

بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتحسين مستوى الصحة النفسية وخفض الاستقواء لدى منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار

دراسة مجتمعية تقدم بها

م.د. بلال طارق حسين م. ايلاف حميد موسى

جامعة الانبار/كلية التربية للعلوم الانسانية / قسم العلوم التربوية والنفسية

Journalofstudies2019@gmail.com

الملخص:

هدفت الدراسة الى بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتحسين مستوى الصحة النفسية وخفض الاستقواء لدى منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار. ولتحقيق هدف الدراسة، اتبعت القائمين بالدراسة إجراءات منهج البحث الوصفي، فالمنهج الوصفي استعمل لبناء البرنامج المقترح على وفق العلاج المعرفي السلوكي.

يقوم البرنامج اساسا على تبني طريقة العلاج الجماعي ، وذلك لما تتمتع به هذه الطريقة من مزايا، وفوائد متعددة، حيث تقوم جميع جلسات البرنامج جماعية، وذلك لتسهيل عملية الاتصال ، والتواصل والمشاركة، والتفاعل، وخلق جو من الالفة، والود فيما بينهم، يضاف الي ذلك الي ان اسلوب العلاج الجماعي يتناسب مع طبيعة العينة موضع الدراسة، وطبيعة المشكلة ،كما تم استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي القائمة على اعادة البنية المعرفية والعمل على الافكار والمشاعر والسلوكيات وردود الافعال الجسدية.

اما الفنيات المستخدمة في البرنامج فهي (١- المحاضرات، ٢- المناقشات الجماعية ، ٣- التدريب على الاسترخاء ، ٤- التدريب على التحصين ضد الضغوط ، ٥- الواجبات المنزلية، ٦- العلاقة بين الأحداث والتفكير والنتائج، ٧- إعادة البناء المعرفي، ٨- لعب الأدوار، ٩- النمذجة، ١٠- توكيد الذات ، ١١- اسلوب حل المشكلات، ١٢- التخيل ، ١٣- الحوار الداخلي).

وفي ضوء الاجراءات التي اتبعها الباحثان في اعداد جلسات البرنامج بصورتها النهائية يوصي الباحثان بالاتي :

١. الاستفادة من جلسات البرنامج في تحسين مستوى الصحة النفسية من خلال تطبيقه على عينات اخرى من المجتمع .
 ٢. كذلك الاستفادة من جلسات البرنامج لحسين عدد من الاضطرابات النفسية لدى الافراد.
- الكلمات المفتاحية: (برنامج علاجي معرفي سلوكي، الصحة النفسية، وخفض الاستقواء).

Building a cognitive-behavioral therapeutic program to improve the level of mental health and reduce bullying among the employees and students of the Anbar Governorate Police Training Center

A community study submitted

m. Elaf Hamid Musa

Dr. Bilal Tariq Hussein

Anbar University/College of Education for Human Sciences/Department of Educational and Psychological Sciences

Abstract:

The study aimed to build a cognitive-behavioral therapeutic program to improve the level of mental health and reduce bullying among the employees and students of the Anbar Governorate Police Training Center.

In order to achieve the aim of the study, the authors of the study followed the procedures of the descriptive research approach. The descriptive approach was used to build the proposed program according to cognitive behavioral therapy.

The program is mainly based on adopting the group therapy method, due to the many advantages and benefits of this method, where all the program sessions are group, in order to facilitate the process of communication, communication, participation, interaction, creating an atmosphere of intimacy and friendliness among them, in addition to This is because the group therapy method is commensurate with the nature of the sample under study, and the nature of the problem. Cognitive-behavioral therapy techniques based on restoring the cognitive structure and working on thoughts, feelings, behaviors, and physical reactions were used.

As for the techniques used in the program, they are (1- Lectures, 2- Group discussions, 3- Relaxation training, 4- Stress immunization training, 5- Homework, 6- The relationship between events, thinking and results, 7- Cognitive reconstruction, 8 Role playing, 9- modeling, 10- self-affirmation, 11- problem-solving method, 12- imagination, 13- internal dialogue).

In the light of the procedures that the researchers followed in preparing the program sessions in their final form, the researchers recommend the following:

1. Benefiting from the program sessions to improve the level of mental health by applying it to other samples from the community.
2. As well as benefiting from the sessions of the program to improve a number of psychological disorders among individuals.

Keywords: (cognitive-behavioral therapeutic program, mental health, and reducing bullying).

مشكلة الدراسة:

يشهد المجتمع العراقي تغيرات سريعة، أدت إلى كثير من المشكلات، والصراعات النفسية التي توجه الفرد، وتؤثر على تواصله مع نفسه، ومع الآخرين، مما يدعو إلى أن يكون الفرد على قدر عالٍ من الصحة النفسية لمواجهة هذه الصراعات، ويسمو بشخصيته ليحقق أكبر قدر من التوافق، والسعادة (الغيساوي، ٢٠١٤: ٣).

إذ أن هناك العديد من المشكلات التي يواجهها الافراد أثناء قيامهم بعملهم تتركهم يعانون من اختلال في مستوى الصحة النفسية التي بدورها تؤدي إلى انخفاض في مستوياتهم، فالصحة النفسية تسعى جاهدة إلى الوصول بالفرد إلى التمتع بالانسجام النفسي والاجتماعي للوصول إلى مستويات عالية. (عسكر ، ٢٠٠٥: ٢٦).

ويعد المنتسبين والطلاب أهم عنصر من عناصر المؤسسة العسكرية ، إذ ترتبط فاعليتها بكفاءة منتسبيها وذلك لتحسين مستوى ادائهم، وبما أن فاعلية أي مؤسسة مرتبطة بفاعلية منتسبيها وجب مراعاة الصحة النفسية لهم إذ تعتبر مشكلات الصحة النفسية من المشكلات التي تواجه مؤسساتنا في العصر الحالي (الصيرفي ، ٢٠٠٣: ٤١).

وقد صنف بعض السيكولوجيين الاستقواء من ضمن الأمراض النفسية؛ بحجة أن أغلب المنخرطين في سلوك الاستقواء يعانون في الغالب من اضطراب نفسي وعقلي، كما أنهم أكثر الناس عرضة للإصابة بالاكئاب والقلق وقلة الانتباه ، (Kumpulainen. K., et al. 2001, 110- 112) ولا يجد ضحية الاستقواء الراحة النفسية ولا العاطفية بسبب الاستقواء. وعليه؛ فكل من الفاعل والمفعول به بحاجة إلى العلاج النفسي المعرفي والسلوكي.

ويرى بيك (Beck, 2001, p.98) أن العلاج المعرفي يسعى إلى تمكين الفرد ليصبح واعياً بما يفكر فيه، ورفع مستوى قدرته على التمييز بين الأفكار السليمة والمشوهة، ويستبدل أحكامه الخاطئة والمختلة بأحكام دقيقة وصحيحة.

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوباً علاجياً يهدف إلى المحافظة على كفايات تعديل السلوك باستخدام الأنشطة المعرفية للفرد من أجل التعامل مع السلوك، ويمثل

العلاج المعرفي السلوكي المنهجية المتمثلة في التطورات الحديثة في علم النفس التجريبي، وهي تتضمن الأساليب المعرفية والسلوكية. (حسني، ٢٠٠١، ٣٠٠) ومن هنا برزت الحاجة إلى إجراء هذه الدراسة والتي تهدف الى : بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي يقدم الخبرات والمعارف الضرورية التي يمكن من خلالها التخفيف من الاستقواء وتحسين مستوى الصحة النفسية لدى منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة الانبار؟

اهمية الدراسة :

ان تقدم الامة وعظمتها ، يعتمد بالدرجة الاولى على اعداد قواها البشرية ، وعلى سلامتهم الجسمية والعقلية والخلقية وقدرتهم إلى التكيف ومسايرة الاحداث واستيعابها ، ومن ثم التصدي لها بما يناسبها ، وبما يضمن الانتفاع من ايجابياتها والوقاية من سلبياتها ، ومن حيث قدراتهم على الخلق والابداع وتحقيق التطور ومتابعته . لان الامم لا تقاس قدرتها بما لديها من ثروات مادية فحسب بل وبقدر قدرة ابناءها على تحمل اعباء المسؤولية والتغير ومواجهة ضغوطات باستراتيجيات مناسبة تعود عليهم بالتوافق النفسي ، والرضى عن المجتمع بما يحقق تقدمه وتماسكه (صالح ، ٢٠٠٢ ، ص٤).

فضلا عن تعقد الحضارة الانسانية وارتقاءها وارتفاع مستوى الطموح لدى الشباب ، وصعوبة تحقيق اهدافهم في عالم كثرت فيه التوترات والصراعات المسلحة ، وما ينشر في العالم من حروب باردة وساخنة يؤدي الى شعور الفرد بعدم الاستقرار وبعدم الامان ويزيد من قلقه على مستقبله ، كما ان تعقد الحياة الحديثة يتطلب من الفرد اعدادا فنيا عاليا يتمكن من مواجهة الحياة ، وكل ذلك ساهم في خلق الصعوبات والازمات النفسية التي لا بد لها من وقاية وعلاج (العيسوي ، ١٩٨٤ ، ص ٢٥).

وقد لا تقل اهمية الصحة النفسية عن اهمية الصحة الجسمية العامة بل تبقى الصحة الجسمية العامة عاجزة عن اضافة السعادة على الانسان ما لم تتوفر له الصحة النفسية ، فضلا عن الاهتمام بالصحة النفسية هو تعبير عن الاهتمام بالصحة

العامة إذ لا غنى عن صحة النفس ، ولا غنى للنفس عن صحة الجسم . (محمود ، ١٩٨٥ ، ص ١٣) .

ومن زاوية اخرى فان الصحة النفسية ليست ما هو عكس المرض النفسي او العقلي ، حيث ان الشخص كامل الصحة النفسية والتوافق تمام التوافق ، والشخص كامل المرض تام الاضطراب يكاد وان يكونان لا وجود لهما ، وانما هناك درجات متفاوتة من الصحة سواء جسمية ام نفسية ، كما ان الانسان قد لا يظهر عليه الاعراض المرضية لكن ذلك لا يعني بالضرورة ان لديه مقدرة على الوفاء بمسئوليته الشخصية والاجتماعية ، او على مواجهة ما يتعين عليه مواجهته من مشكلات او ازمات لكفاءة ونجاح ، كما لا يحتم رضاه عن دراسته او نجاحه في عمله او علاقاته ، او شعوره بالطمأنينة والسعادة في حياته (قريطي ، ١٩٩٨ ، ص ٢٥) .

ولكي تساهم هذه الفئة المهمة بشكل فعال في عملية التغيير فانهم يجب ان يتمتعوا بصحة نفسية سليمة. التي تجعل الفرد قادرا على فهم دالة وتوحد شخصيته في اداء وظيفي كامل متناسق جسميا وعقليا واجتماعيا وينظر إلى الحياة بثقة وامان (زهران ، ١٩٨٨ ، ص ١٣) .

