميذ الصف الخامس والسادس الابتدائي نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث وقد تم اعتماد الاختيار العشوائي في انتقاء المدارس التي تمت الدراسة فيها. وحرص الباحث من خلالها تحقيق أقصى متطلبات السلامة

الخارجية (External Validity) للتجربة التي من شأنها أن تقضي إلى تعميم صادق للنتائج من العينة إلى المجتمع.

عينة التجربة

وقد تكونت عينة التجربة من (١٧) تلميذا وتلميذة تلميذ تسع من الإناث وثمانية من الذكور تراوحت أعمارهم بين (10.3-11.6) سنة بمتوسط بلغ (10.6) سنة ممن يعانون من الذاكرة الصدمية كما كشف عنها الاستبيان المقدم لهم واخضعوا لجلسات البرنامج الإرشادي الذي تكون من اثنتي عشرة جلسة حددت أماكنها ومواعيدها بواقع جلستين أسبوعيا مدة كل جلسة ٣٠ دقيقة ركزت كل واحدة منها على الاستراتيجيات المذكورة انفا.

وقد حرص الباحث في إجراء هذه التجربة على تحقيق السلامة أقصى متطلبات السلامة الداخلية (Internal Validity) للتجربة من خلال استبعاد كل المتغيرات الدخيلة التي قد تشترك) دون علم الباحث أو رغبته) مع المتغير المستقل في التأثير على المتغير التابع، مما يؤدي إلى تشويه النتائج وبالتالي لا نستطيع أن نعزو التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (الذاكرة الصدمية) إلى اثر التغيير المنهجي للمتغير المستقل (البرنامج) بكل ثقة وقد حرص الباحث على إجراء التجربة في الصباح لضمان توافر النشاط العقلي واستبعاد الطلبة الذين لا يرغبون في المشاركة او يعانون من مشكلات صحية، فضلا عن الحرص على توفير أجواء مناسبة قبل وإثناء التجربة.

أداتا البحث:

أولا: استبيان الذاكرة الصدمية:

سعى الباحث في قياس الذاكرة الصدمية (المتغير التابع) إلى بناء استبيان مغلق اعد لهذا الغرض في ضوء استبيان مفتوح سبق للباحث أن استفسر فيه من التلاميذ ومن أولياء الأمور عن أهم المخاوف والأحداث التي تعرض لها التلاميذ والتي يتذكرونها أو يتحدثون عنها دائما، وقد تكون الاستبيان المغلق من (٣٠) عرضا وضع لها ثلاثة بدائل هي (دائما-أحيانا- لا أبدا) تم عرضها على عينة من الأساتذة المختصين في التربية وعلم النفس لغرض استخراج

الصدق الظاهري للأداة حيث حصلت موافقتهم بعد أن تم تعديل صياغات بعض فقراتها، طبق على عينة من تلاميذ الصف الخامس والسادس الابتدائي بلغت (٢٠٠) تلميذ وتلميذة، وقد عد الباحث التلميذ ذا اضطراب في الذاكرة الصدمية إذا بلغت درجته في الاستبيان (وسط حسابي واحد + انحراف معياري واحد). حيث بلغ عدد هؤلاء (١٧) تلميذاً تسع من الإناث وثمانية من الذكور شكلوا نسبة (8.5%) من عينة البحث. ويمكن اعتبارها نسبة انتشار إذا ما تم الأخذ بنظر الاعتبار إن اختيار عينة البحث كان عشوائياً .

ثانياً البرنامج العلاجي:

اتبع الباحث الاستراتيجيات الآتية في البرنامج:

١- مناقشة الموضوع : حيث يقوم المرشد (مساعد للباحث) بشرح الغاية من الجلسات التي يقوم بها مع مجموعة التلاميذ ،وتشجيعهم على التحدث عن المشكلات التي يعانون منها، وإخبارهم أن الجلسات ليست امتحاناً لهم وإنما فرصة للحديث معهم وسماع آرائهم بشأن الأفكار التي تسبب لهم المخاوف مع التأكيد على أن ما يدور في الجلسة هو شيء خاص بهم لن يطلع عليه أحد سوى المرشد ،وقد اختار الباحث مدرستين احدهما للبنين والأخرى للبنات لكل مدرسة مرشد مساعد درب على كيفية إدارة الجلسات طبقاً للبرنامج المعد لهذا الغرض.

