ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing

الإصدار السابع – العدد السادس والسبعون
تاريخ الإصدار: 02 – شباط – 2025م
www.ajsp.net

"العوامل الديموغرافية والاستجابة لتقنية EMDR لدى جرحى الحرب في لبنان المتغيرات الديموغرافية: الجنس والعمر والوضع العائلي"

إعداد الباحثان:

Ahmad Rislan Chekeir*, Prof.Mohamad Jaber

Azad Islamic University / Science and Research Branch / Tehran.

ahmadchekeir@gmail.com, drmohamadjaber5@gmail.com

0009-0002-5614-9261, 0009-0004-8795-2078

AJSP
المجلة العربية للنشر العلمي
ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing
الإصدار السابع – العدد السادس والسبعون
تاريخ الإصدار: 02 – شباط – 2025م
www.ajsp.net

المستخلص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر العوامل الديموغرافية المتمثلة في الجنس والعمر والوضع العائلي في استجابة جرحى الحرب في لبنان للعلاج بتقنية إبطال التحسّس وإعادة المعالجة بحركات العين **EMDR**. واعتمدت المنهج التجريبي، من خلال تحليل بيانات المجموعة التجريبية المؤلفة من 50 جريحًا يعانون أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. خضع المشاركون لعشر جلسات علاجية، واستُخدم مقياس ديفيدسون في القياسين القبلي والبعدي، إلى جانب استمارة البيانات الديموغرافية. وأظهرت النتائج انخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد تطبيق التقنية، من دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابة العلاجية تُعزى إلى الجنس أو العمر أو الوضع العائلي. وخلصت الدراسة إلى أن هذه المتغيرات الديموغرافية لا تكفي وحدها لتفسير التفاوت في الاستجابة لتقنيةEMDR ، وأن عوامل سريرية وعلاجية أخرى قد تكون أكثر تأثيرًا، مثل شدة الصدمة، والدعم الاجتماعي، والالتزام بالجلسات.

الكلمات المفتاحية :العوامل الديموغرافية، تقنيةEMDR ، الاستجابة العلاجية، اضطراب ما بعد الصدمة، جرحى الحرب، لبنان.

تمهيد

تخلّف الحروب آثارًا نفسية عميقة لا تقتصر على لحظة الإصابة، بل قد تستمر لدى الجريح في صورة ذكريات اقتحامية، وتجنّب للمواقف المرتبطة بالحدث، واضطرابات في النوم والتركيز، وفرط في التوتر والاستثارة. وتزداد معاناة جرحى الحرب نتيجة تداخل الخبرة الصادمة مع الألم الجسدي وما قد يترتب على الإصابة من تغيرات في الحياة الأسرية والاجتماعية والمهنية. وقد ركزت الدراسة الأصلية على قياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى جرحى الحرب في لبنان، ودراسة فاعلية تقنية إبطال التحسّس وإعادة المعالجة بحركات العين EMDRفي التخفيف منها .

ورغم ثبوت التحسن بعد تطبيق التقنية، فإن استجابة الأفراد للعلاج قد تختلف باختلاف خصائصهم وظروفهم. ومن هنا تتناول هذه الدراسة أثر العوامل الديموغرافية، ولا سيما الجنس والعمر والوضع العائلي، في الاستجابة لتقنيةEMDR ، بهدف معرفة ما إذا كانت هذه العوامل تسهم في تفسير التفاوت في مقدار التحسن العلاجي لدى جرحى الحرب في لبنان.

1. مشكلة الدراسة

تُعدّ دراسة العوامل المرتبطة بالاستجابة لتقنية إبطال التحسّس وإعادة المعالجة بحركات العين **EMDR** مدخلًا مهمًا لفهم الاختلافات المحتملة في النتائج العلاجية لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة.

وفي هذا السياق، تناولت بعض الدراسات الجنس بوصفه أحد المتغيرات التي قد تسهم في التنبؤ بنتائج العلاج، مع الإشارة إلى أن أثر المتغيرات السابقة للعلاج قد يختلف باختلاف خصائص العينة وأداة قياس النتائج المستخدمة.(Karatzias et al., 2007, pp. 40–46)

وفي المقابل، أظهرت مراجعة منهجية لدراسات الاستجابة للعلاج النفسي لاضطراب ما بعد الصدمة أن العمر كان أكثر المتغيرات الديموغرافية ظهورًا بوصفه متنبئًا بالاستجابة، بينما لم تظهر نتائج ثابتة تتعلق بالجنس أو الحالة الزوجية؛ مما يدل على عدم حسم العلاقة بين الخصائص الديموغرافية والنتائج العلاجية (Dewar et al., 2020, pp. 71–86).كما بيّنت دراسة قارنت بين البالغين الأصغر والأكبر سنًا عدم وجود فروق دالة بين الفئتين في الاستجابة لبرنامج علاجي اشتمل على تقنيةEMDR ، وهو ما يعزز الحاجة إلى اختبار أثر العمر في عينات وسياقات مختلفة (Gielkens et al., 2021, p. 1).

وتزداد أهمية هذه المسألة لدى جرحى الحرب في لبنان، نظرًا إلى اختلاف أعمارهم وأوضاعهم العائلية وخبراتهم المرتبطة بالإصابة والحرب. وقد تناولت الأطروحة الأصلية الفروق في الاستجابة تبعًا للجنس والعمر والوضع العائلي، وأشارت نتائجها العامة إلى عدم وجود فروق واضحة بين المتوسطات تُعزى إلى هذه المتغيرات، إلا أن هذه النتيجة تحتاج إلى معالجة مستقلة وأكثر تركيزًا ضمن مقالة تختبر الأثر المنفرد والمشترك للعوامل الديموغرافية في الاستجابة العلاجية .

وعليه، تتمثل مشكلة الدراسة في عدم وضوح مدى إسهام الجنس والعمر والوضع العائلي في تفسير اختلاف استجابة جرحى الحرب في لبنان للعلاج بتقنيةEMDR ، سواء على مستوى الدرجة الكلية لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة أم على مستوى أبعادها المتمثلة في استعادة الخبرة الصادمة، وتجنّب الخبرة الصادمة، والاستثارة.