وأشار سارزن (Sarzen, 2002) إلى أن الاستقواء يتراوح بين كونه إثارة مؤذية إلى سرقة مال، أو طعام، وأنه مشابه لأشكال العدوان، ولكنه يختلف في أنه سلوك هادف أكثر من كونه عرضي (حيث النية فيه واضحة)، ويهدف إلى السيطرة على الآخر من خلال الألفاظ، أو الاعتداء الجسمي، كما أن المستقويين يضعون هجومهم دون سبب حقيقي باستثناء رؤيتهم للضحية على أنه هدف سهل، وهو محاولة للسيطرة والشعور بالقوة .

ويؤكد كل من ووك، وودز وستانفرد وسجلز (Wolke, Sarah, Stanford,) and Schulz, 2002) أن الاستقواء هو تعرض فرد ما بشكل متكرر إلى سلوك سلبي من طرف أو أكثر، حيث يكون هذا السلوك متعمداً، ويسبب الألم للضحية في المجال الجسمي أو اللفظي أو العاطفي أو النفسي، وهو يختلف عن السلوك العرضي أو العدوانية، حيث لا يعتبران استقواء. ولكي يكون السلوك استقواء يجب أن يكون

حقيقياً، ولا يكون فيه توازن بين المستقوي والمستقوى عليه، ولهذا لا يعتبر الصراع بين اثنين لديهم نفس القدرات الجسمية والعقلية.

كما يمكن أن يكون الاستقواء اليوم أكثر تطوراً من خلال الوسائل الحديثة كالإنترنت مثل: إرسال رسائل عن طريق البريد الإلكتروني، أو الهاتف الخليوي، أو نشر إشاعات على صفحات الإنترنت، وهذا يعطي مساحة إضافية للاستقواء (Dickerson, 2005).

وأن العلاج المعرفي السلوكي هو: " اتجاه علاجي حديث نسبياً، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، حيث أنه يتعامل معها معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً، معتمداً على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً، وهي المسئولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعانها الفرد، وبنفس المنطق يتحمل الفرد مسئولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، وتعديل الاعتقادات اللاعقلانية ، واستبدالها بأفكار واعتقادات تتسم بالمنطق والعقلانية (عادل ، ٢٠٠٠ : ٩٤).

اذ اشار أنجير (unger, 2004) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي نهجاً يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية، وتفاعلية، وتؤدي إلى العمل الفاعل، والتفكير العقلاني، ومواجهه الإحباط، والرغبة في الحياة، وتقوي مهارات التفكير الفاعل، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تعديله.

ويرى كل من (Martine, Oskam & Schreurs, 2011 p. 124) أن العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات التكاملية، التي تستخدم فنيات من العلاجات الأخرى، بهدف إحداث تغيير معرفي انفعالي سلوكي، ومن ثم فإنه يلبي المتطلبات الضرورية للفرد من خلال تدريبات التعلم الذاتي، وحل المشكلات وتعديل السلوك، كما ان المعالجين المعرفيين السلوكيين أن يقدموا خطأً علاجية مرنة مبنية على طبيعة اضطراب الفرد، والعمل على التنقية المستمرة للتصورات العقلية والخصائص

الشخصية، وما هي التفضيلات والاهداف ، وايجاد علاقة قوية بين المعالج وافراد المجموعة العلاجية

ويتميز العلاج المعرفي السلوكي وفقا لكورسيني (Corsinim, 1996, p.98) بأنه يقدم أهمية المعارف على الانفعالات والسلوك؛ إذ يعتقد المعالجين المعرفيين السلوكيين أن المعارف تحدد السلوك وتفجر الانفعالات، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية في التصدي الحاسم للافتراضات الخطأ، والمعتقدات المغلوطة، والأفكار السلبية.

ويرى بيك وفريمان(Beck & Freeman,1990, p.145). أن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بالكثافة والتركيز، والنشاط وتكافؤ الفرص، والانحياز المعرفي للفرد.

ما سبق يرى الباحثان أن هناك اتفاقاً بين معظم الآراء السابقة في أهمية المعرفة، والبناء المعرفي للفرد في التأثير على انفعالاته وسلوكياته، ولما كانت السلوكيات المختلفة وظيفياً، نتيجة اضطرابات في التفكير متمثلة في المبالغة، والتعميم، والتشويه المعرفي، فإن العلاج المعرفي السلوكي، يمثل حلاً نموذجياً للتعامل مع هذه الأساليب الفكرية الخاطئة، من خلال إمداد الفرد بأساليب جديدة تعتمد على العقلانية في التفكير، وإدارة وتنظيم الذات، وأخذ مفاهيم الاحتمالات في الحسبان، كما يعد تطبيق عملي لمجموعة كبيرة من العلاجات النفسية الأخرى.

هدف الدراسة

تهدف الدراسة الى:-

بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتحسين مستوى الصحة النفسية وخفض الاستقواء لدى منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار .

حدود الدراسة:

يتحدد البحث الحالي ب:- جميع منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار لسنة (٢٠٢٢).

مصطلحات الدراسة:

أولاً: البرنامج Program

عرفه كل من:-

▪ (Good, 1973) "هو مجموعة من الانشطة المنظمة والمخططة التي تهدف الى تطوير معارف وخبرات واتجاهات المتدربين وتسهم في تحديث معلوماتهم ورفع كفاياتهم الانتاجية وحل مشكلاتهم وتحسين ادائهم في عملهم". (Good, 1973, p;) (296)

▪ (جعفر، ١٩٩٢) "تلك العملية التي تحدد فيها وتختار المواقف والعوامل البيئية التي تجعل المتعلم يتفاعل بطريقة ما مع هذه المواقف والمتغيرات بما يؤدي الى احداث التغيرات المطلوبة في سلوك المتعلم". (جعفر، ١٩٩٢، ٣٥)

▪ (العبيدي، ٢٠٠١) "مجموعة من الانشطة المنظمة والمخطط لها حيث يتضمن بناء او تطوير موقف سلوكي في ضوء اهداف البرنامج ومعطياته ويرمي الى تطوير اداء المتدربين واكتسابهم مجموعة من التقنيات بهدف تقويم ادائهم وتحقيق اهدافهم بكفاية". (العبيدي، ٢٠٠١، ٢٣).

التعريف الاجرائي:-

مجموعة من الجلسات والمعدة على وفق اسلوب علمي دقيق يهدف الى زيادة الصحة النفسية والتخفيف من الاستقواء.

ثانياً: البرنامج العلاجي : عرفه

▪ نعيم (١٩٨٧): هو الاسلوب الذي يستخدمه المعالج النفسي للتخلص من الاضطرابات النفسية والعقلية مستخدماً ادوات يتم بها جمع البيانات بطرق سيكولوجية معتمدة على المعايير محددة (نعيم ، ١٩٨٧).

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي : عرفه كل من

- ستيفن وكراسك ، بأنه عدد من التقنيات المعرفية السلوكية طورت لتوضيح أشكال متنوعة لاضطرابات محدودة، وتستند هذه التقنيات على مفاهيم وافتراسات أساسية من هذه المفاهيم ميكانيزمات التعلم ومعالجة المعلومات (فضل، ٢٠٠٨).
- حقي (١٩٩٥): هو التنظيم والاستراتيجيات التي يحاول المعالج بثها في الفرد، حتى يعيد تشكيل وتوظيف أفكاره التي أدت الي اخطاءه المعرفية وانفعالاته الضارة او سلوكه الشاذ وتساعد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تحريك وظائف المعرفة وكشف أفكاره غير منطقية، ثم يقاد ليكتشف بنفسه مدي خطورة هذه الأفكار. (حقي، ١٩٩٥).

- ليندن (١٩٩٨م) : عبارة عن علاجين مختلفين ألا أنهما يكملان بعضهما بعضاً، لأن التشويه المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات مختلفة، وبالتالي فان التعديل المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات ايجابية (ليندن ، ١٩٩٨).
- الغامدي (٢٠١٠) بأنه "وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف الاضطرابات ومساعدة الافراد على التكيف داخل البيئة من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة ، وتدريبهم على اداء السلوك الصحيح وذلك من خلال استخدام الاساليب المعرفية السلوكية (الغامدي، ٢٠١٠: ٢١).

رابعاً: الصحة النفسية: عرفها كل من

- قوصي ، ١٩٦٩ بانها " التوافق التام والتكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع المقدرة على مواجهة الازمات النفسية العادية التي تطرح عادة على الانسان ، مع الاحساس الايجابي بالسعادة والكفاية ، (قوصي ، ١٩٦٩ ، ص٢٠) .
- كيلاندر ١٩٦٨ Kilander ١٩٦٨ بانها " مدى قدرة الفرد على التأثير في بيئته ، وقدرته على التكيف مع الحياة بما يؤدي به الى قدر معقول من الاشباع الشخصي والكفاءة والسعادة (Kilander, 1968, p.144) .

- ميلر Miller ١٩٧٣ بانها " قدرة الفرد على التعامل مع الصراعات التي يواجهها في الحياة واتخاذ القرار لانتهاء الصراع ، ومواءمة الفرد مع ذاته والتحكم في المستويات القلق والاضطرابات النفسية (Miller, 1973, pp. 312-313).
- كفاي ، ١٩٩٥ بانها " حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد والتي تؤدي به الى ان يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته ويتقبله المجتمع يشعر من جراء ذلك بدرجة ذلك معقولة من الرضا والكفاية ، (كفاي ، ١٩٩٥ ، ص ٢١) .
- اما الفرخ وتيم ، ١٩٩٩ فانهما عرفا الصحة النفسية بانها " حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسها (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا) مع نفسه ومع الاخرين ، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته الى اقصى حد ممكن ، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة وسوية وسلوكه عاديا بحيث يعيش في سلامة وسلام ، (الفرخ وتيم ، ١٩٩٩ ، ص ١٣) .

