



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

رسالة تخرج لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الإكلينيكي
تخصص علم النفس الإكلينيكي للطفل والمراهق والتوجيه الأبوي
(Clinique infanto juvénile et guidance parentale)

برنامج علاجي (معرفي سلوكي) لإضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل
مع التوجيه الأبوي
دراسة عيادية (تكفلية) لخمس (05) حالات

تحت إشراف الأستاذة :

د. ميموني معتصم بدرة

إعداد الطالب :

لعرباوي مصطفى

أعضاء لجنة المناقشة :

جامعة وهران 2	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	كحلولة سعاد
جامعة وهران 2	مقرر	أستاذة التعليم العالي	ميموني معتصم بدرة
جامعة وهران 2	مؤطرة مساعدة	أستاذة محاضرة	سبع دلاج فاطمة الزهراء
جامعة وهران 2	مناقشا	أستاذة محاضرة	لصقع حسنية

السنة الجامعية : 2015 – 2016

الإهداء

اهدي هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمن

- فضلهما الله وأطال في عمرهما -

إلى عائلتي الكريمة كل باسمه

إلى كل الناس العريين على القلب

إلى أستاذتاي الفاضلتان بدرة ميموني وسبع فاطمة

قدرهما الله على مجهوداتهما

إلى كل زملائي برفعت المبيستار 2011 مشروع :

إكلينيكية الطفل والمرأهق والتوجيه الأبوي

إلى كل أساتذة قسم علم النفس بجامعة طهران

إلى كل من ساعدني وحفزي على إتمام هذا العمل

كلمة شكر

"ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين". صدق الله العظيم

فالشكر لله احمده على نعمه وعلى منحه لي الصبر والقوة لإتمام هذا العمل

أتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من أعانني على هذا الجهد، وأخص بالذكر :

أستاذتاي الدكتورة بدرة معتصم ميموني والدكتورة فاطمة الزهراء دلاج سبع اللتي تفضلتا بالإشراف على اعداد هذه الرسالة وبدلا الجهد والوقت وأمداني بالنصيحة والمشورة ،

أتقدم إليهم بأسمى آيات الشكر والعرفان ولهم مني كل التقدير والاحترام

كما اشكر أعضاء لجنة المناقشة التي قبلت مناقشة هذه الرسالة

أشكر كل من ساهم في هذا البحث، ولو بشطر كلمة من الأساتذة الكرام الذين تفضلوا بالتحكيم والمساعدة في بلورة أدوات هذه الدراسة

خالص شكري لكل الزملاء النفسانيين والمسئولين الذين سهلوا لي مهمة الدراسة وانتقاء العينة في مؤسساتهم

كما أتقدم بالشكر إلى زملائي وأصدقائي الذين لم يبخلوا علي يجهدا في توفير الجو المناسب والدعم المعنوي ليخرج هذا العمل إلى حيز النور،

لكامل أطفال العينة وآبائهم لهم مني جزيل الشكر

إلى كل من قدم لي يد المساعدة من بعيد أو قريب

ملخص البحث

تعتبر الدراسة الحالية الموسومة بـ «التكفل النفسي (المعرفي السلوكي) لاضطراب ما بعد

الصدمة عند الطفل مع التوجيه الأبوي» من الدراسات الإكلينيكية التي اهتمت بالتكفل النفسي ، حيث قامت على بناء برنامج تكفلي موجه لحالات اضطراب ما بعد الصدمة ، والاستفادة من الأثر التوجيهي للآباء ومشاركتهم النشطة ، لزيادة فعالية البرنامج من خلال التوجيه الأبوي.

وقد اعتمدنا في بنائهما على انتقاء مجموعة من الاستراتيجيات هي : الإستراتيجيات النفسية التربوية ، الاستراتيجيات المعرفية ، الاستراتيجيات السلوكية ، الواجبات المنزلية . وقد هدفت هذه الدراسة إلى :

- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج التكفلي المقترح ، في علاج الـ PTSD عند الطفل .
- الكشف عن مدى فاعلية برتوكول التوجيه الأبوي في تخفيف هذه الاضطرابات عند الطفل ، وفي تحسين المعاش النفسي للآباء وفي زيادة فعالية البرنامج العلاجي والمساهمة في إنجاحه من خلال إشراكهم في العمل العلاجي.
- التصدي للأثار النفسية التي تخلفها الأحداث الصدمية عند الحالات والعمل على خييات الطفل الناجمة عن إخفاق والديه في القيام بدورهم إلى جانبه ايجابيا من جهة أخرى .
- توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة والاضطرابات الناجمة عنها ، وتبيان مدى أهمية دور الآباء والأسرة عموما في تخفيف وطأة هذه الاضطرابات.

ومن خلال التصور الشامل المطروح للدراسة حاولنا صياغة إشكالية البحث من خلال التساؤل الرئيسي : ما مدى فعالية البرنامج التكفلي المقترح المر افق بالتوجيه الأبوي ، في معالجة وتخفيف اضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل وتحسين المعاش النفسي للآباء ؟

فرضيات الدراسة :

- البرنامج التكفلي المقترح فعال في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ، ولجلسات التوجيه الأبوي دور في دعم وتعزيز هذه الفعالية .
- اعتبار إلى أن الآباء يتأثرون بوضعية أطفالهم ، فهم بحاجة ل جلسات التوجيه الأبوي لتحسين معاشهم النفسي ، ما يساهم في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل.
- توجد استمرارية لأثر البرنامج العلاجي بعد فترة العلاج .

مجتمع البحث وعينة الدراسة : يمثل في مجموع الأطفال الذين تعرضوا لحدث صدمي

(شديد وغير متكرر) ، يحتمل أن يكونوا اضطرابات ما بعد الصدمة من المجتمع ، أما عينة الدراسة فاختيرت من خلال توافر البيانات اللازمة في أفرادها (شروط اختيار العينة) ، وتمثلت في (5) حالات من مختلف الجنسين (03 ذ و 02 إ) ، بين 07 وبين 13 سنة .

منهج الدراسة : حيث استلزمت طبيعة البحث وأهدافه العلاجية استخدام المنهج الإكلينيكي التجريبي ، وقد استخدم مخطط المجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي ، حيث أستفيد من تكامل كل منهما مع الآخر في دراسة اضطراب ما بعد الصدمة .

أدوات الدراسة : بالإضافة للملاحظة ، والمقابلة هناك بطارية من المقاييس تمثلت في :

- المقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الوالدين / الأطفال (إعداد الباحث) .
- شبكة المعلومات الإكلينيكية للأطفال / الأم (إعداد الباحث) .
- استمارات وجداول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي .
- مقياسي الاكتئاب مريا كوفكس (CDI) وبيك (BDI) .
- مقياس القلق (حالة -سمة) للأطفال (STAI C) وللراشدين (STAI Y) لسبيلبيرجر .
- مقياس تقدير السلوك للأطفال لبيركس .

نتائج الدراسة : خلصت الدراسة لفعالية البرنامج المصمم من قبلنا ، في علاج اضطراب

ما بعد الصدمة عند الأطفال الذين شملتهم الدراسة ، إذ يبرز ذلك من خلال المقابلات

التشخيصية ، ومن خلال الفرق الواضح في الدرجات المحصل عليها على المقاييس

السيكومترية في القياسات القبلية ، والبعدي ، إذ سجلنا انخفاض في أعراض استعادة الخبرة ، أعراض التجنب ، أعراض الاكتئاب والأفكار والمشاعر السلبية وأعراض القلق والاستثارة وفرط التنقيظ ، ويرجع ذلك إلى فعالية التقنيات والفنيات المنتقاة في هذا البرنامج .

ومما ساهم في دعم هذا البرنامج وزيادة فعاليته ، خضوع الآباء لبروتوكول توجيه موازاة مع ذلك، بحيث اثبت هذا البروتوكول فعاليته في تحسين المعاش النفسي للآباء، والذي بدا جليا من خلال المقابلات والفرق الواضح في الدرجات المحصل عليها على المقاييس السيكومترية في القياس القبلي والبعدي ، بحيث لاحظنا انخفاض في أعراض الاكتئاب والأفكار والمشاعر السلبية وأعراض القلق والاستثارة ، ويرجع ذلك إلى فعالية التقنيات المنتقاة في هذا البروتوكول للتكفل بالآباء وتحسين معاشهم النفسي ، كما التمسنا الدور الفعال والنشط للآباء ، في عملية التعليم والتدريب والإشراف على التقنيات الموجهة للأطفال خلال عملية التكفل.

فهرس المحتويات

ا	- إهداء
ب	- كلمة شكر
د	- ملخص الدراسة
و	- فهرس المحتويات
ل	- فهرس الجداول
م	- فهرس الملاحق
1	- مقدمة الدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

7	1. إشكالية البحث
10	2. الأهداف العامة للدراسة
12	3. الأهمية النظرية والعملية للدراسة
13	4. صعوبات الدراسة
14	5. مجتمع البحث وعينة الدراسة
15	6. معايير وشروط انتقاء العينة
17	7. منهج الدراسة
18	8. أدوات الدراسة ودواعي اختيارها
20	9. الحدود المكانية و الزمنية للدراسة
20	10. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

الفصل الثاني: الصدمة واضطرابات ما بعد الصدمة

26	1. الصدمة النفسية
27	2. الجانب التاريخي لتطور مفهوم الصدمة النفسية
29	3. الأحداث الصدمية
30	4. الصدمة النفسية والحدث الصدمي
30	4.1. الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث غير طبيعية
30	4.2. الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث طبيعية
31	4.3. الفرق بين صدمتي الكوارث الطبيعية والكوارث غير طبيعية

- 31 5. الخصائص المحددة للصدمة النفسية
- 32 6. أثر الصدمة على الجهاز النفسي
- 35 7. الصدمة النفسية والمواجهة مع الموت
- 35 8. العوامل المؤثرة في استجابات الأفراد للخبرة الصادمة
- 37 9. الصدمة النفسية والحداد
- 37 9.1 تعريف الحداد
- 38 9.2 الحداد عند الأطفال
- 39 10. اضطرابات ما بعد الصدمة
- 39 11. تطور مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة وإشكالية الترجمة في العربية
- 41 12. تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة
- 43 12.1 اضطراب ما بعد الصدمة في DSM V
- 44 12.2 الاضطرابات الصدمية والتغيرات المحدثة في DSM V
- 45 13. الخبرة الصادمة عند الطفل
- 45 14. اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل
- 45 14.1 المظاهر السريرية لاضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل
- 47 14.2 اضطراب ما بعد الصدمة ومراحل نمو الطفل
- 48 15. التوجهات والنماذج المفسرة للصدمة واضطراب ما بعد الصدمة
- 48 15.1 التوجه العضوي البيولوجي
- 49 15.2 التوجه العضوي الكميائي
- 50 15.3 التوجه النفسي الدينامي
- 51 15.4 التوجه السلوكي
- 52 15.5 التوجه المعرفي
- 53 15.6 توجه العوامل الاجتماعية
- 53 15.7 نظرية معالجة المعلومات
- 54 15.8 نموذج المناعة النفسية لموسون Moussong. E.K
- 55 15.9 نموذج تناذر التكيف (Selye)
- 56 15.10 نموذج العوامل الشخصية الموقفية WILSEN et CROSE
- 57 15.11 نموذج ماسيك (Masic) الصدمة، والصدمة الحضارية
- 58 15.12 نموذج "Creamer"
- 60 15.13 النماذج التحليلية الأخرى

