

فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة

لدى الجنود السعوديين

سامي بن سعيد الزهراني

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

أُسْتُلِمَ بتاريخ 2025/7/20 وقُبِلَ للنشر بتاريخ 2025/8/26

المستخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين. تَكَوَّنَت عينة الدراسة من (22) مشاركاً، تم تشخيصهم مسبقاً باضطراب كرب ما بعد الصدمة في مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية، ووافقوا على المشاركة في الدراسة. وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية بناءً على حصولهم على أعلى الدرجات في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متكافئتين: تجريبية، وضابطة، بواقع (11) مشاركاً في كل مجموعة. استخدم الباحث مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (ترجمة الباحث وتعريبه)، وبرنامج علاجي تكاملي من إعداد الباحث. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لصالح المجموعة الضابطة، ووجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لصالح التطبيق القبلي، بينما لم تظهر النتائج فروقاً دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياس البعدي والقياس التبعي (بعد توقف تطبيق البرنامج العلاجي التكاملي بشهرين).

الكلمات المفتاحية: العلاج التكاملي، اضطراب كرب ما بعد الكرب، الصدمة، الجنود.

The Effectiveness Of an Integrative Treatment Program in Reducing Symptoms Of Post-Traumatic Stress Disorder Among Saudi Soldiers

Sami Saeed AL Zahrani

Imam Muhammad Ibn Saud Islamic University

Received on 20/7/2025 prior to publication on 26/8/2025

Abstract: The current study sought to confirm that an integrative treatment program was successful in lowering PTSD symptoms in Saudi soldiers. The study sample consisted of 22 researchers, specifically chosen based on their highest PTSD scale score. Eleven researchers who had previously received a PTSD diagnosis from Prince Sultan Bin Abdulaziz Military Medical Hospital made up each of the two equal experimental and control groups. Their application to the study was accepted. The researcher used an integrative therapy program that she developed and translated and modified, as well as the Post-Traumatic Stress Disorder Scale. According to the study, the experimental group's scores on the PTSD Symptoms Scale before and after the suggested treatment program were put into place differed significantly in the pre-application direction. Additionally, the experimental and control groups' scores on the PTSD scale show statistically significant differences in favor of the control group following the implementation of the suggested treatment program. When comparing the experimental group on the PTSD scale between the dimension measurement and the follow-up measurement (two months after the integrative therapeutic program's implementation ended), no statistically significant differences were found.

Keywords: Integrative Therapy, Post-Traumatic Stress Disorder, Soldiers

مقدمة وخلفية نظرية

بدأ استخدام مصطلح اضطراب كرب ما بعد الصدمة تدريجيًا عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية، حيث لوحظت مجموعة من الأعراض النفسية المشتركة التي تظهر على بعض الجنود المقاتلين أثناء مشاركتهم في الحرب، ثم اكتملت الملاحظة لتشمل ظهور الأعراض بصفة عامة على الذين يشاهدون أو يتعرضون لمواقف، مثل: التهديدات والقتل والتعذيب والاغتصاب، أو الهجرة والنزوح، أو المجازر وانتهاك القيم، أو فقدان المقومات الأساسية، والقصور الجسدي والوظيفي، والحرمان من الحاجات الضرورية. وقد تم لاحقًا تعميم المصطلح على كل الذين تظهر عليهم الأعراض؛ جراء تعرضهم للكوارث الطبيعية الصادمة، مثل: الزلازل والفيضانات والبراكين والأعاصير والحرائق التي تهدد حياة الإنسان، وتتجاوز قدراته على الاحتمال والمقاومة والتكيف، وتجعله في حالة من الهلع واختلال البناء النفسي والبدني (Nader & Aldouri, 2019).

ومن جهة أخرى، تُبين المسوحات العالمية للصحة النفسية وجود أدلة قوية على العبء العالمي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، حيث أظهرت دراسة أجريت في (24) دولة، وشارك فيها (71,083) مشاركًا، باستخدام المقاييس نفسها، أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين عامة السكان بلغ (3.9%)، وقد تفاوتت نسب الانتشار حسب مستوى الدخل؛ إذ بلغ في الدول ذات الدخل المرتفع (5.0%)، وفي الدول ذات الدخل المتوسط المرتفع (2.3%)، بينما بلغ (2.1%) في الدول ذات الدخل المنخفض؛ إذ سجل في إنجلترا معدل انتشار بلغ (2.9%)، وهو مماثل لـ (2.4%) المبلغ عنها في كندا وإيطاليا، بينما كانت النسبة أقل في أستراليا، حيث بلغت (1.3%). وفي المقابل، أفادت مراجعة منهجية لدول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أن معدل انتشار الاضطراب فيها بلغ نحو (22%) (Brewin et al., 2025). وعلى المستوى المحلي، يشير تقرير المسح الوطني السعودي للصحة النفسية عام 2019 إلى أن معدل انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة في المملكة العربية السعودية بلغ حوالي (3,4%) (التوحيدي وآخرون، 2019).

ومن الجدير بالذكر أن الصدمة تُحدث تأثيرات معرفية ووجدانية وسلوكية لدى الفرد، وقد أُطلق على هذه الحالة مصطلح اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهو اضطراب نفسي يتعلّق بظهور مجموعة من الأعراض النفسية بعد تعرّض الشخص لأحداث صادمة تؤدي لأعراض، تستمر معه أشهرًا وأحيانًا سنوات، مما يؤثر في توافقه وأدائه الوظيفي وعلى ممارسة أنشطته اليومية. وعادة ما تظهر الأعراض بوضوح بعد مرور شهر أو أكثر من التعرّض للأحداث الصادمة، وفي بعض الحالات النادرة قد لا تظهر الأعراض إلا بعد سنوات. كما قد تزداد حدة الأعراض فترافقها نوبات من الهلع، خاصة عند زيادة الضغوط النفسية أو عند تعرّض الشخص لموقف يعيد ذكريات الموقف الصادم (Venereau et al., 2013).

ومن الجدير بالذكر أن للجهاز العصبي اللاإرادي دورًا في الاستجابات للتوتر، لا سيما في حالة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فغالبًا ما يكون الجهاز العصبي السمبثاوي هو المسؤول عن استجابة الجسم "للقتال أو الهروب" المفرط النشاط، مما يؤدي إلى حالة فرط الإثارة المزمنة. ويتجلى هذا النشاط المفرط في ارتفاع معدل ضربات القلب، وزيادة ضغط الدم، وتسارع التنفس، فضلًا عن شدة الاستجابات المفاجئة وصعوبة تنظيم العواطف، حيث يسيء الجسم تفسير المواقف اليومية غير الخطرة على أنها تهديدات، مما يؤدي إلى استجابة التوتر حتى عندما لا يكون هناك خطر حقيقي (Siciliano et al., 2022).

ورغم أن أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قد تنجم عن معظم الأحداث الصادمة بحسب قابلية الأفراد، إلا أن الحروب تعدُّ أشد أشكال العدوان على الإنسان، ومن أبرز أمثلتها الحربان العالميتان الأولى والثانية، اللتان لا تزال آثارهما قائمة حتى اليوم (Amro, 2024).

ومن الشائع أن يعود الجنود من الحرب وهم يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فأتثناء الحرب تكون حالة التأهب القصوى ملازمة لهم طوال الوقت؛ نظرًا لما يواجهونه من مخاطر الموت أو الإصابة، ورؤيتهم للآخرين وهم يُصابون أو يُقتلون، وقد يضطرون إلى قتل أو إصابة الآخرين. فجميع هذه المواقف تزيد من احتمالية إصابتهم باضطراب كرب ما بعد الصدمة أو باضطرابات أخرى تتعلق بالصحة النفسية (Wittchen et al., 2012).

وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يُعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا بين المحاربين القدامى وأفراد الخدمة. وتشير الأبحاث إلى أن ما بين (14-16%) من أفراد الخدمة الأمريكية المنتشرين في أفغانستان والعراق قد تأثروا بهذا الاضطراب، والذي غالبًا ما يترافق مع مشكلات نفسية وجسدية أخرى، مثل: الانتحار، وإصابات الدماغ، واضطراب تعاطي المخدرات، والعنف (Inoue et al., 2023).

وتشير بعض الإحصاءات إلى ارتفاع معدلات اضطراب ما بعد الصدمة بين رجال الشرطة والعسكريين؛ إذ تتراوح النسبة بين ثلث إلى أكثر من نصف المعرضين لأحداث صادمة محتملة. ويتراوح معدل انتشار الاضطراب بين المحاربين القدامى بين (10-15%). وكشفت مراجعة نقدية أجراها ريتشاردسون وآخرون (Richardson et al., 2010) في كل من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأفراد العسكريين يتراوح بين (2-17%). كما أظهرت دراسة لأوبوبي-دونكور وآخرين (Obuobi-Donkoret al., 2022) أن ما بين (10-35%) من المستجيبين الأوائل بما في ذلك رجال

الشرطة يعانون من اضطرابات نفسية، حيث بلغت نسبة انتشار كرب ما بعد الصدمة بين أفراد سيارات الإسعاف (11%)، ولدى رجال الإطفاء (6.5-37%).

وقد أكدت العديد من الدراسات أن تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة لا يقتصر على الشخص المصاب فقط، بل يمتد إلى أسرته أيضاً؛ لأن الأسرة نظاماً مترابطاً ووحدة متكاملة، يتأثر أفرادها ببعضهم بعضاً بشكل متبادل، ولذلك فعند تعرض الأسرة لأزمة أو حدث ما يتوقع أن يمتد تأثير هذا الحدث إلى جميع أفرادها سواء بدرجة مباشرة أم غير مباشرة (عبد المسيح، 2024).

كما يتضمن اضطراب كرب ما بعد الصدمة مجموعة من الأعراض التي يمكن أن تؤثر في أفراد الأسرة، فعندما يُصاب شخص ما باضطراب كرب ما بعد الصدمة، يمكن أن تتأثر قدرته على العمل كأب أو كزوج، ويؤدي إلى تغيير في أدائه وقدرته على تلبية احتياجات الأسرة، وبالتالي يزيد من التوتر والعنف داخل الإطار الأسري (Steenkamp et al., 2013).

إضافة إلى ذلك؛ فإن الشخص الذي يعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديه مشكلة في علاقاته العائلية والاجتماعية، حيث إن هذا الاضطراب يتسبب في حدوث مشكلات تتعلق بالثقة، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة، والتواصل مع الآخرين وحل المشكلات، والتي بدورها تؤثر في الطريقة التي يتعامل بها مع الأسرة وأفراد المجتمع (عبد الرحمن وآخرون، 2022).

ويمكن الحدّ من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، من خلال مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات العلاجية التي يتم اختيارها بناءً على تقييم المعالج للصدمة والأعراض (الكرد، 2015). وتعدد أنواع العلاج المستخدمة في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، منها العلاج التكاملي والذي يُعرف بأنه اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة، من حيث انتقاء الفنيات العلاجية أو العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، ويتجاوز حدود النظرية الواحدة، مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية، من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (Castonguay et al., 2015).

وأوضح عزب (2016) أن النظرية التكاملية تمثل منظومة ذات طابع متسق ومترابط، تتناسب مع خصائص المسترشدّين ونوعية الاضطرابات والمشكلات ودرجتها، فكل نظرية تُسهم في مواجهة بعض الاضطرابات، وتتلاءم مع الفروقات الفردية، بعيداً عن التمسك بنظرية واحدة قد لا تحقق فنياتها الأثر الذي يجعل من العلاج فاعلاً في معالجة المشكلات.

وهناك اتفاق متزايد بين المعالجين النفسيين والباحثين على أنه لا يوجد نهج علاجي واحد يمكن أن يكون فعالاً ومناسباً لجميع المرضى والمشكلات والسياقات، ففي دراسة استقصائية شملت أكثر من ألف معالج، أشار (15%) فقط إلى أنهم استخدموا توجُّهًا نظريًا واحدًا فقط في ممارستهم، في حين كان متوسط عدد التوجُّهات النظرية المستخدمة في الممارسة العملية أربعة (Tasca et al., 2015).

يهدف العلاج التكاملي إلى معرفة ما يمكن تعلُّمه وتقديمه من وجهات نظر مختلفة في الممارسة، يتضمن التكامل في العلاج النفسي أربعة مناهج محتملة: التكامل النظري (أي: تجاوز النماذج المتنوعة من خلال إنشاء نهج واحد ولكنه مختلف)، والانتقائية التقنية (أي: استخدام المكونات الفعالة من مناهج مختلفة)، والتكامل الاستيعابي (أي: العمل بشكل أساسي من داخل نموذج واحد ولكن بدمج جوانب الآخرين عند الحاجة)، ونهج العوامل المشتركة (أي: التركيز على الممارسات العلاجية الفعالة المشتركة بين جميع المناهج) (Zarbo et al., 2016).

كما يمكن دمج مناهج العلاج النفسي التكاملي في أي نوع من الأعمال العلاجية طويلة الأجل أو قصيرة الأجل مع الأطفال والمراهقين والبالغين، سواء كان فرديًا أو مع الأزواج أو مع العائلات أو في بيئات جماعية؛ إذ يمكن استخدام نهج تكاملي لعلاج مجموعة من المخاوف النفسية، بما في ذلك الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية والحزن، وتدني احترام الذات، وإيذاء النفس والصدمات، واضطراب ما بعد الصدمة، ومشكلات العلاقات ومخاوف النوم، والتحدّيات الجنسية، واضطرابات تعاطي المخدرات، واضطرابات الأكل (Zarbo et al., 2015).

وتوجُّه عدد من الدراسات لاستخدام العلاج التكاملي في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، منها دراسة أوتس وآخرين (Otis et al., 2009) التي طُبِّقت على ستة من المحاربين القدامى بمتوسط عمري (51) عامًا، والذين يعانون من الألم المزمن وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وخلصت الدراسة إلى قدرة البرنامج العلاجي التكاملي على خفض الآلام المزمنة الناتجة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وأعراض الاكتئاب والضغط، والضيق النفسي لدى من أكملوا البرنامج العلاجي.

وتوصَّلت دراسة ليريتو وآخرين (Libretto et al., 2015) إلى مقارنة أثر برامج علاجية تكاملية مع مجموعات علاج أخرى، مثل: العلاج بالموسيقى، والعلاج المركز على الصدمة، في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى (48) محاربًا، يبلغ متوسط أعمارهم (39) عامًا. وأظهرت النتائج فعالية البرامج العلاجية التكاملية في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم، والتجنُّب والإثارة الانفعالية الزائدة، إضافة إلى خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج بالموسيقى، ولم تظهر النتائج فروقًا ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في بعض الأعراض النفسية الأخرى.