خامساً: الاستقواء : عرفها كل من :

- (Gilbert, 1999) : أنه أذى جسدي أو لفظي يقوم به المستقوي تجاه شخص ما اضعف منه ، او اصغر منه او اقل شعبية ، او اقل شعوراً بالامن ، من خلال الضرب او التعنيف او الطلب من القيام بأعمال رغم ارادته : Gilbert, 1999: (35)
- (Abu Diyār, 2012) : اعمال عدوانية متعمدة ، تقوم بها مجموعة او افراد ، بشكل متكرر ضد الضحية ، لا يمكنه الدفاع عن نفسه بسهولة (Abu Diyār, 2012:21).
- (Solberg & Olweus, 2003) هو إيقاع الأذى على فرد أو أكثر بدنياً أو نفسياً أو عاطفياً أو لفظياً، ويتضمن كذلك التهديد بالأذى البدني أو الجنسي بالسلاح والابتزاز، أو مخالفة الحقوق المدنية، أو الاعتداء والضرب، أو العمل ضمن عصابات، ومحاولات القتل أو التهديد، كما يضاف إلى ذلك التحرش الجنسي (Solberg & Olweus, 2003: 23)

▪ (Juvonen, Graham, and Shuster, 2003) : هو ذلك السلوك الذي يحصل من عدم التوازن بين فردين الأول يسمى المستقوي (Bully) والآخر يسمى الضحية (Victim) وهو يتضمن الإيذاء الجسدي والإيذاء اللفظي، والإذلال بشكل عام . (Juvonen, Graham, and Shuster, 2003: 183).

ما تم عرضه من ادبيات النظرية بخصوص موضوع المشكلة

أولاً: الصحة النفسية :

مفهوم الصحة النفسية

إن مفهوم الصحة النفسية من المفاهيم التي لا يوجد اتفاق كبير بين العلماء والمختصين عليها لكونها تتأثر بالعوامل الثقافية والمعايير السائدة في المجتمع مما قد يختلف مفهوم الصحة النفسية من مجتمع إلى آخر ومن زمن إلى آخر لكونه من المفاهيم الثقافية والنسبية، إذ إن ما يعد سلوكاً شاذاً أو انحرافياً أو غير معتاد في مجتمع أو ثقافة ما قد لا يعد كذلك في مجتمع آخر أو ثقافة أخرى .

ويمكن تحديد مفهوم الصحة النفسية من خلال نظريتين، إحداهما تأخذ في نظر الاعتبار غياب المرض النفسي أو سوء التكيف سواء كان يسيراً أو خطيراً والتي قد تتدرج في خط متصل بين المشكلات اليومية البسيطة إلى مشاعر النقص أو الذنب ومن ثمة إلى الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض العصبية وكذلك الأمراض الذهانية ، إذ إن الفرد يكون بصحة نفسية إذا كان خالياً من كل هذه الاعراض ، أما النظرة الثانية فإنها ترى أن الصحة النفسية هي التكيف والتلائم مع متطلبات الحياة ، لذلك عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بصفة عامة بأنها تكيف الأفراد مع انفسهم ومع العالم عموماً ، مع حد أقصى من النجاح والرضا والسعادة والسلوك الاجتماعي السليم والقدرة على مواجهة حقائق الحياة وقبولها ، كما إن حصول الفرد على أكبر قدر من النجاح تسمح به قدراته مع حد أقصى من الشعور بالسعادة من جانبه ، و أكبر قدر مستطاع من الفائدة للمجتمع ، فمن كان بهذا المستوى يكون على قدر كاف من النضج الانفعالي بحيث يتلائم مع الظروف كافة . (صالح ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٢-٢٣) .

وعليه يمكن ان تندرج الصحة النفسية في اربعة تدرجات هي :

١- **الفرد الصحيح نفسيا** : وهو الذي يعي دوافع سلوكه ويتواءم مع بيئته بفعالية بناءة، ويتمكن من التأثير فيها متمكن من توجيه المثيرات للاخرين ومهيئا للاخرين الفرصة للاستجابة التكيفية ، مستشعرا السعادة والرضا من جراء ذلك ويمتلك طاقة نفسية ايجابية تمكنه من مواجهة المشكلات من دون اضطراب .

٢- **الفرد السليم نفسيا** : وهو الذي يتمكن من الاستجابة للمواقف الحياتية التي تستدعي ذلك ، بطريقة تكيفية ، لكنه لا تتوفر لديه طاقة ايجابية تمكن من التأثير والمبادأة والتحكم بالظروف .

٣- **الفرد الخالي من المرض النفسي** : هو الفرد الذي لا تصدر عنه استجابات عصابية او ذهانية ظاهرة نتيجة اتخاذه مواقف هامشية ، او التزامه الحياد منها او نتيجة لعدم تعرضه بقصد او بغير قصد لمواقف التفاعل مع متطلبات الحياة او مع الاخرين ، لذا فقد لا يشكو هذا الفرد اعراضا مرضية ظاهرة ، لكنها تظهر اذا تعرض لمواقف معينة .

٤- **الفرد المريض نفسيا** : وهو الفرد الذي لا يستطيع ان يواجه المواقف التفاعلية في الحياة بأية صورة من صور التكيف بل يستجيب لها باستجابات توافق او ذهانية ، وهو يشكو من اعراض مرضية يشعر بها، او تظهر من خلال تصرفاته او سلوكه اليومي (الشرقاوي ، ١٩٨٣ ، ص ٢٨) .:

لذلك حينما نسعى إلى تحديد مفهوم الصحة النفسية نجد امامنا اتجاهين :

احدهما : **سلبي** يرى ان الصحة النفسية هو الخلو من اعراض الامراض النفسية ، أي ان الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو الخالي من اعراض المرض النفسي او العقلي ، بمعنى اخر انتفاء حالة المرض عنده ، اما اذى كانت حالة المرض موجودة فهذا يعني ان الصحة النفسية مصابة ، ولكن لا تصبح الحالة النفسية شاذة الا حين تبلغ درجة شديدة في انحرافها .

والاخر : **ايجابي** يرى ان الصحة النفسية ليست مجرد انتفاء اعراض المرض النفسي بل تتحدد في ضوء توافر عدد من المظاهر ، التي تعتمد على قدرة الفرد على التوافق

Adjustment ، حيث ينظر هذا الاتجاه إلى الصحة النفسية على انها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع والبيئة التي يعيش فيها ، وقدرته على مواجهة الصعوبات والازمات النفسية من غير اضطراب فضلا عن احساسه بالسعادة والرضا ، اذ يأخذ التوافق جانبيين هما ، الملاءمة او التلاؤم الذي يرتبط بالبيئة ومطالب الواقع من جميع الجوانب الاجتماعية والايمائية والجسمية والطبيعية ، والرضا الذي يمثل احساس الفرد بالسعادة والتقبل النفسي للبيئة المحيطة به ، (الرفاعي ، ١٩٨٧ ، ص٥).

لذلك يتضمن الاتجاه الثاني الذي يأخذ طريقا ايجابيا متكاملا للصحة النفسية ثلاث سمات هي :

أ - قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع مجتمعه توافقا يؤدي به إلى الشعور بالامان والاطمئنان الداخلي خاليا من الصراعات .

ب- قدرة الفرد على مواجهة الازمات النفسية العادية بصبر وثبات وباساليب توافقية مباشرة .

ج- احساس الفرد بالسعادة والرضا ، أي ان يكون سعيدا بنفسه وبالآخرين ، ويشعر بالرضا عن ذاته وعن مجتمعه ، (مياسا ، ١٩٩٧ ، ص١٥-١٦)

مؤشرات الصحة النفسية

اختلفت وجهات النظر في تحديد معايير الصحة النفسية فمثلا حدد شنايدر Schneider تسع نقاط يعتبرها المعايير الاساسية للصحة النفسية وهي : الكفاية العقلية، والتحكم بالافكار والتكامل بينهما ، والتكامل بين العواطف والتحكم بالصراع والاحباط، والعواطف والمشاعر السليمة والايجابية، والهدوء العقلي او الطمأنينة العقلية، و المواقف السليمة، و المفهوم السليم حول الذات، و وعي الذات المناسب، و العلاقة المناسبة مع الواقع . (Schneider, 1955, pp.49-53).

في حين حدد سكوت (Scott) عشرة محكات هي : القدرة العامة على التكيف، و القدرة على إرضاء الذات، و الكفاية في العلاقة بين الأشخاص، و القدرة العقلية، و التحكم بالدوافع والعواطف، والموقف المتكامل في العلاقة مع الآخرين، و القدرة

الإنتاجية، و الاستقلال الذاتي، و التكامل الناضج، و الموقف المناسب من الذات .
(Scott, 1958, pp. 45-29).

بينما حدد ولمان Wolman اربع معايير او محكات فقط هي : العلاقة بين طاقات الشخص وانجازاته، و الاتزان العاطفي، و صلاح الوظائف العقلية، و التكيف الاجتماعي . (Wolman, 1976, pp.9-10).

وقدم علاء كفاي (١٩٩٠) محكات السلوك العادي التي تمثل الاتجاه الاسلامي لتفسير السلوك او الصحة النفسية وهي : الواقعية ، الشعور بالامن والطمأنينة ، المرونة ، الادراك الصحيح للواقع ، فهم الذات وتقبلها وتطويرها ، التعادلية في العلاقات مع الاخرين ، التناسب مع المواقف . (كفاي، ١٩٩٠، ص٦٠).

بينما اشار عبد الغفار ١٩٧٦ الى أربعة مظاهر للصحة النفسية السليمة وهي : الرضاء عن النفس ، سمو والالتزام ، الوسطية ، العطاء . (عبد الغفار ، ١٩٧٦، ص ١٤٩) .

وقد ذكر منصور (١٩٨٢) صفات الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية السليمة في كل من : تقبل الذات (فهم الذات - التوقعات الخارجية - عدم وجود معوقات داخلية او خارجية) ، التوافق الشخصي والاجتماعي والواقعية وتقبل الواقع والتوجه في الحياة وفقا لفلسفة غنية بالمعاني، والاستقلال والتوجه الذاتي والارادة (الفاعلية الداخلية لتوجيه الاوامر الى الذات ، مقاومة الغواية والاغراء) و المسؤولية والنضج الانفعالي و التوجه خارج الذات و تحقيق الذات الاستمرار في النمو الشخصي . (منصور ، ١٩٨٢ ، ص ٨١-١٠٤) .

بينما توصل ماسلو ومتيلمان إلى عشرة صفات ضرورية للصحة النفسية السليمة وهي:
شعور مناسب بالامن ٢. التلقائية والانفعالية المناسبة. ٣. الاتصال الفعال بالواقع .
٤. رغبات جسمية مناسبة ومقدرة على اتباعها. ٥. معرفة كافية بالذات. ٦. تكامل الشخصية وثباتها. ٧. اهداف مناسبة للحياة. ٨. مقدرة على التعلم من الخبرات السابقة. ٩. مقدرة على اشباع متطلبات الجماعة. ١٠. التحرر من الجماعة او الثقافة .

وذكر عبد الخالق ١٩٩١ تسع محكات مظاهر سلوكية محددة للصحة و معرفة قدرة النفس وحدودها و النجاح في العمل و مواجهة الاحباط و الاقبال على الحياة و الاتزان والثبات و الخلق القويم و الخلو النسبي من الاعراض المرضية النفسية والعقلية . (عبد الخالق ، ١٩٩١ ، ص ٢٢-٢٨) .