- 60 16. علاجات اضطرابات ما بعد الصدمة
- 61 16.1 العلاج الدوائي
- 61 16.2 العلاج النفسي
- 61 ▪ العلاج المعرفي السلوكي
- 62 ▪ العلاج السايكودينامي
- 62 ▪ العلاج السلوكي
- 62 ▪ العلاج الاجتماعي والأسري

63 الفصل الثالث : العلاجات المعرفية السلوكية

- 64 1. العلاج المعرفي السلوكي نشأته وعوامل انبثاقه
- 66 2. تعاريف ومفاهيم متعلقة بالعلاجات المعرفية السلوكية
- 70 3. المقابلات التشخيصية والعلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
- 71 4. التحليل الوظيفي ومراحله
- 72 5. مسلمات العلاج المعرفي السلوكي
- 73 6. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 74 7. خصائص العلاج المعرفي السلوكي
- 77 8. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
- 78 9. معايير العلاج المعرفي السلوكي
- 78 10. مدارس العلاج المعرفي السلوكي
- 89 11. خطوات العلاج المعرفي السلوكي
- 90 12. الاستجابة المعرفية السلوكية للصدمية
- 92 13. تقنيات وفتيات العلاج المعرفي السلوكي

104 الفصل الرابع : التوجيه الأبوي

- 105 1. مدخل لموضوع الإرشاد الأبوي
- 108 2. التوجيه الأبوي ما هو ؟
- 110 3. مكانة التوجيه الأبوي بين العلاقات العلاجية الأخرى
- 114 4. مستويات عملية التوجيه الأبوي
- 115 5. لمحة تاريخية عن المكانة الخاصة للوالدين في التكفل بالأطفال
- 117 6. المشاركة الوالدية كمفهوم أساسي ضمن التوجيه الأبوي

- 118 7. الحاجات الدافعة لتبني خدمات التوجيه الأبوي
- 120 8. أهداف التوجيه الأبوي
- 122 9. محاور التوجيه الأبوي
- 122 10. أساليب التوجيه الأبوي
- 126 11. أشكال ونماذج التوجيه الأبوي والمشاركة الوالدية
- 126 A. أشكال ونماذج التوجيه الأبوي
- 127 B. أشكال ونماذج المشاركة الوالدية
- 128 12. تقييم المشاركة الوالدية
- 129 13. معوقات إرشاد الآباء ودور المختصين في تشجيع مشاركتهم
- 133 14. التدريب على مهارات التواصل كتقنية أساسية في التوجيه الأبوي
- 135 15. الفنيات الأخرى للتوجيه الأبوي
- 137 16. نصائح واقتراحات للوالدين في أوقات الهلع و في الصدمة والأزمات

141 الفصل الخامس : الدراسات السابقة

- 142 أولاً : عرض الدراسات
- 142 1. الدراسات المتعلقة بالعلاجات المعرفية السلوكية
- 156 2. الدراسات المتعلقة بالصدمة واضطراب ما بعد الصدمة
- 165 3. الدراسات المتعلقة بالتوجيه الأبوي ودور الوالدين
- 170 ثانياً : تعقيب عام على الدراسات السابقة
- 172 ثالثاً : مكانة الدراسة الحالية وموقفها من الدراسات السابقة

174 الفصل السادس : تصميم البرنامج العلاجي وبرتوكول التوجيه الأبوي

- 176 أولاً : البرنامج التكفلي
- 176 1. تقديم البرنامج التكفلي المقترح
- 177 2. أهداف البرنامج
- 178 3. الخدمات التي يقدمها البرنامج
- 178 4. خطوات إعداد البرنامج التكفلي
- 178 A. الخطوة الأولى

- 178 - تحديد الأساس النظري للبرنامج
- 179 - تحديد النماذج المعرفية السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة
- 181 .B. الخطوة الثانية
- 181 - الاطلاع على أسس تطبيق البرامج التكيفية المعرفية السلوكية
- 183 - الاطلاع على الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية المعرفية السلوكية
- 183 .C. الخطوة الثالثة
- 183 -اختيار الاستراتيجيات والتقنيات المعرفية السلوكية لبناء البرنامج
- 184 ▪ الإستراتيجيات النفسية التربوية
- 184 ▪ الاستراتيجيات المعرفية
- 185 ▪ الاستراتيجيات السلوكية
- 187 ▪ الواجبات المنزلية
- 187 - بناء مراحل تطبيق البرنامج :
- 188 - بناء مخطط لتتبع الأثر العلاجي للبرنامج
- 188 5. عرض البرنامج التكفلي
- 192 ثانيا : بروتوكول التوجيه الأبوي
- 193 1. تقديم البروتوكول التوجيهي المقترح
- 193 2. أهداف البروتوكول
- 194 3. الخدمات التي يقدمها البروتوكول الإرشادي
- 195 4. خطوات إعداد البرنامج التكفلي :
- 195 A. الخطوة الأولى : تحديد الأساس النظري للبرنامج
- 195 .B. الخطوة الثانية :
- 195 - الاطلاع على أساسيات التوجيه الأبوي
- 196 - الاطلاع على أساليب التوجيه الأبوي
- 196 .C. الخطوة الثالثة :
- 196 - تحديد الأساليب والتقنيات المعتمدة في البروتوكول
- 197 • الإستراتيجيات النفسية التربوية
- 198 • الاستراتيجيات المعرفية
- 199 • الاستراتيجيات السلوكية
- 200 • الواجبات المنزلية
- 200 - بناء مراحل تطبيق البروتوكول

- 202 - بناء مخطط لتتبع الأثر العلاجي للبرنامج
- 202 5. عرض بروتوكول التوجيه الأبوي
- 208 6. عرض تفصيلي لحصص العلاج وجلسات والتوجيه الأبوي

236 الفصل السابع : منهجية البحث وإجراءات الدراسة

- 238 منهجية البحث
- 238 1. منهج الدراسة
- 239 2. مجتمع البحث و عينة الدراسة
- 239 3. الأدوات المستخدمة في الدراسة
- 277 إجراءات الدراسة
- 277 أولاً : الدراسة الاستطلاعية
- 277 1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية
- 278 2. مجتمع البحث ومواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية
- 278 3. مكان و زمان إجراء الدراسة الاستطلاعية
- 279 4. ظروف إجراء الدراسة
- 279 ثانياً : الدراسة الأساسية
- 279 1. الهدف من إجراء الدراسة الأساسية
- 280 2. مجتمع البحث ومواصفات عينة الدراسة الأساسية
- 280 3. مكان و زمان إجراء الدراسة الأساسية
- 281 4. ظروف إجراء الدراسة
- 282 5. دراسة الحالات

287 الفصل الثامن : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 288 1. عرض وتحليل نتائج الدراسة
- 334 2. مناقشة نتائج الدراسة والتحقق من الفرضيات
- 338 3. الاستنتاج العام
- 340 4. التوصيات والمقترحات
- 345 المراجع
- 356 الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول
79	الجدول رقم (01) تاريخية (الكرونولوجي) الأساليب المعرفية – السلوكية
207	الجدول رقم (02) سير الجلسات العلاجية وتواترها
207	الجدول رقم (03) سير جلسات التوجيه الأبوي وتواترها
242	جدول رقم (04) : مفتاح تصحيح اختبار الاكتئاب عند الأطفال لكوفكس CDI
246	جدول رقم (05) : يوضح مفتاح تصحيح مقياس حالة القلق STAI-Y-S
246	جدول رقم (06) : : يوضح مفتاح تصحيح مقياس سمة القلق-STAI-Y-T
246	جدول رقم (07) : يوضح مستويات القلق لمقياس القلق سيبليرجر
258	جدول رقم (08) : مفتاح تصحيح اختبار الاكتئاب لبيك BDI-II
264	جدول رقم (09) : بين تعديلات المحكمين لبعض فقرات
276	الجدول رقم (10) : عينة الدراسة الاستطلاعية
278	الجدول رقم (11) : خصائص عينة الدراسة الأساسية
289	الجدول رقم (12) : درجات المقاييس للحالة الأولى
295	الجدول رقم (13) : درجات المقاييس للحالة الثانية
301	الجدول رقم (14) : درجات المقاييس للحالة الثالثة
307	الجدول رقم (15) : درجات المقاييس للحالة الرابعة
313	الجدول رقم (16) : درجات المقاييس للحالة الخامسة
286	الجدول رقم (*) : درجات التقييم الذاتي لمستويات القلق والاكتئاب والتجنب لحالات الدراسة
287	الجدول رقم (***) : الدرجات المحصل عليها لحالات الدراسة على مختلف المقاييس السيكمترية المطبقة

فهرس الملاحق

الصفحة	الملاحق
356	ملحق رقم (01) مقياس الاكتئاب للأطفال لمريا كوفكس (CDI)
358	ملحق رقم (02) مقياس القلق (حالة -سمة) للراشدين لسبيلبيرجر (STAI- Y)
360	ملحق رقم (03) مقياس القلق (حالة -سمة) للأطفال لسبيلبيرجر (STAI- C)
362	ملحق رقم (04) مقياس تقدير السلوك للأطفال لبيركس
366	ملحق رقم (05) قائمة الاكتئاب الثانية لأرون بيك (BDI)
369	ملحق رقم (06) الصورة الأولية للمقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الوالدين
373	ملحق رقم (07) الصورة النهائية للمقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الوالدين
378	ملحق رقم (08) الصورة الأولية للمقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الأطفال
381	ملحق رقم (09) الصورة النهائية للمقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الأطفال
386	ملحق رقم (10) شبكة المعلومات الإكلينيكية الخاصة بأم الطفل .
390	ملحق رقم (11) شبكة المعلومات الإكلينيكية للأطفال .
395	ملحق رقم (12) استمارات وجداول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي .

مقدمة

يتعرض الأفراد في أوقات ووضعيات معينة لمواقف وضغوط وشدات ، وما توصف به مثل هذه المواقف أنها تفوق مستوى التحمل وتخرج عن المدى العادي للخبرات البشرية ، فتصل إلى حد الأزمة أو الصدمة. ويطلق مصطلح الخبرة الصادمة على نوع الخبرة المفردة للفرد ، بحيث لا يستطيع احتمالها ، إذ يستجيب لها بأعراض مرضية ، ويأتي تأثيرها من الفجائية التي تحدث أثناء الصدمة وكذا شدة الحدث وهوله .