وقام سورنبورجر وآخرون (Sornborger et al., 2017) بمراجعة الأدلة الخاصة بالطرق العلاجية التكاملية الواعدة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة، مع التركيز بشكل خاص على علاج المحاربين القدامى، من خلال تحليل (51) دراسة في الفترة الواقعة بين (2001-2020). وتوصّلت النتائج إلى أن الدراسات التي تقيم النشاط البدني باعتباره علاقة مباشرة أو تنبؤًا باضطراب كرب ما بعد الصدمة لها نتائج غير متسقة، وأشارت بعض دراسات التدخل الأولية التي تمت مراجعتها إلى وجود تأثير إيجابي للنشاط البدني على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، مثل القلق والاكتئاب. كما انخفضت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأعراض الاكتئاب، وتحسن جودة النوم لدى المجموعات التجريبية من المحاربين، وعاملي الخدمة العسكرية المصابين باضطراب ما بعد الصدمة، وأظهرت أبحاث أخرى عدم وجود انخفاض ملحوظ في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب باستخدام العلاج التكاملي.

وكشفت دراسة كورنج وآخرين (Koenig et al., 2017) عن فاعلية برنامج علاجي تكاملي لتخفيف الاضطرابات المجعدة، مثل الاكتئاب وتعاطي المخدرات؛ الناتجة عن الإصابة باضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى (81) من المحاربين القدامى من الذكور والإناث، بمتوسط عمري بلغ (39) سنة.

كما توصّلت دراسة ميثوفر وآخرين (Mithoefer et al., 2018) إلى فاعلية برنامج علاجي تكاملي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة المزمن لدى (26) من المحاربين القدامى في الولايات المتحدة الأمريكية الذين يعانون من هذا من الاضطراب. وأشارت النتائج إلى أن فنيات العلاج التكاملي كانت فعالة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بما في ذلك الاكتئاب والتفكير والسلوك الانتحاري، وأنه كلما زادت عدد جلسات العلاج زاد مستوى التحسن، كما أظهرت النتائج تقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بشكل كبير في المتابعة التي استمرت (12) شهرًا.

وتوصّلت دراسة هارفي وآخرين (Harvey et al., 2019) إلى فاعلية برنامج تدخل علاجي تكاملي مكثف وشامل، يجمع بين عدة فنيات علاجية، منها: العلاج العقلائي الانفعالي، والعلاج الأسري، ومقاربات الصحة التكاملية مع الرعاية الفردية المسندة بالبيّنات لدى (18) مشاركًا من العسكريين والذين تعرضوا لصدمة أحداث الحادي عشر من سبتمبر، كانوا يعانون من مشكلات صحية نفسية معقدة، مثل: اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، وإساءة استخدام المواد، وإصابات الدماغ. وأشارت النتائج الأولية إلى انخفاض بنسبة (97%) في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والسلوك العصبي، وشدة الاكتئاب لدى عينة الدراسة، في حين أن (21%) ممن أكملوا البرنامج كانوا يعانون من إصابات دماغية.

استمر استخدام العلاج التكاملي كأحد الأساليب الفعّالة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المحاربين القدامى. وقد أكّد ذلك عدد من الدراسات، مثل: (Kehle-Forbes et al., 2019; Dausch et al., 2024; Lioupi, 2025; Tedeschi & Moore, 2021).

ونظرًا لخطورة اضطراب كرب ما بعد الصدمة وامتداد آثاره لسنوات طويلة من عمر الإنسان، وتأثر المحيطين بالفرد بهذا الاضطراب، وحيث إن الجنود هم من أكثر الفئات عرضة للتعرّض لمثل هذا الاضطراب؛ نتيجة لمشاركتهم في الحروب والقتال، ولكون الجنود هم حماة الوطن والمدافعين عنه؛ فإنه من الأهمية بمكان إجراء التدخّلات العلاجية المناسبة؛ لخفض هذا الاضطراب لديهم. ولكون العلاج التكاملي أحد أنواع الطرق العلاجية التي أكّدت الأدلة القائمة على البراهين فعاليتها في العديد من الدراسات العلمية والممارسات الإكلينيكية، وفي ظل ندرة الدراسات العربية والمحلية -في حدود اطلاع الباحث-؛ فإن الدراسة الحالية تسعى للتحقق من فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين.

الأسئلة

تحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:
ما فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين؟

- ويتفرع من السؤال الرئيس عدد من الأسئلة الفرعية التي تسعى الدراسة للإجابة عنها، وهي:
1. ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟
 2. ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟
 3. ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الجنود؟

المنهج والإجراءات

المنهج

تم استخدام المنهج شبه التجريبي القائم على تصميم المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، والقياس بالقياس القبلي، ثم إدخال برنامج المعالجة، تلاه القياس البعدي لقياس الأثر الناتج من المعالجة، والقياس بالقياس التتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

المجتمع

جميع المراجعين من الجنود الذين تم تشخيصهم سابقاً باضطراب كُرب ما بعد الصدمة من قبل مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية في مدينة الرياض. والبالغ عددهم (56) مراجعاً من واقع ملفات مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية من عام 1445/1446هـ.

العينة

تم اختيار عينة الدراسة من المراجعين في مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية بمدينة الرياض على مدار عام كامل، وبمساعدة الأخصائيين النفسيين. بلغ عدد أفراد العينة (36) جندياً، تم اختيارهم بالطريقة القصدية ممن تم تشخيصهم سابقاً باضطراب كُرب ما بعد الصدمة، وطُبق عليهم مقياس اضطراب كُرب ما بعد الصدمة عليهم بشكل فردي، وتراوح أعمار المشاركين بين (26-35) سنة، بمتوسط عمري بلغ (31) سنة، وانحراف معياري (3.5). أما من حيث الحالة الاجتماعية؛ فقد بلغت نسبة المتزوجين (8.3%) وغير المتزوجين (91.7%)، وكان جميع أفراد العينة من الحاصلين على مؤهل الثانوية العامة.

وبناء على درجات أفراد العينة وفقاً للإربعي الأعلى للدرجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة؛ فقد بلغ عدد مرتفعي درجات اضطراب ما بعد الصدمة (22) فرداً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين: تجريبية، وضابطة، وبلغ عدد أفراد كل مجموعة (11) جندياً، وتم التحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كُرب ما بعد الصدمة قبل تنفيذ البرنامج؛ وذلك باستخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين المستقلتين، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 1 اختبار مان ويتني للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج (ن=22)

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاكتئابية	المجموعة التجريبية	11	9.55	105.00	-1.432	.171
	المجموعة الضابطة	11	13.45	148.00		
	الكلية	22				
الأعراض التجنبية	المجموعة التجريبية	11	10.77	118.50	-0.543	.606
	المجموعة الضابطة	11	12.23	134.50		
	الكلية	22				
أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية	المجموعة التجريبية	11	10.91	120.00	-0.429	.699
	المجموعة الضابطة	11	12.09	133.00		
	الكلية	22				
أعراض سرعة الاستشارة	المجموعة التجريبية	11	10.18	112.00	-0.962	.365
	المجموعة الضابطة	11	12.82	141.00		

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
	الكلي	22				
	المجموعة التجريبية	11	9.23	101.50		
الدرجة الكلية	المجموعة الضابطة	11	13.77	151.50	-1.645	.101
	الكلي	22				

يتبين من نتائج الجدول (1) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي والمتمثلة في قيمة (Z) على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة وجميع أبعاد المقياس، مما يدل على تكافؤ المجموعتين.