ويبدو مما تقدم من مؤشرا او مظاهر الصحة النفسية سالفه الذكر انها اشتملت على مظاهر عديدة ومنها ما يتصل بالجانب الجسمي ، ومنها ما يتصل بالجانب النفسي ومنها ما يتصل بالجانب الاجتماعي ، ومنها ما يتصل بالجانب الخلقى والروحي، كما قد يلاحظ ان بعضها قد اكد على جانب او عدة جوانب واغفل ما عداها ، وان بعضها قد تضمن مفاهيم فضفاضة تفتقد الى الاجرائية او ابعاد صعبة المنال والتحقيق . (القرطي ، ١٩٩٨ ، ص ٦٠) .

وجهات نظر في تفسير الصحة النفسية

تعددت وجهات النظر التي حاولت تفسير الصحة النفسية التي من اهمها ما يأتي:

١- نظرية التحليل النفسي

يعد "فرويد" من اكثر علماء النفس الذين اهتموا بتفسير الصحة النفسية وحالات اضطرابها واسباب هذه الاضطرابات اذ اشار الى ان الصحة النفسية تتحقق عندما يحدث توازن بين المنظومات الثلاث الهو " id " و " الانا " Ego " والانا الاعلى Super Ego وتضطرب عندما لا تتمكن الانا من الموازنة بين الهو الغريزية والانا العليا المثالية (فرويد ، ١٩٨٢ ، ص ٤٥-٥١) . وان الفرد الذي يستطيع ان يحقق الصحة النفسية لذاته هو الشخص القادر على منح الحب والعمل المنتج عموما . (Weiner & potepan, 1970, pp. 108-109) .

وتتمثل الصحة النفسية من وجهة نظر "فرويد" في القدرة على مواجهة الدوافع البيولوجية والغريزية والسيطرة عليها في ضوء متطلبات الواقع الاجتماعي ، (العناني ، ٢٠٠٠ ، ص ١٤-١٥) . ويرى فرويد ايضا ان عودة الخبرات المكبوتة عن طريق التثبيت لاحدى مراحل النمو الجنسي يعلب دورا رئيسيا في تكوين الامراض العصابية والانحرافات النفسية، حيث هناك علاقة بين الميول الفمية المكبوتة وبين هوس

الاكتئاب ، وكذلك بين الميول الشرجية وعصاب المراحل التي تمر بها الطاقة الغريزية ، فاذا ما صادف الفرد ما يعوق نموه الجنسي في مرحلة اخرى سبب له ذلك صراعا ، ادى به الى النكوص والتثبيت على مرحلة ما من مراحل النمو السابقة للنضج الجنسي، ومن ثم الى اضطراب صحته النفسية (الشرقاوي ، ١٩٨٣ ، ص ٨٧-٩١) .

ويعتقد "فرويد" ان الانسان لا يستطيع ان يصل الا الى تحقيق جزئي لصحته النفسية وذلك لانه في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع . (Protap, 1982, p122)

وقد عارض "ادلر" هذه النظرة التشاؤمية "لفرويد" ورأى ان الانسان يستطيع ان يتغلب على الشعور بالنقص ويحقق الصحة النفسية عن طريق ، : الميل الجماعي والعيش مع الاخرين والتنشئة الاجتماعية الصحيحة ووضع اهداف محددة والعمل على تحقيقها بالشكل الذي يسهم في تكوين شخصية متماسكة قادرة على مواجهة الصعوبات . (العناني ، ٢٠٠٠ ، ص١٥) .

اما "اركسون" فيرى ان الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلات مرحلة النمو التي يمر بها بنجاح ، وأوضح "اركسون" ان صحة الفرد النفسية في مرحلة عمرية معينة تساعد الفرد في تحقيق التكيف النفسي في المراحل العمرية التالية ، (العناني ، ٢٠٠٠ ، ص١٦) .

بينما ترى "هورني" ان الصحة النفسية هي ادراك الذات وتحقيقها ، والمقدرة على اخفاء النكامل بين معظم الحاجات (Prndt & Willien, 1974, pp. 206-207).

ويرى "يونك" ان الصحة النفسية تكمن في استمرار نمو الفرد الشخصي من غير توقف او تعطيل ، واكد اهمية اكتشاف الذات الحقيقية ، واهمية التوازن في الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية ، وان الصحة النفسية والتوافق السوي يتطلبان الموازنة بين الميول الانطوائية والميول الانبساطية ، وتتطلب الصحة النفسية تكامل اربع عمليات هي الاحساس والادراك والمشاعر والتفكير . (Winer & poter. 1970. P. 109) . ويرى ان الامراض العصابية عبارة عن محاولات غير ناجحة للتكيف مع الواقع (فرويد ، ١٩٨٢ ، ص ٣٧) .

٢- المدرسة السلوكية

ترى هذه المدرسة ان السلوك متعلم من البيئة ، وان عملية التعلم تحدث نتيجة وجود دافع ومثير واستجابة، بمعنى اذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك) ولكي يقوى الربط بين المثير والاستجابة لا بد من تعزيز ، اما اذا تكررت الاستجابة دون تعزيز فان ذلك يؤدي الى اضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة أي اضعاف التعلم ، وتقرر هذه المدرسة ان الناس يقومون بسلوك سوي معين لانهم تعلموا ان يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة التعزيز، وان مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة .. بعيدة عن القلق والتوتر . (العناني ، ٢٠٠٠ ، ص ١٦) . لذلك فان افضل الاساليب العلاجية وصولا الى الصحة النفسية هي تمارين الاسترخاء والتقليل التدريجي للحساسية والتعزيز الايجابي والتعزيز السلبي والتجاهل ولعب الدور (الفرخ، ١٩٩٩ ، ص ١٩) .

ويرى "سكنر" الذي يعد احد ممثلي هذه النظرية ان اضطراب الصحة النفسية و ظهور الاعراض العصابية او الذهانية ينشأ بسبب اخطاء في تاريخ التعلم الشرطي للفرد ، اذ تسبب هذه الاخطاء ضعفا في نمو وتطور الاستجابة السليمة ويسبب سيطرة التعزيزات غير الملائمة و توصف تلك الاستجابات بانها سيئة او مرضية او عصابية ، ويقول سكنر ان المهارات الاجتماعية والانماط السلوكية المختلفة تنمو وتتطور بسبب التعزيز الموجب خلال عملية التنشئة الاجتماعية ، وعندما لا تنمو وتتطور بسبب التعزيز غير الملائم فان الفرد يستجيب الى المواقف الاجتماعية المختلفة بطريقة غير سليمة (Perrin, 1970, pp. 404-410) .

٣- المدرسة الإنسانية

يعد المذهب الانساني في علم النفس مذهباً حديثاً نسبياً وقد ظهر كرد فعل للمدرستين الأساسيتين في علم النفس هما مدرسة التحليل النفسي والمدرسة السلوكية، ويقوم هذا المذهب على رفض المسلمات التي تقوم عليها هاتان المدرستان، ولعل اهم مسلمات هذا المذهب هو ان الانسان خير ، وهو كائن حي في نشاط مستمر ونمو دائم ، وان الخبرة الحاضرة للفرد ذات اهمية بالغة وينبغي دراستها كما يدركها الفرد وليس كما

يدركها الآخرون، وأن الفهم السليم لنشاط الإنسان و سلوكه لايتأتى إلا بدراسة الإصحاء وليس المرضى . وتبدو الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين في مدى تحقيق الفرد لأنسانيته تحقيقاً كاملاً ، ويختلف الأفراد فيما يصلون إليه من مستويات من حيث الإنسانية الكاملة ، وهكذا يختلفون في مستويات صحتهم النفسية (Maslow, 1962, p3-4) .

ويرى كل من "ماسلو" و "روجز" أن مظاهر الصحة النفسية عند الفرد تكون في حريته على استبصار حل مشكلاته ، وفي اختيار قيم تحدد إطاره في الحياة وتعطي معنى لحياته، وترتكز هذه النظرية على الذات (Self) فهناك الذات الإيجابية المتوافقة مع العالم الخارجي ، والذات السلبية المتمركزة حول نفسها ، وأن الفرد الساعي لتحقيق ذاته والقادر على حل مشكلاته هو الذي يتمتع بالصحة النفسية (عبد الغفار ، ١٩٧٦ ، ص٢٨) .

٤- النظرية الوجودية

اهتمت هذه النظرية بدراسة جوهر الفرد ، وركزت بشكل مباشر على الخبرات الشخصية ، وطرح نمطاً أساسياً للأشخاص هو نمط الشخص الإصيل (Authentic) الذي يدرك في سلوكه تماماً الافتراضات الوجودية المتعلقة بطبيعة الإنسان (Cartwright, 1974, p 58) .

ومثل هذا الشخص قادر على تغيير العلاقات السببية ونتائجها عن طريق حرية الإرادة واختبار المعنى وخلق المعنى والهدف (صالح ، ٢٠٠٠ ، ص٢٨) .

وتتضمن الصحة النفسية من وجه نظر أصحاب هذه النظرية القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات ، (العناني ، ١٩٩٧ ، ص١٨) .

وأكد كل من "ماي" و "لينج" و "فرانكل" على فردية الإنسان وقيمه وصراعه في سبيل الوصول إلى معنى لوجوده ورغبة في الوصول إلى تنظيم معين من القيم يختاره بإرادة حرة ، إذ تدفع الإنسان في حياته رغبة قوية للوصول إلى معنى وجوده ، وهو دائماً وابتداءً مدفوع بإرادة إلى اكتشاف ذاته وممارسة حياته ، كما يراها وكما يختارها وبهذه

الارادة يحقق الانسان لنفسه الصحة النفسية ويعود من اغترابه بالتمسك بالقيم الروحية .
(عبد الغفار ، ١٩٧٦ ، ص١٨) . والفرد المتمتع بالصحة النفسية هو القادر على خلق
حالة من الاتزان بين الاشكال الثلاثة للوجود وهي ، الوجود المحيط بالفرد ، والوجود
الخاص بالفرد ، والوجود المشارك في العالم ، (الخولي ، ١٩٧٦ ، ص١٨٤) .

ثانياً: الاستقواء

ما هو الاستقواء

هو إيقاع الأذى على فرد أو أكثر بدنياً أو نفسياً أو عاطفياً أو لفظياً، ويتضمن
كذلك التهديد بالأذى البدني أو الجسمي بالسلاح والابتزاز، أو مخالفة الحقوق المدنية،
أو الاعتداء والضرب، أو العمل ضمن عصابات، ومحاولات القتل أو التهديد، كما
يضاف إلى ذلك التحرش الجنسي (Solberg & Olweus, 2003) ويرى كل من
جوفانن وجراهام وشيستر (Juvonen, Graham, and Shuster, 2003) إن
الاستقواء هو ذلك السلوك الذي يحصل من عدم التوازن بين فردين الأول يسمى
المستقوي (Bully) والآخر يسمى الضحية (Victim) وهو يتضمن الإيذاء الجسمي
والإيذاء اللفظي، والإذلال بشكل عام.