٢- تحديد الأفكار غير العقلانية: حيث يشجع المرشد التلاميذ على تحديد الأفكار غير العقلانية التي تسبب لهم مشاعر الضيق وعدم الارتياح.

٣- نقد الأفكار غير العقلانية: بعد تحديد الأفكار غير العقلانية من قبل التلاميذ يقوم المرشد بنقد هذه الأفكار، وتشجيع التلاميذ على التساؤل فيما إذا كانت حقيقة أو من صنع الخيال، شريطة أن تكون المناقشة منطقية تتناسب مع أفكارهم ،حتى يصل بهم إلى مرحلة تنفيذ هذه الأفكار وإنكارها على مستوى الوعي.

٤- استبدال الأفكار غير العقلانية: يقوم المرشد بعد تنفيذ الأفكار غير العقلانية بتقديم أفكار جديدة تمتاز بالمنطقية والواقعية لتشكل معتقدات جديدة بالنسبة للتلاميذ. طبقاً لنظرية أليس أن المسترشدين يجب أن يتعلموا كيفية التخلي عن اعتقاداتهم غير العقلانية وتغيير سلوكياتهم غير المرغوبة.

٥- التغذية الراجعة والتعزيز الايجابي : يستخدم المرشد في أثناء الجلسات التغذية الراجعة المباشرة التصحيحية والايجابية بهدف استثارة الدافعية وضمان تشكيل الأفكار الجديدة واستمراريتها. أما التعزيز الايجابي فقد استخدم المرشد اسلوب التشجيع اللفظي والمعنوي للتلاميذ وبشكل مباشر لان ارتباط التعزيز بالاستجابة الصحيحة أو السلوك المرغوب يقوي احتمالية ظهور تلك الاستجابة أو ذلك السلوك مرة أخرى. وقد اتفق الباحث مع المرشد على تحديد كلمات معينة للتعزيز الايجابي مثل (أحسنت- ممتاز - بارك الله فيك) كما حدد مجموعة من الهدايا كنوع من التعزيز المادي للتلاميذ.

٦- تقويم كفاية البرنامج : لما كان التقويم هو عملية إصدار حكم صادق وثابت على حدث أو ظاهرة محددة كان لابد من دراسة مدى فاعلية البرنامج المعد. وقد سعى الباحث عند تقويم كفاية البرنامج إلى إجراء ثلاثة أنواع من القياس هو القياس القبلي للتلاميذ قبل البدء بالبرنامج والقياس أثناء البرنامج وتحديدًا بعد الجلسة الخامسة لمعرفة درجة تقبل التلاميذ للبرنامج وارتباط التغيرات الحاصلة بالمتغير التابع بالتغير المنهجي للمتغير المستقل وليس بمتغيرات أخرى والقياس الثالث بعد انتهاء البرنامج. علما إن الباحث عرض البرنامج على عينة من المختصين في الإرشاد التربوي والنفسي لاستخراج الصدق الظاهري له.

التصميم التجريبي (Experimental Design)

اعتمد الباحث في إجراء التجربة على تصميم ضمن الأفراد (Within Subject Design) لمتغيرين مستقلين (Factor Experiment With Repeated Measures) قياسات مكررة احدهما متغير البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي). والآخر متغير ديموغرافي وهو الجنس بمستويين (ذكور - إناث). (آن، ١٩٩٠، ص ٢١٧) ويعد هذا التصميم من أهم تصاميم ضمن الأفراد حيث يشترك كل فرد في أكثر من شرط واحد من شروط المعالجات المختلفة. وتتم المقارنة بين أداء الفرد في كل شرط من الشروط الثلاثة (قبل - أثناء - بعد) البرنامج. ويوفر هذا الإجراء أقصى درجات الضبط التجريبي لأنه يسيطر على كل ما يتعلق بالمتغيرات الدخيلة

فالمقارنة تتم بين درجات نفس المفحوص عبر شروط المعالجات المختلفة لأن الفرد في تصاميم ضمن الأفراد يكون ضابطاً لنفسه الأمر الذي يمكن الباحث من الضبط والسيطرة الجيدة على جميع المتغيرات الدخيلة وبالأخص المتغيرات المتعلقة بالفروق الفردية بين التلاميذ. (أن، ١٩٩٠، ص ٢١٩) .