ويقصد بالاستجابة العلاجية إجرائيًا مقدار الانخفاض بين القياسين القبلي والبعدي في درجات اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التي تلقت جلسات.EMDR

2. أسئلة الدراسة

السؤال الرئيس: إلى أي مدى تختلف الاستجابة لتقنية EMDR لدى جرحى الحرب في لبنان باختلاف الجنس والعمر والوضع العائلي؟

الأسئلة الفرعية

- ما مستوى الاستجابة العلاجية لتقنية EMDR لدى جرحى الحرب في لبنان من خلال الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابة لتقنية EMDR تبعًا لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابة لتقنية EMDR تبعًا لمتغير العمر؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابة لتقنية EMDR تبعًا لمتغير الوضع العائلي؟
- ما مدى إسهام الجنس والعمر والوضع العائلي مجتمعةً في التنبؤ بالاستجابة لتقنية EMDR لدى جرحى الحرب؟
- هل يختلف أثر العوامل الديموغرافية باختلاف أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة :استعادة الخبرة الصادمة، والتجنّب، والاستثارة؟

3. أهداف الدراسة

الهدف العام: الكشف عن مدى اختلاف الاستجابة العلاجية لتقنية **EMDR** لدى جرحى الحرب في لبنان تبعًا للجنس والعمر والوضع العائلي.

الأهداف الفرعية

- قياس مستوى الاستجابة لتقنية EMDR من خلال التغير في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .
- تحديد الفروق في الاستجابة العلاجية تبعًا للجنس .
- الكشف عن الفروق في الاستجابة تبعًا للعمر .
- معرفة أثر الوضع العائلي في نتائج العلاج .
- تحديد مدى إسهام المتغيرات الديموغرافية مجتمعةً في تفسير الاستجابة للعلاج .

4. أهمية الدراسة

الأهمية العلمية: تنبع الأهمية العلمية من أن الاستجابة للعلاجات الموجّهة للصدمة ليست متجانسة، وأن نتائج الدراسات المتعلقة بدور العمر والجنس والعوامل الاجتماعية ما تزال متفاوتة؛ مما يستدعي اختبارها في سياقات ثقافية وسريرية مختلفة، ولا سيما لدى جرحى الحرب (Dewar et al., 2020, pp. 71–76; Keyan et al., 2024, pp. 767–767)

الأهمية التطبيقية: قد تساعد النتائج المعالجين النفسيين في:

- تقدير الاستجابة المتوقعة للعلاج بصورة أدق .
- تكييف الخطط العلاجية وفق خصائص الجريح .
- تحديد الفئات التي تحتاج إلى متابعة أطول أو تدخلات علاجية إضافية .
- تحسين استخدام تقنية EMDR في المؤسسات المعنية بجرحى الحرب .

5. أسباب اختيار الموضوع

الأسباب العلمية

- محدودية الدراسات اللبنانية التي تناولت العوامل المرتبطة بالاستجابة لتقنية EMDR لدى جرحى الحرب .
- عدم اتفاق الدراسات بصورة حاسمة على أثر الجنس والعمر والوضع العائلي في النتائج العلاجية .
- الحاجة إلى تحليل البيانات الديموغرافية بصورة مستقلة بدل إدراجها ضمن النتائج العامة للدراسة .

الأسباب المهنية

- الاستفادة من نتائج الأطروحة الأصلية وتوظيفها في مقالة علمية متخصصة .
- الإسهام في تطوير التدخلات النفسية المقدمة لجرحى الحرب في لبنان.

الفصل الأول: الإطار النظري

1. تعريفات ومفاهيم

– **العوامل الديموغرافية:** يُقصد بالعوامل الديموغرافية مجموعة الخصائص الأساسية التي تميّز أفراد العينة، وتُستخدم في وصفهم وتحليل الفروق بينهم. وتقتصر الدراسة الحالية على ثلاثة متغيرات هي :الجنس، والعمر، والوضع العائلي .ولا تُعد هذه المتغيرات أسبابًا مباشرة للاستجابة العلاجية، بل عوامل محتملة قد ترتبط بطريقة إدراك الخبرة الصادمة، ودرجة الاستفادة من العلاج، والموارد النفسية والاجتماعية المتاحة للفرد.

ويشير الجنس إلى تصنيف أفراد العينة إلى ذكور وإناث، بينما يشير العمر إلى المرحلة العمرية التي ينتمي إليها الجريح وقت تطبيق العلاج. أما الوضع العائلي، فيشير إلى حالة الفرد من حيث كونه أعزب أو متزوجًا أو مطلقًا أو أرملًا. وتجدر الإشارة إلى أن الوضع العائلي لا يعادل بالضرورة مستوى الدعم الاجتماعي؛ فقد يكون الشخص متزوجًا من دون أن يحظى بدعم فعلي، ولذلك ينبغي تفسيره بوصفه متغيرًا وصفيًا لا مقياسًا مباشرًا للمساندة الاجتماعية.

– **اضطراب ما بعد الصدمة:** اضطراب ما بعد الصدمة هو اضطراب نفسي قد يظهر بعد التعرّض المباشر أو غير المباشر لحدث يتضمن تهديدًا للحياة أو إصابة جسدية خطيرة. وتتمثل أبرز أعراضه في استعادة الخبرة الصادمة على شكل ذكريات أو كوابيس، وتجنب المثيرات المرتبطة بالحادث، واستمرار التوتر وفرط اليقظة والاستثارة.

وتزداد احتمالية ظهور هذه الأعراض لدى جرحى الحرب بسبب اجتماع الصدمة النفسية مع الإصابة الجسدية وما يرافقها من ألم أو إعاقة أو تغير في نمط الحياة. وقد اعتمدت الدراسة الأصلية ثلاثة أبعاد لاضطراب ما بعد الصدمة، هي :استعادة الخبرة الصادمة، وتجنّب الخبرة الصادمة، والاستثارة (شقير، 2025، ص. 31).

– **تقنيةEMDR** : تُعرَّف تقنية إبطال التحسّس وإعادة المعالجة بحركات العين **EMDR**بأنها تدخل علاجي موجّه نحو الصدمة، يطلب فيه المعالج من المريض استحضار جوانب من الخبرة المؤلمة، بالتزامن مع تحفيز ثنائي متعاقب، مثل حركات العين أو النقرات المتبادلة. وتهدف التقنية إلى خفض الشحنة الانفعالية المرتبطة بالذكرى وإعادة معالجتها بطريقة أكثر تكيفًا. وقد أظهرت التطبيقات المبكرة للتقنية انخفاضًا في القلق والأفكار الاقتحامية واضطرابات النوم المرتبطة بالذكريات الصادمة (Shapiro, 1989, pp. 211–217).

