

## فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة PTSD

## Effectiveness of cognitive therapy based on Mindfulness in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)

رآفات أحمد أحمد\*

جامعة دمشق (سوريا)، [kristinebity@yahoo.fr](mailto:kristinebity@yahoo.fr)

تاريخ الاستلام: 2019-06-15

تاريخ القبول: 2019-09-19

تاريخ النشر: 2019-10-12

**ملخص:** توجّهت هذه الدراسة لمعرفة فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة ما بعد الصدمة أو ما يسمى أيضاً في بعض أدبيات الطب: اضطراب الشدة التالي للرض. تم تطبيق برنامج علاجي من إعداد الباحثة متضمن لتقنيات العلاج المعرفي وتقنية الوعي الكامل La pleine conscience التي تحدث بها زيندل وسيجال ( Zindel et Segal, 2006 ) على عينة من المرضى المراجعين لإدارة الخدمات الطبية التابعة لوزارة الداخلية السورية وتم اختيار نموذج حالة لتوضيح آلية تطبيق التقنيات ونتائج تطبيقها. استخدمت مقاييس: بيك 21 للاكتئاب ومقياس الصحة النفسية المعدل R-SCL-90 لتقييم التغيير في حالة المريض في تطبيقين قبلي وبعدي. أظهرت النتائج فاعلية العلاج المعرفي بالوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للرض حيث تراجعت أعراض الاضطراب وعاد المريض لحياته اليومية وعمله بعد أن كان قد اعتزلهما.

**الكلمات المفتاحية:** علاج بالوعي الكامل؛ علاج المعرفي؛ اضطراب الشدة التالي للرض PTSD.

**Abstract:** This study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. A therapeutic program, including cognitive therapy techniques and mindfulness technique, (Zindel et Segal, 2006) was implemented on a sample of patients who visited the Department of Medical Services of the Syrian Ministry of the Interior. A case model was chosen to illustrate the mechanism for applying the techniques and obtained results. The Beck 21 depression scales and the R-SCL-90 Mental Health Scale were used to assess the change in the patient's condition in two pre- and post-applications.

The results showed, the effectiveness of cognitive therapy of Mindfulness in the treatment of post-traumatic stress disorder. Where the symptoms of the disorder decreased, and the patient resumed his daily life.

**Keys Words:** Therapy of Mindfulness؛ Therapy cognitive؛ PTSD

## 1- مقدمة

يُعد العلاج المعرفي بالوعي الكامل Cognitive أو La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience أو Mindfulness therapy base d مرحلة متطورة ومهمة من مراحل العلاج المعرفي، إذ يمثل المرحلة التي لها علاقة بدراسة الترابط بين الشعور والفكرة.

يعود هذا العلاج بجذوره الى الفلسفات المنحدرة من مجموعة الثقافات الشرقية المتعلقة بالتأمل، لذلك فإنه يخرج عن النطاق التقليدي للعلاج المعرفي المتمثل في تطبيق تقنيات معرفية لاستخراج الفكرة اللامنطقية المسيطرة والكامنة في تفكير الفرد والتي تقوده لأنواع من السلوك اللاتكيفي، كما يختلف عن عملية تطبيق تقنيات سلوكية تهدف إلى تعديل السلوك في ضوء التغيير المعرفي الذي حصل، من هنا تنبثق أهمية الخوض في هذا المضمار، مضمار الربط بين العلاج المعرفي وتقنية الوعي الكامل لا سيما وأنه لم يتم التطرق في العالم العربي لمثل هذا النوع من الربط على الرغم من تعدد الأبحاث التي تتناول فعالية العلاج بالوعي الكامل وفعالية العلاج المعرفي السلوكي كلاً على حدة، وعلى الرغم من وجود أبحاث تتناول هذا الربط على مستوى العالم.

كان أول من تطرق لهذا النوع من البحوث هو Kabat\_Zinn (1994، 1992، 1986، 2003) حيث وضع برنامج عملي تطبيقي للعلاج المعرفي بالوعي الكامل أطلق عليه اسم برنامج خفض الشدة النفسية القائم على الوعي الكامل (Mindfulness-Based Stress Reduction MBSR) ليعقبها برنامج (MBCT) العلاج المعرفي بالوعي الكامل لتوقع الانتكاس لدى مجموعة من مرضى الاكتئاب الذين تعافوا منه والذي وضعه مجموعة من العلماء الفرنسيين (Zindel et Segal, 2006)، والذي اعتبره Cottraux (2007) تطوراً مرحلياً ومعرفياً عن برنامج MBSR.

## 2. مشكلة الدراسة:

في ظل الحرب الكونية التي تُشن ضد سوريا، سجّلت الأقسام النفسية في المشافي الحكومية تزايداً في أعداد المراجعين الذين تم تشخيصهم كمصابين باضطراب الشدة ما بعد الصدمة أو التالي للمرض، إضافةً لغيرها من الاضطرابات النفسية العصابية (حسب سجلات المشافي الحكومية المسجلة والتي اطلعت عليها الباحثة)، برزت أهمية البرامج العلاجية القائمة على النوع المعرفي لمساعدة المرضى في العودة الى التكيف مع حياتهم اليومية المعتادة.

ونظراً لافتقار أدبيات العلاج النفسي في سوريا بل وتكاد تنعدم البرامج العلاجية الواضحة المعالم والخطوات التي يمكن للطبيب أو المعالج النفسي استخدامها مع المرضى العصبيين، توجهت الباحثة لإعداد برنامج علاجي معرفي قائم على الوعي الكامل، يمكن للباحثين اعتماده لاحقاً لعلاج اضطراب الشدة ما بعد الصدمة ليكون بذرة أولية لأعمال لاحقة تغني المكتبة العربية ببروتوكولات علاجية تكون -إن لم نقل موحدة- مستندة في مراحل تطبيقها الى مبادئ عالمية موحدة للعلاجات النفسية المعرفية.

بناءً على ما سبق، يمكن تحديد مشكلة البحث من خلال السؤال التالي:

- ما هي فعالية العلاج المعرفي المستند الى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للرض PTSD؟

## 3- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هذه الدراسة بما يلي:

1. يُسجل للمرة الأولى في أدبيات العلاج النفسي في كلية التربية في سوريا وفي الدول العربية، دمج تقنيات العلاج المعرفي مع تقنية الوعي الكامل Mindfulness، بعدما قامت الباحثة باستخدام هذا الدمج في رسالتها لنيل درجة الدكتوراه في فرنسا/جامعة مونبلييه الثالثة ودرست فاعليته في علاج مرضى فقدان الشهية العصبي.
2. تعد هذه الدراسة أول دراسة في سوريا يتم فيها شرح طريقة الرءات الأربعة 4R، وأول دراسة يتم فيها استخدام بروتوكول التحليل الوظيفي للحالة بشقيه الآني والتاريخي للعمل على دحض الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأخرى منطقية عقلانية.
3. يتم للمرة الأولى تطبيق العلاج المعرفي بالوعي الكامل على المرضى بشكل فردي (علاج فردي)، حيث أن جميع المحاولات التي سبقت هذا البحث تم تطبيقها بشكل جماعي (علاج الجماعي).
4. تقدم هذه الدراسة بروتوكولاً عملياً تطبيقياً، يمكن لأي باحث أو معالج تطبيقه لاحقاً مع المرضى لعلاج الأمراض العُصابية

## 4- الدراسات السابقة:

لم تسجل الأدبيات العربية دراسات تطبيقية تشمل تقنيات العلاج المعرفي مستندة الى ممارسة الوعي الكامل La pleine conscience أو Mindfulness في علاج الاضطرابات النفسية وإن كانت قد تعددت الأبحاث الخاصة بفاعلية الوعي الكامل Mindfulness أو La pleine conscience كتقنية علاجية مستقلة.

دراسة الضبع (2013) حول فاعلية الوعي الكامل أو اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب لدى طلبة الجامعات، هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة الارتباطية بين اليقظة العقلية أو الوعي الكامل وأعراض الاكتئاب النفسي ومدى فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاضطراب، تكونت العينة من أربع وعشرين طالب من كلية التربية في جامعة أسبوت، حيث تم تقسيمها الى مجموعتين ضابطة وتجريبية طبق عليها برنامج تدريبي على الوعي الكامل من إعداد الباحثين لمدة 18 جلسة تدريبية واستخدام مقياس بيك للاكتئاب، أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين المتغيرين كما أظهرت انخفاضاً واضحاً في أعراض الاكتئاب.

دراسة أبو زيد (2017) حول خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات نوات الشخصية الحدية لأحمد محمد أبو زيد، هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمداخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات، تكونت العينة من خمسة عشر طالبة تم توزيعهن في مجموعتين ضابطة ومؤلفة من سبع طالبات وأخرى تجريبية ضمت ثمان طالبات، استخدمت في هذه الدراسة قائمة أعراض الشخصية الحدية النسخة المختصرة BSL-23 إعداد بوهوس Bohus (2009) واستبيان اليقظة العقلية العوامل الخمسة من إعداد باير (2006) Baer ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي من إعداد جراتز Gratz (2004) وبرنامج التدريب على اليقظة العقلية من إعداد الباحث، تكون البرنامج من ست عشرة جلسة تدريب تم التوصل من خلالها الى فاعلية اليقظة العقلية في خفض صعوبات التنظيم الإنفعالي لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة.

على صعيد الدراسات الأجنبية التي تتناول فاعلية الدمج بين تقنيات العلاج المعرفي والوعي الكامل (La pleine conscience) في مجال الاضطرابات النفسية هي أيضاً نادرة، على الرغم من تعدد وتنوع الدراسات التي تناولت كل من الوعي الكامل والعلاج المعرفي كل على حدة.