إجراءات التجربة:

بعد اختيار عينة البحث وإعداد أدواته والياتة وتحديد التصميم التجريبي تم تطبيق البرنامج الإرشادي على عينة البرنامج البالغة سبعة عشر تلميذا وتلميذة بواقع تسع تلميذات من الإناث وسبعة من الذكور. ولعل من أهم الصعوبات التي واجهت الباحث والمساعدين* في هذا الصدد هو عدم تعاون بعض مدراء المدارس معهم وصعوبة إيجاد الأماكن المناسبة لتطبيق البرنامج في هذه المدارس ، كما عانى الباحث ومساعدوه من تغيب احد التلاميذ عن ثلاث جلسات في البرنامج مما استوجب إبعاده عن البرنامج وبالتالي فقد بلغ عدد التلاميذ الذين خضعوا فعلا لجلسات البرنامج الإرشادي ستة عشر تلميذا.

النتائج:

يهدف البحث الحالي إلى ما يأتي:

١- قياس انتشار الذاكرة الصدمية في محافظ ديالى .

بلغ عددهم عينة البحث (٨٠) تلميذا وتلميذة في المدارس الابتدائية في محافظة ديالى للعام الدراسي (٢٠٠٩-٢٠١٠) . وقد عد الباحث التلميذ الذي تكون درجته على الاستبيان أكثر من (درجة الوسط الحسابي+ انحراف معياري واحد) ممن لديهم اضطراب الذاكرة الصدمية. ولأسباب آلتية:

١- تعد المحافظة من المناطق الساخنة والتي شهدت أعمالا عسكرية لمدة طويلة بحيث أثرت بحوادثها وذكرياتها في أداء الوظائف النفسية والحياتية والاجتماعية للأطفال على وجه التحديد.

ب- إن الفقرات الواردة في الاستبيان المغلق أخذت بشكل خاص من التلاميذ الذين عبروا عن الأحداث التي خبروها ويخبرون آثارها في الوقت الراهن، فضلا عما ذكره أولياء أمورهم من

أعراض تلت تلك الأحداث ويعتقدون أنها نجمت عنها . مما يشير إلى أن الاستبيان توافرت فيه شروط صدق المحتوى إذ إن الفقرات الواردة فيه أخذت من عينة الظاهرة السلوكية موضوعة البحث. وقد شكل عدد التلاميذ ممن يعانون من اضطراب الذاكرة الصدمية نسبة (8.5%) من عينة البحث. وهي نسبة انتشار عالية تستحق الدراسة والمتابعة والاهتمام على حد سواء.

٢- تعرف على اثر البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني - العاطفي) في التخفيف من آثار الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية .

وتبعاً لفرضية التجربة فقد عولجت البيانات إحصائياً باستعمال تحليل التباين من الدرجة الثانية قياسات متكررة (TOW- Factor Experiment With Repeated Measures) لعينة تكونت من (16) تلميذا وتلميذة. والجدول (٣) يوضح ذلك

جدول (٣) تحليل التباين من الدرجة الثانية (قياسات متكررة) للتعرف على تأثير البرنامج الإرشادي في التخفيف من آثار الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

القيمة الفائية	متوسط مجموع التريعات	درجة الحرية	مجموع التريعات	مصدر التباين
		15		<u>بين الأفراد (Between Subject)</u>
12.8	١٩٢	١	١٩٢	A الجنس
	١٥	١٤	٢١٠	ضمن المجموعات

				من
				الأفراد (Within Subject)
		٣٢	١٢٤٧٠	
5219.5	٦٢٠٦	٢	١٢٤١٢	البرنامج B (التعرض المتكرر)
10.38	12.35	2	24.7	تفاعل AB
	1.189	28	33.3	الخطأ (Error)

وقد بينت النتائج من الجدول (٣) ما يأتي وتبعا لفرضيات هذه التجربة التي هي:

١- ليس هناك فروق ذات دلالة معنوية في قياس الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية على وفق متغير البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي).