كما أظهرت دراسة تجريبية على لاجئين سوريين انخفاضًا ملحوظًا في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التي تلقت العلاج بتقنية EMDR مقارنة بالمجموعة الضابطة، وهو ما يدعم إمكان تطبيقها في البيئات المتأثرة بالحروب والنزوح.(Acarturk et al., 2015, pp. 1–6)

– **الاستجابة العلاجية:** تُقصد بالاستجابة العلاجية درجة التحسن التي تظهر لدى المريض نتيجة التدخل العلاجي. وتُقاس في الدراسة الحالية من خلال مقدار الانخفاض في درجات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التي خضعت لتقنية.EMDR

ولا تعني الاستجابة بالضرورة زوال الاضطراب بصورة كاملة، بل قد تتمثل في انخفاض شدة الأعراض أو تحسن أحد أبعادها دون غيره. وقد أظهرت الدراسة الأصلية انخفاضًا في الأعراض لدى المجموعة التجريبية، مع عدم ظهور فروق واضحة في الاستجابة تبعًا للجنس والعمر والوضع العائلي .

2. خصائص الموضوع وأهميته

2.1 خصائص الموضوع

يتسم موضوع العوامل الديموغرافية والاستجابة لتقنية EMDR بعدة خصائص. فهو يجمع بين متغيرات ديموغرافية ثابتة نسبيًا ومتغير علاجي قابل للقياس والتغير. كما يعتمد على المقارنة بين درجات الأعراض قبل العلاج وبعده، بما يسمح بتحديد مقدار التحسن لدى كل فئة.

كذلك يتميز الموضوع بتعدد العوامل التي قد تتداخل في تفسير الاستجابة؛ إذ لا يمكن عزل أثر العمر أو الجنس أو الوضع العائلي بصورة كاملة عن شدة الصدمة، ونوع الإصابة، والدعم الاجتماعي، والاضطرابات النفسية المصاحبة. وقد وجدت مراجعة للدراسات العلاجية أن العمر ظهر في بعض البحوث متنبئًا بالاستجابة، في حين لم تكن نتائج الجنس والوضع العائلي متسقة بين الدراسات، مما يعني أن أثر العوامل الديموغرافية يظل احتماليًا ومرتبطًا بالسياق والعينة.(Dewar et al., 2020, pp. 79–81)

2.2 أهمية الموضوع

تنبع الأهمية العلمية للموضوع من تركيزه على تفسير الفروق الفردية في الاستجابة للعلاج، بدل الاكتفاء بإثبات الفاعلية العامة لتقنية EMDR. كما يسهم في اختبار مدى انطباق نتائج الدراسات الدولية على جرحى الحرب في البيئة اللبنانية.

أما الأهمية التطبيقية، فتتمثل في مساعدة المعالجين على معرفة ما إذا كانت بعض الفئات الديموغرافية تحتاج إلى جلسات إضافية أو متابعة أطول أو تدخلات نفسية مكمّلة. ومع ذلك، ينبغي ألّا يؤدي التصنيف الديموغرافي إلى افتراض أن فئة معينة ستستجيب أو لن تستجيب مسبقًا؛ فالقرار العلاجي يجب أن يستند أساسًا إلى التقييم السريري وشدة الأعراض، لا إلى العمر أو الجنس أو الوضع العائلي وحدها.

3. النظريات المرتبطة بالموضوع

3.1 نموذج معالجة المعلومات التكيفية

يمثّل نموذج معالجة المعلومات التكيفية (Adaptive Information Processing Model)الأساس النظري الرئيس لتقنية إزالة التحسّس وإعادة المعالجة بحركات العين. وينطلق من افتراض أن الإنسان يمتلك

نظامًا فطريًا لمعالجة الخبرات ودمجها في شبكات الذاكرة بصورة تكيفية. غير أن شدة الحدث الصادم قد تعوق هذه العملية، فتظل الذكريات مخزّنة بما يصاحبها من صور وانفعالات وأفكار وأحاسيس جسدية، وتُستثار عند التعرّض لمثيرات مشابهة. ويُفترض أن تقنية EMDR تساعد على تنشيط معالجة هذه الذكريات وربطها بمعلومات أكثر تكيفًا، بما يؤدي إلى انخفاض شدة الاضطراب المرتبط بها (Rydberg et al., 2024, pp. 3–5).

ويفسّر هذا النموذج الاستجابة العلاجية باعتبارها نتيجة لإعادة معالجة الخبرة الصادمة، لكنه لا يقدّم تفسيرًا كافيًا بمفرده للفروق الناتجة عن الجنس أو العمر أو الوضع العائلي. ولذلك تُستخدم العوامل الديموغرافية في الدراسة الحالية بوصفها متغيرات محتملة قد تسهم في تعديل الاستجابة، لا باعتبارها أسبابًا مباشرة لنجاح العلاج أو إخفاقه.

3.2 النموذج البيولوجي–النفسي–الاجتماعي

يفترض النموذج البيولوجي–النفسي–الاجتماعي أن الحالة الصحية لا يمكن تفسيرها بالعوامل البيولوجية وحدها، بل تنتج عن تفاعل الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية. ووفقًا لهذا النموذج، قد تتأثر استجابة جريح الحرب للعلاج بطبيعة الإصابة والألم من جهة، وبشدة أعراض الصدمة وطرق التكيف من جهة ثانية، وبالدعم الأسري والاجتماعي وظروفه الحياتية من جهة ثالثة.(Engel, 1977, pp. 129–136)

ويتيح هذا النموذج فهم المتغيرات الديموغرافية ضمن سياق أوسع؛ فقد يرتبط العمر بالحالة الصحية والقدرات المعرفية والخبرات المتراكمة، في حين قد يرتبط الجنس بأنماط التعرض للصدمة وطرق التعبير عنها وطلب المساعدة. أما الوضع العائلي، فقد يرتبط بوجود شريك أو شبكة دعم، لكنه لا يعبّر تلقائيًا عن جودة الدعم الذي يتلقاه الجريح. لذلك ينبغي تجنّب تفسير الحالة الزوجية وحدها بوصفها مؤشرًا مباشرًا على الدعم الاجتماعي.