دراسة سيجال Segal (2010) في هذه الدراسة تم تطبيق العلاج الدوائي على مئة وخمس وستين مريض اكتتابي لمدة ثمانية أشهر، شفي منهم أربع وثمانون مريضاً تم اخضاعهم لثلاثة أنواع من العلاجات: مجموعة العلاج الدوائي ومجموعة العلاج المعرفي بالوعي الكامل ومجموعة العلاج الوهمي، كما تم التمييز مسبقاً بين المرضى من خلال تقسيمهم لمجموعتين، تسعة وأربعون في المئة كانوا من المرضى الذين لديهم حالة شفاء مستقرة وواحد وخمسون في المئة من الذين لديهم حالة شفاء غير مستقرة، أظهرت النتائج أن معدل الانتكاس لدى مرضى حالة الشفاء غير المستقر هي ثمان وعشرون في المئة بالنسبة للذين تلقوا العلاج الدوائي، وسبعة وعشرون في المئة بالنسبة للذين تلقوا العلاج المعرفي بالوعي الكامل بينما كان معدل الانتكاس للذين تلقوا العلاج الوهمي \_ أي لم يتلقوا أي نوع من أنواع العلاجات \_ واحد وسبعون في المئة لدى مرضى الشفاء غير المستقر، كما أظهرت النتائج أن تطبيق العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائي، يقدم نتائج متوقعة بالنسبة للمرضى الذين لديهم حالة شفاء غير مستقرة، إضافة إلى أن العلاج المعرفي يمكن أن يقدم فوائد مماثلة للتي يقدمها العلاج الدوائي بالنسبة لهؤلاء المرضى.

دراسة أحمد Ahmad (2012) رسالة دكتوراه غير منشورة في مخبر EPSILON جامعة مونتريال الثالثة حول فعالية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج مريضات فقد الشهية العصبي (Anorexia)، تألفت العينة المشاركة في الدراسة من ست عشرة مريضة مقيمة في مستشفى Saint Vincent de Paul، ضمت العينة التجريبية ثمان مريضات خضعن للعلاج الدوائي إضافة لبروتوكول للعلاج المعرفي المستند للوعي الكامل من إعداد الباحثة استندت فيه إلى مبادئ الوعي الكامل La pleine conscience، وتقنيات إعادة البناء المعرفي لدى المريض، استخدمت الباحثة في رسالتها مقياس بيك للاكتئاب 21 ومقياس لمركز الضبط إضافة إلى: مقياس ما وراء البنى المعرفية Questionnaire de Méta- cognition لقياس التغيرات المعرفية الحاصلة لدى المرضى، كما تم تطبيق مقياس الاضطرابات الغذائية Inventaire de troubles alimentaires لرصد وجود أعراض الاضطراب، أظهرت النتائج تحسن لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب ومقياس أعراض الأوركسيا مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما سجلت المجموعة التجريبية تغيراً في مركز الضبط لدى المرضى عقب تطبيق العلاج (كان خارجياً أضحى داخلياً)، وانخفاض في وجود الأفكار المعرفية المسبقة لدى المرضى.

دراسة تيزدال وآخرون Teasdale & al (2000) ودراسة تيزدال Teasdale (2004) كانت الدراسة الأولى دراسة سريرية لمرضى الاكتئاب، والثانية دراسة تتبعية مكررة، أظهرت النتائج أن المرضى الذين عرفوا سابقاً ثلاث هجمات اكتئابية على الأقل، والذين كانوا يشكلون تقريباً ثلاث وسبعون في المئة من المشاركين والذين تلقوا أربع جلسات علاجية على الأقل سجلوا انخفاضاً ملموساً في معدل الانتكاس في حين كانت الانتكاسات للأفراد الذين تلقوا العلاج الدوائي الاعتيادي ثلاثاً وسبعون في المئة بينما للذين تابعوا العلاج بواسطة ال TCBPC: La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل كان معدل الانتكاس فقط ستاً وثلاثين في المئة.

دراسة بوندولفي Bondolfi (2010): استهدفت هذه الدراسة أثر العلاج المعرفي بالوعي الكامل لدى عينة من المرضى الاكتئابيين وعددهم ستون مريضاً من الذين كان لديهم في السابق ثلاث هجمات اكتئابية على الأقل والذين وصلوا إلى حالة شفاء مستقرة، تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: ضابطة (ثمان وعشرون مريضاً) تتلقى العلاج الدوائي كمتابعة بعد العلاج لمنع الانتكاس، ومجموعة تجريبية (ثمان وعشرون مريضاً) تتلقى العلاج الدوائي إلى جانب العلاج المعرفي بالوعي الكامل، استُخدم في هذه الدراسة مقياس الاكتئاب لـ Montgomery-Asberg ومقياس بيك للاكتئاب Beck-II إضافة إلى المقابلة الاكلينيكية مبنية وفقاً لـ: DSM-IV، أظهرت النتائج فعالية العلاج المعرفي في إطالة الفترة الزمنية السابقة للانتكاس لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، حيث كانت أطول بخمسة عشر شهراً.

## 5. المصطلحات الإجرائية للدراسة:

- A. العلاج المعرفي:** يقصد به في هذا البحث مجموعة التقنيات المعرفية التي يتم استخدامها لدحض الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية ومنطقية وهنا استخدمت الباحثة تقنيات العلاج المعرفي المتمثلة ب: التحليل الوظيفي، جدول بيك تقنية مع/ضد، تقنية فوائد/عدم فوائد:
- 1\_A التحليل الوظيفي:** حيث استخدمت الباحثة شبكة سيكا (Grille SECA) كنموذج مطروح من قبل كوترو Cottraux (1995) والذي يتضمن قسمين مكملين لبعضهما البعض غير منفصلين، يختص الأول بالعناصر الآتية للسلوك المشكل، بينما يتعلق الثاني بالعناصر التاريخية له.
- 1\_1\_A التحليل الوظيفي الآني ويشمل:**
- S.** الموقف أو الحدث حيث يشعر المريض بأعلى درجات الانزعاج.
- E.** المشاعر لحظة حدوث الموقف.
- C.** المعارف أي الأفكار التي تمر في الفكر لحظة حدوث الموقف أو حتى لحظة توقعه.
- A.** التوقع لدى المريض عقب حدوث الموقف لأول مرة.
- 2\_1\_A التحليل الوظيفي التاريخي ويتضمن:**
- i. معطيات بنيوية ممكنة: قد تكون مرض جيني أو مرض في الشخصية.
  - ii. عوامل تاريخية (قديمة) مُحافِظة على السلوك غير التكيفي.
  - iii. عوامل محرّضة للسلوك المرضي.
  - iv. حدث سابق مباشرة للسلوك المرضي.
  - v. مشاكل أخرى (إعاقات، مشكلات زواجية).
  - vi. معالجات سابقة دوائية نفسية.
  - vii. أمراض جسدية.
- 2\_A جدول بيك:** استخدمه بيك Beck عام 1979، يتألف من خمسة أعمدة اختصره لاحقاً لثلاثة فقط مخصصة لاستخراج الأفكار اللامنطقية الأتوماتيكية التي يؤمن بها المريض مع تحديد نسبة المشاعر السلبية المرافقة ليُصار إلى إيجاد الأفكار البديلة التي يمكن أن تحتل مكانها في البناء المعرفي الجديد الذي يقدمه هذا الجدول هو إمكانية تحديد المريض قوة الأفكار اللامنطقية لديه وقوة المشاعر السلبية المترافقة من خلال تسجيل النسبة المئوية لقوة حضورها في لحظة ما، ومقارنة نسبة الهبوط أو الإرتفاع لتلك النسبة.

**A\_3 تقنية (مع / ضد):** تُستخدم هذه الطريقة لمساعدة المريض على إيجاد البديل المنطقي لأفكاره اللامنطقية حيث يتم تسجيل الأفكار المتحصّل عليها من عملية التحليل الوظيفي، ومن ثم يُطلب إلى المريض البحث عن دليل صدق وقوة هذه الأفكار وتسجيل ما توصل إليه في حقل مستقل، ليقابله في حقل آخر مجموعة أفكار تدحض ما تم تسجيله كأفكار لا منطقية.

**A\_4 تقنية (فوائد / عدم فوائد):** تقوم على ذات المبدأ للتقنية السابقة من حيث تسجيل الأفكار اللامنطقية في حقل مستقل، ولكن هنا نطلب إلى المريض البحث عما يمكن أن يجنيه من فوائد جزاء اعتناقه للفكرة اللامنطقية ومن ثم البحث عن عدم فوائد أو أضرار اعتناقه لها مقابل تخليه عنها، هنا تعنى هذه التقنية بالنتيجة وليس السبب كما هو الحال في التقنية السابقة (مع / ضد) (Cottraux, 2001).

**B. اضطراب الشدة ما بعد الصدمة أو اضطراب الشدة التالي للرض:** يُقصد به في هذه الدراسة مجموعة الأعراض الموصوفة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس والتي كانت متوافرة بشكل نموذجي لدى المريض من قبيل التعرض للصدمة ورد الفعل الارتكاسي عليها، إضافة لسلوكيات التجنب والانطواء والقلق واضطرابات النوم والطعام.

**C. الوعي الكامل La pleine conscience أو الـ Mindfulness:** يقصد به في هذا البحث التقنية التي شرحها واستخدمها كاباتا زين (Kabat-Zinn, 2003)، والتي يمكن للمريض أن يفهمها ويمارسها من خلال تقنية مسح الجسد Body scan وتمارين إمساك الكتاب الذي يقوم على نفس مبدأ تمرين العنب التي تحدثت بها Segal et Zindel (2006).

## 6. الجانب النظري:

### 1.6\_ لمحة تاريخية عن تطور العلاج المعرفي:

جاء العلاج المعرفي بالوعي الكامل كنتيجة لثلاث موجات اجتاحت ميدان الطب النفسي وأدبيات العلاج النفسي، كان أولها الموجة السلوكية التي بدأت مع أعمال سكنر Skinner (1957) في خمسينيات القرن الماضي، والتي قام من خلالها بالتحليل التجريبي للسلوك عن طريق دراسة المعززات القادمة من الخارج، حيث اعتبر أن الدوافع والمشاعر وردود الأفعال الفيزيولوجية، إضافة للأفكار والمعارف ليست سوى نتيجة لمعززات تطرأ من الخارج أثناء حدوث الموقف، يتضح لنا جلياً هنا قصور هذه النظرة للسلوك البشري المعقد والتي تغيب تماماً دور الأفكار والمشاعر والأحاسيس في تشكيل السلوك الإنساني وتقصره على حالة خارجية مرتبطة بالمعزز الموجود لحظة الخبرة، عقب ذلك توسعت الأعمال في مضمار التعلم والسلوك لنراها تنعكس في أعمال باندورا Bandura (1977)، حيث اقترح أنموذجاً بديلاً قائماً على التعليم الاجتماعي، الذي يأخذ بعين الاعتبار قدرات الإنسان وبناءه المعرفية للتحكم بالموقف وإدارته، مما يسمح له بتطوير مشاعره، هذا النموذج يأخذ ولا شك بعين الاعتبار دور المشاعر في التكيف مع المواقف الجديدة.