الأدوات

مقياس اضطرابات كرب ما بعد الصدمة Clinical Administered PTSD Scale for DSM, إعداد: ويدرز وآخرين (Weathers et al., 2018)

يتكون المقياس من (20) عبارة تماثل الصيغة التشخيصية الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الأمريكي DSM-5 موزعة على خمسة أبعاد كما يلي:

- الأعراض أو الذكريات الاقتحامية أو استعادة الخبرة الصادمة، ويشمل العبارات من (1-5).
 - الأعراض التجنبية، ويشمل العبارات: (6، 7، 11، 13، 20).
 - أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية أو التغيرات السلبية في التفكير والحالة المزاجية، ويشمل العبارات: (8، 9، 12، 14، 19).
 - أعراض سرعة الاستشارة والتغيرات في ردود الأفعال البدنية والانفعالية، ويشمل العبارات: (10، 15، 16، 17، 18).
- تتم الإجابة عن عبارات المقياس وفقاً لتقديرات مقياس ليكرت الخماسي، وهي: (دائمًا = 4، غالبًا = 3، أحيانًا = 2، نادرًا = 1، أبدًا = 0). وبذلك يكون المجموع الكلي لدرجات المقياس (80)، وتكون الدرجة الفاصلة التي تم التشخيص بناء عليها (30-33).

قام الباحث بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وللتحقق من تكافؤ ترجمة المقياس بين النص الإنجليزي والعربي؛ عرض الباحث المقياس بصورته الإنجليزية على أربعة من أعضاء هيئة التدريس في كلية اللغات والترجمة في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية من الناطقين باللغتين الإنجليزية والعربية، وطلب منهم ترجمته إلى اللغة العربية، ثم طلب من خمسة أعضاء آخرين من القسم نفسه ترجمته إلى اللغة الإنجليزية، ثم قام الباحث بفحص نتائج الترجمتين؛ للحصول على تكافؤ بينهما، حيث وجد أن نسبة

الاتفاق بين الترجمتين للمقياس بلغت (90%)، بينما بلغت نسبة الاتفاق بين مترجمي المقياس من العربية إلى الإنجليزية (85%). وبالنظر إلى نتائج الترجمتين تبين للباحث أن الترجمتين لم تخرجا عن مضمون بنود المقياس.

ومن ثم عُرض المقياس بصورته الأولية على عشرة من المحكمين الأكاديميين ذوي الخبرة والاختصاص من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية ووزارة الصحة، وطلب منهم إبداء رأيهم في الأدوات، من حيث: مدى وضوح الفقرات، ودقة صياغتها، وملاءمة بدائلها، وقد استفاد الباحث من ملاحظات المحكمين، واقتراحاتهم، وأُجريت التعديلات في ضوء آرائهم، فتمت إعادة صياغة العبارات غير الواضحة، وطُبقت معادلة كوبر Cooper لحساب نسبة الاتفاق بين المحكمين، وتم الإبقاء على العبارات التي حازت على نسبة قبول (80%) من آراء المحكمين.

كما تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، باستخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.41-0.71)، وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) فأقل.

كما تم حساب الثبات عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، حيث بلغت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للأعراض الاقتحامية (0,769) وللأعراض التجنبية (0,778)، ولأعراض التشوهات المعرفية والإدراكية (0,805)، ولأعراض سرعة الاستثارة (0,815)، وللمقياس ككل (0,842).

وبلغت قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام سبيرمان-براون Spearman-Brown للأعراض الاقتحامية (0,759)، وللأعراض التجنبية (0,762)، ولأعراض التشوهات المعرفية والإدراكية (0,801)، ولأعراض سرعة الاستثارة (0,812)، وللمقياس ككل (0,901).

في حين بلغت قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جوتمان Guttman Split-Half للأعراض الاقتحامية (0,752)، وللأعراض التجنبية (0,758)، ولأعراض التشوهات المعرفية والإدراكية (0,800)، ولأعراض سرعة الاستثارة (0,810)، وللمقياس ككل (0,821).

البرنامج العلاجي التكاملي، إعداد: الباحث

يعتمد البرنامج على العلاج التكاملي، ويُعرّف باتمان (Bateman, 2002) بأنه: "الأسلوب المرن القابل للتكيف باستخدام طرق وأساليب مختلفة على مستويات التطبيقات العلاجية، في إطار عملية العلاقات الشخصية" (ص11). كما يُعرّف الباحث العلاج التكاملي بأنه: النظام الذي يسمح للباحث باستخدام

الفنيات التي تتناسب مع موضوع الدراسة، وتتناسب مع العينة المستخدمة، عن طريق جمع عدد من النظريات، والذي قام الباحث ببنائه عن طريق دمج المدرسة السلوكية المعرفية والإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالمعنى. وفيما يلي تعريف لأنواع العلاج المستخدمة ضمن العلاج التكاملي:

■ العلاج المعرفي السلوكي: "مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية" (حسن، 2024، ص50).

■ العلاج العقلاني الانفعالي: "أسلوب من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية؛ لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته اللاعقلانية وما يصاحبها من خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات عقلانية، يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي" (أبو السعود، 2017، ص3).

■ العلاج بالمعنى: "يعدُّ العلاج بالمعنى أحد المدارس العلاجية في التوجه الإنساني، والتي تركز على المستقبل ومعنى الوجود الإنساني، ويُقصد به العلاج الموجّه روحياً من خلال أميل فيكتور" (محمد، 2016، ص404).

وقد استخدم الباحثون العلاج السلوكي المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالمعنى؛ للحدّ من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهذه العلاجات النفسانية تستهدف معالجة الأفكار والسلوكيات وأنماط التفكير المرتبطة بالصدمة، إضافة إلى استكشاف المعنى والهدف في الحياة، مما يساعد على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Dossa & Hatem, 2012).

يتكون البرنامج العلاجي من (18) جلسة، تتراوح مدة كل جلسة بين (40-50) دقيقة.

الهدف العام للبرنامج

خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة استناداً إلى البرنامج العلاجي التكاملي (العقلاني الانفعالي السلوكي، المعرفي السلوكي، العلاج بالمعنى).

الأهداف الإجرائية الخاصة

وهي الأهداف اليومية التي يتم تناولها بجلسات العلاج، من خلال الواجبات المنزلية، ومن خلال الإجراءات العلاجية، والتي تعمل على مساعدة العميل في:

- تثقيف العميل باضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- إدراك تأثير الصدمة على الحياة الخاصة.
- تغيير الأفكار السلبية.

- تطوير أساليب وطرق معرفية، تساعد العميل على الحفاظ والسيطرة على نفسه في جميع الأوقات، ومعرفة المهارات والأدوات اللازمة للقيام بذلك.
- اكتساب مهارات علاجية، تمكّنهم من مواجهة الأعراض والتغلب عليها.
- تقديم المساندة والدعم من خلال المواجهة الضرورية لخبرات الألم والحزن.
- تغيير صورة الذات التي تأثرت بالصدمة، من خلال فهم الأعراض، وإعادة التقييم المعرفي للصدمة.
- تنمية معنى الحياة والأمل.
- الاستبصار حول أشياء قيمة في حياة العميل، والتخطيط والحديث عن المستقبل.
- وقد قام الباحث بالخطوات الآتية في سبيل إعداد البرنامج العلاجي التكاملي:
- استقراء الأسس النظرية والمفاهيم العلمية الخاصة بالعلاج التكاملي.
- الاستفادة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة بالعلاج التكاملي.
- الاطلاع على البرامج العلاجية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- التعرف على خصائص العينة ومدى حاجتهم للبرنامج العلاجي.
- تحديد أهداف البرنامج العلاجي وصياغتها.
- تصميم جلسات البرنامج وفقاً للأعراض التي يعاني منها أفراد العينة.
- تحديد المهارات التي سيتم تدريب أفراد العينة عليها من خلال جلسات البرنامج العلاجي.
- والجدول الآتي يوضح تفاصيل جلسات البرنامج.