3.3 فرضية الدعم الاجتماعي المخفِّف للضغط

تذهب فرضية الدعم المخفِّف للضغط إلى أن الدعم الاجتماعي قد يحدّ من الأثر النفسي للأحداث الضاغطة من خلال توفير المساندة العاطفية والمعلوماتية والعملية، ومساعدة الفرد على تقييم الحدث والتعامل معه بصورة أكثر قدرة على التكيف. وتزداد أهمية هذا الدعم عندما يواجه الفرد أحداثًا مرتفعة الشدة، مثل الإصابة في الحرب والعيش مع آثارها الجسدية والنفسية.(Cohen & Wills, 1985, pp. 310–314)

ويتصل هذا المنظور بمتغير الوضع العائلي، إذ قد يوفر الزواج بيئة مساندة تشجع المريض على الانتظام في الجلسات وتطبيق المهارات العلاجية. ومع ذلك، فالوضع العائلي متغير شكلي، وقد يكون الدعم ضعيفًا

داخل الزواج أو قويًا لدى غير المتزوج من خلال الأسرة والأصدقاء. ومن ثمّ، فإن تفسير نتائجه يجب أن يكون حذرًا.

4. الدراسات السابقة والتعليق عليها

- **دراسة Karatzias وزملائه:** هدفت الدراسة إلى تحديد المتغيرات المتنبئة بنتائج علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى 48 مشاركًا خضعوا إما لتقنية EMDR أو للتعرّض التخيلي وإعادة البناء المعرفي. وأظهرت النتائج أن شدة الأعراض قبل العلاج، وعدد الجلسات، والجنس، ونوع العلاج أسهمت في التنبؤ ببعض النتائج، إلا أن قوة هذه العوامل اختلفت باختلاف مقياس النتائج ومرحلة التقييم. وخلص الباحثون إلى صعوبة استخدام الخصائص السابقة للعلاج بوصفها مؤشرات ثابتة وموثوقة للاستجابة.(Karatzias et al., 2007, pp. 40–46)
- **دراسة Wade وزملائه:** أجرت هذه الدراسة مراجعة منهجية وتحليلًا تلويًا لـ56 تجربة عشوائية تناولت العلاجات النفسية الموجّهة للصدمة. وأشارت النتائج إلى أن الإناث حققن، في المتوسط، استفادة أكبر من التدخلات مقارنة بالذكور في بعض مؤشرات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. ومع ذلك، لم تحدد الدراسة ما إذا كانت الفروق تعود إلى الجنس نفسه أم إلى عوامل مرتبطة بنوع الصدمات وشدتها وخصائص العينات.(Wade et al., 2016, pp. 356–364)
- **دراسة Gielkens وزملائه:** قارنت الدراسة بين 62 مريضًا أكبر سنًا و62 مريضًا أصغر سنًا خضعوا لبرنامج مكثف تضمن EMDR والتعرّض المطوّل والتثقيف النفسي والنشاط البدني. وأظهرت النتائج انخفاضًا كبيرًا في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، من دون فروق دالة في مقدار الاستفادة بين الفئتين العمريتين، كما استمرت المكاسب العلاجية في المتابعة اللاحقة. وتشير هذه النتيجة إلى أن التقدم في العمر لا يمنع الاستفادة من العلاج الموجّه للصدمة (Gielkens et al., 2021, pp. 1–10).
- **دراسة Haagen وزملائه:** حللت الدراسة نتائج 57 دراسة تضمنت 69 عينة من العسكريين والمحاربين القدامى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة. وأظهرت النتائج أن المتغيرات الديموغرافية لم تؤثر بصورة واضحة في النتائج العلاجية، بينما ارتبط عدد الجلسات الموجّهة للصدمة وشدة الأعراض قبل العلاج بمقدار التحسن. وتؤكد هذه النتائج أن العوامل السريرية

والعلاجية قد تكون أكثر أهمية من الخصائص الديموغرافية العامة (Haagen et al., 2015, pp. 184–194).

- **مراجعة Barawi وزملائه:** شملت هذه المراجعة 126 تجربة عشوائية للعلاجات النفسية الموجهة إلى اضطراب ما بعد الصدمة. وبيّنت أن نتائج العمر والجنس والوضع العائلي لم تكن متسقة؛ إذ لم يجد معظم الدراسات أثرًا للعمر أو الجنس في الاستجابة، بينما ارتبط الوضع العائلي بتحسن العلاج في دراسة واحدة ولم يظهر له أثر في ثلاث دراسات أخرى. وخلصت المراجعة إلى أن العلاقات بين الخصائص الديموغرافية والنتائج العلاجية ما تزال ضعيفة وغير مستقرة (Barawi et al., 2020, pp. 7–10).
- **دراسة Wright وزملائه:** جمعت الدراسة بيانات المشاركين من ثماني تجارب عشوائية، بلغ مجموع أفرادها 346 شخصًا، لمقارنة EMDR بعلاجات نفسية أخرى. ولم تجد فروقًا واضحة بين EMDR والعلاجات المقارنة في خفض شدة الأعراض أو تحقيق الاستجابة والهدأة، لكنها وجدت أن الذكور كانوا أكثر عرضة للانسحاب من علاج EMDR مقارنة بالإناث. وتوضح هذه النتيجة أن أثر الجنس قد يظهر في الالتزام بالعلاج أكثر من ظهوره في مقدار التحسن نفسه (Wright et al., 2024, pp. 1580–1588).
- **دراسة Keyan وزملائه:** شملت هذه المراجعة والتحليل التلوي 114 دراسة، بلغ مجموع عيناتها 61,970 مشاركًا. وأظهرت النتائج أن الاستجابة الأضعف للعلاجات الموجّهة للصدمة ارتبطت بعدد من العوامل، منها التقدم في العمر، والجنس الذكري، وضعف الدعم الاجتماعي، والتعرض للصدمة القتالية، إلى جانب عوامل سريرية مثل اضطرابات النوم والألم والاكتئاب. وتشير هذه النتائج إلى أن تفسير الاستجابة يجب أن يجمع بين العوامل الديموغرافية والاجتماعية والسريرية، بدل التركيز على متغير واحد منفرد.(Keyan et al., 2024, pp. 767–797)

التعليق على الدراسات السابقة

تكشف الدراسات السابقة عن عدم وجود اتفاق حاسم حول أثر الجنس والعمر والوضع العائلي في الاستجابة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة. فقد أشارت بعض الدراسات إلى استجابة أفضل لدى الإناث أو الأصغر

سنًا، في حين لم تجد دراسات أخرى فروقًا دالة، ولا سيما في العينات العسكرية. كما أن الأدلة المتعلقة بالوضع العائلي محدودة وغير متسقة.