وتختلف استجابة الفرد للخبرات الصادمة والمؤلمة حسب الفروق الفردية بينهم ، فمنهم من ينهار ولا يقوى على المواجهة ، ومنهم من يقع فريسة للمرض النفسي والجسمي ، وآخرون منهم يواجه تلك الظروف الصادمة بقوة وعزيمة ونفس راضية بقضاء الله وقدره ، وذلك يرجع إلى عدد من العوامل النفسية والاجتماعية ، أو لعوامل ذاتية وعوامل خارجية .

و يرى HMICEL 1909 « أن الصدمة تكون بسبب وضعية ما أو ضغط نفسي فعال ، إلا أن الضغط لا يمكن اعتباره صدمة إلا إذا أدى إلى استغلال الفرد ، حيث يستجيب له بعدة اضطرابات ، وتحمل الصدمة لا يتوقف على الحالة النفسية بل حسب خصائص الفرد»¹ .
وتتنقسم هذه الخبرات إلى كوارث طبيعية مثل الزلازل والبراكين والفيضانات والأعاصير ، وكوارث من صنع البشر كالحروب والأسر والاعتداء البدني وغيرها .
وقد اتخذت هذه التهديدات والمخاطر وما تتركه من آثار سلبية على من يتعرضون لها تسميات متعددة مثل الشدة ، الإجهاد ، الضغوط ، أو الصدمة ، أو الخبرة الصادمة ، أو العصاب الصدمي أو عصاب الحرب... الخ .

إذ أن هذه الصدمات النفسية لا تختفي مع الحدث المسبب له ، بل بإمكانها أن تستمر لوقت طويل بعده ، حتى أنها في أغلب الحالات لا تظهر أثناء الحدث نفسه ، بل بعد مرور فترة زمنية تتراوح بين الأسبوعين والستة أشهر على انتهائه ، ولهذا السبب تسمى أعراض ما بعد الصدمة (Syndromes Post Traumatiques) .

1 - أحمد محمد الحواجري، الصدمة النفسية، دائرة التربية والتعليم وكالة الغوث غزة ، 2003، ص20

وكما يرى ما يكنبوم MEICHENBOUM 1994 أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة تعد مؤذية وقوية ومهددة للحياة ، حيث تحتاج لمجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها¹ . وتظهر هذه العوارض بنسبة أكبر عند الأطفال ، فهل الحديث عن تأثير الصدمة النفسية على الأطفال بالتحديد هو مبرر ، أو أن هذه الفئة لا تختلف عن سواها من فئات المجتمع في تأثيرها ، وأيضا ما هي الأسباب المؤدي إلى تعرض الأولاد إلى مثل هذه الصدمات ، فهل يعود إلى البنية الجسمية أو الوعي الأسري في احتضان الأطفال قبل استفحال الصدمة ، أو لنقص الإرشاد النفسي في الأوساط التربوية والاجتماعية المحيطة بالطفل .

وهنا يمكننا القول انه أصبحت هناك حاجة تفرض نفسها اليوم أكثر من أي وقت مضى في معرفة النتائج السلبية والآثار المحدثة عند الأطفال ، نتيجة الأحداث الدائرة في بلادنا ومعظم بلاد العالم ومحاولة العناية والتكفل بهذه الشريحة وإيلائها الاهتمام ، باعتبارها عاجزة عن المواجهة والتحمل ، كما أنها بحاجة إلى الدعم الأسري والمساندة الاجتماعية وخاصة الدعم الأبوي ، باعتبار الآباء الموضوع الركيزة والسند القوي ضمن هذا الوجود بالنسبة للطفل في التغلب على الظروف والخبرات الأليمة التي يعايشها ، إذ دقت مختلف المنظمات والهيئات الدولية ناقوس الخطر حول مختلف الأحداث والأوضاع التي يتعرض لها ويعيشها الأطفال في العالم ، نتيجة تأثرهم بهذا العالم المشحون بأحداث الحروب ، كأطفال العراق وسوريا وأطفال اليمن وليبيا وأطفال فلسطين ولبنان من قبل ، وبالممارسات والإساءات الجنسية التي هي من فعل الراشد ، وكذا أعمال العنف والاعتداء والإيذاء والخطف كما هو الحال بالنسبة للجزائر ، إذ تزايدت هذه الأفعال المرتكبة في حق الطفل تزايد مريب مؤخرا ، إضافة إلى الخبرات الصادمة الأخرى التي يتعرض لها الأطفال كحوادث السيارات والحوادث المنزلية الأخرى نتيجة الإهمال الأسري ، وكذا خبرات الفقد الأليمة ، كلها أحداث وخبرات تترك أثارها على مختلف الأصعدة الاجتماعية والنفسية والعلائقية للطفل .

1 - أحمد محمد الحواجري ، مرجع سابق ، ص 21

وبالتطرق للأحداث الصدمية في مجتمعنا ، فقد كثف الحديث في الآونة الأخيرة عن ما مر به الجزائريون من أحداث مؤلمة وقاسية أدت لخسائر مادية وبشرية كبيرة ، والتي على أساسها بنى أخصائيو علم النفس الإكلينيكي الجزائريين مكانتهم المهنية واثبتوا حضورهم وجدارتهم بعدما لم يكن هذا التخصص وهذا النوع من التدخل يحظى بأي مكانة . ومن هذه الأحداث العنف الإرهابي إبان العشرية السوداء ، والكوارث الطبيعية كالفيضانات التي شهدتها بعض الولايات ، سوء في الشمال كولاية بومرداس و باب الواد ب الجزائر العاصمة 2002 وزلزال الاصنام 1981 وع. تموشنت 1998 ، وصولا ل زلزال بومرداس وزلزال الأربعاء 2003 ، إضافة إلى فيضانات الجنوب كغرداية و بشار 2008 ... الخ .

وعلى هذا الأساس فقد قامت دراستنا بهدف بناء برنامج تكفلي يقوم على أسس التوجه المعرفي السلوكي ، موجه للحالات التي شملتها الدراسة ، يركز على العملية التوجيهية للآباء ، و يعود السبب في هذا الإطار الذي تندرج ضمنه دراستنا إلى مدى أهمية وفعالية التوجه المعرفي السلوكي في التعامل مع أعراض هذا الاضطراب وخصوصياته ، إذ يذكر بيك (Beck,2001) أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تفترض أن الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانفعالات السالبة ليست نتاجا لقوى خفية تكمن في اللاشعور، ولكنها تنتج عن عمليات شعورية من قبيل التعلم الخاطيء ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة ، وعدم التمييز بين الواقع والخيال ، كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه قد يكون مستمداً من مقدمات خاطئة ومفاهيم مغلوطة ، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه قد يكون مبنياً على أفكار لا عقلانية ، ولما كانت كثير من المشكلات النفسية يمكن حلها عن طريق: شذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلم اتجاهات أكثر تكيفاً، وحيث أن الاستبصار واختبار الواقع والتعلم جميعها عمليات معرفية بالدرجة الأولى إضافة إلى مدى أهمية المساندة الاجتماعية خصوصا من الآباء التي لها دور عظيم في التخفيف خصوصا للأطفال الذين يقعون تحت ضغوط الحياة إذ تعتبر أحد المصادر الهامة للأمن الذي يحتاجه الطفل من عالمه الذي يعيش فيه ، عندما يشعر أن هناك ما يهدده، ويشعر أن طاقته قد استنفدت ولم يعد بوسعه أن يقف ضد هذا الخطر المهدد له، وأنه في حاجة ماسة إلى معاونة ومساعدة، وخاصة عندما يكون هذا العون من أقرب الناس إليه هما الآباء ، وهذا ما أشار إليه كل من كابلان و بولبي في نظريتهم عن أنظمة المساندة .

إذ يجب أن يكون لأسر الأطفال اهتمام متواصل اعتباراً إلى أنهم قد يواجهون أنواعاً من المشكلات والصراعات والاضطرابات تفوق متطلبات التربية ، وكلما زادت تلك الحاجات والمشكلات تجاه الآباء في البحث عن طرق للتعامل ومناقشة المشكلات وحلها ، وهنا يبرز دور المختص النفسي في مساعدة هؤلاء الآباء في مواجهة مشاكل أبنائهم ، وتغيير معتقداتهم الخاطئة نحو الطفل المضطرب ، من خلال الاعتماد على العملية التوجيهية للآباء التي تساعدهم على تقبل الطفل وفهمه وفهم اضطرابه ومساعدته وتحفيزه في التخلص من اضطراباته ومشاكله ، والوصول إلى التحسن .

وعلى هذا الأساس فقد تم العمل على إرفاق البرنامج التكفلي المعرفي السلوكي الموجه للأطفال مع التوجيه الأبوي ، بهدف تحقيق نوع من المساندة وتعديل بعض الأساليب التربوية الخاطئة ، والعمل على زيادة فعالية هذا البرنامج من خلال الأثر التوجيهي للآباء والمشاركة النشطة للآباء في العملية العلاجية.

الفصل الأول :

الإطار العام للدراسة

1. تمهيد
2. إشكالية البحث
3. دواعي اختيار الموضوع
4. الأهمية النظرية والعملية للدراسة
5. الأهداف العامة للدراسة
6. صعوبات الدراسة
7. مجتمع البحث وعينة الدراسة
8. معايير وشروط انتقاء العينة
9. منهج الدراسة
10. أدوات الدراسة ودواعي اختيارها
11. الحدود المكانية والزمانية للدراسة
12. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

تمهيد : نضرا للأسباب المتعددة للصددمات النفسية والى أنه لا يمكننا تحديد عدد من الأحداث الصادمة بعينها ، كونها مجموعة واسعة من الخبرات تتعلق بالطفل أو المقربين منه تفوق قدراتهم الاستيعابية ، المعرفية ، النفسية والعاطفية ، ونضرا لطبيعة الاضطراب فان الكشف عن هذه التأثيرات لا يمكن أن يكون عن طريق الدراسة النظرية الضرورية فقط ، فهي غير كافية نضرا لحاجتنا إلى بلورة معاش الطفل من جهة ، وتحليل العوامل المؤثرة في تكوينه النفسي والجوانب الاجتماعية من جهة أخرى ، بهدف بناء برنامج تكفل بحالات الأطفال ، إذ يتطلب هذا الكشف عن التأثيرات المختلفة بحثا علميا معمقا من خلال الدراسة الإكلينيكية المتبعة ضمن البحث. إضافة إلى أن هناك أسباب أخرى دفعتنا للقيام بهذه الدراسة :

الحاجة الماسة لزيادة الفهم وتحليل الأسباب العميقة والأعراض التي تكون نتيجة ردود الفعل الصدمية عند الطفل ، والحاجة لحصر الإطار العام الذي تندرج ضمنه ردات فعل الطفل الناشئة عن الوضعيات الصعبة والصدمية التي يعيشها ، وإخفاقات الأهل في خفض هذا التوتر المساهم في زيادة إثارة الاضطراب النفسي.