وقد رفضت هذه الفرضية، إذ ظهر أن هناك فروقا ذات دلالة معنوية في الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية على وفق متغير القياس (القبلي - أثناء - بعد) البرنامج إذ كانت القيمة الفائية المحسوبة تساوي (5219.5) وعند مقارنتها بالقيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (٢٨-٢) ومستوى دلالة (0.05) وبالبالغة (3.32) ظهر أنها اكبر من القيمة الفائية الجدولية. مما يشير إلى أن البرنامج العلاجي اثر في التخفيف من آثار الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

٢- ليس هناك فروق ذات دلالة معنوية في قياس الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية على وفق متغير الجنس (الذكور - الإناث)

وقد رفضت هذه الفرضية، إذ ظهر أن هناك فروقا ذات دلالة معنوية في الذاكرة الصدمية لدى التلاميذ الذكور والإناث على وفق متغير الجنس (الذكور - الإناث). إذ كانت القيمة الفائية المحسوبة تساوي (12.8) وعند مقارنتها بالقيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (١٤-١)

ومستوى دلالة (0.05) وبالبالغة (3.32) ظهر أنها اكبر من القيمة الفائية الجدولية. مما يشير إلى أن هناك فروقا بين الذكور والإناث من حيث التأثير بالبرنامج الإرشادي ولصالح الإناث اللاتي كن أحسن استجابة وسجلن درجات اقل في اضطراب الذاكرة مقارنة بالذكور، كما سيكشف عنه اختبار نيومان كولز للمقارنات المتعددة.

٣- ليس هناك تأثير ذو دلالة معنوية في قياس الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية لتفاعل كل من متغيري البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي) والجنس وقد رفضت هذه الفرضية، إذ ظهر أن هناك أثرا ذا دلالة معنوية لتفاعل كل من متغيري البرنامج والجنس (ذكور - إناث). والجنس (ذكور - إناث)، حيث بلغت القيمة الفائية المحسوبة (10.38)، وهي اكبر من القيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (٢-٢٨) ومستوى دلالة (0.05)، مما يشير على أن تفاعل هذين المتغيرين يؤثر في المتغير التابع (الذاكرة الصدمية).

وتشير أدبيات تحليل التباين انه في حالة وجود فروق معنوية بين المجاميع التجريبية يمكن استخدام اختبار نيومان كولز (Newman Kules) * للتعرف على الفروق بين هذه المجاميع في المتغير التابع، وقد عمد الباحث لاستخدام هذا الاختبار للتحري عن دلالات هذه الفروق لمعرفة فيما إذا تغيرت قيم الذاكرة الصدمية عبر محاولات القياس الثلاث أم لا. والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (4) اختبار نيومان كولز (Newman Kules) * للمقارنات المتعددة لمعرفة اثر البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي) والجنس (ذكور - إناث) في التخفيف من اثار الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

البرنامج العلاجي	البرنامج	البرنامج	إثناء البرنامج	إثناء البرنامج	البرنامج	البرنامج	البرنامج	القيمة الحرجة
X	بعد البرنامج	بعد البرنامج	إثناء البرنامج	إثناء البرنامج	البرنامج	البرنامج	البرنامج	
الجنس	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
	1	2	3	4	5	6		

		٦١١ X=76	٥٦٩ X=71	٤٠١ X=50	٣٦٣ X=45	٢٨٩ X=36	٢٧٣ X=34	الدرجة الكلية
28.7	6	*٣٣٨ (1,6)	*٢٩٦ (2,6)	٢٨ (3,6)	*٩٠ (4,6)	١٦ (5,6)	-	
27.4	5	*٣٢٢ (1,5)	*٢٨٠ (2,5)	*١١٢ (3,5)	*٧٤ (4,5)	-		
25.7	4	*٢٤٨ (1,4)	*٢٠٦ (2,4)	*٣٨ (3,4)	-			
23.39	3	*٢١٠ (1,3)	*١٦٨ (2,3)	-				
19.4	2	*٤٢ (1,2)	-					
	1	-						