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تركيزها على جرحى الحرب في لبنان وفي تناولها الجنس والعمر والوضع العائلي داخل سياق اجتماعي وثقافي متأثر بالحرب والإصابة الجسدية. وتتمثل الفجوة البحثية في ندرة الدراسات التي اختبرت هذه المتغيرات مجتمعة في علاقتها بالاستجابة لتقنية EMDR لدى جرحى الحرب في البيئة اللبنانية.

ومنهجيًا، يجب ألّا تُعامل العوامل الديموغرافية بوصفها محددات سببية للاستجابة. والأدق اختبار ما إذا كانت تعدّل مقدار التغير بين القياسين القبلي والبعدي، مع مراعاة شدة الأعراض ونوع الإصابة ومدة الإصابة بوصفها عوامل قد تتداخل مع النتائج.

الفصل الثاني: الدراسة الميدانية (التطبيقية)

1. منهجية الدراسة

1.1 منهج الدراسة

تستند المقالة إلى **المنهج التجريبي ذي القياسين القبلي والبعدي**، بالاستفادة من بيانات الدراسة الأصلية التي قُسِّمت عينتها إلى مجموعتين متساويتين: تجريبية خضعت للعلاج بتقنية إبطال التحسّس وإعادة المعالجة بحركات العين **EMDR**، وضابطة استُخدمت للمقارنة. ويتيح هذا المنهج قياس التغير في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد التدخل العلاجي (شقير، 2025، ص. 137) .

ولأن المقالة الحالية تبحث في **العوامل الديموغرافية المرتبطة بالاستجابة لتقنيةEMDR** ، فإن تحليلها الأساسي يقتصر على أفراد المجموعة التجريبية البالغ عددهم **50جريحًا**؛ لأنهم وحدهم تلقوا التقنية. أما المجموعة الضابطة، فيمكن الاستفادة منها عند عرض الفاعلية العامة للتدخل، لكنها لا تدخل في اختبار أثر الجنس والعمر والوضع العائلي في الاستجابة لـ.EMDR

وتُعرَّف الاستجابة العلاجية إجرائيًا بأنها مقدار الانخفاض في درجة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين القياسين القبلي والبعدي، بحيث يشير ارتفاع مقدار الانخفاض إلى استجابة علاجية أفضل.

1.2 مجتمع الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من جرحى الحرب في لبنان الذين تعرضوا لإصابات جسدية متفاوتة النوع والشدة، وشُخّصت لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وقد اختير المشاركون من المستفيدين من المؤسسات المعنية برعاية جرحى الحرب وتقديم الخدمات النفسية والتأهيلية لهم (شقير، 2025، ص. 141) .

ويقتصر المجتمع المستهدف في هذه المقالة على الجرحى الذين:

- شُخّصوا بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة .
- كانت حالتهم النفسية تسمح بالمشاركة في جلسات EMDR.
- أكملوا القياسين القبلي والبعدي .
- توافرت عنهم بيانات الجنس والعمر والوضع العائلي .

1.3 عينة الدراسة

تألفت الدراسة الأصلية من **100جريح حرب**، وُزّعوا بالتساوي إلى مجموعة تجريبية من 50 مشاركًا ومجموعة ضابطة من 50 مشاركًا. واستُخدمت العينة العشوائية الطبقية بهدف تمثيل الفئات المختلفة، ثم وُزّع المشاركون على المجموعتين بصورة متساوية (شقير، 2025، ص. 142) .

وتعتمد المقالة الحالية على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وتوزعهم الديموغرافي كالآتي:

- **الجنس** 41 :ذكرًا بنسبة 82%، و9 إناث بنسبة 18%.
- **العمر** 25 :مشاركًا بين 20 و30 سنة، و16 بين 31 و40 سنة، و9 بين 41 و50 سنة .
- **الوضع العائلي** 26 :أعزب بنسبة 52%، و15 متزوجًا بنسبة 30%، و6 مطلقين بنسبة 12%، و3 أرامل بنسبة 6% (شقير، 2025، ص ص. 159–161) .

ويكشف هذا التوزيع عن عدم توازن بعض الفئات، ولا سيما الجنس والوضع العائلي؛ لذلك ينبغي تفسير الفروق الإحصائية بحذر، لأن صغر عدد الإناث والأرامل والمطلقين قد يضعف القدرة الإحصائية على اكتشاف الفروق الحقيقية.

1.4 أدوات الدراسة

- **استمارة البيانات الديموغرافية:** استُخدمت استمارة لجمع المعلومات الأساسية عن المشاركين، وتضمنت المتغيرات المعتمدة في المقالة (الجنس، العمر، الوضع العائلي). ويمكن الاستفادة من

معلومات نوع الإصابة ومدتها في وصف العينة أو بوصفهما متغيرين ضابطين، لكنهما لا يدخلان ضمن المتغيرات الأساسية المحددة في عنوان المقالة.

- **مقياس ديفيدسون لاضطراب ما بعد الصدمة:** استُخدم مقياس ديفيدسون لتحديد شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة قبل العلاج وبعده. ويتكون المقياس المستخدم في الملف من 17 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد:
  - استعادة الخبرة الصادمة: 5 فقرات .
  - تجنّب الخبرة الصادمة: 7 فقرات .
  - الاستثارة: 5 فقرات (شقير، 2025، ص. 122) .

وقد صُمم مقياس ديفيدسون أساسًا لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأظهرت دراسته الأصلية خصائص سيكومترية جيدة وحساسية للتغير الناتج عن العلاج، مما يجعله مناسبًا لتقييم النتائج العلاجية (Davidson et al., 1997, pp. 153–160).