جدول 2 التخطيط العام لجلسات البرنامج العلاجي التكاملي

الجلسة	الهدف الخاص	الاتجاه العلاجي	الفنيات المستخدمة
الأولى	التقييم النفسي الشامل عن العميل، وتحديد شدة الاضطراب وترسيخ التكاتف النشط في العلاقة العلاجية مع العميل. خلق نوع من الود والثقة المتبادلة، ومحاولة التعرف على العميل والتفريق إليه، وكسر حاجز الخوف والرهبة. وضع القواعد الضرورية لتنفيذ البرنامج. التدريب على فنيات الاسترخاء. مهارات الحوار الذاتي.	معرفي سلوكي عقلاني انفعالي سلوكي المعنى	إعطاء التعليمات، المناقشة والحوار، تطبيق مقياس اضطراب كُرب ما بعد الصدمة.
الثانية	التثقيف النفسي، وذلك من خلال الحديث عن اضطراب كُرب ما بعد الصدمة (مفهومه وأسبابه). والحديث عن تأثير الصدمة على الصحة الجسدية. والتعريف بالبرنامج العلاجي وأهدافه وشرح الخطة العلاجية. استبصار العميل بالأفكار الخاطئة الناجمة عن الصدمة، وشرح الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف الصادم.	معرفي سلوكي عقلاني انفعالي سلوكي المعنى	المناقشة والحوار، التنفّس، الواجب المنزلي، سجل الأفكار التلقائية.
الثالثة	إعادة البناء المعرفي ومعالجة الأفكار السالبة واللاعقلانية، وزيادة وعي العميل بإدراك الذات والآخرين. واجب: سجل الأفكار اليومي، إعادة الهيكلة المعرفية.	عقلاني انفعالي سلوكي	التنفّس، المناقشة، حوار ذاتي، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة.

الجلسة	الهدف الخاص	الاتجاه العلاجي	الفنيات المستخدمة
الرابعة	مناقشة الأفكار السلبية ABC. واجب: سجل التعامل مع الأفكار التلقائية. تطبيق مقياس PCL5؛ وذلك لقياس مدى التحسن خلال الجلسات العلاجية.	معرفي سلوكي	التنفس، التغذية الراجعة، المناقشة والحوار، تطبيق مقياس PCL5.
الخامسة	آليات المواجهة والتصدي.	معرفي سلوكي	التنفس، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة.
السادسة	الكشف عن مثيرات الحدث الصادم.	معرفي سلوكي	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي.
السابعة	مساعدة العميل على إدراك ومعرفة سلوكيات التجنب، والشعور بالأمان، وأن التجنب ليس الحل. تطبيق مقياس الكرب الذاتي.	معرفي سلوكي	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، واجب منزلي.
الثامنة	التدريب على التنظيم الذاتي الانفعالي، والتدريب على إدارة الغضب.	عقلاني انفعالي سلوكي	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي.
التاسعة	تثقيف العميل عن فنيات التعرض، ومنع الاستجابة، وما الأهداف المرجوة من هذه الفنية. تطبيق مدرج المخاوف، والذي من خلاله يتم تحديد سلوكيات التجنب وشذوئها.	معرفي سلوكي	التنفس، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة، أشكال توضيحية.
العاشره- الرابعة عشرة	التدرج للتعرض التخيلى - واقعي. مع رصد مدة التعرض وشدة الضيق المصاحب (سجل التعرض).	معرفي سلوكي	التنفس، التدريب، الواجب المنزلي، تغذية راجعة.
الخامسة عشرة	تطبيق مقياس PCL5؛ وذلك لقياس مدى التحسن خلال الجلسات العلاجية. تنمية معنى الحياة والأمل.	العلاج بالمعنى	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي، تطبيق مقياس PCL5.
السادسة عشرة	الاستبصار حول أشياء قيمة في حياة العميل. التخطيط والحديث عن المستقبل.	العلاج بالمعنى	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي.
السابعة عشرة	التثقيف حول مفهوم التعافي والانتكاس والصمود النفسي والتعامل مع الانتكاسة. تطبيق مقياس PCL5.	معرفي سلوكي العلاج بالمعنى	المناقشة والحوار، تغذية راجعة.
الجلسة الختامية (الثامنة عشرة)	- إنهاء البرنامج وتقويمه. - تقويم الجلسات العلاجية، والوقوف على نقاط القوة ونقاط الضعف في البرنامج. - معرفة النتائج التي توصل إليها العميل بعد الانتهاء من الجلسات. - معرفة مدى التحسن الذي شعر به العميل بعد الانتهاء من الجلسات. - إرشاد العميل إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه وتوظيفه لاحقاً بعد البرنامج. - شكر العميل على تعاونه، وعلى المجهود الذي بذله من أجل نجاح البرنامج. - الاتفاق مع أفراد عينة الدراسة على إجراء القياس التبعي بعد شهرين؛ للتأكد من مدى استفادتهم من تطبيق البرنامج العلاجي.		المناقشة والحوار، تطبيق مقياس PCL5.
القياس التبعي	بعد مرور شهرين؛ لتتبع أثر البرنامج المستخدم في الدراسة.		المناقشة والحوار، تطبيق مقياس PCL5.

تم عرض البرنامج على مجموعة مكونة من (12) أكاديمياً من ذوي الخبرة والاختصاص من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية ووزارة الصحة؛ للوقوف على مدى ملاءمة محتوى البرنامج العلاجي للفئة المستهدفة، والتحقق من أهدافه، ومناسبة الفنيات والأنشطة والأدوات المستخدمة. وبناءً عليه تم

التعديل على البرنامج العلاجي في ضوء آراء المحكمين وتعليماتهم. وقد تم إجراء التطبيق القبلي لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة على أفراد العينة قبل بدء البرنامج، ومن ثم التطبيق البعدي بعد نهاية البرنامج، وأخيراً التطبيق التتبعي بعد مرور شهرين من التطبيق.

تحليل البيانات

تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية الالابارامترية، حيث تم استخدام اختبار مان وتني Mann-Whitney Test للفروق بين مجموعتين مستقلتين؛ لاختبار الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البرنامج وبعده، كما تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب Wilcoxon Signed Ranks Test؛ وذلك لاختبار الفروق في الاختبارين القبلي والبعدي، واختبار الفروق في الاختبارين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية.