وأشار سارزن (Sarzen, 2002) إلى أن الاستقواء يتراوح بين كونه إثارة مؤذية إلى
سرقة مال، أو طعام، وأنه مشابه لأشكال العدوان، ولكنه يختلف في أنه سلوك هادف
أكثر من كونه عرضي (حيث النية فيه واضحة)، ويهدف إلى السيطرة على الآخر من
خلال الألفاظ، أو الاعتداء الجسمي

اشكال الاستقواء

هناك عدة أشكال للاستقواء يمكن عرضها كما يلي:

١. الاستقواء الجسمي: كالضرب أو الصفع، أو القرص، أو الرفس أو الإيقاع أرضاً،
أو السحب، أو إجباره على فعل شيء.
٢. الاستقواء اللفظي: السب والشتم، اللعن، أو الإثارة، أو التهديد، أو التعنيف، أو
الإشاعات الكاذبة، أو إعطاء ألقاب ومسميات للفرد، أو إعطاءه تسمية عرقية.
٣. الاستقواء الجنسي: استخدام أسماء جنسية وينادي بها، أو كلمات قذرة، أو لمس.

٤. الاستقواء العاطفي والنفسي: المضايقة والتهديد والتخويف والإذلال والرفض من الجماعة.

٥. الاستقواء في العلاقات الاجتماعية: منع بعض الأفراد من ممارسة بعض الأنشطة إقصاءهم أو رفض صداقتهم أو نشر شائعات عن آخرين.

٦. الاستقواء على الممتلكات: أخذ أشياء الآخرين والتصرف فيها عنهم أو عدم إرجاعها أو إتلافها .

كما يمكن أن يكون الاستقواء اليوم أكثر تطوراً من خلال الوسائل الحديثة كالإنترنت مثل: إرسال رسائل عن طريق البريد الإلكتروني، أو الهاتف الخليوي، أو نشر إشاعات على صفحات الإنترنت، وهذا يعطي مساحة إضافية للاستقواء (Dickerson, 2005)

أسباب الاستقواء

الاستقواء ظاهرة لم يبق مجتمع من المجتمعات الإنسانية إلا واشتكى منها، وانتشرت هذه الظاهرة

وهي من أكبر المشاكل التي تهدد المجتمع، وأصعبها تحليلاً. ورغم كل الجهود التي بذلت لمنع وتقليل ممارسته ، فأصبح البحث عن وضع حل نهائي لممارسته أو تقليلها على الأقل ضرورياً. لكن القيام بذلك يتطلب معرفة اسباب انتشار الاستقواء وهي :

■ الأسباب النفسية

اضطرابات المزاج من أكبر ما يسبب تغييرات في سلوك الإنسان، ويؤثر في تصرفاته. على سبيل المثال، ثبت في بعض الدراسات أن الاكتئاب ثنائي القطب قد يسبب بعض الاضطرابات

السلوكية والصعوبات في العلاقات، ومن ضمنها التهييج لسلوكيات فاسدة، مثل: سلوك الاستقواء (Artem Boytsov, 2011). وقررت بعض الدراسات أيضاً أن غالبية المصابين بداء الاستقواء يعانون من مرض الاضطراب النفسي المضاد

للمجتمع (Mahmud Ahmad Abu Saħlul, 2018, 6)

■ الأسباب الاجتماعية

هناك مجموعة من المؤسسات الاجتماعية؛ مثل الاسر والمؤسسات الحكومية والمؤسسات التعليمية والصحية والدينية والإعلامية وغيرها من القطاعات العامة التي تلعب دورا كبيرا في حياة الإنسان، وهذه المؤسسات قد يكون لها تأثير إيجابي على المجتمع، كما قد تؤثر على المجتمع تأثيرا سلبيا. لكن من المؤسف أن بعض هذه المؤسسات قد تساهم في انتشار الاستقواء

؛ إذ انتشار ظاهرة الاستقواء اليوم كان نتيجة عدم مبالاة هذه المؤسسات الاجتماعية بقضية

الاستقواء التي تهدد استقرار المجتمع.

آثار الاستقواء

ممارسة خلق الاستقواء له آثار سلبية على الرفاه الفكري والعقلي والروحي والجسدي للضحية؛ حيث إن أغلب ضحايا الاستقواء مضطرون إلى اتخاذ خطوات خطيرة كردة فعل على ما خلف الاستقواء فيهم من آثار، بل قد تستمر عواقب الاستقواء، ويبقى أثره في الضحية طيلة حياته. وهنا سيعرض الباحثان بعض العواقب التي يخلفه الاستقواء في ضحاياه، وأهمها على نفس وجسد وروح الفرد (Susan M. Swearer & Paulette Tam Cary, 2003, 65)

الأثر الأول: القلق والاكتئاب: الاستقواء من التجارب المؤلمة للمستهدفين؛ حيث يؤثر الألم والضيق الذي يعاني منهما الضحية في كل جانب من جوانب حياته، ويجعله يشعر بالوحدة والعزلة والضعف والقلق . وأهم الاضطرابات التي يمكن أن يتعرض لها ضحايا

الاستقواء أربعة: اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، واضطراب القلق العام (GAD)، ونوبات الهلع (Attacks: Panic)، واضطراب القلق الاجتماعي (Social Anxiety).

الأثر الثاني: الشعور بالنقص والدونية: من أخطر ما يعاني منه ضحايا الاستقواء الشعور بعدم الكفاءة وانعدام الأمان، ؛ فيصير به حزينا مكتئبا منعزلا عن الاختلاط

بالمزلاء، ويفقد الثقة بعقله وقدراته وقد ذكر بعض الباحثين أن %٢٠ تقريباً من ضحايا الاستقواء يعانون من مشاكل الصحة العقلية، منها ما يسهل اكتشافها في وقت مبكر، في حين يصعب اكتشاف بعضها، لكن المؤكد أنها تتراوح بين نوبات الغضب التي لا يمكن تفسيرها إلى الشعور بالدونية (Tzani-Pepelasi, et. Al., 2018: 13)

ثالثاً : العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy

كان لظهور العديد من النظريات في مختلف المجالات بالإضافة إلى المحاولات السابقة للعلاج السلوكي، وتأثيرات التحليل النفسي في مجال علم النفس الإكلينيكي، دوراً هاماً في نمو الاتجاهات العلاجية التي اهتمت بالجانب المعرفي لدى الإنسان سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وافترضت وجود أبنية عقلية ومدركات تنظم الخبرة والسلوك وتؤثر في عملية العلاج النفسي (قوافنه، ٢٠٠٧، ص. ٩٨). والمتتبع لأساليب العلاج النفسي يرى أن العديد من المعالجين توجهوا نحو أسلوب إعادة تنظيم مدركات الفرد، وإعادة صياغة إدراكات جديدة وسلوك سوي جديد لديه

نشأة العلاج المعرفي السلوكي

تعود النشأة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي إلى فلسفات قديمة، إذ كان الفيثاغوريون يمارسون تمارين عقلية لضبط النفس، أما ديكارت فقد طرح مذهب الثنائية التي أسهمت في بروز ظاهرة فصل العقل عن الجسم، واجتاحت حركة الاستشفاء باستخدام العقل، أجزاء من أوروبا وشمال أفريقيا في أوائل القرن الثامن عشر وحتى بداية القرن العشرين، حيث أكدت حركة الاستشفاء على قدرة التفكير على تحسين صحة الناس وأحوالهم.

ويرى "بيك" "أن العلاج المعرفي يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة، بل موعلة في القدم، تعود إلى زمن الرواقيين ٢ Stoics. حيث يرى الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث سبب اعتلال مزاجه وتعكر صفوه، وليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة. ويستند العلاج المعرفي إلى هذا المنطق الرواقي، فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأولى إلى قيام الفرد بتحريف الواقع والحقائق، بناء على مقدمات مغلوبة

وافتراضات خاطئة. وتنشأ هذه الأوهام نتيجة تعلم خاطئ في إحدى مراحل نمو الفرد المعرفي" (بيك، ٢٠٠٠، ص ٦).

كما كان لكل من ألبرت أليس وبيك دوراً هاماً في إثراء العلاج السلوكي من خلال نظرية العلاج العقلاني الانفعالي. كما كان لميكنباوم دوراً في العلاج المعرفي السلوكي. ولقد ذكر ابن قيم أن للأفكار قدرة على التحول إلى دوافع حتى تصبح عادة، يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، ما لم يتم تغييرها بوقت مبكر (نجاتي، ١٩٩٢، ص ٢٨٤).

ولم يكن العلاج المعرفي معرفياً سواء على المستوى النظري أو التطبيقي. حيث تم التعامل على المستوى النظري مع الأفكار بهدف معالجتها وتغييرها، ليتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة. أما على المستوى التطبيقي فإن بيك لم يستخدم الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم بجانبها فنيات سلوكية، وهذا ما أكده في كتابه الذي نشر عام ١٩٧٩، بعنوان "العلاج المعرفي للاكتئاب" (مصطفى، ٢٠٠٩، ص ٨٨). ومن هنا بدأ بروز معالم العلاج المعرفي السلوكي، معتمداً على الأساليب التي قدمها كل من "دونالد ميكنباوم D. Meichenbaum و"ألبرت أليس" A. Ellis و"أرون بيك" A. Beck و"فيكتور رايمي" V. Raimy.

ويعد نموذج "بيك" المعرفي السلوكي من أبرز النماذج العلاجية وأكثرها شيوعاً في هذا الاتجاه، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف واعتقادات الفرد في هنا والآن Here and Now، كسبب في اضطراب الشخصية، يقوم بالاستعانة ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل. ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات معرفية Schemas تشتمل على المعلومات والاعتقادات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية التي يكتسبها الفرد خلال مراحل نموه (هوفمان، ٢٠١٢، ص ٦٧).

ويرى أن الأشخاص يتفاعلون مع الأحداث وفقاً لمعانيها لديهم. ويهتم بيك بالأفكار التلقائية السلبية التي تظهر وكأنها أفكار آلية يتصورها المريض بأنها معقولة جداً.