طُبّق المقياس مرتين:

- **قياس قبلي** :قبل بدء جلسات EMDR.
- **قياس بعدي** :بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي .

البرنامج العلاجي بتقنيةEMDR : خضع كل مشارك في المجموعة التجريبية لعشر جلسات علاجية، تراوحت مدة الجلسة بين 45و60 دقيقة .

واستند البرنامج إلى المراحل الثماني لتقنية:EMDR

- أخذ التاريخ العلاجي والتخطيط .
- التحضير .
- التقييم .
- إزالة التحسس .
- تثبيت الاعتقاد الإيجابي .
- مسح الجسد .
- الإغلاق .

– إعادة التقييم .

وأُجري تقييم قبلي للمشاركين، ثم سُجل التقدم بين الجلسات، وأُعيد تطبيق المقاييس في نهاية البرنامج لمقارنة النتائج بالقياس الأول (شقير، 2025، ص. 140) .

المقابلة السريرية: استُخدمت المقابلة الفردية في المرحلة التمهيدية للتحقق من أهلية المشاركين، وجمع معلومات عن تاريخ الإصابة والذكريات الصادمة والأعراض النفسية وتحديد الذكريات المستهدفة بالعلاج. ولا تُعامل المقابلة في هذه المقالة بوصفها أداة نوعية مستقلة، بل إجراءً سريريًا مساعدًا في التقييم وتطبيق البرنامج.

1.5 صدق الأداة وثباتها

يستند صدق مقياس ديفيدسون إلى الدراسة الأصلية التي أظهرت صدقًا تقاربيًا وتباعديًا وقدرة على التمييز بين حالات اضطراب ما بعد الصدمة، إضافة إلى حساسيته للتغيرات العلاجية (Davidson et al., 1997, pp. 153–160).

أما ثبات الأداة في العينة الحالية، فقد اختُبر باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وكانت نتائجه:

البعد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
استعادة الخبرة الصادمة	5	0.885
تجنّب الخبرة الصادمة	7	0.839
الاستثارة	5	0.747
المقياس الكلي	17	0.823

وتشير هذه القيم إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي في العينة المدروسة (شقير، 2025، ص ص. 156–159) .

ومنهجيًا، يقيس معامل ألفا كرونباخ **الثبات الداخلي** ولا يثبت صدق الأداة بمفرده؛ لذلك ينبغي الفصل بين مفهومي الصدق والثبات وعدم استخدام قيمة ألفا دليلًا وحيدًا على صلاحية المقياس (Cronbach, 1951, pp. 297–334).

1.6 أساليب التحليل الإحصائي

عولجت البيانات باستخدام برنامج SPSS، مع اعتماد مستوى دلالة إحصائية قدره 0.05 وتضمنت إجراءات التحليل ما يأتي:

- **التكرارات والنسب المئوية** لوصف الجنس والفئات العمرية والوضع العائلي .
- **المتوسط الحسابي والانحراف المعياري** لدرجات اضطراب ما بعد الصدمة قبل العلاج وبعده .
- حساب **درجة الاستجابة العلاجية** من خلال الفرق بين الدرجة القبلية والدرجة البعدية .
- استخدام اختبار **ت** أو اختبار **Welch** لمقارنة الاستجابة بين الذكور والإناث، نظرًا إلى عدم تساوي حجم المجموعتين .
- استخدام تحليل التباين الأحادي **One-Way ANOVA** لمقارنة الاستجابة وفق فئات العمر والوضع العائلي، متى تحققت افتراضاته .
- استخدام الاختبارات اللامعلمية، مثل **Mann–Whitney** أو **Kruskal–Wallis**، إذا لم يتحقق الاعتدال أو تجانس التباين .
- إجراء **تحليل انحدار خطي متعدد** لتحديد مدى إسهام الجنس والعمر والوضع العائلي مجتمعةً في تفسير التباين في الاستجابة العلاجية .
- عرض معاملات الانحدار وقيم الدلالة وفترات الثقة ومعامل التحديد .R2R^2R2

وقد استخدمت الدراسة الأصلية التكرارات والنسب والمتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين والانحدار لدراسة الفروق والعلاقات بين المتغيرات (شقير، 2025، ص ص. 153–155) .

2. تحليل البيانات ومناقشة النتائج

2.1 عرض نتائج الدراسة

الخصائص الديموغرافية للعينة: اقتصر تحليل الاستجابة لتقنية **EMDR** على أفراد المجموعة التجريبية البالغ عددهم 50 جريحًا. وقد توزعت العينة تبعًا للجنس إلى 41 ذكرًا بنسبة 82% و9 إناث بنسبة 18%. أما من حيث العمر، فقد بلغت نسبة المشاركين بين 20 و30 سنة 50%، وبين 31 و40 سنة 32%، وبين 41 و50 سنة 18%. وبحسب الوضع العائلي، كان 52% من المشاركين عزابًا، و30% متزوجين، و12% مطلقين، و6% أرامل (شقير، 2025، ص ص. 159–161) .

ويبيّن هذا التوزيع أن العينة غير متوازنة ديموغرافيًا، ولا سيما من حيث الجنس والوضع العائلي؛ إذ كان عدد الإناث والمطلقين والأرامل محدودًا مقارنة بالذكور والعزاب.

الاستجابة العامة للعلاج: أظهرت نتائج الدراسة الأصلية انخفاضًا في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية التي تلقت تقنيةEMDR ، وكانت درجة التحسن لديها أكبر من المجموعة الضابطة. كما ظهر أثر التقنية بصورة أوضح في خفض استعادة الخبرة الصادمة وتجنّبها، في حين كان أثرها في الاستثارة أقل وضوحًا (شقير، 2025، ص ص. 1–2) .

وتنسجم هذه النتيجة العامة مع دراسة تجريبية أُجريت على لاجئين سوريين، بيّنت أن المجموعة التي تلقت EMDRحققت انخفاضًا أكبر في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بمجموعة الانتظار، مما يدعم قابلية استخدام التقنية مع الفئات المتأثرة بالحرب والنزوح(Acarturk et al., 2016, pp. 2588–2591).