النتائج

نتيجة السؤال الأول: ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟ للإجابة عن هذا السؤال: تم استخدام اختبار مان وتني؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 3 اختبار مان وتني للفروق بين رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج (ن=22)

البعـد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاقتحامية	المجموعة التجريبية	11	7.32	91.00	-3.058	**.001
	المجموعة الضابطة الكلي	22	15.68	162.00		
الأعراض التجنبية	المجموعة التجريبية	11	7.91	91.50	-2.640	**.008
	المجموعة الضابطة الكلي	22	15.09	161.50		
أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية	المجموعة التجريبية	11	6.09	67.00	-3.921	**,000
	المجموعة الضابطة الكلي	22	16.91	186.00		
أعراض سرعة الاستشارة	المجموعة التجريبية	11	7.27	80.00	-3.066	**.002
	المجموعة الضابطة الكلي	22	15.73	173.00		
الدرجة الكلية	المجموعة التجريبية	11	6.23	68.00	-3.066	**,000
	المجموعة الضابطة الكلي	22	16.77	184.5		

** دال عند مستوى (0.01) * دال عند مستوى (0.05)

يتبين من الجدول (3) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، وهي: (الأعراض الاقتحامية، الأعراض التجنبية، أعراض التشوهات المعرفية، أعراض سرعة الاستشارة) بعد تطبيق البرنامج العلاجي التكاملي في اتجاه المجموعة الضابطة، بمعنى أن درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة كانت أعلى من درجات المجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.

نتيجة السؤال الثاني: ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟

للإجابة عن هذا السؤال: تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 4 نتائج اختبار ويلكوكسون للفروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج (N=11)

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاقتحامية	الرتب السالبة	8	4.50	36.00	-2.527	*,012
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
الأعراض التجنبية	الرتب السالبة	8	4.50	36.00	-2.565	**,010
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية	الرتب السالبة	11	6.00	66.00	-2.940	**,003
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
أعراض سرعة الاستشارة	الرتب السالبة	11	6.00	66.00	-2.947	**,003
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	11	6.00	66.00	-2.937	**,003
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				

** دال عند مستوى (0.01) * دال عند مستوى (0.05)

يتبين من الجدول (4) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) فأقل بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، وهي: (الأعراض الاقتحامية، الأعراض التجنبية، أعراض التشوهات المعرفية، سرعة الاستثارة) قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، بمعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وتمثل هذه الفروق باتجاه التطبيق القبلي، ويظهر ذلك في الرتب السالبة (11)، والتي تعني أنه بالنسبة للمجموع الكلي ولجميع أبعاد المقياس كان القبلي أعلى من البعدي.

نتيجة السؤال الثالث: ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الجنود؟

للإجابة عن هذا السؤال: تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتبقي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد توقف تطبيق البرنامج العلاجي بشهرين، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 5 المقارنة بين القياسين البعدي والتبقي على المجموعة التجريبية (N=11)

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاقتحامية	الرتب السالبة	5	5.40	27.00	-1.299	.194
	الرتب الموجبة	3	3.00	9.00		
	التداخلات	3				
	الإجمالي	11				
الأعراض التجنبية	الرتب السالبة	2	3.25	6.50	-.276	.783
	الرتب الموجبة	3	2.83	8.50		
	التداخلات	6				
	الإجمالي	11				
أعراض التشوهات	الرتب السالبة	2	2.25	4.50	-.816	.414
	الرتب الموجبة	1	1.50	1.50		
	التداخلات	8				
	الإجمالي	11				
أعراض سرعة الاستثارة	الرتب السالبة	5	4.50	22.50	-.707	.480
	الرتب الموجبة	3	4.50	13.50		
	التداخلات	3				
	الإجمالي	11				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	4	4.25	17.00	-1.382	.167
	الرتب الموجبة	2	2.00	4.00		
	التداخلات	5				
	الإجمالي	11				

** دال عند مستوى (0.01) * دال عند مستوى (0.05)

يتبين من الجدول (5) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (الدرجة الكلية وجميع الأبعاد الفرعية، وهي: الأعراض الاقتحامية، الأعراض التجنبية، أعراض التشوهات المعرفية، أعراض سرعة الاستثارة) بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرار تأثير البرنامج في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وعدم زوال هذا التأثير بين التطبيقين البعدي والتتبعي.

المناقشة

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج، حيث أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لصالح المجموعة الضابطة، ووجود فروق دالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح التطبيق القبلي، كما لم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية.

وتدل هذه النتائج على فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات التي تشير نتائجها إلى فاعلية العلاج التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود، مثل:

(Otis et al.,2009; Libretto et al.,2015; Koenig et al.,2017; Mithoefer et al.,2018; Harvey et al.,2019; Kehle-Forbes et.,2019; Dausch et al.,2024; Lioupi, 2025;Tedeschi & Moore,2021).

وتختلف جزئياً مع نتائج دراسة المراجعة التي أجراها سورنبورغر وآخرون (Sornborger et al., 2017)، التي توصلت إلى أن بعض الأبحاث أظهرت عدم وجود انخفاض ملحوظ في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب باستخدام العلاج التكاملي.

ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي التكاملي المعتمد على مجموعة من الجلسات المخططة والمنظمة والمتابعة زمنياً، والمستندة إلى مدارس مختلفة من العلاج النفسي، وهي: (العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، العلاج بالمعنى)، ومستخدمة عدة فنيات؛ بهدف خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهذه الفنيات، مثل: (الاسترخاء التنفسي والعضلي، لعب الأدوار، النمذجة، التدريب على التوكيدية "توكيد الذات"، التدعيم الإيجابي، التخيل الإيجابي، استراتيجيات العلاج المتمركز حول المخطوطة المعرفية "إعادة البناء المعرفي"، الدحض والتفنيد، الحديث الإيجابي مع الذات، المواجهة، التغذية الراجعة، العصف الذهني، أساليب حل المشكلات، تعزيز

وسائل الدفاع والتكيف الإيجابية، التخطيط للمستقبل، المحاضرة، الحوار، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي والحوار السقراطي وإيقاف الإمعان).

وتميز البرنامج العلاجي التكاملي المستخدم في الدراسة الحالية باحتوائه على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي من جهة مناسبة للمشكلة وموضوع الدراسة، حيث عمل على تغيير انفعال وسلوك الجنود المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة من أفراد العينة التجريبية بتغيير البناء المعرفي لهم، وتدعيم الفهم والإدراك السوي، وتوضيح المعتقدات الإيجابية التي حالت دون عودة التأثيرات السلبية النفسية والاجتماعية لاضطرابات ما بعد الصدمة ومن ثم الاحتفاظ بالآثار.

كما ساعدت فنية الحوار الذاتي -عند استخدامها بكفاءة وبمساعدة الباحث- أفراد العينة في التعبير عن العديد من الأفكار السلبية المرتبطة بالخوف أو بالتوتر أو استرجاع الذكريات أو التعرض لكوابيس ومساعدتهم على التخلص منها بنجاح، وكان لهذا الأثر مردود إيجابي في خفض درجة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وتضمن البرنامج التكاملي أيضاً فنيات العلاج بالمعنى؛ نظراً لمناسبتها للمشكلة وموضوع الدراسة، ومن بين الفنيات المستخدمة: فنية التركيز، وفنية تحسين صورة الذات عن طريق التعويض، وفنية التحليل بالمعنى التي عملت على تحليل وعي المريض ليشمل المجال الكلي للمعنى ومحتوى القيم، ومن ثم يكون قادراً على الاختيار من بين هذه القيم ليكتشف في النهاية نظاماً داخلياً للقيم، يمنحه حياة ذات معنى.