التصدي للآثار النفسية التي تخلفها الأحداث الصدمية عند الحالات كما يملينا الواجب المهني ضمن حدودنا من جهة ، والعمل على خييات الطفل الناجمة عن إخفاق والديه في القيام بدورهم إلى جانبه وبشكل ايجابي من جهة أخرى .

محاولة توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة والاضطرابات الناجمة عنها ، وتبيان أهمية دور الآباء والأسرة عموما في تخفيف وطأة هذه الاضطرابات المابعد صدمية عند الأطفال المصدومين ، ووضع برنامج علاجي للمهنيين والممارسين خاص بالأطفال الذين تعرضوا للصددمات وآبائهم .

من ناحية أخرى تستوجب هذه الضرورة ضمن دراستنا العمل على دور الأسرة بشكل عام ودور الوالدين بشكل خاص كعامل يبيث الطمأنينة .

1. إشكالية البحث :

يعتبر الأطفال كغيرهم من الراشدين ليسوا بمنأى عن الأحداث والضغوطات ، إذ يعد الأطفال الشريحة الأكثر تأثر بالظروف القاهرة والأحداث الصادمة ، فضلا عن الأحداث الحياتية الأخرى التي يتعرضون إليها . وهذا لقلّة نضجهم وخبرتهم وعدم تحصنهم بوسائل الأمان الكافية ، ما قد تسبب لهم ضغوط نفسية وتؤثر على تفوقهم النفسي ، وتؤدي إلى سوء تكيفهم ، ينعكس على تحصيلهم الدراسي وسلوكهم الاجتماعي وعلاقتهم مع الآخرين ، وهذا ما أشار إليه مجموعة من الباحثين .

كما أن هناك اختلافات بين الأطفال في مدى تأثرهم بالأحداث الصدمية وهذا باختلاف المميزات والخصائص الشخصية لكل طفل ، التي تحدد المعنى الخاص الذي يعطيه الطفل للحدث الصدمي وتشمل هذه الخصائص :

- طبيعة المرحلة العمرية .

- طريقة إدراك الطفل للحدث الصدمي .

- دور الأهل تجاه عملية الكشف والإظهار والمساندة والمساعدة .

- إحساس الطفل بالقوة والتماسك والدعم الاجتماعي المتوافر له من قبل الأسرة .

- أساليب التوافق والتكيف والمرونة في استعمالها وهذا نتيجة لتكيفات الطفل السابقة

مع أزماته في البيت والمدرسة والرفاق وخبرات التعامل السابقة .

وعلى الرغم من انتشار هذا اضطراب بين الأطفال بشكل كبير مقارنة بالراشدين ، إلا أن

دراسة هذا الاضطراب عند الأطفال لم تنل الاهتمام الكافي من قبل المختصين ، بسبب

حساسية المرحلة وضبابيتها ، وصعوبة إقامة الدراسات الدقيقة خلالها ، وتعد مشكلة هذه

الاضطرابات من حيث التنبؤ وكثرة الأعراض واختلافها من حالة لأخرى ، وتداخلها مع

اضطرابات أخرى ، وصعوبات التشخيص والعلاج ، وكذا تصادمها مع الواقع الذي تفرضه

طبيعة المرحلة العمرية ، وطابوهات المجتمع وعادات الأسرة وثقافتها ، فقد يتعرض أطفال

لأحداث مؤلمة في مرحلة مبكرة لا يدركون خلالها طبيعة هذا الحدث إلا بعد فترة ، وقد تقوم

الأسرة بإخفاء هذا الحدث ومنع الطفل من الحديث عنه وهذا لطبيعته وحساسية في المجتمع .

وتزداد الأمور صعوبة إذ تكررت الصدمات لتتراكم في فترات متقاربة ، ومن معوقات الكشف عن هذه الحالات لدى الأطفال هو انه يصعب عليهم التعبير عن الشعور أو الحالة النفسية التي يمرون بها ، بينما يختزلها العقل وتؤدي إلى مشكلات نفسية عميقة ، خاصة إذالم يتمكن الأهل أو البيئة المحيطة بهم من احتواء هذه الحالات ومساعدة الطفل على تجاوزها .

لذا يمكن القول بأن الأسرة بتربيتها لأطفالها تربية سليمة تؤدي خدمة جليلة للمجتمع ، فلأسرة دور كبير في إشباع حاجات الطفل الجسمية والعقلية والاجتماعية والنفسية والوجدانية ، فالطفل البشري هو أكثر الكائنات الحية تكاليفاً وهو بحاجة إلى رعاية وعناية من والديه ، فواجب الأسرة حماية أطفالها ، خاصة أولئك الذين يتعرضون لخطر دائم ، أو يقطنون في مناطق عنف دامية.¹

كما أن الكثير من حالات اضطراب الطفل ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة ، المتمثل في الظروف غير المناسبة وأخطاء الممارسات التربوية في عملية التنشئة الاجتماعية ، كعدم احتضان الطفل أو رعايته ، مما يؤدي إلى شعوره بالوحدة ، فالطفل يحتاج إلى من يستمع إليه وإلى مشكلاته وهمومه وأحلامه وتطلعاته وأمانيه ، ويحتاج إلى من يسانده ويدعمه ويشجعه ، كما إن الاستقرار الأسري يعد من العوامل الإيجابية التي تساعد على تهيئة الجو النفسي المريح الذي يعيش فيه أفراد الأسرة ، حيث تبدد الاضطرابات الأسرية طاقات الأفراد فيما لا يعود عليهم بالنفع.²

ومن خلال دراستنا الحالية حاولنا تقديم برنامج تكفلي علاجي ، مرفوق بالتوجيه الأبوي ، بهدف التكفل وتخفيف حدة اضطرابات ما بعد الصدمة عند الأطفال وتحسين المعاش النفسي عند الآباء ، ومن المسوغات التي استدعت لإجراء هذه الدراسة التكفلية ، هو إطلاعنا الواسع على مختلف الدراسات التي تناولت PTSD عند الأطفال ، وكذلك البرامج العلاجية والإرشادية المقترحة للتخفيف وعلاج هذه الاضطرابات . و التي كان واضحاً وجلياً أن معظم هذه الأبحاث قد ركزت على فئات معينة من الأطفال (قبل التمدرس ، المتدرسين ، الأطفال الذين عايشوا صدمات لأول مرة ، والأطفال الذين عايشوا صدمات متكررة) ، كما ركزت في مجملها على نوع الحدث الصادم ، فتتوعدت الدراسات بتنوع الأحداث الصدمية ، فمنها من

1 -library.iugaza.edu.ps/thesis/61547.pdf

2- library.iugaza.edu.ps/thesis/61547.pdf

تناول PTSD نتيجة الإساءة الجنسية والاعتداء ، ومنها من تناولها نتيجة الإرهاب ، كالدراسات التي تناولت مجازر بن طلحة (1995) ، ومنها من تناولت أحداث صدمية أخرى كزلزال بومرداس (الجزائر 2003) وفيضانات باب الواد (الجزائر 2003) .

هذا بالنسبة للدراسات المحلية ، أما الدراسات العربية الأخرى فقد تناول بعضها الحروب كأحداث صدمية ، كالحرب في سوريا والعراق وفلسطين . ونفس الشيء بالنسبة إلى الدراسات الأجنبية ، التي ركزت هي الأخرى على طبيعة الأحداث الصدمية . وأيضا في ما يخص معظم البرامج العلاجية المقترحة في اضطرابات ما بعد الصدمة ، فكانت جل البرامج مصممة على أساس أحداث صدمية معينة ، إلا أننا في دراستنا هذه حاولنا التركيز على PTSD عند الأطفال بغض النظر عن طبيعة الحدث الصادم ، باعتبار أن كل الأحداث الصدمية تترك أثارا وأعراضا مشتركة تدخل كلها تحت محكات حددها DSM-IV, DSM-V et CFTMEA باعتبارهم أدوات التشخيص الرئيسية لمختلف البحوث .

وبغض النظر عن الفئات العمرية عند الأطفال الذين تناولتهم الدراسة ، باعتبار أن الدراسة ستكون إكلينيكية شاملة ومعقدة ، تهتم بكل حالة على حدى وفي وضع المحكات التشخيصية الخاصة بها ، وهنا يكمن الفرق بين الدراسات السابقة ودراسنا الحالية . إضافة إلى أن معظم الدراسات التي تناولت التوجيه الأبوي ودور الأسرة والمساندة الأسرية في تخفيف PTSD كانت دراسات محايدة ، بمعنى تناولت التوجيه الأبوي والمساندة الأسرية دون ما برنامج علاجي . ولم يسبق لدراسات أخرى حسب إطلاعنا أن جمعت بين برنامج علاجي وجلسات التوجيه الأبوي ، بهدف معالجة اضطرابات ما بعد الصدمة والتخفيف من حدتها ، و على هذا الأساس قامت دراستنا بمحاولة اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي ، وجعله يتناسب ومختلف فئات الأطفال العمرية ، ومع مختلف الأحداث الصدمية المولدة لاضطرابات ما بعد الصدمة ، مع التركيز على التوجيه الأبوي ودوره في العملية العلاجية وتحسين المعاش النفسي للأباء .

ومن خلال التحليل السابق للظاهرة ، وتوضيح الخطوط العريضة للدراسة ، ومحاولتنا وضع تصور شامل لها ، حاولنا أن نضبط إشكالية البحث من خلال صياغة التساؤل الرئيسي ومجموعة من التساؤلات الإجرائية التالية :

التساؤل الرئيسي :

ما مدى فعالية البرنامج التكفلي المقترح المرفق بالتوجيه الأبوي في معالجة وتخفيف اضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل ، وتحسين المعاش النفسي للآباء ؟

1.1. التساؤلات الإجرائية الفرعية :

- ما مدى فعالية البرنامج التكفلي المقترح في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ؟
- هل تساهم جلسات التوجيه الأبوي في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ؟
- هل يمكن لجلسات التوجيه الأبوي أن تحسّن المعاش النفسي للآباء ؟
- كيف يعمّ التوجيه الأبوي فعالية برنامج العلاج المقترح ؟
- ما مدى استمرارية اثر البرنامج العلاجي وبرتوكول الإرشاد الأبوي بعد فترة التكفل ؟

1.2. فرضيات الدراسة :

- البرنامج التكفلي المقترح فعال في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ولساعات التوجيه الأبوي دور في دعم وتعزيز هذه الفعالية .
- اعتبار إلى أن الآباء يتأثرون بوضعية أطفالهم فهم بحاجة لجلسات التوجيه الأبوي لتحسين معاشهم النفسي ، ما يساهم في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل .
- توجد استمرارية لأثر البرنامج العلاجي وبرتوكول الإرشاد الأبوي.