ويرى بيك أن الأفكار الأوتوماتيكية ينتج عنها تشويه معرفي، ومن أمثلة التمثل الشخصي

تفسير الأحداث من وجهة نظر المريض الشخصية، أما التفكير المستقطب Polarized فهو التمرکز حول أحد الأطراف المتناقضة إما أبيض أو أسود، أي بمعنى الاستدلال اللامنطقي والاستنتاج التعسفي، والمبالغة في تعميم نتيجة معينة على جميع المواقف، على أساس حدث منفرد، بالإضافة إلى التضخيم والتجسيم، والعجز المعرفي. إن العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيضها، كونه يعتمد على أسس ومبادئ المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع المريض، وتقليل حجم المشكلة واختزالها Reduction، بمعنى تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج من خلال استخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفي، وأخيراً العلاج البديل "مناقشة الأسباب" (Turner, Holtzman .115, 2007, p & Mancl) وبعضها تجريبي إمبريقي. كالاستكشاف الموجه والتعريض، وبعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية، والافتداء، والتخيل، ولعب الدور. ويرى "بيك" أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية، لأنها تؤدي إلى تغييرات إتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy Goals

يرى باترسون (Patterson) بأن العلاج المعرفي السلوكي يهدف بشكل أساسي إلى التقليل من القلق، وخفض مستوى الكراهية والغضب، وتهيئ للفرد طريقة تساعد على التقليل من لوم ذاته والآخرين والظروف المحيطة به وتحسين صحته النفسية، وذلك من خلال التحليل المنطقي لمشكلاته؛ لذا فإن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى الاهتمام بالذات والاعتراف بحقوق الآخرين، والاستقلالية والمسئولية والتسامح مع أخطاء الغير، والمرونة وقبول التغيير (Patterson, 1990, p.123).

اما كوستر (Custer, 2001, p.92) فيشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى السيطرة على الأفكار السلبية لدى الأفراد ودحضها، باتباع أسلوب مناقشة التطور الطبيعي لديهم، والتركيز على حل المشكلات، والانفعالات، بالإضافة إلى أهمية العلاقات الشخصية التي تسهم في ضبط الانفعالات السلبية.

أما عبد المعطي (١٩٩٨، ص ١٢٤) فيرى أن هدف العلاج المعرفي السلوكي تدريب الأفراد على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر والتعامل معها بصورة نقدية، مستخدماً المراقبة الذاتية للأفكار، والعمل على اخراج التخيلات السلبية إلى حيز التفكير، واستبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات ايجابية، من خلال رصد ومعرفة عمليات التفكير السوية وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية للفرد، وحمله على اختيار الواقع، وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على الوجوبية وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة ايجابية.

قواعد العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy Rules

إن العلاقة بين المعالج والمريض لها أهميه ودور في نجاح العلاج المعرفي السلوكي، فهي تسهم في تهيئة الأجواء المناسبة للتقدم العلاجي، إذ أكد معظم المعالجون المعرفيون السلوكيون على أهمية علاقة المعالج بالمريض، وعلى دورها في العملية العلاجية (سكران، ٢٠٠٦، ص ٧١). ويؤكد أغلب المعالجين المعرفيين السلوكيين على بعض المتطلبات منها :

- دور نشط بين المعالج والمريض في سبيل تحقيق هدف واحد، فالعلاج المعرفي هو خبرة تعلم يلعب فيها المعالج دوراً نشطاً في الكشف عن التحريفات الإدراكية.
- يقوم المعالج بتبليغ (المريض) بأن لديه معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسة؛ بهدف التوصل إلى أفضل الطرق وأنسبها للتغلب على ما يعانيه من مشكلات، وأن لدى المعالج الفنيات اللازمة والأسلوب العلاجي الملائم، وعلى المريض أن يذكر ما لديه من المعلومات عن خبراته الفريدة، وأنه هو الشخص الوحيد الذي يستطيع شرح مشاعره وأفكاره، وأن هذه الخبرات سوف تحدد الكيفية التي ستستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها، فالمعالج المعرفي هدفه مساعدة المريض بالتعرف

على تفكيره الشخصي، وتعليمه طرفاً أكثر واقعية لصياغة خبراته، وأن هذه الطريقة ذات أهمية بالنسبة للمريض كونها تتيح له استخدام معرفته عن المفاهيم والتفسيرات الخاطئة (مصطفى ، ٢٠٠٩، ص ٩٩). ٤.

▪ العمل على حث المريض على إبداء رأيه والتعليق على ما يجري، والسماح له بطرح الأسئلة لكي يلم بأكبر قدر ممكن من المعلومات، التي سوف تساعده في اتخاذ القرارات، واختيار أفضل البدائل لتحسين حالته.

العلاج المعرفي السلوكي لبك Cognitive-Behavioral Therapy-Beck :

يرى بيك بأن للفرد أبنية معرفية ثابتة، تحدد مسلكه وشعوره، وأن الأحداث اللفظية والمصورة لدى الفرد مستمدة من اعتقاداته وافتراضاته، وبالتالي فإن الاضطرابات السيكولوجية نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة، ينتج عنها تفسيرات خاطئة للمواقف التي يتعرض لها الإنسان (خليل، ٢٠٠٤، ص. ٦٩).

ويرى بيك أن أهم أهداف العلاج المعرفي السلوكي تتجلى في تصحيح نمط تفكير المريض، وكيفية التعامل مع التفكير غير المنطقي، وما هي الوسائل اللازمة للتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق بالإضافة إلى التعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيفها معتمداً على عدة أسس أهمها:

- المشاركة العلاجية.
- توطيد المصادقية مع المريض.
- اختزال المشكلة التي يعاني منها المريض.
- معرفة كيفية تعلم حل المشكلة.

إن فنيات العلاج المعرفية عند بيك تعتمد على ثلاث اتجاهات: أحدها عقلاني وآخر تجريبي

وثالث سلوكي تسعى إلى صد عمليات التفكير غير السوي، وملء الفراغ المعرفي، بهدف الوصول إلى رؤية الواقع بصورة ايجابية (عبدالمعطي، ٢٠٠٣، ص. ٨٢).

أساليب العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Treatment Methods

١- معرفة الأفكار المشوهة والعمل على تصحيحها: الأفكار المشوهة تؤثر سلباً في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، ومن خلال التدريب والتعليم يستطيع الفرد التعرف على هذه الأفكار، وتحديدتها والتعامل معها، وتصحيحها وتعديلها، Martine, (Oskam & Schreurs, 2011. P. 124)

٢- إزاحة الأفكار المشوهة: الأفكار التي لا تتفق مع الواقع يجب التخلص منها والعمل على تعديلها.

٣- التخلص من المواقف التي تسبب المخاوف: يجب على المعالج أن يقوم بتعليم المسترشد وضع قواعد بديلة تنظم سلوكه، ومعالجة الاضطرابات المختلفة مثل القلق، والضيق.

٤- معرفة العوامل التي تسبب له الاضطرابات: العمل على تحويلها إلى أوجه نشاط عديدة مثل:

الانشطة الاجتماعية ، والفنية ، والرياضية .

٥- التحصين التدريجي ضد الضغوط: وهذه الاستراتيجية تقوم على تشجيع المريض في مواجهة مواقف القلق تدريجياً، بهدف إلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، من خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات مضادة لهذا القلق، إلى أن يفقد الموقف خاصيته المهددة، وإلغاء الاشتراط بين المنثير والاستجابة (Stephen, 2011, p.113). وبذلك يتحول الموقف إلى موقف محايد، ومن ثم يؤدي هذا التغيير أو التعديل إلى تحسين عملية التوافق، وتستخدم خلال التحصين التدريجي أساليب محددة هي:

▪ أسلوب التحدث إلى الذات: ويتضمن هذا الأسلوب تدريب الفرد على التحدث مع ذاته حول المشكلة.

▪ أسلوب التفكير الصامت: ويتضمن هذا الأسلوب تدريب الفرد على أن يحدث نفسه بطريقة صامتة وبأسلوب الأفكار هادئة، تؤدي إلى ضبط النفس، أو أفكار تضع الموقف في منظور معين.

- **أسلوب تعزيز الذات:** من خلال تدريب الفرد على استخدام اللغة كموجه لسلوكه، وما الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه، يقوم بعملية مراجعة ذاتية لمتابعة التعزيز الايجابي لذاته، بهدف تعديل سلوكه باستخدام قدراته المعرفية الذاتية.
- **أسلوب تحديد العلاقات والمتعلقات:** ويتضمن هذا الأسلوب تدريب الفرد على فهم العلاقة بين السبب والنتيجة، بهدف الوصول إلى قنوات شخصية علمية منطقية، بإبصار المعرفة للسلوك، حيث يقوم بالإقلاع عن السلوك السيئ أو تعديله للأحسن.
- **أسلوب حل المشكلات:** ويتضمن هذا الأسلوب تدريب الفرد على الأسلوب العلمي المنطقي في التفكير، لحل مشكلاته متضمناً جمع البيانات والمعلومات عن المشكلة التي يتم تحديدها بالفعل، ثم افتراض حلول مؤقتة لها، وتبني الحلول المتوقعة التي ثبتت صلاحيتها للعمل (عصفور، ١٩٩٤، ص. ٣٦).

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

حل المشكلة:- لتحقيق هدف الدراسة، اتبّع القائمين بالدراسة إجراءات منهج البحث الوصفي ، فالمنهج الوصفي استعمل لبناء البرنامج المقترح على وفق العلاج المعرفي السلوكي، وكذلك لتشخيص الصحة النفسية والاستقواء عند منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار من خلال بناء اداة خاصة بهذا الغرض ومعالجة هذه المشكلة.

بناء البرنامج المقترح:

بنى القائمين بالدراسة برنامج علاجي معرفي سلوكي على وفق خطوات منظمة ومنطقية، بعد مراجعتهم للعديد من المصادر النفسية والدراسات السابقة التي تضمنت بناء البرامج وفي ضوء مراجعتهم لهذه المصادر والدراسات، ساروا في بناء البرنامج على وفق الخطوات الآتية:

اهداف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

إن اهداف البرامج بشكل عام تتجلى في مساعدة منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار على حل مشكلاتهم الشخصية والانفعالية والاجتماعية، ومساعدتهم على اتخاذ القرارات المناسبة لهم، وتحسين صحتهم النفسية، وتغيير نواحي

النشاط العقلي المعرفي السلبي, مثل: معتقداتهم وافكارهم واتجاهاتهم نحو ذاتهم ونحو الاخرين, وقدرتهم على التوافق النفسي والاجتماعي المطلوب (العاسمي, ٢٠١١: ٤٠).
اما الاهداف الخاصة للبرنامج :

- مد المنتفع بمعلومات كافية بخصوص ما يعانيه.
- خلق حياة أفضل للمنتفع من خلال تطبيق البرنامج العلاجي وتقنياته المختلفة
- توجيه تفكير المنتفع ونظريته الى نفسه والعالم نظرة تفاؤلية تتسم بتفاؤل والايجابية .