وتجدر الإشارة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية قد شاركوا بنشاط فعال في الجلسات العلاجية، ولم يكونوا مستقبلين فقط، بل إنهم مارسوا وتفاعلوا تفاعلاً مباشراً من خلال الأداء العلمي تحت إشراف الباحث وتوجيهه، وكانت الفنيات المستخدمة في البرنامج ذات معنى في حياة المشاركين، كما يمكن الاستدلال على النمو الحاصل في المجموعة التجريبية، من خلال استجابتهم للجلسات العلاجية، ولإجراء ما يتطلب منهم بنجاح ومتابعة تنفيذها بالمنزل.

كما أن توفير الجو الآمن داخل الجلسات العلاجية قد يكون أحد العوامل التي أدت إلى إحداث التغيير في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، حيث يعتبر الشعور بالتهديد والخوف وعدم الاستقرار من أهم الخصائص والسمات الشخصية لجنود الحروب، وإن الفعاليات العلاجية والنشاطات التي اشتمل عليها البرنامج العلاجي تميزت بتوفير الجو الآمن للمريض ومساعدته على التعبير الآمن والحر عن خبراته وانفعالاته ومشاعره المرتبطة بمشاهدة أحداث القتال وآثار الدمار، والتي ساعدت على إعادة اختبار أعراض ما بعد الصدمة ضمن الجو الآمن الجمعي.

إن التحسن في الدراسة الحالية يتفق مع ما أشار إليه ويدرز وآخرون (Weathers et al.,2018) على أن البرامج الصحيحة يمكنها مساعدة الأفراد على التغيير من كونهم متشائمين؛ لكي يصبحوا متفائلين خلال أسابيع، حيث كانت تدريبات: الاسترخاء، والمناقشة والحوار، والواجب المنزلي، والتعزيز استراتيجيات، ساهمت في تحسين الشعور بالخوف أو بالتوتر أو استرجاع الذكريات أو التعرض لكوابيس أو مواجهة صعوبة في النوم أو غير ذلك من الأعراض.

في حين أشار بيرنس وشينج (Burns & Chung, 2011) إلى وجود أدلة كافية للتوصية بمعظم هذه العلاجات التكاملية كعلاجات أولية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ فإن قاعدة الأدلة لهذه التدخلات كعلاجات مساعدة أصبحت أكبر بشكل متزايد، لا سيما لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة مع المحاربين القدامى والمرضى الآخرين الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

كما يؤكّد جوتينك وآخرون (Gotink et al.,2016) على فاعلية البرامج التكاملية في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وأن مثل هذه البرامج قليلاً ما يكون لها بعض الآثار الجانبية مقارنةً بالعلاج بالعقاقير، وهذا ما تمتاز به، وبالتالي يوصي في دراسته بأن يكون المعالج ذو خبرة كافية؛ حتى يتمكن من تقديم الفنيات بالشكل الصحيح الذي يكفل نجاح العملية العلاجية وتحسن العميل.

وفي هذا الصدد يشير فريناندز ومارشال (Fernandez & Marshall, 2003) إلى أن العلاج التكاملي يساعد الفرد عامة على تحسين عاداته ومهاراته اليومية، وتخفيف الضغوط التي تواجهه وتحسين مشاعره تجاه نفسه والآخرين، والتغلب على المشكلات التي تواجهه، وتدعيم السلوكيات الإيجابية من خلال الجلسات العلاجية.

ومن جهة أخرى، ومن خلال ما سبق من نتائج تؤكّد فاعلية البرنامج بصورة عامة في تحقيق الهدف الذي أُعد من أجله في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية، ومن ثم استمرار أثر البرنامج العلاجي التكاملي على خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بما يشير إلى فعالية البرنامج على المدى البعيد واستمرار التأثيرات الإيجابية للبرنامج لمدة شهرين تقريباً للقياس التتبعي.

وأشارت النتائج أيضاً إلى أن هذا العلاج التكاملي أدى إلى تقليل أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والأعراض السلوكية العصبية وزيادة الرضا عن المشاركة في العلاقات الاجتماعية في فترة زمنية وجيزة (خلال أربعة أسابيع من العلاج المكثف للمرضى الخارجيين). وفي مرحلة ما بعد العلاج، انخفض المرضى إلى ما دون الحد السريري لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث كشفت نتائج القياس التتبعي عن انخفاض أعراض الاكتئاب والأعراض السلوكية العصبية، كما توصلت إلى أن زيادة تكرار تعرّض الجنود

ذوي اضطراب كرب ما بعد الصدمة لفعيات العلاج التكاملي يؤدي إلى زيادة معدل التفاعل الاجتماعي، والشعور بالثقة والكفاءة الشخصية، وانخفاض الشعور بالخوف والقلق واضطرابات النوم ونوبات البكاء، وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى استمرار الآثار الإيجابية للبرنامج حتى بعد انتهاء فترة التعرض للجلسات العلاجية.

كما يدعم هذه النتيجة ما أشار إليه جرين (Greben, 2004) الذي وجد أن الأشخاص الذين أكملوا برنامجاً للعلاج التكاملي لديهم أعراض أقل للاضطرابات مقارنة من أولئك الذين لم يكملوا العلاج. قد تشير هذه النتيجة إلى فاعلية تأثير العلاج التكاملي، والذي يسهم في الاحتفاظ بتأثيره في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التي عولجت به.

المحددات

تحدد نتائج هذه الدراسة بالعينة التي طُبِّقَ عليها، وهم الجنود المشخصون باضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لـ DSM-5، وقد تختلف هذه النتائج إذا اختلفت طرق التشخيص، أو عند التعامل مع جنود من مجتمعات أخرى. كما قد تختلف النتائج عند استخدام أنواع أخرى من البرامج العلاجية. ومن جهة أخرى، تم إجراء الدراسة على عينة صغيرة نسبياً، مما قد يحد من القوة الإحصائية وقابلية تعميم النتائج. لذلك قد لا تكون النتائج قابلة للتطبيق على جميع المرضى أو جميع الحالات، ويجب تفسير النتائج بحذر، ويُوصى بإجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر لتعزيز النتائج.

التوصيات

استناداً إلى النتائج التي تم التوصل إليها؛ يوصي الباحث بالآتي:

- توظيف المدارس العلاجية في طرح طرق علاجية جديدة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود على المستويين القريب والبعيد.
- التأكيد على دور الأسرة والمجتمع حول تقبل الجنود المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة واحتوائهم، وفهم الأعراض التي يمرون بها.
- التأكيد على المتخصصين في مؤسسات الرعاية النفسية والاجتماعية في نشر التوعية حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة خاصة لدى الأشخاص المعرضين للخطر مثل الجنود والمرضى بالأمراض الجسدية الخطيرة.
- إعداد برامج تدريبية عن كيفية مواجهة الأحداث الصادمة، والوقاية من خطر التعرض لاضطرابات كرب ما بعد الصدمة خاصة بعد الكوارث الطبيعية أو الحروب.

الدراسات المقترحة

- إجراء دراسات مماثلة على عينات مختلفة مثل العاملين في القطاع الصحي أو الطوارئ أو ضحايا حوادث المرور.
- إجراء دراسات تتناول فاعلية العلاج التكاملي في تحسين جودة الحياة لدى فئات مختلفة من ذوي الاضطرابات النفسية والصحية.
- بناء برامج علاجية تكاملية، تتبنى فنيات علاجية مختلفة، مثل العلاج الدينامي، والعلاج الجدلي، والعلاج القائم على القبول والالتزام.
- إجراء المزيد من الدراسات حول تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة على البعد الأسري والاجتماعي.