وصحيح أن المدرسة السلوكية وفق سكينر قد تعرضت لانتقاد شديد لإهمالها دور المشاعر، إلا أن جوزيف وولبي Josef Wolpe (1975) قدم شروحات وافية عن دور المشاعر في ردود فعل الانسان واستجاباته بالانطلاق من الإشراف الكلاسيكي البافلوفي المستند الى النظام العصبي اللاإرادي بينما استند الإشراف السكينري على الإجابات الارادية.

جاء بعده هانز آيزنك Hans Eysenck (1976) الذي درس الإشراف البافلوفي وشرح كيف يمكن تأسيس استجابات نفسية مشاعرية\_ أي قائمة على المشاعر\_ غير متكيفة بمجرد مواجهة واحدة مع مثير مزعج وهذا ما أسماه "خطوات الحضانة"، أي الوقت اللازم لحضانة مشاعر سيئة لإخراجها لاحقاً على شكل ردود أفعال غير متكيفة، وبناء عليه طرح آيزنك (1976) فك الإشراف لهذه الاستجابات غير المتكيفة كطريقة فعالة في المعالجة النفسية (Cottraux, 2007).

في خضم البحث السلوكي للعلاجات النفسية انبثقت المدرسة المعرفية في العلاج النفسي، فحسب دوبري Debray (2001) فإن الأب الروحي المؤسس للعلاج المعرفي هو كيلي Kelly (1950) الذي رأى أن العالم الحقيقي ليس موجوداً بالنسبة لكل شخص إلا من خلال مصفاة شخصية تعمل ك(فلتر) يقوم الفرد من خلاله بصياغة فرضيات منتقاة من التوقعات والتنبؤات انطلاقاً من نظام التصنيف والبنى المعرفية للشخصية. فعندما يصبح البناء المعرفي عند الشخص غير كافٍ وبجاجة لإعادة تحديث، تصبح المفاهيم حول العالم الحقيقي غير متلائمة ويظهر القلق والاكتئاب ومجموعة الآليات الدفاعية للشخصية، هنا بالضبط يتوقع الفرد حول معتقدات قديمة وبدائية تقود بدورها إلى الاضطرابات النفسية.

انطلاقاً من ذلك كله، فإن الأصل في اضطرابات الشخصية لا يجب البحث عنه ابتداءً من صدمات الماضي كما هو الحال في التحليل النفسي، وليس ابتداءً من المثيرات الخارجية كما هو الحال لدى السلوكيين ولكن انطلاقاً من التفاعل بين المفاهيم الشخصية للفرد والعالم الحقيقي الموجود (Debray, 2001).

جاء ألبرت أس Albert Eliss في نهاية الخمسينات (1957) و (1958) ليعتبر أن الفرد بناء كلي ينظم مفهومه عن العالم من حوله انطلاقاً من أحكام يعيشها داخلاً أكثر من الحدث نفسه، هذه الأحكام تأخذ طابع المعتقدات اللاعقلانية، وبناءً عليه وضع أس نظريته الشهيرة في العلاج العقلاني. (Eliss, A. B. C. D. E, 1958).

جاء بعد أس، كارل روجرز ليؤسس العلاج المتمركز حول العميل حيث تأخذ العلاقة العلاجية أهمية خاصة. في بداية الستينات كانت أول معالجة معرفية للاكتئاب اقترحت من قبل آرون بيك Aron Beck ليأتي تحقيق خطواتها العلمية والعملية في السبعينات، بيك تحول سريعاً من مصطلح البناء المعرفي إلى مصطلح المخططات المعرفية (Schémas) (Mehran, 2010).

في نهاية السبعينات طرح باندورا Bandura (1977) نظريته القائلة بأن تغيير السلوك يتضمن حتماً تغييراً معرفياً، ومن أجل تغيير السلوك لا بد من العمل على المستوى المعرفي.

في مرحلة الثمانينات إلى منتصف التسعينات، طرح هانز رؤية جديدة في المعالجة المعرفية أسماها استراتيجيات السياق أو الخبرة حيث تحدث في أن معاً عن العلاج بالقبول والانخراط والعلاج بالوعي الكامل.

بالنظر إلى الفرق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل هو أن الهدف الرئيسي للوعي الكامل في اللحظة الراهنة يتعلق أكثر بتغيير اتجاهات الفرد حيال محتوى تفكيره كما يخبره ( هنا والآن)، وليس فهم أو تحليل أو محاولة تغيير محتوى الأفكار كما في العلاج السلوكي المعرفي، إذاً العلاج المعرفي

المستند إلى الوعي الكامل يعزز فهم الذات وتقبلها بشكل كلي، من خلال تطبيق تقنيات العلاج المعرفي مستنداً إلى فهم ومعرفة المشاعر التي يعيشها الفرد والتي خبرها في اللحظة الراهنة أكثر من كونها معرفة قائمة على تحليل الأفكار أو استدلالها أي معرفتها من خلال التعرف عليها (Forgas, 2000).

## 2.6\_ المقصود بالوعي الكامل: Mindfulness أو La Pleine Conscience

قبل أن نخوض في المعنى العلمي السيكولوجي لمصطلح La pleine conscience لا بد أن نتطرق إلى ترجمة المصطلح في اللغة العربية، حيث يقوم بعض الباحثين باستخدام مصطلح "اليقظة العقلية" كترجمة واحدة لمصطلحي Mindfulness أو La pleine conscience إلا أن هذه الترجمة لا تصف حقيقة ما تتضمنه عملية العلاج وفق تقنية Mindfulness أو La pleine conscience.

استخدمت كلمة Mental لإعطاء صفة العقلية للكلمة المراد وصفها مثلاً: البنية العقلية Mental structure الحياة العقلية Mental life، إذ ليس من الصحة أن يتم ترجمة Minfulness باليقظة العقلية لا سيما أن المدرسة الفرنسية ترجمت هذا المصطلح إلى La pleine conscience أي الوعي الكامل، أضف إلى ذلك فإن ترجمة اليقظة في قاموس المعاني عربي \_ انكليزي : Vigilance، Vigilatism أما مصطلح عقلي فكان Mentality.

من ناحية أخرى، ورد في قاموس اكسفورد الجزء الثاني ترجمة لمصطلح Mindfulness: تركيز أو ذهن وبالتالي لم تعتمد المدرسة الفرنسية الترجمة الحرفية لـ Mindfulness بل ما يمكن أن يشتمل المصطلح من عمليات علاجية مثل التركيز La concentration ومصطلح الـ Pleine conscience يشمل التركيز الآني في اللحظة الراهنة لذلك اعتمده كترجمة لمصطلح الـ Mindfulness (Oxford, 2015).

يتعلق هذا المصطلح بمجموعة من التقنيات التي تم استلهامها بشكل رئيسي من الممارسة البوذية المتمركزة حول جرعة الوعي لدينا، وعلاقته الأتوماتيكية بعدد من المشاعر والسلوكيات غير المرغوبة أو السامة الأخذة بالنمو في لحظات مختلفة من حياتنا (Zindel, 2010).

يمثل الوعي الكامل المرحلة الثالثة من مراحل العلاج المعرفي السلوكي بعد الموجة السلوكية في الستينات والموجة المعرفية في الثمانينات، لتأتي هذه الموجة المتعلقة بالمشاعر والانفعالات، حيث تم وبطريقة دقيقة دراسة عدم الانتظام الشعوري \_ وكلمة شعوري هنا متعلقة بالمشاعر والأحاسيس \_ الملاحظة بشكل خاص في اضطرابات القلق والاكتئاب (Philipot, 2004).

لقد عرّف كابا زين Kabat-Zinn (2003) حالة الوعي الكامل بأنها حالة من الوعي ينتج عن تركيز الانتباه على الخبرة التي تمر في اللحظة الراهنة دون الحكم عليها، كما عرفها فونتن Fontaine (2007) بأنها معالجة تستند إلى التنظيم الذاتي يقوم فيها المريض بتثبيت تركيزه على الخبرة الداخلية والخارجية التي تدور في اللحظة الراهنة دون أي حكم أو تقييم التركيز في هذا النوع من المعالجة ليس مجرد انتباه، بل تلقّي كل ما يمر في الفكر حول الخبرة الحالية، مع تطوير اتجاه ما حياله، وهذا الاتجاه ليس تقييماً أو نقداً بل هو اتجاه تقبل لهذه الخبرة بأوجهها السلبية والإيجابية.

أما كوترو Cottraux (2007) فقد اعتبر المعالجة بالوعي الكامل (MBCT) تطوراً نوعياً مهماً عن برنامج (MBSR)، الذي هو عبارة عن برنامج لتوقع الانتكاس لدى مرضى الاكتئاب نُظِم هذا البرنامج على ثمان جلسات اسبوعياً على عشرين إلى ثلاثين شخص مدة الجلسة بين ساعتين وساعتين ونصف، الجلسة السادسة كانت عبارة عن يوم كامل من تمرين التركيز إلا أن كوترو Cottraux لا يعتبر هذا البرنامج معالجة مستقلة ولكن كمقاربة شخصية تستند إلى القدرة الإنسانية لإدارة المشاعر.

يؤكد هايز Hayes (2004) أن تقنية العلاج بالوعي الكامل (La pleine conscience) ليست فقط وسيلة علاج، إنما هي أيضاً طريقة مستدامة لتغيير العلاقة مع الذات والعالم المحيط بواسطة تغيير الذات وتغيير المحيط (Hayes, 2004).