من خلال تحليل نتائج الجدول (4) نستنتج الآتي:

١- إن التلاميذ في القياس البعدي سجلوا درجة اقل في اضطراب الذاكرة الصدمية مقارنة بالقياس الذي سجلوه في أثناء البرنامج والقياس قبل البرنامج الإرشادي ، مما يشير إلى أن البرنامج كان فاعلا في التخفيف من آثار الاضطراب الصدمي للذاكرة. وبدلالة إحصائية واضحة إذ كانت القيم الحرجة لدلالة الفروق اكبر من القيم الجدولية عند مستوى دلالة (0.05).

٢- سجل الإناث درجات اقل في اضطراب الذاكرة الصدمة في أثناء وبعد البرنامج مما يشير إلى أن استجابتهن للبرنامج كانت أكثر وسجلن درجات اقل في اضطراب الذاكرة الصدمية حيث كانت القيم الحرجة لدلالة الفروق اكبر من القيم الجدولية عند مستوى دلالة (0.05).

٣- إن البرنامج الإرشادي اثر في التخفيف من آثار الذاكرة الصدمية ، إذ إن جميع المقارنات بين المجاميع بدءا من الخطوة (1) حتى الخطوة (6) كانت دالة إحصائيا لان قيمة الفرق الناتج بينها اكبر من القيمة الحرجة لدلالة الفروق. وهذا يعني إن هناك فروقا معنوية بين المجاميع الستة في الذاكرة الصدمية وان ترتيب هذه المجاميع بحسب درجة الذاكرة الصدمية من الأدنى نحو الأعلى يكون كالتالي:

أ- إن مجموعة (القياس البعدي- إناث) طورن تخفيفا فعالا لآثار الذاكرة الصدمية حيث سجلن

درجة اقل على استبيان الذاكرة الصدمية تليها مجموعة (القياس البعدي- ذكور) ثم مجموعة (القياس أثناء البرنامج - إناث) ثم مجموعة (القياس أثناء البرنامج - ذكور) ثم مجموعة (القياس قبل البرنامج - إناث) وأخيرا مجموعة (القياس قبل البرنامج- ذكور).

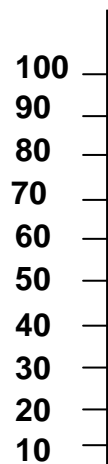
*يعد اختبار نيومان كولز (Newman Kules) وسيلة متقدمة من وسائل الإحصاء التي تستعمل في تحليل البيانات الناتجة من تحليل التباين. إذ يتم ترتيب المجاميع المتعلقة بالمتغيرات المؤثرة من الأدنى إلى الأعلى، ثم تطرح كل مجموعة من المجاميع الأخرى لمعرفة أي منهما أفضل وبحسب أهداف البحث. ثم تستخرج قيمة (q) من جدول خاص بالاختبار ضمن درجة حرية الخطوة، وتحسب القيمة الحرجة من خلال حاصل ضرب قيمة (q) في جذر حاصل ضرب (عدد أفراد العينة ومتوسط تربيعات الخطأ) فإذا كانت قيمة الفرق بين المجاميع اكبر من القيمة الحرجة المستخرجة دل ذلك على معنوية الفرق والعكس صحيح. (Winer, 1971, P:648)

** الإشارة تعني إن المقارنات دالة.

مناقشة النتائج:

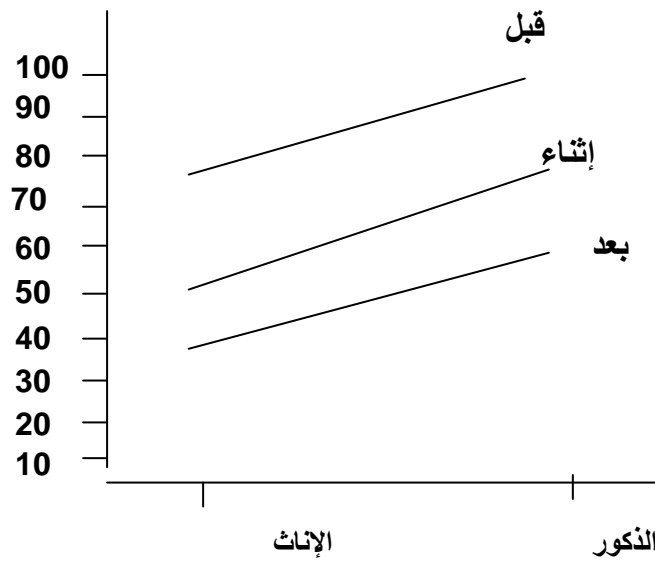
١- لقد كشفت نتائج التجربة الأولى إن هناك فروقا ذات دلالة معنوية في اضطراب الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية على وفق متغير البرنامج الإرشادي (الأسلوب العقلاني العاطفي) (القياس قبل - أثناء - بعد) البرنامج وأن التلاميذ في القياس البعدي ذكورا وإناثا طوروا أساليب تخفيف لآثار الذاكرة الصدمية مما يشير إلى أن البرنامج الإرشادي كان فاعلا في التخفيف من آثار الاضطراب الصدمي. والشكل رقم (١) يوضح ذلك

الذاكرة الصدمية



شكل رقم (١) متوسط درجات قياس الذاكرة الصدمية بحسب متغير البرنامج (القبلي - أثناء - بعد) -
 (بعدي)

٣- بينت نتائج التجربة أيضا أن هناك فروقا ذات دلالة معنوية في اضطراب الذاكرة الصدمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية على وفق متغير الجنس في القياس (قبل - أثناء - بعد) البرنامج وان الإناث طورن أساليب تخفيف للذاكرة الصدمية أكثر فاعلية من الذكور وسجلن درجات اقل على الاستبيان المعد لهذا الغرض والشكل رقم (٢) يوضح ذلك



شكل رقم (١) متوسط درجات قياس الذاكرة الصدمية بحسب متغير الجنس (ذكور- إناث)
استنتاجات البحث

في ضوء التساؤلات النظرية التي طرحها البحث والفرضيات التي تحرى عنها في البرنامج الإرشادي وطبقا للنتائج التي خرج بها البحث يمكن صياغة الاستنتاجات الآتية:
 ١- إن الذاكرة الصدمية تتأثر بشكل مباشر بأسلوب معالجة المعلومات المكانية والزمنية والصور الذهنية التي يدركها التلاميذ.

- ٢- إن فاعلية الذاكرة الصدمية في بلورة مدركاتها العقلية منها والمتخيلة صوريا تختلف وتتباين بحسب درجة تعقيد الأحداث الصادمة والخبرات المعرفية التي تعرض لها الأفراد.
- ٣- يدرك الفرد حالة التناثر المعرفي الناشئ من إدراك الحدث الصدمي بوصفه خبرة أو معلومة جديدة غريبة عن الأنظمة المعرفية مما يجعلها مصدر تهديد قابل للتطور مستقبلا.
- ٤- يطور الفرد فعاليات ادراكية تكيفية جديدة تعمل على إعادة تمثيل الخبرة الصدمية لتكون ضمن المخطط الادراكي حتى يتم استيعابها والتعامل معها.
- ٥- يعمل العقل على تطوير استراتيجيات جديدة في معالجة المعلومات غير المنضوية في المخطط الادراكي والتي تدرك بوصفها أحداثا ضاغطة لكي يتم تمثيلها بنجاح داخل الخطة الادراكية بحيث يتطابق الحادث الصدمي المدرك مع الواقع.
- ٦- يطور الفرد أساليب جديدة للتعامل مع الحدث الصدمي بما يخفف من آثارها على الفرد وتساعد البرامج الإرشادية المتنوعة في التقليل من آثارها على الفرد في المستقبل.
- ٧- يؤدي التعرض المتكرر للبرنامج الإرشادي إلى مساعده التلاميذ في إعادة تنظيم مسارات عملية معالجة المعلومات وتطور فاعلية إدارة الأحداث الصادمة.
- ٨- إن الأحداث الإنسانية المتسببة من عوامل خارجية خارجة عن ارادة الإنسان لا تعني انه غير قادر على تعديل وضبط سلوكه وحياته المستقبلية طالما إن الأمر متعلق في نظام معتقداته وطبيعة تفسيره للأحداث التي مر بها واتجاهاته الفعلية نحوها.