2. الأهداف العامة للدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف تتمثل في :

- الكشف عن اثر العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الألم النفسي ، والتحقق من مدى فاعلية البرنامج التكفلي المقترح في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل ، ومعرفة دور التوجيه الأبوي في تخفيف هذه الاضطرابات عند الطفل ، وفي تحسين المعاش النفسي للآباء ، وفي زيادة فعالية البرنامج العلاجي والمساهمة في إنجاحه .
- توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة والاضطرابات الناجمة عنها ،

وتبيان مدى أهمية دور الآباء والأسرة عموماً في تخفيف وطأة هذه الاضطرابات عند الأطفال المصدومين ، ووضع برنا مج علاجي للمهنيين والممارسين خاص بال أطفال المصدومين وآبائهم .

- إعداد قائمة أعراض لاضطراب ما بعد الصدمة تتناسب والدليل التشخيصي الخامس

DSM V 2013 بهدف تشخيص PTSD عند الطفل ، نضر لانعدام المقاييس التي تقيس هذا

الاضطراب عند الطفل من جهة ، وانعدام المقاييس المقننة حسب الدليل التشخيصي الخامس من جهة أخرى .

- إبراز التغييرات المحدثة في ال دليل التشخيصي الخامس ، ومقارنته بال دليل التشخيصي

الرابع والرابع معدل .

- تطبيق إحدى أساليب الإرشاد الأسري هو(التوجيه الأبوي) بهدف تحسين المعاش النفسي

للآباء ، ودمج فاعلية هذا الأسلوب في تعديل بعض جوانب الاضطراب ، وإشراك الآباء في العمل العلاجي وزيادة فعاليته .

- تعليم وتدريب الأطفال المصدومين بعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية

الناجمة عن الصدمة ، واختبار مدى فاعلية هذه الاستراتيجيات في التحكم وضبط الجوانب المختلفة لأعراض الاضطراب .

- إكساب أفراد العينة مهارات وأساليب في الفهم والتفسير والتحكم في القلق ، تجعلهم قادرين

على مواجهة ضغوط الحياة على نحو أكثر إيجابية .

- السعي من خلال البرنامج المقترح في الدراسة الحالية إلى المتابعة والتكفل النفسي

بحالات اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل وتحسين المعاش النفسي لآباء ، ومساعدتهم

على فهم الاضطراب عند أطفالهم ، بهدف مساعدة أطفالهم على التكيف مع الاضطراب ،

ومساهمتهم في العلاج . خصوصاً إذا ما تم تقديم الخدمات النفسية تقديمًا مناسبًا (تناغم وتناسق

بين التكفل النفسي والتوجيه الأبوي).

- تثقيف الآباء وتوعيتهم بأهمية الدور الملقى على عاتقهم .

3. أهمية الدراسة :

تبحث هذه الدراسة في مجال مهم وغير متطرق له بشكل كبير ولم ينل نصيبه من الدراسة بالقدر الكافي في مختلف الدراسات وفي الجرائر بصفة خاصة حسب علمي ، خصوصا اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ودور التوجيه الأبوي ، ومساهمته في التكفل بهذا الاضطراب ، ويمكن إبراز أهمية هذه الدراسة من خلال الوجهتين النظرية والعملية .

فمن الوجهة النظرية تهتم هذه الدراسة بموضوع ذا أهمية كبيرة ، حيث تلقي الضوء على طبيعة اضطرابات ما بعد الصدمة عند الأطفال ، كما قد تسهم في زيادة رصيد المعلومات والحقائق المتوفرة عن هذا الاضطراب . فعلى الرغم من تنوع حركة البحث العلمي والتجريبي في مجال اضطرابات ما بعد الصدمة في المجتمعات الغربية ، إلا أن البحوث والدراسات في المجتمعات العربية نادرة في تناولها العلاج المعرفي السلوكي المرفوق بالتوجيه الأبوي ، في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة وخصوصا في الجزائر ، عند شريحة مهمة من المجتمع وهم الأطفال رجال الغد . حيث تحتاج هذه الفئة إلى رعاية نفسية خاصة إلى جانب الرعاية الطبية .

أما من الوجهة العملية فمن خلال إطلاعنا الواسع على مختلف الدراسات الأجنبية والعربية التي تناولت PTSD عند الأطفال ، والبرامج العلاجية المقترحة في تخفيف وعلاج هذه الاضطرابات . كان واضحا وجليا أن معظم هذه الأبحاث قد ركزت على فئات معينة من الأطفال ، كما ركزت في مجملها على نوع الحدث الصادم ، أما في ما يخص البرامج العلاجية فكانت جلهما مصممة على أساس أحداث صدمية معينة ، إضافة إلى أن معظم الدراسات تناولت التوجيه الأبوي ودور الأسرة والمساندة الأسرية في تخفيف PTSD دون ما برنامج علاجي ، ولم يسبق لدراسات أخرى حسب إطلاعنا أن جمعت بين برنامج علاجي وجلسات التوجيه الأبوي ، بهدف معالجة اضطرابات ما بعد الصدمة والتخفيف من حدتها .

وهنا تبرز أهمية دراستنا العملية ، التي حاولنا من خلالها وضع برنامج تكفلي لـ PTSD عند الأطفال ، وإرفاقه بتوجيه أبوي موجه للأطفال الذين يظهرون PTSD بغض النظر عن طبيعة الحدث الصادم ، باعتبار أن كل الأحداث الصدمية تترك آثار وأعراض معينة تدخل كلها تحت محكات مشتركة ، و بغض النظر عن الفئة العمرية للأطفال الذين تناولتهم الدراسة

، باعتبار أن الدراسة شاملة ومعقدة ، اعتمدت على المنهج الإكلينيكي الذي يتناول كل حالة على حدى ، مع التركيز على التوجيه الأبوي ودوره في العملية العلاجية ، وتحسين المعاش النفسي للآباء .

كما تتجلى أهمية هذه الدراسة أيضا من خلال أن نتائج هذه الدراسة من شأنها أن تفتح المجال لدراسات أخرى ، تحاول الاستفادة من العلاج النفسي المعرفي السلوكي والتوجيه الأبوي في البيئة العربية ، وفي الجزائر خاصة ، كما تسهم في تقديم برنامج تكفلي قد يستفيد منه الأخصائيين النفسيين العاملين في المستشفيات النفسية والعيادات ، والعاملون في برامج التكفل بالصدمات ، والباحثون في مجال الاضطرابات النفسية لتقديم برامج مماثلة .

كما آمل أن تساعد هذه الدراسة أولياء الأمور والمعلمين والباحثين والمتخصصين والطلبة في مجال الطفولة .

4. صعوبات الدراسة :

تمثلت عموما صعوبات الدراسة في تلك العراقيل التي تفرضها المؤسسات الأمنية (الشرطة والدرك) ، في توفير المعلومة والإجراءات المركزية التي تتبعها ، وكذا الإجراءات الأمنية للوصول إلى خلايا الإعلام ، إضافة إلى صعوبات التي واجهتها في إيجاد الحالات عموما من حيث الاختيار والإلغاء المتكرر لأفراد العينة نتيجة الشروط الدقيقة التي تفرضها طبيعة الدراسة إضافة إلى مشكل التنقلات الكثيرة وبعد المسافات بين أماكن إقامة الحالات من ولاية لأخرى ومن بلدية لأخرى وطول المدة في إيجاد التعداد الكافي للدراسة ، حيث أخذت مني هذه الصعوبات الوقت الكبير ، باعتبار أن هذا الاضطراب غير مفهوم عند العوائل والآباء ، وعدم وجود جهات أو مؤسسات مختصة تعنى بالاضطرابات النفسية عند هذه الفئة ، وكذلك عدم اهتمام الآباء في بعض الحالات وعدم التقيد بالمواعيد .

5. مجتمع البحث وعينة الدراسة :

يمثل مجتمع البحث كل الأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية شديدة يحتمل أن يكونوا اضطرابات ما بعد الصدمة ، الناتجة عن التعرض لحدث صدمي (شديد وغير متكرر) من المجتمع الجزائري ، أما عينة الدراسة فتم أخذها بشكل عرضي وتمثلت في (12) حالة من مختلف الجنسين مأخوذة بصفة عشوائية من مجتمع البحث ، تراوحت أعمارهم بين 07 وبين 13 سنة . " فالعينة العشوائية والمستقلة تسحب من فئة مناسبة أو متوافرة ، وهي تختلف عن باقي العينات من حيث أنها ليست أفضل الفئات ، بل هي أكثرها توافرا " .¹

ونضرا لصعوبة تحديد أفراد المجتمع الأصلي مما حال دون اخذ عينة عشوائية منهم تمثلهم، عمدت إلى العينة الهدفية : " أي اختيار عينة الدراسة اختيارا حرا من خلال توافر البيانات اللازمة في أفراد هذه العينة .²

حيث تمثلت هذه العينة الهدفية في (5) خمس حالات من مختلف الجنسين 03 ذكور و 02 إناث ، لأطفال تعرضوا لحدث صدمي شديد غير متكرر ، تتوفر فيهم شروط اختيار العينة الموضوعية في الدراسة ، تراوحت أعمارهم بين 07 وبين 13 سنة . وقد تم انتقاؤها من العينة العرضية للدراسة الاستطلاعية ، عددها (12) حالة من الجنسين (5 ذكور ، 7 إناث) ، من مجموع أطفال تعرضوا لأحداث صدمية يحتمل أن يكونوا اضطراب ما بعد الصدمة . وتم استثناء 07 حالات منها كونها لا تستوفي معايير انتقاء العينة التي تفرضها ضرورة الدراسة بهدف التأكد الفعلي من فعالية الكفالة العلاجية المقترحة.

1- حمصي أنطوان ، أصول البحث في علم النفس ، مطبعة الإتحاد ، جامعة دمشق ، 1991 ، ص 119 .
2 - رجاء وحيد دويدري ، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العلمية ، دار الفكر المعاصر ، بيروت ، 2002 ، ط 2 ، ص 315 .