كما تمثل هذه التقنية مقارنة جديدة للاضطرابات الفيزيائية كالكسري والضغط المرتفع هنا لا نبحث عن السبب فقط، وإنما نجد أيضاً طرق لمنع الحساسية النفسية من تحطيم أو منع استمرارية الحياة، هي إذاً مقارنة تساعد فيها المريض على تحسين حياته وعلاقته مع جسده بشكل عام، وليس فقط العمل على تقليل الأعراض (2003, Brown).

إذاً يستند هذا الاتجاه في العلاج على كيفية الانتباه لكل اللحظات بدون اطلاق الاحكام حول ما يجري في اللحظة الراهنة في الوعي، حيث تبدأ الخطوة الأولى على أربع جلسات عادةً من البرنامج العلاجي، حيث يتم الانتباه على ما يجري في الحياة اليومية، أولاً يتم التدريب على كيفية انتقال الفكر من التركيز من موضوع إلى موضوع آخر، بعد ذلك يتم تعليمهم التركيز على نقطة واحدة من خلال التركيز على عضو واحد من الجسد مع تعلم التنفس، بعد ذلك يتم تعليم المشاركين أن يصبحوا واعين ومنتبهين ومركزين على الاحساسات السلبية، منذ اللحظة التي يصبح فيها الشخص واعٍ لهذه الجوانب التي ذُكرت، يستطيع المريض استخدام العلاج المعرفي بالوعي الكامل لملاحظة تغييرات المزاج ومن ثم يحاول التحكم بها مباشرة أو في وقت لاحق خارج الجلسة.

إن هذه الخطوة: "التحكم بحركة الفكر والمزاج في اللحظة الراهنة أو الانشغال بذلك في وقت لاحق"، تشكل المرحلة الثانية من مراحل العلاج بالوعي الكامل، حيث أن الجلسة الخامسة إلى الثامنة عادة تكون للسماح للمثابرة والأحاسيس والأفكار السلبية التي تطرأ في لحظة ما أن تكون حاضرة ومقبولة في هذه اللحظة (هنا والآن) قبل الانتقال للاستجابة لها وفق استراتيجية معرفية يتم اختيارها (Zindel, 2006).

### 3.6\_ مبادئ المعالجة بالوعي الكامل:

لخص (Kabat- Zinn, 2009) مبادئ العلاج المعرفي بالوعي الكامل كما يلي:

1. التركيز La concentration: أي القدرة على الاحتفاظ بالانتباه على نقطة ما في لحظة ما.
2. اليقظة/الوعي بالتفكير والمشاعر: لأن الوعي نفسه يزيل المصادر العقلية للتفكير السلبي غير الوظيفي.
3. الكينونة في اللحظة الراهنة: أي الوعي في اللحظة الراهنة.
4. القبول وعدم النفور: الحافز الذي يقوي التفكير الأتوماتيكي "اللامنطقي" هو اتجاه " النفور" المكوّن عند الشخص لذا تنمية اتجاه القبول يسمح لنا بتقبل الأوجه السلبية والإيجابية للخبرة دون أن نبقي مكبلين بالجانب السلبي للخبرة.

5. أتركها تمر: (أي دع الخبرة السلبية تمر بسلام في الوعي حالما تطراً لا تقف عندها) هذا المبدأ هو مفتاح تنافس الشخص مع نفسه لتجنب أن يكون مأخوذاً أو غارقاً بدائرة المشاعر السلبية غير المفيدة هذا المبدأ يمثل مرحلة مهمة من تجربة " مسح الجسد " Body Scan وكأن المريض يقوم بمسح ضوئي للجسد ومن الوعي بحالة التنفس في اللحظة الراهنة، فحين يصل الفرد لإتقان مبدأ التنفس ومبدأ التركيز على اللحظة الراهنة التي تمر بها المشاعر السلبية ويكون قادراً على الانتباه لحظة ورودها فهنا يستطيع أن يتركها تمر هكذا ببساطة أتركها تمر .

6. الكلمة التي تصف وضع المريض هنا " الكينونة" أكثر منها " الفعل" : إذا ما من عمل معين مطلوب من المريض كما هو الحال في الاسترخاء، ففي هذه العملية الأخيرة يُطلب من المريض أن ينتبه لحالة التوتر التي يعيشها، وللحالة التي يجب أن يصل إليها من الهدوء والاستقرار، ويقارن بينهما هذا التباعد بين الحالتين يخلق حالة من الشعور السلي والتوتر، فالمطلوب من المريض في حالة الاسترخاء استثارة مجموعة من الأفعال المتتابعة على مستوى الفكر والجسد من تأمل وتنفس وصولاً لحالة من الشعور الإيجابي ومحاولة الاحتفاظ بهذا الشعور والمزاج العالي قدر المستطاع في حيز الوعي، هنا يكون الفكر والروح والوعي منشغلين بالخبرات الماضية والانغماس بها ومنشغلين أيضاً بتهيؤات مستقبلية دون التركيز على الخبرة الحالية، أما في حالة الوعي الكامل المطلوب منه أن يكون واعياً في لحظة ما دون أن يعطي أي تقييماً أو حكماً أو فعلاً أياً كان .

7. أن يكون الفرد واعٍ لظهور مشكلة من نوع ما في الجسد لأن ذلك يعطي دلالة على اتجاه الفور وعدم القبول الذي كان المريض قد طوره في مراحل سابقة مما يعطي إمكانية لتغيير العادات الأتوماتيكية في التفكير (Zindel, 2006).

كل المبادئ السابقة يمكن تطبيقها بعد بناء علاقة مهنية مع المريض قائمة على التفهم والتعاطف والثقة المتبادلة ووعي المتعالج لأهمية دوره في العلاج لبناء هذه العلاقة قدم كينجي (Cungi, 2006) في كتابه L'alliance Thérapeutique نقلاً عن ميللر (Miller, 1992) شرحاً مفصلاً لطريقة الرءاء الأربعة 4R التي يمكن للباحث اعتمادها لبناء هذه العلاقة.

أنت تسمية هذه الطريقة من الأحرف الأولى المُشكَّلة للمفاهيم الأساسية التي تتضمنها على حد سواء في اللغتين الانكليزية والفرنسية وهي كالتالي:

#### i. العودة إلى السياق Recontextualiser:

يحاول المريض عادة في حديثه عن مشكلته أن يتحدث بشكل عام وأن يصف بشكل غير محدد وربما يحاول أن يبتعد عن المشكلة المحورية بقصد أو دون قصد فهنا يقصد بالعودة إلى السياق أي مساعدة المريض بإعادة التركيز في الحديث على مشكلته.

مثال(1)

المريض: "لن أستطيع الإكمال...أنا انتهيت ..حياتي كلها معاناة...مذ كنت صغيراً إلى الان وأنا أعاني.

المعالج: استخدمت مصطلح "الإكمال" ...ماذا تقصد بالضبط ... ما هو الشيء الذي لن تستطيع إكماله؟"

طبعاً العودة إلى السياق تتعلق بالتفاصيل اليومية الدقيقة التي يعيشها المريض حيث يطرح المعالج سؤاله انطلاقاً من حديث المريض حول ما يختبره ويعيشه المريض في مشكلته.

(2) مثال

المريض: "أشعر بالاختناق الشديد وكأنني سأموت".

المعالج: "ما هو الشيء الذي يجعلك تشعر بأنك تشعر بالاختناق؟"

العودة إلى السياق لا تشير إلى فهم المشكلة أو اكتشاف أشياء كانت غامضة، ولكن ببساطة تعني حمل المريض على التركيز على مشكلته من ناحية، ومساعدة المعالج على زيادة التعاطف مع ما يعيشه المريض في مشكلته.

(3) مثال

المريض: "باتت حياتي سيئة في كليتها...أضحت فارغة...لا أدري ما أفعل أو أين أذهب أو بماذا أتصرف...ابتعدت عن أولادي لا أستطيع العناية بهم..أخذت إجازة بلا راتب أريد الاختفاء...".

المعالج: "يتضح لي أنك تعيش فعلاً تجربة سيئة بتفاصيلها".

## ii. إعادة صياغة جمل المريض (Reformer):

يوجد ثلاثة أنواع من إعادة صياغة جمل المريض:

(1) التكرار أو طريقة الببغاء كما أسماها "Methode du Perroquet": حيث يقوم المعالج بتكرار جملة المريض كلمة كلمة ولفظاً لفظاً مع حركات وجه و تعابير متزامنة سواء تعابير حزن أو فرح الأمر الذي يجعل المريض محافظاً على تركيزه على المشكلة التي يعيشها أكثر من تركيزه على المعالج أو العلاقة العلاجية

(1) مثال

المريض: "أشعر أنني انتهيت أريد أن أموت أنا أيضاً".

المعالج (مع إيماءات حزن وحركات تعاطف للوجه والرأس): "تشعر أنك انتهيت وتتمنى الموت أيضاً".

(2) تحديد المصطلحات: تساعد هذه التقنية المريض الذي تعوزه الكلمات للتعبير أو الذي يخونه التعبير ولا يستطيع إيصال إحساسه لنا في كلمات أي مساعدة المريض على تحديد أفكاره والتعبير عنها.

يجب أن يكون المصطلح المستخدم في التعبير بسيطاً وقريباً جداً في معناه مما يقوله المريض عن مشكلته التي يعيشها، هذا الإجراء يترافق دوماً مع الطلب إلى المريض أن يؤكد لنا ما إذا كنا فعلاً قد ساعدناه في الوصول إلى التعبير الصحيح أو أنه فعلاً هذا ما قصده.

(2) مثال

المريض: " لا أعلم إن كان يجب أن أكذب أو أقول الصدق فيما أعانيه!"

المعالج: "أي تعيش حالة صراع بين أن تواجه نفسك حقيقة مرضك أو أن تتجاهل ما تشعر به؟" ( هنا تحديد مصطلح الصراع إضافة إلى طرح فرضية و هو ما نشرحه في التالي).