أثر العوامل الديموغرافية في الاستجابة العلاجية: أظهر تحليل الانحدار الوارد في الدراسة الأصلية النتائج الآتية:

المتغير	معامل الانحدار B	Beta	قيمة t	مستوى الدلالة
الجنس	−2.583	−0.209	−1.351	0.184
العمر	0.057	0.009	0.033	0.974
الوضع العائلي	−0.677	−0.127	−0.734	0.467

يتضح أن جميع قيم الدلالة تجاوزت مستوى 0.05، وهو ما يعني عدم وجود تأثير دال إحصائيًا للجنس أو العمر أو الوضع العائلي في الاستجابة العلاجية. وكان أثر العمر أضعف الآثار؛ إذ اقترب معامل Betaمن الصفر وبلغت قيمة الدلالة 0.974 (شقير، 2025، ص. 195) .

كما بلغ معامل التحديد للنموذج الأصلي R2=0.066R^2=0.066R2=0.066، أي إن المتغيرات المدرجة فيه فسّرت نحو 6.6% فقط من التباين في النتيجة العلاجية، ولم يكن النموذج الكلي دالًا إحصائيًا، إذ بلغت قيمة الدلالة 0.684 (شقير، 2025، ص ص. 194–195) .

وعليه، لم تحظَ الفرضية الرئيسة التي تفترض وجود فروق في الاستجابة لتقنية EMDR تبعًا للجنس والعمر والوضع العائلي بالدعم الإحصائي، وكذلك لم تحظَ الفرضيات الفرعية المرتبطة بكل متغير على حدة بالدعم.

2.2 تحليل النتائج

تشير النتائج إلى أن التحسن الناتج عن تقنية EMDR لم يكن مرتبطًا بصورة واضحة بالخصائص الديموغرافية المدروسة. فقد استفاد المشاركون من العلاج على الرغم من اختلاف جنسهم وأعمارهم وأوضاعهم العائلية، ما يوحي بأن التقنية قد تكون قابلة للتطبيق على فئات ديموغرافية متعددة.

ومع ذلك، فإن عدم الدلالة الإحصائية لا يثبت تساوي الاستجابة بين الفئات بصورة قطعية. فقد تأثرت قدرة الدراسة على اكتشاف الفروق بعدم توازن العينة؛ إذ لم يتجاوز عدد الإناث تسع مشاركات، واقتصر عدد الأرامل على ثلاثة والمطلقين على ستة. وقد يؤدي صغر هذه الفئات إلى ارتفاع الخطأ المعياري وعدم اكتشاف أثر موجود فعليًا.

كما أن المدى العمري اقتصر على المشاركين بين 20 و50 سنة، مع تمركز نصف العينة في الفئة بين 20 و30 سنة. لذلك لا تسمح النتائج بتعميم عدم تأثير العمر على المراهقين أو كبار السن.

ويحتاج متغير الوضع العائلي إلى تفسير حذر؛ لأن الزواج أو العزوبة لا يقيسان مباشرة مقدار المساندة النفسية والاجتماعية التي يتلقاها الجريح. فقد يكون الشخص متزوجًا ولكنه يفتقر إلى الدعم، وقد يكون أعزب ويتمتع بشبكة اجتماعية قوية. ومن ثمّ، فإن استخدام مقياس مستقل للدعم الاجتماعي قد يكون أكثر قدرة على تفسير اختلاف الاستجابة العلاجية.

2.3 مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

النتائج المتعلقة بالجنس: لم يظهر الجنس تأثيرًا دالًا في الاستجابة لتقنيةEMDR ، رغم أن قيمة Beta الخاصة به كانت أكبر نسبيًا من العمر والوضع العائلي. وتختلف هذه النتيجة جزئيًا مع دراسة Karatzias وزملائه، التي أظهرت أن الجنس كان أحد المتغيرات التي تنبأت ببعض نتائج علاج اضطراب ما بعد الصدمة. غير أن الباحثين أكدوا أن المتنبئات اختلفت باختلاف أداة القياس ووقت التقييم وطبيعة العينة، وأنه يصعب اعتبار الجنس متنبئًا ثابتًا في جميع السياقات العلاجية (Karatzias et al., 2007, pp. 40–46).

وقد يعود الاختلاف إلى طبيعة عينة الدراسة اللبنانية، وإلى انخفاض تمثيل الإناث فيها، مما يجعل المقارنة بين الجنسين محدودة القوة الإحصائية. لذلك لا يمكن استنتاج أن الجنس لا يؤدي أي دور، بل إن الدراسة لم تتمكن من إثبات وجود هذا الدور ضمن العينة المتاحة.

النتائج المتعلقة بالعمر: أظهر العمر أثرًا شبه معدوم في الاستجابة العلاجية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة قارنت نتائج برنامج علاجي مكثف يضم EMDR والتعرض المطول لدى بالغين أصغر وأكبر سنًا، ولم تجد فروقًا دالة في مقدار انخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين الفئتين العمريتين (Gielkens et al., 2021, pp. 6–9).

لكن المقارنة تظل محدودة؛ لأن الدراسة المذكورة شملت أفرادًا بين 20 و 50 سنة، بينما لم تضم الدراسة اللبنانية مشاركين تجاوزوا 50 سنة. ولذلك تدعم النتيجة إمكان تطبيق العلاج على الفئات العمرية الممثلة في العينة، ولا تثبت فاعليته المتساوية لدى كبار السن في السياق اللبناني.

النتائج المتعلقة بالوضع العائلي: لم تظهر فروق دالة في الاستجابة العلاجية تبعًا للوضع العائلي. ومع ذلك، لا ينبغي تفسير هذه النتيجة على أنها دليل على عدم أهمية العلاقات الأسرية والاجتماعية. فقد أظهرت دراسة تجريبية على مرضى باضطراب ما بعد الصدمة أن ارتفاع الدعم الاجتماعي ارتبط بتحسن علاجي أكبر بعد العلاج بالتعرض وإعادة البناء المعرفي (Thrasher et al., 2010, pp. 187–190).

ويُفسَّر الاختلاف بأن الدراسة الحالية قاست **الحالة العائلية القانونية**، بينما قاست الدراسة السابقة مستوى الدعم الاجتماعي الفعلي. ومن ثمّ، فإن كون الجريح متزوجًا أو أعزب لا يكشف وحده عن نوعية علاقاته أو مقدار الدعم الذي يتلقاه.