المصادر

- ١- آن، مايرز (١٩٩٠): علم النفس التجريبي، ترجمة د.خليل ألبياتي، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، مطابع دار الحكمة للطباعة والنشر.
- ٢- بوجيو، جون (١٩٩٣): استراتيجيات التشخيص لما بعد الأزمة، الحلقة النقاشية الأولى، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.
- ٣- بيك ، ارون (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى ، مراجعة غسان يعقوب ، ط١، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت .
- ٤- حب الله ،عدنان (٢٠٠٦): الصدمة النفسية ، إشكالها العيادة وأبعادها الوجودية ، ط١، دار الفارابي ، بيروت ، لبنان.

- ٥- دانييل جولمان (١٩٩٠) الذكاء العاطفي، ترجمة ليلي الجبالي سلسلة عالم المعرفة العدد (٢٦٢) و الكويت
- ٦- ديرجروف، اثلي (٢٠٠٢) : ردود الفعل التي تعقب الخبرات الصادمة نفسيا والفقء، ترجمة وتعريب زهير زكريا، مركز علم نفس الأزمات، بيرغن - النرويج.
- ٧- سفيان نبيل (٢٠٠٢) المختصر في الشخصية والارشاد النفسي، جامعة تعز، كلية التربية.
- ٨- الصفار، رفاه محمد علي: (٢٠٠٢) الافكار اللاعقلانية لدى المدرسين وعلاقتها بالجنس والتخصص ومدة الخدمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية - ابن رشد، جامعة بغداد.
- ٩- الطيب، محمد عبد الظاهر، محمد عبد العال: (١٩٨٩) الافكار اللاعقلانية لدى عينة من طلاب الجامعة وعلاقتها بالجنس والتخصص الاكاديمي، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ج١، مصر.
- ١٠- عبد الخالق، أحمد وآخرون (٢٠٠٠) : الاضطرابات التالية للأحداث أصدومية دراسة ابيدومولوجية، ط ١، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.
- ١١- عبد الله ، د. محمد قاسم (٢٠٠٤) : سيكولوجية الذاكرة ، قضايا واتجاهات حديثة ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت .
- ١٢- عزة، سعيد حسني، جودت عبد الهادي (١٩٩٩) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، مكتبة الثقافة الأردن.
- ١٣- العطراني، سعد سابط جابر (١٩٩٥) : عقابيل التعرض للشدائد النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوائل لمحيطه به، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية (رسالة ماجستير غير منشورة).
- ١٤- فايد ، حسين علي (٢٠٠١) : الاضطرابات السلوكية - تشخيصها - أسبابها - علاجها، ط ١، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- ١٥- الكبيسي، ناطق فحل جزاع (١٩٩٨) : بناء مقياس لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، بغداد.
- ١٦- كمال، علي (١٩٨٣) : النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، بغداد، دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع، ط ٢.
- ١٧- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠) العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات دار الرثاء القاهرة

١٨- مكتب اليونيسيف الإقليمي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (١٩٩٥) : مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية دليل للعاملين الاجتماعيين والصحيين ولمعلمي مرحلة ما قبل المدرسة، ترجمة زهير زكريا، عمان، الأردن. في الخيلاني، كمال محمد (٢٠٠٨):الالم الاجتماعي وعلاقته بالذاكرة الصدمية والاختافات المعرفية) اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الاداب جامعة بغداد.

١٩- ملا طاهر، شويو عبد الله: (١٩٩٥) الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعات وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب التعامل معها، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.

٢٠- نصار، كرسنتين (١٩٩٨) اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، بيروت، لبنان.

21- American Psychiatric Association (APA) (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), A.P.A., Washington D.C.