(3) طرح الفرضيات: أي أن يطرح المعالج فرضية على شكل سؤال يُشتق مما قاله المريض ويجب أن تكون الفرضية واضحة بسيطة مُحددة وأن نطلب موافقة المتعالج على ما طُرح في الفرضية.

(3) مثال

المريض: "أنا المسؤول عن كل ذلك...رفضت طلبها في السفر إلى الخارج..."

المعالج: "تريد القول أنك لو سافرت ما كان قد حصل ما حصل ووكنت قد تجنبت حادث وفاة زوجتك؟" ننتظر هنا قبول و رفض المتعالج لما تم طرحه في الفرضية فيما أن يوافق أو يرفض ويتابع معللاً وشارحاً.

### .iii التلخيص (Résumer):

يتم اللجوء إلى التلخيص:

- في بداية الجلسة العلاجية لتلخيص الجلسات السابقة.
  - في نهاية الجلسة الواحدة للوقوف عند أهم النقاط التي تم التطرق إليها في الجلسة.
  - في نهاية الجلسات التشخيصية وقبل البدء بالجلسات العلاجية يتم تلخيص المشكلة المعروضة وتحديد المشكلة وتحديد ردود فعل المريض على ما يعيشه ويمر به.
- يكون النظر إلى التلخيص هنا وكأنه إعادة صياغة موسع للمشكلة يُسمح فيها للمريض والمعالج معاً بالعودة لما قيل وُشرح في الجلسة وتحديد قائمة بالمواقف التي يمكن للمعالج أن يعمل عليها بالإتفاق مع المريض.

### .iv التعزيز (Renforcer):

يُستخدم التعزيز بغزارة في العلاجات المعرفية السلوكية وهو يتحدد بما يريد المعالج تطويره من سلوكيات لدى المريض أي أنه يزيد احتمالية تكرار سلوك نريده من المريض.

نمیزها هنا نوعين من التعزيز المُقدّم في الجلسات العلاجية:

□ تعزيز سلوك المريض: (ما قام ويقوم به في مواجهة حالته، تعزيز استراتيجياته التي طورها سابقاً في مواجهة ما يزعجه في حياته اليومية... الخ)

□ تعزيز شخصية المريض: بما يحمله من صفات أو ما طوره من صفات أو ما تخلّى عنه.

لا بد من الإشارة إلى أن التعزيز يختلف عن المديح والتشجيع المجاني الذين قد يزعجا المريض، ويؤديا أحياناً إلى انخفاض ثقة المريض بنفسه وبالمعالج (Gungi, 2006)

مثال (1)

المريض: حاولت قراءة القرآن لتهدأ نفسي وأُخرج مما أنا فيه.

المعالج: حاولت قراءة القرآن لتهدأ نفسك (تكرار جملة المريض) ... هذا جيد بالنسبة لي لأنه يعني لي كمعالج أنك لم تستلم لوضعك وتحاول أن تجد السبل الملائمة لمواجهة ما أن فيه (تعزيز صفات شخصية المريض).

## 4.6- اضطراب الشدة التالي للرض:

هو أحد الاضطرابات العصابية الواردة في الدليل التشخيصي الرابع ضمن محور اضطرابات القلق ويمكن تشخيصه من خلال توافر المحكات التالية:

- أ- تعرّض الفرد لرض صادم ونقول عن الخبرة أنها صادمة في حال توفر معيارين أساسيين أولهما: أن يتعرض الفرد في هذه الخبرة لتهديد بالموت له أو لأحد المقربين، وثانيهما أن تتصف استجابة الشخص للخبرة بالخوف الشديد تصل لدرجة العجز عن الإتيان بأي رد فعل حيالها.

ب- أن تعاود الخبرة الصادمة بإحدى الطرق: (أحلام مزعجة كوابيس، أحلام يقظة وفلاشات ذكريات توحى بتكرار الحدث الراض، الشعور بمعاناة نفسية استجابةً لمؤثرات خارجية أو داخلية توحى بالحدث الصادم).

ت- تكرار تجنب كل ما له علاقة بالحدث الراض حيث نجد ثلاثة معايير أو أكثر مما يلي:

- تجنب الأفكار والأشخاص والأمكنة التي لها علاقة بالخبرة الراضة.
- عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من جوانب الخبرة لراضة.
- تضاؤل ملحوظ بالاهتمام بأنشطة مهمة.
- الشعور بالانفصال عن الآخرين والابتعاد عنهم.
- تقلص الانفعال.
- تقلص أبعاد المستقبل.

د. أعراض استثارة مستمرة تتضح من خلال توافر اثنين أو أكثر مما يلي:

هـ. أن تستمر أعراض المعايير السابقة شهر على الأقل.

و. أن تسبب الأعراض الأنفة الذكر اختلال ملحوظ في العلاقات الاجتماعية والحياة المهنية للشخص (غانم, 2006).

## 7. الجانب التطبيقي:

### 7.1\_ منهج الدراسة:

دمجت الباحثة عدة مناهج متعارف عليها في الدراسات النفسية، حيث استخدمت المنهج شبه التجريبي في تحديد متغيرات البحث التابعة والمستقلة وتطبيق دمج التقنيات العلاجية وتجريب فعاليتها على المرضى، كما لجأت إلى المنهج الكيفي لدراسة وتحليل حالة المريض وشرح طريقة تطبيق التقنيات المعرفية إلى جانب تقنية الوعي الكامل La plein conscience أو الـ Mindfulness.

يستخدم المنهج الكيفي مجموعة من التقنيات لجمع بياناته كالمقابلة والملاحظة للقيام بالتحليل النوعي للدراسة، وقد يتم استخدام الاختبارات والاستبيانات ولكن استخدامها يأتي بغرض خدمة التحليل النفسي النوعي وليس بهدف القياس الكمي (Strauss, 1990).

أحد أشكال تطبيق المنهج الكيفي هو المنهج الكلينيكي في دراسة الحالات الفردية، حيث تستند الدراسة إلى مجموعة من المقابلات يُطبق فيها مجموعة اختبارات وبرامج علاجية لتحديد التشخيص الحالي والتغير الحاصل لاحقاً (لرينونة، 2015).

### 7.2\_ أدوات الدراسة:

1. استخدمت الباحثة بروتوكول علاجي تم فيه تطبيق الخطوات الآتية:

- مقابلات ابتدائية لتسجيل البيانات وبناء علاقة الثقة القائمة على التفهم والتعاطف باستخدام طريقة 4R
- مقابلات علاجية وتشمل:
  - i. التثقيف النفسي ويشمل التعريف والشرح للمريض عن مرضه وعن العلاج المعرفي وماهية الأفكار اللامنطقية ودورها في تعزيز المرض النفسي والإبقاء على أعراضه.

- ii. التحليل الوظيفي للحالة بشقيه التاريخي والآنّي.
- iii. تدريب المريض على تقنية الوعي الكامل أثناء الجلسة وفي المنزل حسب تمرين مسح الجسد Body Scan التي تحدث بها (Kabat-Zinn 1986) و (Segal et Zindel, 2006) وتشمل هذه التقنية مرحلتين أساسيتين:
- a. التمرين الأساسي الذي تتم ممارسته بتحديد وقت محدد يتراوح بين 20 الى أربعين دقيقة.
- b. التمرين غير الأساسي حيث يقوم المريض بممارسة الوعي الكامل في الحياة اليومية أثناء النشاطات المعتادة والتركيز على اللحظة الراهنة (هنا والآن) دون الانشغال بالماضي أو المستقبل.
- iv. تدريب المريض على دحض الأفكار اللامنطقية باستخدام تقنيات المعرفية.
- v. تدريبات معرفية منزلية يُكلف بها المريض لإنجازها من قبيل: ممارسة تقنية الوعي الكامل، انجاز جدول بيك، تقنية: فوائد/عدم الفوائد...الخ.
2. مجموعة من الاختبارات النفسية التي توضح مقدار التحسن الحاصل لدى المريض عقب انتهاء فترة تطبيق البرنامج والاختبارات المستخدمة هي:
- 1) مقياس بيك 21 للاكتئاب الذي قنن سامر رضوان النسخة المعربة منه المنشورة 1987 على البيئة السورية (رضوان، 2001) وهومن بين أكثر الأدوات التشخيصية استخداماً في ميدان الطب النفسي وتشخيص اضطراب الاكتئاب، حيث وُضعت نسخته الأولى عام (1961) وتم تعديلها في عام (1971)، وظهرت لاحقاً نسخة معدلة له (1987) وهي النسخة التي وردت في دليل التعليمات الصادر عام (1993) وعربها وقننها على البيئة العربية أحمد عبد الخالق(عبد الخالق، 1996).
- 2) مقياس الصحة النفسية المعدل 90-SCL-R الذي قام بوضعه ليونارد و ديروجيتس (Leonard R Derogatis 1985, 1981) ترجمه وقننه على البيئة الفلسطينية عبد العزيز موسى ثابت وقامت الباحثة بدراسة الخصائص السيكومترية للمقياس لتطبيقه في البيئة السورية.

أبعاد المقياس هي كالتالي:

| أرقام الفقرات                         | عدد | محاور المقياس  |
|---------------------------------------|-----|--|
| 1-53-4-48-27-49-12-56-58-52-43        | 12  | الأعراض الجسمانية  |
| 3-65-28-10-55-46-9-51-38-45           | 10  | الوسواس القهري   |
| 73-69-61-41-37-36-34-21-6             | 9   | الحساسية التفاعلية   |
| 79-71-54-32-31-30-29-26-22-20-15-14-5 | 13  | الاكتئاب   |
| 86-80-78-72-57-39-33-23-17-2          | 10  | القلق  |
| 81-74-67-63-24-11                     | 6   | العداوة  |
| 5-82-75-70-47-25-13                   | 7   | قلق الخواف (الفوبيا)   |
| 83-76-68-43-18-8                      | 6   | البارانويا   |
| 90-88-87-85-84-77-62-35-16-7          | 10  | الذهانية   |
| 89-59-66-64-44-60-19                  | 7   | عبارات إضافية: صحة نفسية عامة يتم احتسابها مع الدرجة الكلية للمقياس. |

3) تم في نهاية تطبيق البرنامج عرض المريض على الكادر الطبي في إدارة الخدمات الطبية لإعطاء الرأي الطبي والتشخيص الدقيق.