- تدريب المنتفع علي تقنيات تأكيد الذات ورفع الروح المعنوي والتوافق النفسي
 - فتح افاق جديدة في حياة المنتفع لكي يمضي بقية حياته بسعادة وأمل وعطاء
- أهداف الجلسات العلاجية -:

- تحديد مشكلة المنتفعين وصياغتها بصورة دقيقة وواضحة.
- خلق علاقة علاجية بين المعالج والمنتفع تتسم بتعاون والمشاركة .
- مساعدة المنتفع وتشجيعه في العملية العلاجية.
- إعادة توعية المنتفع بالحقائق الحياتية وكيفية التعامل معها
- تقييم المحتوى المعرفي السلوكي والعلاقات الشخصية والاجتماعية للمنتفع.
- تنظيم حياة المنتفع بأسلوب جديدة
- تخفيف من حدة المرض الذي يعاني منه المنتفع
- بيان فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بمساعدة تدريبات الاسترخاء في تحسين الصحة النفسية وتخفيف الاستقواء لدي منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار المشاركين في البرنامج العلاجي
- تدريب المرضى على رؤية العلاقة بين الافكار والمشاعر .
- تعديل الاتجاهات السلبية بأستخدام إعادة البناء المعرفي والتي تتمثل في إحلال الافكار الايجابية محل الافكار السلبية
- تدريب المرضى علي كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بالمعتقدات الايجابية.

الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي :

في الدراسة الحالية اعتمد الباحثان علي برنامج تم تصميمه وتخطيطه من اعداد الباحثان في ضوء الاسس النظرية والعلمية للعلاج المعرفي السلوكي، لتحسين الصحة النفسية وخفض الاستقواء لدى منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة محافظة الانبار، ويعتمد البرنامج على بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي : (فنية التعريض ومنع الاستجابة، فنية الواجبات المنزلية، فنية الاسترخاء والنفس البطني، فنية تخطيط وتنفيذ التجارب السلوكية، فنية التعديل المعرفي) حيث يعمل على دمج هذه الفنيات من خلال عدد من الجلسات بهدف إحداث التغيرات المطلوبة في الصحة النفسية والاستقواء.

واعتمد الباحثان في برنامجه على أسس العلاج المعرفي السلوكي الذي يبنى عليها البرنامج وهي:

١. معرفة المكون المعرفي للعلاج المعرفي السلوكي -الطريقة التي يفكر فيها الناس والمعاني التي يعطونها للأحداث، وكيف يسهم ذلك في تكوين الأفكار عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم الذي يعيشون فيه.

٢. معرفة المكون السلوكي للعلاج المعرفي السلوكي - الطرائق السلوكية التي يستجيب الناس بها للضغوطات وكيف تساهم هذه الاستجابات السلوكية في استمرار وزيادة المشكلة.

٣. استخدام المبادئ الأساسية ومنطق العلاج المعرفي السلوكي من خلال:

أ-العلاقة التفاعلية بين الأفكار والصور والمشاعر والسلوك.

ب- الهدف من مساعدة المنتفع على الوعي بعملية التفكير والتعليل لديه، واستنباط أفكار وآراء

بديلة عنها، واختيار صحة هذه البدائل بتجارب سلوكية.

ت- هدف مساعدة المنتفع على الشعور بالأمان ليتمكن من اختيار الفرضيات والمخاوف

وتغيير سلوكه.

٤. الاستفادة من المعرفة بأهمية العمل التعاوني مع المنتفع:

أ-الالتزام النظري والعملي بمفهوم التعاون بين المعالج والمنتفع.
ب- الوعي بأن الهدف من العلاج هو مساعدة المنتفع على التعامل مع مشكلاته اعتماداً على
موارده الخاصة.
٥. استخدام المعرفة والوعي بأهمية أن ينقل المنتفع الخبرات العلاجية إلى حياته اليومية بين

الجلسات عن طريق مهمات عملية أو واجب منزلي .

الاسلوب العلاجي المستخدم في تنفيذ البرنامج :

يقوم البرنامج اساسا علي تبني طريقة العلاج الجماعي ،وذلك لما تتمتع به هذه الطريقة من مزايا، وفوائد متعددة، حيث تقوم جميع جلسات البرنامج جماعية، وذلك لتسهيل عملية الاتصال ،، والتواصل والمشاركة، والتفاعل، وخلق جو من الالفة، والود فيما بينهم، يضاف الي ذلك الي ان اسلوب العلاج الجماعي يتناسب مع طبيعة العينة موضع الدراسة، وطبيعة المشكلة ،كما تم استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي القائم على اعادة البنية المعرفية والعمل على الافكار والمشاعر والسلوكيات وردود الافعال الجسدية.

الفنيات المستخدمة في البرنامج

(١- المحاضرات، ٢- المناقشات الجماعية ، ٣- التدريب على الاسترخاء، ٤- التدريب على التحصين ضد الضغوط ، ٥- الواجبات المنزلية، ٦- العلاقة بين الأحداث والتفكير والنتائج، ٧- إعادة البناء المعرفي، ٨- لعب الأدوار، ٩- النمذجة، ١٠- توكيد الذات ، ١١- اسلوب حل المشكلات، ١٢- التخيل ، ١٣- الحوار الداخلي).

مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

يمر البرنامج العلاجي بخمسة مراحل تم اختيارها على أساس مراحل العلاج المعرفي السلوكي وهي:

المرحلة الأولى :مرحلة البدء(مرحلة التحضير):

مرحلة ما قبل العلاج المعرفي السلوكي (مرحلة تمهيدية) وتشمل الجلسات الأولى. هي التي سيتم من خلالها التعارف، والتمهيد، وتبادل المعلومات الشخصية بين الباحث والمنتفعين، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، والهدف من هذه المرحلة هو تحقيق الآتي:

١- خلق الثقة بين المنتفعين والباحث، وتحقيق قدر مناسب من الألفة فيما بينهم، والتأكيد على أهمية التفاعل لنجاح البرنامج، والتأكيد على روح التعاون والمشاركة بينهم وبين الباحث، والتأكيد على أهمية الثقة بالبرنامج العلاجي، فهو مهم جداً لنجاح اي برنامج.

٢- ان يتبين المنتفعين العلاج المعرفي السلوكي مفهومه، أهميته، أهدافه، أساليبه وفنياته.

٣- أن المنتفعين عن مشاعرهم السلبية، والتعرف إلى الأساليب التي تؤدي إلى الشعور بذلك.

٤- التأكيد على مساعدة الذات بواسطة الأنشطة والواجبات المنزلية وعملها أولاً بأول.

المرحلة الثانية: تحديد المشكلة والتدريب على بعض فنيات العلاج:

وفي هذه المرحلة قام المنتفعين بتوظيف المعلومات التي تعلموها في المرحلة الأولى حول العلاج، وتم التركيز على الأفكار غير عقلانية وتصحيحها، وكيفية الكشف عن الأفكار والمعارف المؤدية إلى اضطراب الصحة النفسية ومعرفة الارتباط بينها وبين السلوكيات والافعال والانفعالات، والتعرف إلى دور الحوار السلبي مع الذات، والتفكير الانهزامي، والتعرف إلى بعض الفنيات مثل: الأفكار اللاعقلانية، والحوار السلبي مع الذات، والدحض والإقناع، والتعزيز الإيجابي... الخ، والهدف الأساسي في هذه المرحلة هو أن يعي المنتفعين أن تفكيرهم غير العقلاني المستمر معهم في الوقت الراهن هو المسئول عن حالتهم التي تؤدي الى انخفاض في الصحة النفسية وزيادة مظاهر الاستقواء .

المرحلة الثالثة: التدريب على المهارات المعرفية السلوكية (العمل والبناء):

خلال هذه المرحلة يتحقق أهداف العلاج المعرفي السلوكي، حيث تم تعريف المنتفعين على أهمية التفكير الجيد، وحل المشكلات وأساليب التفكير العقلانية الشائعة، وقد سع الباحث خلال هذه المرحلة إلى تحسين مستوى الصحة النفسية وتخفيف الاستقواء من خلال:

١- الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي في التخطيط السليم للمستقبل واستبعاد الأفكار المتعلقة باضطراب الصحة النفسية.

٢- تبني فلسفة جديدة في الحياة من أجل تحقيق النجاح والطمأنينة في المستقبل وتفادي الوقوع

في أفكار أخرى غير عقلانية.

٣- التعرف إلى أخطاء التفكير الشائعة من أجل تجنبها.

٤- توجيه المنتفعين على الاستمرار في تطبيق الفنيات السلوكية المعرفية، والمواجهة الفعلية

للمواقف المسببة لاضطراب الصحة النفسية .

المرحلة الرابعة :التقييم للبرنامج والوقاية من الانتكاسة والإنهاء:

وهذه المرحلة هدفها تلخيص أهداف البرنامج وتهيئة المنتفعين لإنهاء البرنامج العلاجي، وتفعيل خطة جماعية للوقاية من الاستقواء وتحسين الصحة النفسية

المرحلة الخامسة : مرحلة المتابعة :

وهي مرحلة تمثل ما بعد الجلسات العلاجية ومتابعة تقييم حالات المنتفعين في البرنامج وهي بعد شهرين من انتهاء البرنامج وإجراء القياس التتبعي لمعرفة مستوى الصحة النفسية لدى منتسبي وطلاب مركز تدريب شرطة الانبار .

جدول (١) العناوين الرئيسية لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

م	رقم الجلسة	عنوان الجلسة العلاجية	مدة الجلسة
١	الجلسة الاولى	التعارف وبناء الالفة والتقييم الاولي	٦٠ دقيقة
٢	الجلسة الثانية	تنقيف نفسي حول اسلوب العلاج المعرفي السلوكي	٦٠ دقيقة

	المستخدم بالبرنامج		
٦٠ دقيقة	تثقيف نفسي حول الصحة النفسية ومؤشرات الصحة النفسية ووجهات نظر مختلفة حول اسباب اضطراب الصحة النفسية كذلك تثقيف نفسي حول الاستقواء واثاره على الفرد والمجتمع	الجلسة الثالثة	٣
٦٠ دقيقة	الانموذج المعرفي السلوكي لاضطراب الصحة النفسية وكيفية تحسين مستوى الصحة النفسية من خلال هذا الانموذج	الجلسة الرابعة	٤
٦٠ دقيقة	التثقيف السلوكي " بناء روتين يومي جديد يعمل على تحسين مستوى الصحة النفسية والتخفيف من الاستقواء	الجلسة الخامسة	٥
٦٠ دقيقة	الاسترخاء والنفس العميق	الجلسة السادسة	٦
٦٠ دقيقة	تفسير واعادة البناء المعرفي (مراقبة الذات) لتحقيق مستويات جيدة من الصحة النفسية والجسمية	الجلسة السابعة	٧
٦٠ دقيقة	استخدام المواقف الواقعية التي تحدث مع افراد العينة للتعرف على مصادر القلق والتوتر التي تؤدي الى اضطرابات نفسية	الجلسة الثامنة	٨
٦٠ دقيقة	التخيل وهي تهدف الى التأمل والقيام برحلة ذهنية بدلاً من التركيز على الموقف	الجلسة التاسعة	٩
٦٠ دقيقة	استمارة التقويم الذاتي وهي تهدف الى تقويم البرنامج وختام الجلسات والارشادات والتوجيهات	الجلسة العاشرة	١٠

التوصيات : يوصي الباحثان الاتي

١. الاستفادة من جلسات البرنامج في تحسين مستوى الصحة النفسية من خلال تطبيقه على عينات اخرى من المجتمع .