6. معايير انتقاء العينة :

- ❖ أن يكون اضطراب ما بعد الصدمة التشخيص الأساسي ويستوفي محكات التشخيص في DSM-V وليس تشخيصاً ثانوياً مصاحباً لتشخيص أساسي آخر .
- التبرير : لا يمكن الحكم على فعالية أو عدم فعالية الكفالة في حالة التشخيص الأساسي اضطراب آخر وليس PTSD ، فقد تعزى الفعالية من عدمها لمدى استجابة التشخيص الأساسي للتكفل وليس لمدى استجابة PTSD للتكفل .
- ❖ أن يكون اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل من النمط الأول (PTSD type I) ، بمعنى ناتج عن حدث كبير صادم ووحيد بغض النظر عن طبيعة هذه الحوادث ، وليس ناتج عن حوادث صدمية صغيرة متكررة .
- التبرير: كون أن الدراسة تركز في مجمل أهدافها على : (بناء برنامج تكفلي للأطفال المتعرضين لأحداث صدمية مفاجئة) و في التشخيص على : (محكات التشخيص DSM-V خاصة ب PTSD من النمط الأول) و في اختيار التقنيات العلاجية المناسبة التي تضمنها البرنامج العلاجي على هذا النوع من PTSD .
- ❖ وجود رغبة عند الآباء في الدخول ضمن هذا البرنامج العلاجي مع شرط عدم الدخول في علاج نفسي من قبل وعدم الجمع مع علاج نفسي آخر .
- التبرير: حيث تعتبر الرغبة بمثابة استعداد وكمحفز أساسي يدخل ضمن كل السيرورات العلاجية لمختلف التوجهات في علم النفس ، كما يعتبر عدم الدخول في علاج نفسي من قبل شرط أساسي في تحديد دقة فعالية الكفالة من عدمها من خلال : إمكانية تأثير العلاج النفسي السابق في تخفيف حدة الأعراض أو في زيادة تفاقمها نتيجة أساليب الممارسة التي يتضمنها ، أو من خلال الانطباع الذي يتركه عند الآباء أو الأطفال حول اثر العلاج النفسي عموماً . أما فيما يخص شرط عدم الجمع مع علاج نفسي آخر ، فذلك قد يسهم في زيادة تفاقم الوضع أو في المساهمة في تحسن الحالة ، أو يمكن أن يسهم في زيادة فعالية الكفالة المقترحة وهذا يضعف دقة حكمنا ولا يمكننا الجزم بفعالية هذه الكفالة .
- ❖ عدم استخدام العلاج الدوائي وعدم استخدام علاجات طبية أخرى خلال فترة التكفل و

لمدة (03) أشهر على الأقل قبل ذلك .

▪ التبرير : وضع اعتبار للتداخل الذي يمكن أن يحصل خلال فترة العلاج بين العلاج النفسي المطبق والنظام الدوائي المتبع ، والذي لا يمكن الجزم من خلاله على الفعالية من عدمها خلال مدة التكفل ، أما فيما يخص استخدامات العلاج الدوائي قبل فترة التدخل النفسي ، فيمكن أن يسهم تأثير العلاج الدوائي في زيادة وتفاقم الأعراض أو في تخفيفها ولا يمكننا رد ذلك إلى التكفل النفسي المطبق ، كما يمكن أن يظهر ذلك نوع من الكف عند المفحوص تجاه التكفل النفسي لانعدام الأثر الواضح والفوري للعلاجات النفسية في تخفيف الأعراض مثل ما في العلاج الدوائي . وقد حددت مدة 03 أشهر على الأقل لـ :

- تفادي التدخلات العلاجية النفسية والدوائية (الأثر) الذي يمكن أن يمتد لشهور .

- عزل الأعراض الثانوية لتناول الأدوية الممكن أن تدوم مدة بعد العلاج الدوائي .

- عزل أعراض الامتناع عن العقار التي تتبع الانقطاع عن الدواء لمدة معينة .

وهذا ما يحد من تأثير المتغيرات الأخرى و يسهم في زيادة دقة حكمنا على الفعالية من عدمها للتكفل النفسي .

❖ عدم وجود تأخر في النمو أو مشكل فسيولوجي أو صحي عام

▪ التبرير : فتأخر إحدى جوانب النمو عند الطفل سواء الحسية ، الحركية أو التأزر

الحس حركي ، أو التأخر المرتبط باللغة ... كلها عوامل تصعب عملية العلاج وتعيقها ، ولا

يمكننا وضع حكم إكلينيكي صادق ودقيق عن مدى فعالية التكفل النفسي ، كما يمكن للمشاكل

الصحية عند الطفل أن تعيق العملية العلاجية المقترحة وأحيانا إلغائها ، كحالات الإعاقة

بمختلف أشكالها (السمعية ، البصرية ، العقلية ...) ، أو تتسبب في تفاقم الوضع وزيادة حدة

الأعراض وبالتالي خلق غموض وتداخل بالنسبة لفعالية الكفالة المقترحة .

❖ عدم وجود تأخر عقلي .

▪ التبرير : باعتبار أن طبيعة الكفالة النفسية المقترحة تركز على الجانب المعرفي

والسلوكي عند الطفل من خلال عمليات التعلم النشط ، تغيير البنيات المعرفية ، إجراءات

الاشتراط الكلاسيكي والعملي ، ما يحتم علينا الأخذ بعين الاعتبار مستوى الذكاء والقدرات

العقلية للطفل ، فقد يعزى فشل التكفل النفسي إلى مستوى القدرات العقلية ودرجة التخلف العقلي عند الطفل وليس للكفالة .

وتعتبر الشروط السابقة الذكر من مستلزمات الضبط التجريبي حتى لا تؤدي هذه المتغيرات إلى التأثير على نتائج الدراسة.

7. منهج الدراسة :

يقول مودي moody إن المنهج العلمي هو تحديد وصيانة المشكلات العلمية وتقديم الفرضيات واقتراح الحلول وجمع المعلومات وتنظيمها ثم استخلاص النتائج والتأكد من ملائمتها للفروض المبدئية .¹

وانطلاقاً من هذا فالمنهج العلمي يتحدد من خلال طبيعة وأهداف الدراسة وفروضها حيث استلزمت طبيعة البحث وأهدافه العلاجية استخدام المنهج الإكلينيكي التجريبي ، حيث أستفيد من تكامل كل منهما مع الآخر في دراسة اضطراب ما بعد الصدمة .

" فالمنهج الإكلينيكي معني بالبحث عن معنى الاضطراب وأساسه ومنشئه ، وإظهار الصراع الذي أدى إليه والإجراءات التي تهدف إلى حل هذا الصراع ، أي يعينى بشكل أساسي بدراسة الحالات الفردية دراسة عميقة تشكل كل حالة منها شخصاً بأكمله يقصد فهمه ومن ثم علاجه " .²

كما يرى لاقاش أن المنهج العيادي " هو تناول للسيرة في منظورها الخاص ، إضافة للتعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة ، محاولاً بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها وتكوينها . لئما يكشف عن الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لتجاوزها " .³

يهدف هذا المنهج لفحص الفرد والتعرف على خصوصياته وسيره النفسي كلياً كما يؤكد ربيرون في قوله " : إن المنهج العيادي هو طريقة معرفة السير النفسي الخاص بكل فرد ، وتهدف إلى تشكيل الحوادث السيكولوجية في بنى معرفية الفرد منبعا ."⁴

1 - عمار بوحوش وآخرون ، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1995 ، ص 14

2 - سعد علي ، علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق ، سوريا ، 1994 ، ص 59 .

3 - رفيقة بلهوشات ، طبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة ، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي ، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية / جامعة الجزائر السنة الجامعية ، 2007/2008 ص 171

4 - رفيقة بلهوشات ، نفس المرجع ، ص 171

أما من ناحية المنهج التجريبي فقد استخدم في تنفيذ هذا البحث " مخطط المجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي ويمثل هذا المخطط كما يلي :



8. أدوات الدراسة ودواعي اختيارها :

8.1. أدوات الدراسة :

تم الاستعانة بمجموعة من أدوات المنهج الإكلينيكي (الملاحظة ، المقابلة والاختبارات ..) التي من الممكن أن تجيب عن تساؤلات وفرضيات البحث ، وكانت هذه البطارية من الأدوات موزعة بين مقاييس سيكومترية و إكلينيكية تمثلت في :

المقاييس الإكلينيكية :

1. المقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الوالدين (إعداد الباحث) .
2. المقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الأطفال (إعداد الباحث) .
3. شبكة المعلومات الإكلينيكية للأطفال (إعداد الباحث) .
4. شبكة المعلومات الإكلينيكية الخاصة بأم الطفل (إعداد الباحث) .
5. استمارات وجدول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي .

المقاييس السيكومترية :

1. مقياس الاكتئاب للأطفال لمريا كوفكس (CDI) (ت : غريب ع الفتاح)
2. مقياس القلق (حالة -سمة) للأطفال لسبيلبيرجر (STAI- C) (ت : احمد ع الرقيب البحيري)
3. مقياس تقدير السلوك للأطفال لبيركس (ت : يوسف القريوتي ، جلال محمد جرار)
4. مقياس القلق (حالة -سمة) للراشدين لسبيلبيرجر (STAI- Y) (ت : امطانيوس مخائيل)
5. قائمة الاكتئاب الثانية لأرون بيك (BDI) (ت : بشير معمريه صورة للبيئة الجزائرية) .

8.2. دواعي اختيار أدوات البحث :

نضرا لطبيعة الدراسة الهادفة لاختبار فعالية البرنامج المعرفي السلوكي المقترح المرفوق بالتوجيه الأبوي ، في التكفل باضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل ، وتحسين المعاش النفسي للآباء ، استخدمنا مخطط المجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي و لاختبار هذه الفعالية ، فقد اعتمدنا في تنفيذ هذا البحث على مجموعة من أدوات المنهج العيادي ، قمنا باختيارها على أساس مجموعة من الاعتبارات :

أولا : دواعي اختيار المقاييس السيكومترية :

1. فيما يخص مقياس الاكتئاب لكوفكس ومقياس القلق لس بيلبيرجر للأطفال فتم اختيارها بهدف معرفة ما هي مستويات القلق والاكتئاب ، التي تسببها PTSD عند الطفل قبل العملية التكميلية ، و معرفة مدى التغير والانخفاض في هذه المستويات بعد العملية التكميلية .
2. فيما يخص مقياس تقدير السلوك عند الأطفال لبيركس ، فقد تم اختياره بهدف معرفة التغيرات السلوكية عند الطفل نتيجة الحدث الصدمي ، قبل العملية التكميلية باعتبار أن اضطراب ما بعد الصدمة لا يحدث تغيرات في المزاج والمشاعر فقط ، وإنما ينعكس أيضا على الجانب السلوكي ، فهذا المقياس يساهم في دراسة الحالة ، كما يساهم في معرفة التغيرات السلوكية المحتملة بعد العملية التكميلية والإرشادية .
3. أما فيما يخص مقياس القلق لسيلبيرجر وقائمة الاكتئاب الثانية لبيك عند الراشدين ، فقد اعتمدت عليهما بهدف التعرف على المعاش النفسي للآباء ، من خلال قياس مستوى القلق والاكتئاب عند الآباء ، قبل العملية الإرشادية وبعدها ، بهدف معرفة مدى تحسن هذا المعاش بعد العملية الإرشادية .

ثانيا : دواعي اختيار المقاييس الإكلينيكية :

4. فيما يخص المقابلة التشخيصية المقننة ، سواء المدارة من طرف الوالدين أو من طرف الأطفال ، فهي مقابلات تهدف إلى تشخيص PTSD عند الطفل وفقا لمحكات DSM V ، وإلى اختيار وانتقاء عينة الدراسة ، حيث تم بنائها من طرفنا اعتبار لانعدام مقاييس لتشخيص هذا الاضطراب وفقا لمحكات الدليل الخامس الصادر في سبتمبر 2013 من جهة ، كما أنها بنيت

وفقا لخصائص وشروط انتقاء العينة التي تفرضها طبيعة الدراسة من جهة أخرى .