### 3.7\_ إجراءات الدراسة:

قامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي القائم على دمج تقنيات العلاج المعرفي مع تقنية الوعي الكامل على المرضى المراجعين لإدارة الخدمات الطبية بتاريخ 2014/2013 لمدة ثلاثة أشهر، بواقع جلستين أسبوعياً في الشهرين الأولين ومن ثم بواقع جلسة واحدة أسبوعياً لمدة شهر، بعد نهاية الجلسات تم إعادة تطبيق الاختبارات المستخدمة قبلاً في التشخيص لسبر التغيرات الحاصلة لدى المريض عقب تطبيق البرنامج العلاجي، بلغ عدد المراجعين الذين تم تطبيق البرنامج عليهم أكثر من عشرين حالة وهو عدد المراجعين للعيادة التابعة لإدارة الخدمات الطبية في تلك الفترة، تم اختيار حالة مريض واحد لتسجيل مجريات الجلسات وعرض النتائج وتفسيرها. المعيار الذي تم على أساسه اختيار الحالة للدراسة هو استيفاء المريض للمعايير التشخيصية لاضطراب الشدة التالي للرض دون تداخل الأعراض مع أعراض أخرى كالهجمات الدُهانية مثلاً إضافةً لالتزامه بالحضور في جميع الجلسات دون تغيب أو انقطاع.

قبل البدء بتطبيق البرنامج العلاجي تمت دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس للتأكد من معاملات صدق وثبات المقياس من خلال الإجراءات التالية:

#### أ- صدق المقياس:

لقياس صدق المقياس والتأكد من أنه يقيس ما وُضع فعلاً لقياسه، تم عرض المقياس على عدد من المحكمين بلغ عددهم أربعاً من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية جامعة دمشق واقتروا إجراء بعض التعديلات على بنود المقياس لتصبح أكثر موائمةً للمجتمع السوري الأمر الذي أكدته أيضاً الباحثة والتزمت بتغيير بعض الجُمَل، بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين سبعين في المئة، تم كذلك حساب مصفوفة معاملات الارتباط بين المحاور المكونة للمقياس من جهة وبين هذه المحاور ودرجة المقياس الكلية من جهة أخرى، بلغ عدد أفراد العينة مئة طالب وطالبة من طلبة التدريبات العملية للسنتين الرابعة والخامسة في كلية التربية في دمشق (عينة قصدية)، تراوحت معاملات الارتباط بين 0,5 و 0,6 عند مستوى دلالة 0.05.

اعتمدت الباحثة كذلك طريقة الجماعات المحكية في الحكم على صدق المقياس، حيث تم تطبيق المقياس على مجموعتين متعارضتين، تضم الأولى ثلاثين طالب وطالبة من جامعة دمشق من كلية التربية، ومجموعة أخرى من عشرين مريضاً من المراجعين لإدارة الخدمات الطبية الذين كانوا قد سُخِّصوا قبلاً من قبل لجنة أطباء نفسيين تابعين للإدارة كمرضى عُصابيين، أظهر المقياس قدرة تمييزية عالية بين المجموعتين واستطاع تمييز مجموعة المرضى عن المجموعة الأخرى.

#### ب- ثبات المقياس:

لحساب معامل ثبات المقياس تم استخدام طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على عينة مقصودة من كلية التربية في جامعة دمشق مكونة من تسع وعشرين طالب وطالبة وكانت قيمته 0.64، كما تم حساب معامل الثبات بطريقة الإعادة، حيث طُبِق المقياس على مجموعتين مقصودتين من طلبة كلية التربية السنة الرابعة تضم كل مجموعة ثمان وعشرين طالب وطالبة بفارق زمني مقداره شهر، تم حساب معامل الثبات للدرجة الكلية حيث بلغ 0,6 كما تراوحت معاملات الثبات على محاور المقياس التسعة بين 0,5 و 0,8.

#### 4.7\_ وصف الحالة:

س. الذيب شرطي يبلغ من العمر /41/ سنة تعرض للتهديد هو وأسرته بالخطف والقتل والتصفية في بداية الحرب على سوريا من قبل بعض الأقارب والأهل من عشيرته في الشمال في حال لم يفك ارتباطه بالحكومة السورية ويترك عمله كشرطي ليلتحق بالعصابات المسلحة، إلا أنه رفض وتابع عمله بشكل طبيعي، في أحد الأيام وهو في عمله وفي خضم اعتداء العصابات الارهابية على المدنيين بواسطة قذائف الهاون سقطت قذيفة هاون على منزله فتوفيت زوجته واثنان من أطفاله الأربعة الذين كانوا في المنزل بينما بقي ولد وابنة على قيد الحياة، حيث كانوا صدفة في المدرسة في لحظة سقوط القذيفة، ما إن شاهد زوجته وولديه بين الأنقاض تحت الركام حتى دخل "الذيب" مباشرة بحالة هياج شديد، وبدأ بالصراخ والبكاء والحركة العشوائية غير الهادفة، تم تشخيص حالته لاحقاً من قبل لجنة طبية نفسية تابعة لإدارة الخدمات الطبية باضطراب الشدة ما بعد الصدمة PTSD، وتم تقديم العلاج الدوائي له وتحويله إلى فريق الدعم النفسي في الإدارة.

#### 5.7\_ سير الجلسات العلاجية:

##### 1.5.7\_ المقابلات الابتدائية:

بطبيعة الحال وقبل الخوض في تفاصيل مجريات الجلسات العلاجية، لا بد من التفصيل في الجلسات الابتدائية والمقابلات الأولى، التي قامت بها الباحثة في استقبال المريض وأخذ المعلومات الضرورية لبناء علاقة مهنية أساسها التقبل والثقة والتعاطف.

في الجلستين الأوليتين قامت الباحثة بأخذ البيانات الضرورية للإسم والعمر والوضع العائلي والاستماع لقصة المريض، لم تجد الباحثة بطبيعة الحال أي صعوبة في الولوج بمواضيع شتى مع المريض نظراً لكون المريض محوّل أصلاً من جهة حكومية وبالتالي هو يعي ويعلم ويريد أيضاً أن يحصل العلاج الضروري للخروج من حالته تلك، وبالتالي لم تواجه الباحثة قضايا إشكالية من قبيل المقاومة أو الصمت \_الشعوري أو اللاشعوري\_ أو عدم التجاوب مع المعالج.

قامت الباحثة أثناء سير الجلسات وعلى طول العملية العلاجية، باتباع تقنية الرءات الأربعة 4R في تأسيس العلاقة المهنية مع المريض وهي تقنية نكرها كينجي (Cungi, 2006) في كتابه L'alliance Thérapeutique حيث قدمها كطريقة فعالة لا بد منها في تأسيس علاقة علاجية مهنية قائمة على التعاطف مع المريض، والثقة وقبوله على ما هو عليه كما يعيش مشكلته، وتضمنت على التالي:

1. العودة إلى السياق Recontextualiser:

2. إعادة صياغة جمل المريض (Reformer):

3. التلخيص (Résumer):

4. التعزيز (Renforcer):

#### 2.5.7\_ المقابلات العلاجية:

##### 2.5.7.1 الجلسة الثالثة: التثقيف النفسي (Psychoeducation)

بطبيعة الحال يأتي التثقيف النفسي للمريض حول مرضه بشكل طبيعي ضمن سياق الحديث دون أن يتم فرضه بطريقة اعتباطية أو بشكل منفصل عن سياق الجلسات حيث تم خلال الجلسة شرح للمريض مفاهيم أساسيين سيتم تكرارهما باستمرار أثناء الجلسات التالية وهما: الأفكار اللامنطقية ( الأتوماتيكية) ومسح الجسد.

(Body Scan) حيث تم شرح معنى الأفكار اللامنطقية ولماذا تم تسميتها بالأفكار الأتوماتيكية ومتى تظهر ولماذا تظهر مع إعطاء أمثلة من بيئة المريض، أما شاشة الجسد التي تحدث بها (2006) Zinn\_kabat وتمارين العنب الذي قدمها لشرح معنى التركيز الذهني في اللحظة الراهنة، فقد تم شرحهما للمريض من خلال تمرين إمساك الكتاب وتمارين شاشة الجسد كالتالي:

تمرين إمساك الكتاب: طُلب إلى المريض أن يضع على كفه كتاب ما ثم التركيز على الأحاسيس التي ينقلها باطن الكف عن ملمس الكتاب، ثم طُلب إليه بعد ذلك شرح إحساساته بشكل لفظي وتسجيل أفكاره في لحظة التماس، بعد أن انتهى المتعالج من شرح إحساسه وأفكاره في لحظة التماس، طُلب إليه أن يفتح الكتاب ويتحسس أوراق الكتاب ولمسها وملاحظة إحساساته وأفكاره التي تعبر الذهن في تلك اللحظة، ومن ثم تسجيلها على ورقة بعدها طُلب إليه أن يشم أوراق الكتاب ويركز على إحساساته وأفكاره التي تعبر الذهن في تلك اللحظة، ومن ثم تسجيلها على ورقة أفكاره المتعلقة بالأحاسيس التي تعبر جسده في لحظة الشم تلك دون أن يقدم أحكام أو تقييم، دون أن يرفض أو يقبل، عليه فقط أن يلاحظ وينتبه وكأنه مراقب خارجي لما يجري داخله من إحساسات وما يمر لديه من أفكار، وكأنه شرطي مرور يراقب حركة المرور دون أن يعقب أو يعاقب أو أن يمنع.