تبيّن النتائج أن الجنس والعمر والوضع العائلي لم تكن عوامل دالة إحصائيًا في تفسير الاستجابة لتقنية EMDR لدى جرحى الحرب في العينة المدروسة. ويشير ذلك إلى أن التحسن العلاجي قد يرتبط بعوامل سريرية وعلاجية أكثر مباشرة، مثل شدة الأعراض قبل العلاج، وطبيعة الخبرة الصادمة، والالتزام بالجلسات، ومستوى الدعم الاجتماعي.

غير أن محدودية حجم العينة وعدم توازن فئاتها يفرضان تجنب الجزم بأن العوامل الديموغرافية لا تؤثر مطلقًا. والأدق القول إن الدراسة لم تجد دليلًا إحصائيًا كافيًا على تأثيرها.

الخاتمة العامة

خلصت الدراسة إلى أن تقنية **EMDR** أسهمت في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى جرحى الحرب، إلا أن مقدار الاستجابة العلاجية لم يختلف بصورة دالة إحصائيًا تبعًا للجنس أو العمر أو الوضع العائلي. وتتوافق فاعلية التقنية عمومًا مع نتائج الدراسات التجريبية التي أثبتت انخفاض أعراض الصدمة لدى الفئات المتأثرة بالحروب بعد تطبيقها (Acarturk et al., 2016, pp. 2588–2591).

أهم النتائج

- لم يظهر الجنس تأثيرًا دالًا في الاستجابة لتقنيةEMDR ، إذ بلغت قيمة الدلالة 0.184 .
- لم يظهر العمر تأثيرًا دالًا، إذ بلغت قيمة الدلالة 0.974 .
- لم يظهر الوضع العائلي تأثيرًا دالًا، إذ بلغت قيمة الدلالة 0.467 .
- لم يكن نموذج المتغيرات الديموغرافية والسريرية دالًا إحصائيًا، ولم يفسر سوى نسبة محدودة من التباين في الاستجابة العلاجية (شقير، 2025، ص. 195) .

تشير النتائج إلى أن الخصائص الديموغرافية المدروسة لا تكفي وحدها لتفسير اختلاف استجابة جرحى الحرب لتقنيةEMDR . وقد تكون الاستجابة أكثر ارتباطًا بعوامل سريرية وعلاجية، مثل شدة الأعراض، وطبيعة الصدمة، والالتزام بالجلسات، والدعم الاجتماعي. وتنسجم هذه النتيجة مع المراجعات التي أظهرت عدم ثبات أثر المتغيرات الديموغرافية في التنبؤ بنتائج العلاج النفسي لاضطراب ما بعد الصدمة (Dewar et al., 2020, pp. 71–86).

التوصيات

- عدم اعتماد الجنس أو العمر أو الوضع العائلي وحدها في تحديد أهلية الجريح لتقنية EMDR.
- إجراء تقييم سريري فردي قبل العلاج ومتابعة التغير في الأعراض خلال الجلسات .
- توفير التدريب المتخصص للمعالجين العاملين مع جرحى الحرب .
- اعتماد متابعة لاحقة للتحقق من استمرار التحسن العلاجي .

آفاق البحث المستقبلية

يُقترح إجراء دراسات على عينات أكبر وأكثر توازنًا بين الجنسين والفئات العمرية والأوضاع العائلية، مع دراسة متغيرات إضافية مثل الدعم الاجتماعي، وشدة الإصابة، والالتزام بالعلاج، وشدة الأعراض القبلية. كما يُستحسن إجراء دراسات طولية متعددة المراكز لمتابعة استدامة نتائج EMDR بعد ثلاثة أشهر وستة أشهر من انتهاء العلاج.

المصادر والمراجع

- **Acarturk, Ceren, Konuk, Emre, Cetinkaya, Mustafa, Senay, Ibrahim, Sijbrandij, Marit, Cuijpers, Pim, & Aker, Tamer.** (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1), Article 27414. doi:10.3402/ejpt.v6.27414.
- **Acarturk, Ceren, Konuk, Emre, Cetinkaya, Mustafa, Senay, Ibrahim, Sijbrandij, Marit, Gülen, Birgül, & Cuijpers, Pim.** (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 46*(12), 2583–2593. doi:10.1017/S0033291716001070.
- **Cronbach, Lee J.** (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3), 297–334. doi:10.1007/BF02310555.
- **Davidson, Jonathan R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, Larry A., Roth, S., David, Daniella, Hertzberg, Mark A., Mellman, Thomas, Beckham, Jean C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, Richard, & Feldman, M. E.** (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*(1), 153–160. doi:10.1017/S0033291796004229.
- **Dewar, Michelle, Paradis, Alison, & Fortin, Christophe A.** (2020). Identifying trajectories and predictors of response to psychotherapy for post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review of literature. *The Canadian Journal of Psychiatry, 65*(2), 71–86. doi:10.1177/0706743719875602.
- **Gielkens, Ellen M. J., de Jongh, Ad, Sobczak, Sjacko, Rossi, Gina, van Minnen, Agnes, Voorendonk, Eline M., Rozendaal, Linda, & van Alphen, Sebastiaan P. J.** (2021). Comparing intensive trauma-focused treatment outcome on PTSD symptom severity in older and younger adults. *Journal of Clinical Medicine, 10*(6), Article 1246. doi:10.3390/jcm10061246.
- **Karatzias, Athanasios, Power, Kevin, McGoldrick, Theresa, Brown, Keith, Buchanan, Robin, Sharp, Donald, & Swanson, Vivien.** (2007). Predicting treatment outcome on three measures for post-traumatic stress disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257*(1), 40–46. doi:10.1007/s00406-006-0682-2.
- **Keyan, Dharani, Garland, Nadine, Choi-Christou, Jasmine, Tran, Jenny, O'Donnell, Meaghan, & Bryant, Richard A.** (2024). A systematic review and meta-analysis of predictors of response to trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin, 150*(7), 767–797. doi:10.1037/bul0000438.

- **Shapiro, Francine.** (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20*(3), 211–217. doi:10.1016/0005-7916(89)90025-6.
- **Thrasher, Sian, Power, Michael, Morant, Nicola, Marks, Isaac, & Dalgleish, Tim.** (2010). Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*(3), 187–190. doi:10.1177/070674371005500311.