المراجع

المراجع العربية

- أبو سعود، محمد. (2017). أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم في الطائف. *مجلة كلية التربية بجامعة الأزهر*، 5(17)، 13-36.
- التويجري، ياسمين والسبيعي، عبد الله والحبيب، عبد الحميد. (2019). المسح الوطني السعودي للصحة النفسية في المملكة العربية السعودية: التقرير التقني.
- حسن، زينب محمد. (2024). فنيات العلاج المعرفي السلوكي مع الفتيات الجانحات. *المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية*، 25(2)، 44-65.
- عبد المسيح، ميرا. (2024). العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب القلق لدى أسر متوفي كورونا. *مجلة جامعة مطروح للعلوم التربوية والنفسية*، 5(7)، 289-315.
- عزب، حسام الدين محمود. (2016). فاعلية برنامج تكاملي لعلاج اضطرابات ما بعد صدمة الطلاق والخلع. *مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس*، 3(7)، 234-265.
- الكردي، أكرم. (2015). أعراض كرب ما بعد الصدمة النفسية لحرب 51 يومًا لدى العاملين في أقسام الطوارئ في قطاع غزة [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الأقصى.
- محمد، عبد العزيز محمد (2016). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمعنى لتحسين الهدف من الحياة لدى مجموعة من المراهقين الصم. *مجلة العلمية للبحوث التربوية والنفسية* 68 (4). 399-448.

المراجع الأجنبية

- Abdel Masih, M. (2024). The relationship between post-traumatic stress disorder and anxiety disorder in the families of the Corona deceased. *Journal of Matrouh University for Educational and Psychological Sciences*, 5(7), 289–315.
- Abu Saud, M. (2017). The effect of rational-emotional therapy on reducing depression in students with learning disabilities in Taif. *Journal of the Faculty of Education, Al-Azhar University*, 5(17), 13–36.
- Al-Kurd, A. A. (2015). *Symptoms of post-traumatic stress disorder of the 51-day war in emergency departments in the Gaza Strip* (Unpublished doctoral dissertation). Al-Aqsa University.
- Al-Tuwaijri, Y., Al-Subaie, A., & Al-Habib, A. (2019). *Saudi National Mental Health Survey in the Kingdom of Saudi Arabia: Technical report*.
- Amro, N. (2024). Post-traumatic stress disorder among nursing students at Palestine Polytechnique University during the Gaza war and the attack on the health care system. *Middle East Current Psychiatry*, 31(1), 68.
- Azab, H. E.-D. M. (2016). The effectiveness of an integrative program for the treatment of post-traumatic disorders of divorce and separation. *Journal of Psychological Counseling, Ain Shams University, Psychological Counseling Center*, 3(7), 234–265.
- Bateman, A. W. (2002). Integrative therapy from an analytic perspective. Integration in psychotherapy: *Models and methods*, 11-26.
- Brewin, C. R., Atwoli, L., Bisson, J. I., Galea, S., Koenen, K., & Lewis-Fernández, R. (2025). Post-traumatic stress disorder: Evolving conceptualization and evidence, and future research directions. *World Psychiatry*, 24(1), 52–80.
- Burns, P. B., Rohrich, R. J., & Chung, K. C. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128(1), 305–310.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382.
- Cooper, J. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. *The British Journal of Psychiatry*, 179(1), 85.
- Dausch, B. M., Glynn, S. M., & Christensen, A. (2024). Integrative behavioral couple therapy with military and veteran couples. In D. K. Snyder & J. L. Lebow (Eds.), *What happens in couple therapy: A casebook on effective practice* (pp. 252–270). The Guilford Press.
- Dossa, N. I., & Hatem, M. (2012). Cognitive-behavioral therapy versus other PTSD psychotherapies as treatment for women victims of war-related violence: A systematic review. *The Scientific World Journal*, (1), 181847.
- Fernandez, Y. M., & Marshall, W. L. (2003). Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(1), 11–26.
- Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. G. M. (2016). 8-week mindfulness-based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice: A systematic review. *Brain and Cognition*, (108), 32–41.
- Greben, D. H. (2004). Integrative dimensions of psychotherapy training. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(4), 238–248.

- Harvey, M. M., Petersen, T. J., Sager, J. C., Makhija-Graham, N. J., Wright, E. C., Clark, E. L., & Simon, N. M. (2019). An intensive outpatient program for veterans with posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 323–334.
- Hassan, Z. M. (2024). Cognitive behavioral therapy techniques with delinquent techniques. *Scientific Journal of Social Work*, 25(2), 44–65.
- Inoue, C., Shawler, E., Jordan, C. H., Moore, M. J., & Jackson, C. A. (2023). Veteran and military mental health issues. *StatPearls*. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092>
- Kehle-Forbes, S. M., Chen, S., Polusny, M. A., Lynch, K. G., Koffel, E., Ingram, E., ... & Oslin, D. W. (2019). A randomized controlled trial evaluating integrated versus phased application of evidence-based psychotherapies for military veterans with comorbid PTSD and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107647.
- Koenig, H. G., Boucher, N. A., Oliver, R. J. P., Youssef, N., Mooney, S. R., Currier, J. M., & Pearce, M. (2017). Rationale for spiritually oriented cognitive processing therapy for moral injury in active duty military and veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(2), 147–153.
- Libretto, S., Hilton, L., Gordon, S., Zhang, W., & Wesch, J. (2015). Effects of integrative PTSD treatment in a military health setting. *Energy Psychology*, 7(2), 33–44.
- Lioupi, C. (2025). Integrating EMDR therapy and new technologies to enhance combat resilience. *Military Review*, 115–125.
- Mithoefer, M. C., Mithoefer, A. T., Feduccia, A. A., Jerome, L., Wagner, M., Wymer, J., & Doblin, R. (2018). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: A randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 486 – 497.
- Nader, A. M., & Aldouri, S. R. (2019). Nervous stress disorder of university. *Journal of Tikrit University for Humanities*, (1), 297–325.
- Obuobi-Donkor, G., Oluwasina, F., Nkire, N., & Agyapong, V. I. (2022). A scoping review on the prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder among military personnel and firefighters: Implications for public policy and practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1565.
- Otis, J. D., Keane, T. M., Kerns, R. D., Monson, C., & Scioli, E. (2009). The development of an integrated treatment for veterans with comorbid chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Pain Medicine*, 10(7), 1300–1311.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 4-19.
- Siciliano, R. E., Anderson, A. S., & Compas, B. E. (2022). Autonomic nervous system correlates of posttraumatic stress symptoms in youth: Meta-analysis and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 92, 102125.
- Sornborger, J., Fann, A., Serpa, J. G., Ventrelle, J., RDN, M., Foynes, M. M., ... & Sylvia, L. G. (2017). Integrative therapy approaches for posttraumatic stress disorder: A special focus on treating veterans. *Focus*, 15(4), 390–398.

- Steenkamp, M. M., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2013). Post-traumatic stress disorder: Review of the Comprehensive Soldier Fitness program. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(5), 507–512.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... & Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1.-27.
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 180–190.
- Venereau, E., Schiraldi, M., Uguccioni, M., & Bianchi, M. E. (2013). HMGB1 and leukocyte migration during trauma and sterile inflammation. *Molecular Immunology*, 55(1), 76–82.
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wittchen, H. U., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Thurau, C., Trautmann, S., Steudte, S., & Zimmermann, P. (2012). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in soldiers following deployment abroad: How big is the hidden problem? *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(35–36), 559–567.
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*, (6), 2021.