تمرين مسح الجسد: طُلب إلى المريض أن يستلقي على السرير الطبي في العيادة، وإغلاق عينيه مركزاً انتباهه على منطقة معينة يختارها من جسده والانتباه إلى الاحساسات التي تعبره في لحظة التركيز، طُلب إليه بعد ذلك أن يراقب هذه الاحساسات ويراقبها دون الحكم عليها ودون أن يمنعها حتى وإن كانت سلبية و مزعجة في حال علق المريض على فكرة جانبية أو أصوات خارجية أو أصابه الشرود أو النعاس، فالمريض مدعو إلى أن يعود للتركيز مرة أخرى على احساسات الجسد على ذات المنطقة، لينقل بعدها تدريجياً للتركيز على منطقة أخرى تليها وترك كل ما يمر في الشعور من خبرات جانبية، وعليه هو كما أسلفنا أن يبقى كمراقب خارجي.

تم التوضيح للمريض الفرق بين تقنية الاسترخاء وتقنية التركيز الذهني في اللحظة الراهنة، ففي الاسترخاء مطلوب من الشخص أن يصل إلى حالة من الإحساس بالإيجابية ومقاومة التأثير السلبي الذي يمكن أن يطرأ، أي مطلوب من الفرد رد فعل وجهد مبذول للحفاظ على المكتسبات الإيجابية للجسد والروح في السكينة والاستقرار. بينما في تقنية الوعي الكامل مطلوب التركيز فقط ثم المراقبة دون الحكم.

### 2.5.7. 2 الجلسات من الرابعة وحتى نهاية العلاج:

بدأت الجلسات بالتلخيص لما تم في الجلسة الثالثة وطُلب إلى المتعالج تنفيذ تمرين مسح الجسد وتم تدريبه عليها في الجلسة، في الجلسات التي تليها أجرت الباحثة بالتعاون مع المريض ما يدعوه كوترو (2004) Cottraux التحليل الوظيفي للحالة، بهدف الوصول إلى تحديد الأفكار اللامنطقية التي يتبناها المريض في حياته اليومية، والصور العقلية المرتبطة بها ولتحديد في ضوء ذلك جملة السلوكيات التي قام وما زال يقوم بها المريض لتعزيز وإبقاء السلوك اللاتكفي.

### 2.5.7. 3 التحليل الوظيفي للحالة:

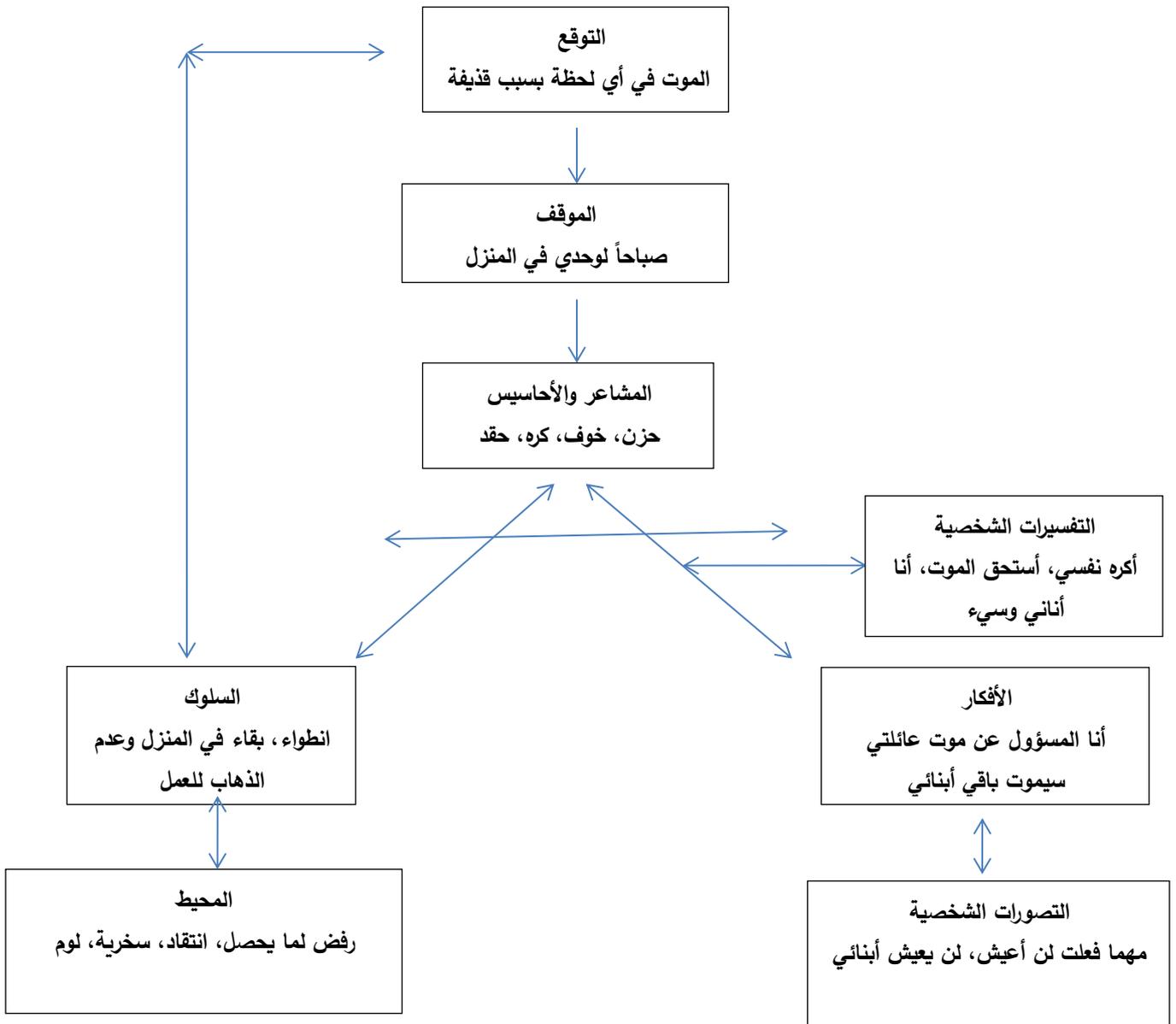
#### • التحليل الوظيفي التاريخي:

1. معطيات بنوية محتملة: لا يوجد ويُقصد بالمعطيات البنوية الأمراض الجينية الوراثية المُحتملة التواجد في

بنية الجسم كالربو أو ترقق العظام أو السكري حيث أنها أمراض جسدية تلعب الوراثة الأسرية فيها دوراً

كبيراً أو كالتالي تتواجد في بنية الشخصية نفسها كالشخصية الفصامية أو الحدية... الخ

2. عوامل تاريخية مُعززة للاضطراب: لوم الأهل والانتقاد المستمر، عدم التفهم من قبل محيط العائلة إصرار الأهل على أنه السبب فيما جرى، تشجيعه على البقاء في المنزل وعدم الخروج.
  3. عوامل مفجرة أدت إلى استثارة الاضطراب في الوقت الحالي لمراجعة المريض للمعالج: إصرار جهة العمل على عدم إعطاء اجازات وعدم الموافقة على تسريحه من العمل بينما هو لا يخرج من منزله.
  4. الحدث ما قبل العلاج: أي الحدث الذي دفع المتعالج للقدوم إلى المعالجة النفسية. إبلاغه من قبل جهة العمل بضرورة متابعة العمل وإلا سيتم اتخاذ إجراءات معينة ضده.
  5. مشكلات أخرى: كالإعاقات أو المشكلات الزوجية... الخ لا يوجد.
  6. علاجات سابقة: لا يوجد إلا العلاجات الدوائية الحالية.
  7. أمراض فيزيائية جسدية: أمراض متفرقة غير دائمة كالتهاب القولون.
- التحليل الوظيفي الآتي:



تحت بند التفسيرات الشخصية والأفكار، يحدد المريض مجموعة من الأفكار اللامنطقية (الأتوماتيكي) والتي تؤدي به إلى السلوك غير المتكيف، هذا التحديد يسمح للمعالج بالتعاون مع المتعالج بالعمل عليها لاحقاً لتغييرها من خلال التقنيات المعرفية إلى أفكار أكثر منطقية وأقل انفعالية.

أولى التقنيات المعرفية التي تم استخدامها هي تقنية: مع/ ضد تليها تقنية: فوائد / عدم فوائد  
مثال 1 عن تقنية مع/ ضد

| الفكرة اللامنطقية للمريض | مع/ أي ( ما يدعّمها )     | ضد/ أي ( ما يدحضها )         |
|--------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 1. رفضت سفرهم على الرغم  | 1. الموت بيد الله ولا راد |                              |
| من استطاعتي المادية      | للقضاء والقدر             |                              |
| أنا المسؤول عن موت       | 2. لولا عملي ما هددهم أحد | 2. مُطلق القذيفة لا يعلم اين |
| عائلتي                   | و لا تم توجيه القذيفة من  | ستهبط أصلاً وإنما كان        |
|                          | قبل الارهابيين للمنزل     | يمكن أن تقتل أيّن من كان     |

النتيجة: إذاً لست المسؤول عن الموت فالموت كان سيقع عليهم سواء قد سافروا أم لا.  
وبذات الأسلوب تم تطبيق تقنية فوائد/ عدم فوائد أي يطلب إلى المريض تعداد فوائد اعتناقه لفكرة ما وما يمكن أن يتحصل عليه من مزايا في الحياة اليومية مقابل عدم فوائدها.

| الفكرة اللامنطقية للمريض  | فوائدها                   | عدم فائدتها                 |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1. الحذر لا ينجي من القدر |                           | والموت ليس بيد البشر        |
| يجب أن أعيش وحيداً        | 1. أحمي نفسي من الآخرين   | 2. أبنائي الباقين بحاجة لي، |
|                           | ابتعادي عن الحياة اليومية | يعني الابتعاد عنهم          |
|                           | وإهمالهم                  |                             |

ابتداءً من نهاية الجلسة الثامنة تم تكليف المريض بإجراء تمرين مسح الجسد في المنزل في كل مرة تراوده الأفكار المزعجة حول الصدمة التي تعرض لها، وأن يقوم بتسجيل الأفكار التي تواردت للذهن في لحظة الإنزعاج دون إطلاق أحكام حولها، وإنما فقط التركيز حول إحساساته الجسدية ومشاعره في لحظة المرور تلك (هنا والآن).