22- Bessel, A. van der Kolk, James, W. Hopper., Janet E. Osterman, (2001): Exploring the Nature of Trumatic Memory Compining Clinical Knowledge with Laboratory Methods, Haworth Press.

23- Corey, C. (1991): Theory & Practice of counseling, (3Ed), California Brooks, Cole publishing company pacific, U.S.A.

24- Davis, M. (1992): The role of the amygdale in fear and anxiety. Behavior Research and Therapy, 24.

25- De Kloet ,, E.R., Oitzl, M.S., (1993): Functional implications of brain corticosteroid receptor diversity .Cellular and Molecular Neurobiology, 13.

26- EHUD, etal, MD, Yael Caspi, ScD, MA, Sharon Gil, PhD, (2003): The Relation Between Memory of the Traumatic Event and PTSD: Evidence From Studies of Traumatic Brain Injury. Can J Psychiatry, Vol 48, No 1.

27- Flaherty, J. & others (1991) : Psychiatry Diagnosis and Therapy, Appleton & Lange, America.

28- Gams, C. Hansen & Stivic Rard, W. (1983): Counseling Theory and process, (3ed). U.S.A.

- 29- Gelder. M., Cath. D., Mayou. R., Cowen. P(1996): Oxford Text book of psychiatry, New York, 3rd Ed.
- 30- Corey,G.(1990):Theory&Practice of counseling (3ed) California Books,Cole publishing company pacific
- 31- Hasford,Ray, etal(1984)Toward perception in counseling:problems and prospect,in Steven,D,Brwns,w- lent(Eds)Handbook of counseling Psychology, Ganada John Welly Sons,Ine.
- 32- Horowitz. M. (1980): Psychological response to serious life event. In: Hamilton & D. warburton (Eds.): Human stress and cognition. New York: Wiley & sons.
- 33- Horowitz M, Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W. (1988): Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry;37.
- 34- James,C.Hansen&Stivic Rard,W(1983) counseling Theory and process(3ed),U.S.A
- 35- Janis,I.L.(1982):Decision making under stress .In L,Goldberger & S,Breznitz (Eds), Hand book of Stress: Theoretical and Clinical Aspect (PP.69-87).New York :Free Press.
- 36- Jones,S,R.(1983): Practice counseling skill,psychological skills approach for the helping profession for voluntary , counselor ,E.B.Holt ,Rinchart& Winston,London.
- 37- Kaplan. H., Sadock. B(1999):Comprehensive text book of Psychiatry, Sixth edition, williams & Wilkins America.
- 38- Kim,J.J & Fanselow, M.S(1992):Modality specific retrograde amnesia of fear,Science,256.
- 39- LeDoux, J. (1996): The emotional brain. New York: Simon & Schuster.
- 40- Litz, B.T.& Keane, T.M. (1989): Information Processing in anxiety disorder application to the understanding of the PTSD. Clinical Psychology Review. q(2).
- 41- McNally R. (1998):Experimental approaches to cognitive abnormality in posttraumatic stress disorder. Clin Psychol Rev;18.
- 42- Miller, Thomas (1995): An up date on PTSD : Directions in clinical psychology, Vol.5, No.8.
- 43- Okun,B,(1982)Effective helping:Interviewing&counseling Techniques,(2 ed) monterey books cole publshing,company,California.

- 44- Okun,B.(1982).Effective helping: interviewing&counseling techniques,2ed monterey book cole publishing company Californian.
- 45- Rees, L. & et.al.(1997) : Text Book of Psychiatry, 1st ed., Oxford University Press, Inc., New York.
- 46- Ross, C. A. (1997): Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features and treatment of multiple personality. (2nd ed.). New York: Wiley.
- 47- Sandra L.Bloom,M,D, (1999):Trauma Theory Abbreviated ,www.sanctuaryweb.com.
- 48- Thomas, K. G .F, Laurance H.E., Jacobs ,W.J.& Nadel ,L . (1995):Memory for traumatic events :Formulating hypotheses and experiments.Traumatology,1:2.
- 49- Winer,B,(1971):Statistical principles in experimental design. 2ed. McGraw-hill, New York.