5. فيما يخص شبكة المعلومات الإكلينيكية ، سواء الخاصة بأطفال أو الخاصة بالآباء ،

فقد تم الاعتماد عليها بهدف جمع أكبر قدر من المعلومات ، سواء من الطفل أو الآباء ، في

إطار دراسة الحالة دراسة العميقة والشاملة التي تدخل في إطار المنهج العيادي .

6. أما في ما يخص الاستثمارات والجدول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي ، فقد اختيرت

مجموعة من هذه الاستثمارات والجدول بناء على التقنيات والاستراتيجيات المعتمدة في

البرنامج التكفلي المقترح ، مثل سجل الأفكار الخاطئة الذي يدخل ضمن تقنية إعادة البناء

المعرفي . كما تم إعداد أخرى من طرفنا ، استناد إلى الخلفية المعرفية السلوكية .

9. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة :

تمت الدراسة الاستطلاعية ضمن الوسط المفتوح خلال الفترة الممتدة من شهر ديسمبر

2013 إلى شهر جوان 2014 إلى أما الدراسة الأساسية فقد تمت بإحدى الروضات الخاصة

المتواجدة بواد ارهيو وإحدى العيادات الجوارية بغليزان خلال الفترة الممتدة من شهر

سبتمبر 2014 إلى مارس 2015 .

10. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة :

10.1. الصدمة النفسية :

المعنى الأصلي للكلمة اليونانية "توما" هو جرح ، أو ضرر يلحق بأنسجة الجسم. واليوم

نستعمل العبارة "صدمة نفسية" لوصف وضع يجرب فيه الشخص حدثاً صعباً جرح نفسه.¹

وتعرف الصدمة حسب معجم التحليل النفسي : أنها حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته

وبالعجز الذي يجده الشخص في نفسه عن الاستجابة الملائمة حياله وبما يثير في التنظيم

النفسي من اضطراب وأثار دائمة مولدة للمرض .²

1- عرين هوارى ، الصدمة النفسية عند نساء ضحايا الاعتداءات الجنسية ، مجلة الحركة العربية النسوية لدعم ضحايا الاعتداءات الجنسية ، نشرة فصلية ، السوار ، العدد 34 ، 2008 ، ص 05 .

2 -Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, Dictionnaire de psychanalyse sous la directions de Daniel Lagache.- 1ère ED- Buenos Aires : Raidos2004, p 471

أو هي حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف مع الحدث الصادم ويرى "مايكنبوم" أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها.¹

التعريف الإجرائي للصدمة (trauma): تعتبر الصدمة كحدث يتعرض له الطفل يخترق جهازه الدفاعي ويمزق حياته بشده لا يمكنه توقيفه ولا التحكم فيه ، يترك له شعور بالربح والعجز أمامه ، ما يؤثر على مشاعره ونفسيته . تنتج عنه تغيرات شاملة في الشخصية أو أمراض عضوية ما لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بالسرعة وبفعالية ، كما أن الصدمة لا تقتصر بالفرد ذاته فقد تكون نتيجة أحداث متعلقة بشخص عزيز أو قريب أو بمواضيع أخرى كوفاة صديق. وأيضاً لا ترجع إلى شدة الحادث الصادم وإنما إلى شخصية الفرد بمعنى قوة وهشاشة الشخصية ولطبيعة الحادث الصادم والمشاعر التي يخلفها في نفسيتنا .

10.2. الأحداث الصدمية:

الأحداث الصدمية هي أحداث خطيرة ومربكة ومفاجئة ، مرتفعة الشدة غير متوقعة وغير متكررة ، تختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة ، تسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب.²

التعريف الإجرائي للأحداث الصدمية: يمكن تعريف الأحداث الصدمية التي يتعرض لها الأطفال بأنها أحداث خطيرة ومربكة ومفاجئة ، غير متوقعة وغير متكررة تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة ، تسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب ، يمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كالتهديدات أو كالحوادث التي تسبب الأضرار الجسمية أو جريمة أو عنف أو إصابة ، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الكوارث الجماعية كالإرهاب الزلازل الفيضانات سواء خبرها الطفل أو شاهدها في أشخاص مقربين .

1 -Meichenbaum, D. A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder. Ontario, Canada: Institute Press .1994. P29

2- شارلوت كامل ، اضطراب مابعد الصدمة بين الأعراض الأولية والثانوية ، مجلة الوقت ، 2006 ، ص 153 .

10.3. اضطراب ما بعد الصدمة :

هو اضطراب يحدث للشخص ويتبع تعرضه لحدث مؤلم جداً (صدمة) تتخطى حدود التجربة الإنسانية ؛ لأنها تجعل الشخص يعيش الصدمة نفسها من حروب أو رؤية أعمال العنف والقتل والاعتصاب والفيضانات والزلازل...¹

ويعرف الإجهاد ما بعد الصدمة أيضا كاستراتيجية دفاعية نفسية ، ونوع من التخدير العقلي المنتج لحماية النفس من الذكريات الرهيبة للحدث الذي يثير الخوف والذعر وضيق أو الهلع الشديد. وحسب هوروتر Horowitz فاضطراب ما بعد الصدمة هو استجابة للمعلومات الخاطئة التي وردت خلال التجربة المؤلمة و التي يحتفظ بها بصعوبة أو من خلال الفشل في القدرة على دمجها ضمن المخططات المعرفية السابقة²

التعريف الإجرائي لاضطراب ما بعد الصدمة : بناء على طبيعة الدراسة وأهدافها فسنتركز

في وضع التعريف الإجرائي لاضطراب ما بعد الصدمة على تعريفات اضطراب ما بعد الصدمة نمط I (ESPT type I) بمعنى هي استجابة متأخرة تتضمن أعراض استعادة ذكريات الحدث والتجنب والتغيرات الفكرية والمزاجية وأعراض فرط الاستثارة والتيقظ نتيجة حدث صدمي ضاغط ومؤلم غالبا ما يكون وحيد ، جسيم ، كارثي (فردي أو جماعي) غير متوقع يحدث بصفة مفاجأة ومباشرة يتعرض من خلاله الفرد أو الأفراد للموت الفعلي أو التهديد بالموت أو تهديد السلامة الجسدية والعقلية أو الإصابة الخطيرة أو الاعتداء و تكون الاستجابة لهذه الضغوط الصدمية إما بصفة فورية ومستمرة أو متأخرة .

10.4. الأطفال :

وفقا لنص المادة (01) من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل فان الطفل هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر من العمر، إلا إذا قد بلغ الرشد قبل ذلك بموجب القوانين المحلية .³

التعريف الإجرائي للأطفال : حسب طبيعة الدراسة هم كل الأطفال الأكبر من 05 سنوات المشخصون باضطراب ما بعد الصدمة الذين يمكن تطبيق عليهم البرنامج التكفلي المقترح .

1 - Meichenbaum, d, 1994 , op cite, p126 .

2 -Ruby Villar , trouble anxieux , trouble de stress post traumatique : sites et document francophones .

3 - ديلاي، ستيفاني ، حماية الأطفال ضد الاستغلال الجنسي والانتهاكات الجنسية في أوضاع الكوارث والأحداث الطارئة" ، ترجمة : مؤسسة إيكبات الدولية ، الملكية الفكرية، استراليا ، 2006 ، ص 10.

10.5. التكفل النفسي :

هو إعانة الفرد من جانب ذاتيته والاهتمام بجوهره والتكفل عادة يوجه للأفراد الذين يعانون من اللااستقرار نفسي .¹

التعريف الإجرائي للتكفل : هو تقديم المساعدة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة لغرض تغيير نضرتهم للعالم الخارجي ولذاتهم و فهمهم لوضعهم من اجل إيجاد الحلول المناسبة لمشاكلهم والتخلص من التوترات النفسية والقلق والمشاعر السلبية التي تسيطر عليهم نتيجة الأحداث الصدمية التي تعرضوا لها من خلال مجموعة من التقنيات المعتمدة من التدخل المعرفي السلوكي المطبقة من طرف المختص إضافة إلى مساعدة الآباء على فهم أعراض أطفالهم بهدف مساعدتهم والمساهمة في عملية العلاج .

10.6. العلاج المعرفي السلوكي :

يعد اتجاها علاجيا حديث نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفتياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات و يعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منضور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيا انفعاليا وسلوكيا بحيث يستخدم العديد من .²

حسب هذا العلاج فان الاضطرابات النفسية لا تشتمل جانب واحد من الشخصية فحسب بل يمتد ليشمل أربعة جوانب أساسية :

- السلوك الظاهر (الأعراض)
- الانفعال (التغيرات الوجدانية والفسولوجية)
- التفكير (المخططات المعرفية والتفكير السلبي)
- التفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين) .³

كما يرتبط العلاج السلوكي المعرفي بطرق تعديل الأفكار والانفعالات من خلال مواجهة مباشرة للمواقف و أكمل البرامج تحتوي على الاسترخاء .⁴

1 - المنجد في اللغة والإعلام ط 2 دار الشرق بيروت لبنان 1992 ص 291 .

2- عادل عبد الله محمد ، العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات ، دار الرشاد ، القاهرة ، 2000 ، ص 17

3 - عادل عبد الله محمد ، نفس المرجع ، ص 59

4- Jean.Cottraux , Les thérapies comportementales et cognitives, 2ème édition, Masson. ,1995 , p 181

التعريف الإجرائي للعلاج المعرفي السلوكي : مساعدة الطفل الذي يعاني اضطرابات ما بعد الصدمة باستخدام استراتيجيات معرفية سلوكية تتمثل في التدريب على بعض التقنيات التي تساعد على التحكم في القلق كالاسترخاء والتنفس البطني وتدريبه بعض المهارات الاجتماعية والسلوكية من خلال البروفة السلوكية وأساليب توكيد الذات والعمل على إعادة البناء المعرفي للطفل من خلال البروفة المعرفية وهذا بالاعتماد على المقابلات التشخيصية والعلاجية و التقييمية من بداية العلاج إلى نهايته إضافة إلى إشراك الآباء في العلاج .