٢. كذلك الاستفادة من جلسات البرنامج لحسين عدد من الاضطرابات النفسية لدى الافراد .

المصادر :

١. بيك، أرون. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
٢. جعفر ، حيدر موسى ، (١٩٩٢)، نظرة تحسبية لاستخدام الحقائق العلمية والتدريسية في التعلم التقني والمهني ، المجلة العربية للتعليم التقني ، ع (٢) اب ، بغداد.
٣. حسني، عاهد (٢٠٠١): الصحة والتربية والعلاج ، مطبعة الاصدقاء ، بغداد، العراق.
٤. خليل ، إلهام . (٢٠٠٤). علم النفس الاكلينيكي ، المنهج والتطبيق ، دار ابتراك، القاهرة.
٥. خولي ، وليم ، (١٩٧٦) الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي ، مصر ، دار المعارف .
٦. الرفاعي ، نعيم (١٩٨٧) الصحة النفسية ، دراسة في سيكولوجية التكيف ، ط٧ ، دمشق.
٧. زهران ، حامد عبد السلام ، (١٩٨٨) الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ، مكتبة عالم الكتب .
٨. سكران ، ماهر . (٢٠٠٦). استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال . مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، ١ (٣٥).
٩. شرقاوي ، خليل ، (١٩٨٣) علم الصحة النفسية ، بيروت ، دار النهضة العربية .

١٠. صالح ، ساهرة عبد الودود ، (٢٠٠٢) استراتيجيات التكيف لاحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لطلبة الجامعة ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، جامعة بغداد - كلية التربية .
١١. صالح ، ساهرة عبد الودود ، (٢٠٠٢) استراتيجيات التكيف لاحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لطلبة الجامعة ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، جامعة بغداد - كلية التربية .
١٢. الصيرفي، محمد (٢٠٠٣): ادارة الموارد البشرية ، دار المناهج للنشر والتوزيع ، عمان .
١٣. عبد الخالق ، احمد محمد ، (١٩٩٦) اصول الصحة النفسية ، دار المعرفة الجامعية عرض د . لويس كامل ملكية في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد (٢٥) ، المجلد (٧) ، بيروت ، دار النهضة العربية .
١٤. عبد الغفار ، عبد السلام ، (١٩٧٦) مقدمة في الصحة النفسية ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
١٥. عبد المعطي ، حسن مصطفى . (٢٠٠٣). العلاج المعرفي بين النظرية والتطبيق ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة.
١٦. العبيدي ، حازم بدري احمد ، ٢٠٠١ ، "اثر برنامج تدريبي في خفض التعب النفسي لدى العاملين في المؤسسات الاجتماعية "رسالة ماجستير غير منشورة_ ، جامعة بغداد ، كلية الاداب.
١٧. عسكر، علي (٢٠٠٥): ضغوط الحياة ومواجهتها ، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
١٨. عناني ، جنان عبد الحميد ، (٢٠٠٠) الصحة النفسية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
١٩. العيساوي ، افتخار محي محمد (٢٠١٤) : السلوك الاخلاقي وعلاقته بالمرونة الاخلاقية وما وراء المعرفة الاخلاقية لدى طلبة الجامعة ، اطروحة دكتوراه ، جامعة المستنصرية -كلية التربية.

٢٠. العيسوي ، عبد الرحمن (١٩٨٤) **امراض العصر الامراض النفسية والعقلية** والسايكوسوماتية ، دار المعرفة الجامعية .
٢١. الغامدي، ناصر حسن (٢٠١٠): **الانماط القيادية وعلاقتها بالاداء الوظيفي في المنظمات الاهلية الفلسطينية من وجهة نظر العاملين** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الاسلامية ، غزة .
٢٢. فرخ ، كاملة وتيم عبد الجبار ، (١٩٩٩) **الصحة النفسية للطفل** ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان .
٢٣. فرخ ، كاملة وتيم عبد الجبار ، (١٩٩٩) **الصحة النفسية للطفل** ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان .
٢٤. فرويد ، سمجوند ، (١٩٦٢) **الانا والهو** ، ترجمة محمد عثمان نجاتي ، بيروت ، دار الشروق .
٢٥. قريطي ، عبد المطلب امين ، (١٩٩٨) **في الصحة النفسية** ، دار الفكر العربي ، القاهرة.
٢٦. قريطي ، عبد المطلب امين ، (١٩٩٨) **في الصحة النفسية** ، دار الفكر العربي ، القاهرة.
٢٧. قواقنه، حازم. (٢٠٠٧). **فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات**. دار الازياء للنشر والتوزيع. عمان.
٢٨. قوصي ، عبد العزيز ، (١٩٦٩) **اسس الصحة النفسية** ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
٢٩. كفاي ، علاء الدين ، (١٩٩٥) **الصحة النفسية** ، القاهرة ، هجر للطباعة والنشر.
٣٠. كفاي ، علاء الدين ، (١٩٩٥) **الصحة النفسية** ، القاهرة ، هجر للطباعة والنشر.
٣١. محمود ، محمد مهدي ، (١٩٨٥) **الصحة النفسية** ، وزارة التربية ، بغداد .

٣٢. مصطفى ، محمود . (٢٠٠٩). **العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ، ابتراك للنشر والتوزيع ، القاهرة.**
٣٣. منصور ، طلعت ، (١٩٨٢) **الشخصية السوية ، عالم الفكر ، العدد ٢ مجلد ٣ ، الكويت.**
٣٤. مياسا ، محمد ، (١٩٩٧) **الصحة النفسية والامراض النفسية والعقلية ، وقاية وعلاج ، بيروت ، دار الجيل .**
٣٥. نجاتي ، عثمان (١٩٩٢). **الدراسات النفسية عند علماء المسلمين ، ط١، دار الشروق للنشر والتوزيع ، القاهرة، مصر.**
٣٦. هوفمان ، أس جي . (٢٠١٢). **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة : مراد عيسى ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة.**
- 37.Abu al-Diyar, Mus‘id. (2012). Saqalajiyyah alTanammur bayna al-Nazariyyah wa al-‘Ilaj. Kuwait: Maktabah al-Kuwayt al Waṭaniyyah, 2nd edn.
- 38.Abu Saḥlul, Maḥmud Aḥmad, et al. (n.d.). Waqi‘ Zāhirah al-Tammur al-Madrasi lada Ṭalabah al-Marḥalah al-Thānawiyah fī Muḥafazah Khan Yunus wa Subul Muwajahatuha: Al-Faṣl al-Dirasi al-Thani 2017/2018, Mudiriyyah alTarbiyah wa al-Ta‘lim, Palestine.
- 39.Beak, A. (2001). **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**, International Universities press. INC, New York.
- 40.Beak, A., & Freeman, W.(1990). **Cognitive Therapy of personality disorders**, New York. Guilford press.
- 41.Cart Wright, Desmond, S. (1974), **Introduction and Personality**, USA.
- 42.Dikerson, D. (2005). **Cyber Bullies on Camps**. Retrieved October 5 2006, from the <http://www.unicef.org.violence>.
- 43.Gilbert, S. (1999 August 25) **Study Finds Bullies and victims are more alike than different both Group likely to be suffering from depression**. Retrieved October 5, 2006 from <http://www.sfGate.com>.
- 44.Good Carter J. G. (1973) " **Dictionary of education**". 3rd ee, New York: Mc Graw Hill book company .

45. Juvonen, J; Graham, S; and Shuster, M. (2003). **Bullying Among Young Adolescent: The Strong, The Weak, and The Troubled**. Pediatrics, 112, (6), 1231-1238. Retrieved October 5, 2006, from EBSCO host Master File data base.
46. Kilander-f, **school health education**, (New York macmillan, Co. 1968)
47. Maslow, A. (1962), **Toward A Psychology of Being**, Divan Nostrand, Com. Inc. New York.
48. Miller, Dr. (1973), **Responses of psychiatric patient theory of psychometric**, J. Abnorm (sol) (psychology, 1973), Vol. 28. No.3.
49. Patterson, C., H.(1990). **Theories of Counseling and psychotherapy**, New York: Harper & Row Publishers.
50. Perrin, Laurance A. (1970), **Personolity, Theory Assessment and Research Secondedition**, Juhn Wiley and Sops Co. New York.
51. Sarzen, J. (2002). Bullies and their Victims: Identification and intervention. UN Published Master thesis, University of Wisconsin- state.
52. Sarzen, J. (2002). **Bullies and their Victims: Identification and intervention**. UN Published Master thesis, University of Wisconsin- state..
53. Scott, W. A., (1958), **Research Definitions in Meantal Health and Mental Illness**, Psych. Bull.
54. Solberg, M; Olweus, D. (2003). Prevalence Estimation of School Bullying with the Olweus Bully/Victim (9) Questionnaire. **Aggressive Behavior, 29, 239-268**. Retrieved October 5, 2006, from EBSCO host Master file data base.
55. Stephen, M. (2011). Efficacy and effectiveness of cognitive behavior therapy for chronic pain: Progress and some challenges, **International Association for the Study of Pain, 152, P. 99-106**.
56. Susan M. & Tam Cary, Paulette. (2003). Perceptions and Attitudes towards Bullying in Middle School Youth: A Development Examination Across the Bullying/Victim Continuum, in, Bullying, Peer Harassment, and Victimization in

- the Schools: Next Generation of Prevention, ed. Maurice E. Zins & Maurice J. Elias. New York, The Haworth Press, Inc.
57. Turner, J., Holtzman, S., & Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive behavioral therapy for chronic pain, **International Association for the Study of Pain, 127. PP. 276-286.**
58. Tzani-Pepelasi, Calli, Ioannou, Maria, John Synnott & Ashton, Sally-Ann , (2018) Comparing factors related to school-bullying and cyber-bullying, **Crime Psychology Review, , VOL. 4, NO. 1, 1– 25.**
59. Unger, B. (2004). **Strategies used in Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Health group**, New York.
60. Wolke, D; Sarah, W; Stanford, K & Schulzs (2002). Bullying and Victimization of Primary School Children in England and German: Prevalence and School factors. **British Journal of Psychology, 92,673-696**, Retrieved October 5, 2006, from EBSCO host Master File data base.
61. Wolman, B. B. ed (1976), **The Therapist's Handbook (Treatment Methods of Mental Disorders)** Van Nostrand Reinhold Co. New York.