## 8. تحليل الحالة ومناقشة النتائج:

الهدف الرئيس للوعي الكامل في اللحظة الراهنة يتعلق أكثر بتغيير اتجاهات الفرد حيال محتوى تفكيره كما يَحِزُه ( هنا والآن)، وليس فهم أو تحليل أو محاولة تغيير محتوى الأفكار كما في العلاج السلوكي المعرفي، إذاً العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل يعزز فهم الذات وتقبلها بشكل كلي، من خلال تطبيق تقنيات العلاج المعرفي مستنداً إلى فهم ومعرفة المشاعر التي يعيشها الفرد والتي خبرها في اللحظة الراهنة أكثر من كونها معرفة

قائمة على محاولة الاحتفاظ بحالة من الاسترخاء والهدوء النفسي، الوعي الكامل حالة من التقبل لما يمر في الفكر مهما كانت آثاره مزعجة إلا أن الفرد يبقى كمراقب خارجي لحركة الفكر دون أن ينفعل بها. إن وعي المريض وتمكنه من فهم وتمثل تقنية الوعي الكامل تدفعه إلى تطبيق هذه التقنية كتمرين يومي ليصبح أسلوب حياة يتبعه في مواجهة مواقف الحياة اليومية مما يجعله أكثر تركيزاً وتكيفاً في حياته. أشارت النتائج إلى تحسن واضح في أفكار المريض اللاعقلانية من خلال انخفاض درجة المفحوص على مقياس بيك 21 فبمطالعة نتائج المريض على اختبار بيك 21 والمحاو التي يقيسها حيث أنه لا يقيس فقط الحالة الاكتئابية، إنما أيضاً يرصد وجود الأفكار اللاعقلانية لدى المريض التي أوصلته الى المرض (كراهية الذات النظرة السلبية، الشعور بالذنب، الانسحاب الاجتماعي إضافةً إلى كراهية العمل)، نجد أنه قد حصل انخفاض واضح في نتيجة الاختبار الكلية بعد تطبيق جلسات العلاج.

| درجة المريض على مقياس بيك 21 |                |
|------------------------------|----------------|
| الدرجة البعدية               | الدرجة القبلية |
| 32                           | 53             |

علماً أن الدرجة العظمى للمقياس هي 63 والتي تمثل درجة اكتئاب شديدة جداً.

أما النتائج المتحصل عليها على مقياس الصحة النفسية فتشير إلى انخفاض واضح في درجات المريض على جميع المحاور التي كان قد حصل فيها على درجات مرتفعة قبل البدء بالجلسات مثل محور الاكتئاب، القلق، العداوة ومحور الأعراض الجسمية.

| التطبيق البعدي | التطبيق القبلي | محاور المقياس                               |
|----------------|----------------|---|
| 16             | 36             | الأعراض الجسمانية                           |
| 0              | 0              | الوسواس القهري                              |
| 15             | 24             | الحساسية التفاعلية                          |
| 25             | 46             | الاكتئاب                                    |
| 60             | 107            | القلق                                       |
| 7              | 3              | العداوة                                     |
| 15             | 20             | قلق الخواف (الفوبيا)                        |
| 0              | 0              | البارانويا                                  |
|                |                | عبارات إضافية: صحة نفسية                    |
| 10             | 19             | عامة يتم احتسابها مع الدرجة الكلية للمقياس. |
| 148            | 255            | الدرجة الكلية للمقياس                       |

علماً أن الدرجة الكلية للمقياس 360 تمثل أعراضاً شديدة لوجود الاضطرابات التي تتضمنها المحاور.

أيضاً حين عرض المريض على لجنة الأطباء المعنيين بمتابعة حالة المرضى في إدارة الخدمات الطبية أقرت اللجنة بتحسين حالة المريض وتم تخفيض الجرعة الدوائية إلى النصف، على صعيد الحياة الاجتماعية عاد المتعالج لعمله اليومي وحياته الاجتماعية ولم يسجل تغييراً أو عدم انتظام في العمل طيلة شهرين عقب انتهاء الجلسات العلاجية.

تتطابق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التي أثبتت فعالية العلاج بالوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى طلبة الجامعات (الضبع، 2013)، كما تتفق مع دراسة سيجال (Segal, 2010)، ومع دراستي تيزدا (Teasdale, 2000) (Teasdale, 2004) التي أثبتت أن معدل الانتكاس لدى المرضى الذين كانوا قد عولجوا دوائياً من الاكتئاب، وتلقوا لاحقاً جلسات في العلاج المعرفي بالوعي الكامل أدنى منه في حال المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً ولم يخضعوا لجلسات في العلاج المعرفي بالوعي الكامل.

إن نظرة تحليلية لما تم تطبيقه وعمله في البرنامج العلاجي، تتضح أهمية أن نقف على البنية المعرفية لدى المريض، لنتعرف تفكيره في حياته اليومية وما هو المونولوج الداخلي الذي يتردد صداه في عالمه الفكري لأنه سينعكس بالضرورة على عالمه الخارجي وعلاقاته الاجتماعية وعمله اليومي، لذلك لا يمكن فصل أو إنكار دور الطريقة التي ينتهجها المريض في التفكير اليومي والمنهج الذي يتبعه في التفكير، عن سياق مرضه وعلاجه لاحقاً من هذا المرض.

مما يؤكد نجاعة دمج العلاج المعرفي بالعلاج بالوعي الكامل فإن هذا يفتح آفاقاً واسعة لخطوات العلاج واضحة ومحددة للاضطرابات العصابية.

## قائمة المراجع

### المراجع العربية

الضبع، فتحي عبد الرحمن (2013). فاعلية اليقظة في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي مقر الشمعة. مصر (34). 1-75.

عبد الخالق، أحمد (1996). دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب. تعريب وإعداد. الإسكندرية. مصر: دار المعرفة الجامعية.

رضوان، سامر (2001). الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب.

غانم، محمد حسن (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

لرينونة، محمد يزيد (2015). أسس علم النفس. الجزائر: الجسور للنشر والتوزيع.

### المراجع الاجنبية

Ahmad, R. (2012). *L'efficacité de la thérapie cognitive de pleine conscience chez des jeunes filles anorexiques* (une thèse non publiée). Ecole doctorat 60 « TERRITOIRES.TEMPS.SOCIETES ET DEVELOPPEMENT »Département de Psychologie UFR V – Montpellier.

Brown, K.W & Ryan, R.M. (2003). The Benefits of being present: Mindfulness and its Role in psychological Well- Being. In *Journal of Personality and Social Psychology*. 84: 822- 848.

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as clinical intervention A conceptual and empirical review. *Clinical psychology Science and Practice*.10. 125\_143.
- Baer, R. A. & al. (2006). Using self- report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 13.27- 45.
- Bandura A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*. 84 (2). 191-215.
- Bandura, A & Beck, A.T. (1997).*The integrative power of cognitive therapy*. The Guilford Press. New York.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs. New Jersey.
- Bohus, M. & al. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List ( BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric. *psychopathology* 42. 32- 39.
- Bondolfi, G. & al. (2010). Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*. 122. 224-231.
- Cottraux, J. & Blackburn, I. M.(1995). *Thérapie cognitive des troubles de la personnalité*; Collection médecine et psychothérapie. Masson: Paris.
- Cottraux, J. & Blackburn, I.M., (2001). *Thérapie cognitive de la dépression*. Paris: MASSON, 2e édition
- Cottraux, J. (2007). *Thérapie Cognitive et Emotions*; MASSON,2007.
- Cottraux, J.(2004). *Les thérapies cognitives*. Paris: RETZ. 4e édition.
- Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: MASSON. 4e édition.
- Cungi, C. (1996 ). *Savoir s'affirmer*. Retz. Paris.
- Cungi, C. (2006). *L'alliance thérapeutique* .RETZ. Paris.
- Debray, Q. & Nollet, D. (2001). *Les personnalités pathologiques*. Paris: Masson. 3e édition.
- Derogtis, L R. & al. (1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *American Journal of psychiatry*. 138(6).757- 763.
- Derogtis, L.R. & al (1985).Psychiatric diagnostic and psychological symptoms in impotence. *Hillside. J. Clin. Psychiatry*.7(2). 120-133.
- Eysenck, H.(1976).*The learning model of neurosis: a new approach*. *Behaviour Research and Therapy*.
- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology, *Individual psychology* 13 (1). 38-44 .
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *General psychology*. 59. 35- 49.
- Forgas, J.P. (2000). Feeling and thinking: The role of affect in social cognition. *Cambridge university Press*.
- Fontaine, F. et autres. (2007).*Guide Clinique de thérapie comportementale et cognitive'*. Paris: RETZ..
- Fontaine, P. (2007). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris: RETZ.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. ( 2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor Structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*. 26(1). 41-54.
- Hayes, S. c & al. (2004). *Mindfulness and Acceptance*. Guilford. New York.
- Lazarus, A. A. (1977) *Multimodal behavior therapy*. Springer. New York.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1992). *Motivational Interviewing: Preparing People for change*. New York, The Guilford Press.
- Philippot, P & Feldman, R.S. (2004). *The regulation of Emotion*. Mahwah. New Jersey.
- Segal, Z.V & al.(2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford. New York.
- Segal, Z. V. (2006). *La thérapie Cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Boeck, Belgique.
- Skinner, B.F.(1957). *Verbal behavior*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.N J.

- Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72. 31-40.
- Wolpe, J. (1975). *La Pratique de la thérapie comportementale*. Traduction J. Rognant. Masson, Paris.
- Zindel, V. & autres. (2006). *La Thérapie cognitive basée sur la Pleine Conscience pour la dépression*. de Boeck, Bruxelles.
- Zinn, K. J.(2003). Mindfulness- based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10: 125- 143
- Zinn, K. J & autres. (1986). Four-year follow-up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*. 2. 159- 173.
- Zinn, K. J & autres. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders, *American Journal of psychiatry*. 149.936- 943.
- Zinn, K. J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York. Hyperion.
- Zinn, K. J & al .(1986). Four-year follow-up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*. 2. 159- 173.

#### كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

أحمد، رآفات أحمد (2019). فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للرض PTSD. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 5(2)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 254-276.