10.7. التوجيه الأبوي :

الهدف من التوجيه الأبوي هو اقتراح التغييرات اللازمة لتسوية العلاقات بين البالغين والأطفال. وإعادة التوازن الأسري أكثر انسجاماً فالتوجيه الأبوي يسمح للآباء باكتساب أدوات رئيسية عملية وفعالة في إدارة السلوك غير اللائق من أبنائهم وفهمهم لمختلف " آليات السلوك المنحرفة " و المصادر الرئيسية للصراع في العلاقة الأم / الطفل . و أكثر عموماً، يناقش جميع جوانب العلاقة الآباء / الأطفال من وجهة نظر سلوكية وتأثيرها على التعلم بشكل خاص.¹

التعريف الإجرائي للتوجيه الأبوي : هي مجموعة من التوجّهات والارشادات العلمية والمساعدة النفسية التي تقدم لأولياء الأطفال الذي تعرضوا لأحداث صدمية كونوا من خلالها اضطراب ما بعد الصدمة بهدف تعريفهم بطبيعة هذا الاضطراب والأعراض التي تظهر عند طفلهم وتحسين معاشهم النفسي نتيجة هذا الإدراك وذلك من خلال الاستراتيجيات النفس تربوية وكذا مساعدتهم وتدريبهم وتعليمهم على كيفية التعامل معها بهدف مساعدة أطفالهم والمساهمة في عملية العلاج وفي اكتساب بعض المهارات والخبرات التي تساعد في مواجهة المشكلات المترتبة على وجود الطفل المضطرب داخل الأسرة .

1 -<http://www.laguidanceparentale.com/>

الفصل الثاني :

الصدمة النفسية واضطرابات ما بعد الصدمة

تمهيد

17. الصدمة النفسية

18. الجانب التاريخي لتطور مفهوم الصدمة النفسية

19. الأحداث الصدمية

20. الصدمة النفسية والحدث الصدمي

4.4. الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث غير طبيعية

4.5. الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث طبيعية

4.6. الفرق بين صدمتي الكوارث الطبيعية والكوارث غير طبيعية

21. الخصائص المحددة للصدمة النفسية

22. أثر الصدمة على الجهاز النفسي

23. الصدمة النفسية والمواجهة مع الموت

24. العوامل المؤثرة في استجابات الأفراد للخبرة الصادمة

25. الصدمة النفسية والحداد

9.3. تعريف الحداد

9.4. الحداد عند الأطفال

26. اضطرابات ما بعد الصدمة

27. تطور مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة وإشكالية الترجمة في العربية

28. تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة

12.1 اضطراب ما بعد الصدمة في DSM V

12.2 الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والتغيرات المحدثة في DSM V

29. الخبرة الصادمة عند الطفل

30. اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل

16.1 اضطراب ما بعد الصدمة ومراحل نمو الطفل

16.2 المظاهر السريرية لاضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل

31. التوجهات والنماذج المفسرة للصدمة واضطراب ما بعد الصدمة

32. علاجات اضطرابات ما بعد الصدمة

تمهيد :

تعتبر البيئة التي يعيش فيها الإنسان مليئة بالأخطار والتهديدات ، فهو عرضة للكثير منها قد تشكل هذه الوضعيات الخطيرة صدمات تعمل على الإخلال بالتوازن النفسي لهذا الأخير . وبم أن موضوع بحثنا يتعلق بالاضطرابات البعدية التي قد تتركها هذه الصدمات على الحياة النفسية للفرد ، والتي تنعكس على مختلف الجوانب الأخرى ، سنتطرق من خلال هذا الفصل بشيء من التوضيح والتحليل لبعض المفاهيم الأساسية التي تركز عليها الدراسة الحالية فيما يتعلق بالصدمة النفسية والتطور التاريخي لهذا المفهوم ، تناولاته حسب التوجهات النظرية المختلفة ، مسببات الصدمة وأثارها ، وصولاً إلى تطورات الصدمة وانعكاساتها وما يميز الأطفال عن غيرهم من أعراض هذا الاضطراب وخاصة في سن المدرسة الأساسية .

1. الصدمة النفسية :

" في المعنى الأصلي للكلمة اليونانية Trauma هو جرح أو ضرر بالجسم نتجت بطريقة عنيفة، واليوم نستعمل عبارة " صدمه نفسيه " لوصف وضع يمر فيه الشخص بحدثا صعبا. ¹

وتعرف الصدمة النفسية في معجم مصطلحات التحليل النفسي على أنها " حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته ، وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه ، عن الاستجابة الملائمة حياله ، وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات وآثار دائمة مولدة للمرض . فتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الاثار تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال ، وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الاثار وارسانها نفسي. ²

يرى فرنزي (FERENCZI.S) " أن الصدمة قد تكون فيزيائية خالصة ، أو نفسية خالصة أو فيزيائية ونفسية معا ، وأن الصدمة الفيزيائية تكون دائما نفسية لذلك ، حيث يكون القلق هو النتيجة المباشرة لها ويتضمن الشعور بعدم القدرة على التكيف مع وضعية الضيق الكبير الذي ينتج بسبب طابع الفجائية الذي تتسم به الصدمة . ³

1- رضوان، سامر جميل ، الآثار النفسية للخبرات للصادمه، مجلة العلوم النفسيه العربيه ، 12 ، 2006 ، ص 123

2- Jean laplanche et Jean-bertrand: vocabulaire de psychanalyse, puf, paris.,1967, p. 499.

3 - Ferenczi(s) : psychanalyse, oeuvres complètes,t : IV, payot,france, 1978, p.139-140

وتعرفها منظمة الصحة العالمية في التصنيف الدولي العاشر على أنها : " استجابة مرجأة أو معتمدة لحدث أو موقف ضاغط مستمر لفترة قصيرة أو طويلة ، ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، و يحتمل أن يتسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له ".¹

أما جيمس James 1989 فقد عرف الخبرة الصادمة على أنها " صدمة انفعالية تؤدي إلى ضرر جوهري واضح في النمو النفسي للفرد، وهي قوية وحادة ولا يمكن السيطرة عليها . هذه الخبرات الصادمة تكون لها أضرار نفسية على الضحايا " المصدومين " ، والتي تتمثل من خلال مشاعر العجز التي يشعر بها الفرد، وفقدان الشعور بالأمن ، أو فقدان السيطرة والاستسلام.²

كما أشار س . فيرنزي في آخر أعماله إلى أن " الصدمة تثير جرح نرجسيا كئاس لتناسق الأنا، فالنرجسية هي ما يسمح بعيش نوع من العلاقة مع الذات نفسها، تقوم على الثقة في الذات و تصور الذات، الذي يغني الفرد عن الحاجة للجوء إلى المرأة و مشاهدة الذات قصد ضمان التواجد ، فالصدمة تبعث لتلف مركبات الفرد و عليه فقدان الشعور بالهوية، مصحوب بانهيار نرجسي ".³

فحسب فرنزي الصدمة هي تضرر الأنا ، جرح لحب الذات وللنرجسية ، ونتيجة ذلك هي سحب الاستثمارات الموضوعية من الليبدو ، أي فقدان القدرة على حب آخر من حب الذات .

2. الجانب التاريخي لتطور مفهوم الصدمة النفسية :

" إن أقدم قصة حول الصدمة النفسية هي قصة محارب أثينا، الذي ذكره هيرودوتس ، الذي أصيب بالعمى نتيجة لمجابته لعدو ضخم الجثة جعله يحس أن موته بات وشيكاً .

ويذكر أن (ابن سينا) هو أول من درس العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية ، إذ قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة، دون أن يستطيع أحد منهما مطاولة الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره، ومن ثم موته، وذلك على الرغم من إعطائه كميات الغذاء نفسها التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية".⁴

1 - World Health Organization . The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva : Oxford University Press .1992 . p 147- 148

2- شعت، ناضل، تأثير الصدمة النفسية في تطور كرب ما بعد الصدمة والحزن بين الأطفال، رسالة ماجستير ، جامعة القدس بالتعاون مع كلية الصحة العامة ، فلسطين، 2005 ، ص36.

3 - BRETTE (F) , Pour introduire la question de traumatisme narcissique », in Rev, Soc, psychanal , Paris, N° 12, 1987, p.13.

4- محمد أحمد النابلسي وآخرون ، الصدمة النفسية ، علم نفس الحرب والكوارث ، بيروت ، دار النهضة العربية ، 1991 ، ص 16.

" فتسمية وضعية الشعور بتهديد الحياة (اقترب الموت) باسم العصاب الصدمي، تعود إلى العالم (Oppenheim)، حين أطلق هذه التسمية عام (1884)، وقد كان له الفضل في عزل هذا العصاب وتمييزه بوصفه يخلف آثاراً نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب للأحداث الصدمية".¹

" ومن بعده أتى "Charcot" وعارض أطروحات أوبنهايم حول الأسباب النفسية للصدمة، وطرح إشكالية هل أن أعراض ما بعد الصدمة تعود إلى الشخصية الأساسية واضطرابات المتفجرة بمناسبة الصدمة، أم أن هذه الأعراض هي نتيجة فعلية للصدمة".²

" وبعد ذلك ظهر مصطلح زملة قلب الجندي *Solider Heart Syndrome* وذلك أثناء الحرب الأهلية الأمريكية، وقد عرف هذا الاضطراب بهذه التسمية نظراً لأن أعراض هذا الاضطراب كانت تشبه وإلى حد كبير أعراض اضطرابات القلب".³

" كما كان مصطلح العصاب الصدمي أو الأمراض النفسية الصدمية قبل الحرب العالمية I يستخدم لوصف تلك الحالات الناجمة عن حوادث السكة الحديدية، أو الكوارث المروعة الأخرى التي تهدد حياة الفرد، ولما جاءت الحرب العالمية الأولى، وهددت أعداداً كبيرة من الناس وشكلت بهذا عصاباً صدمياً جماعياً، اتخذ هذا العصاب أهمية قصوى، واتسعت حقول دراسته، ثم جاءت الحرب العالمية الثانية لتعيد إحياء الاهتمام بهذه الدراسة حتى تحول إلى اختصاص متفرد هو (علم نفس الكارثة)، الذي لا يزال يتطور بسبب الحروب المتطرفة التي تنشب هنا وهناك. كما تطور مفهوم العصاب الصدمي حتى كاد أن يتحول لتخصص متفرد في علم نفس الكارثة".⁴

" ويمكن تحديد "الهستيريا" بوصفها أول اضطراب من مجموعة الاضطرابات التي تعقب

الأحداث الضاغطة يتم دراسته وتوصيف أعراضه بصورة منهجية، فيما يعد اضطراب ما

بعد الضغوط الصدمية آخر اضطراب في هذه المجموعة يتم الاعتراف به في التصانيف

الطبية النفسية، على الرغم من وجود أفكار سابقة ذات علاقة به مثل صدمة القنابل *Shell*

Shock والصدمة العصبية *Shock Nervous*".⁵

1- النابلسي محمد أحمد وآخرون، نفس المرجع، 1991، ص 18-19.

2- النابلسي، محمد أحمد، نحو سيكولوجية عربية، دار الطليعة، بيروت لبنان، 1995، ص 130.

3-Kaplan, H., Sadock, B, Synopsis of Psychiatry, behavioral science/clinical psychiatry, eight edition. Egypt: Mass Publishing Co, 1998, p172.

4- أبو نجيلة، سفيان محمد، مقالات في الشخصية والصحة النفسية، مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية، مطبعة منصور، غزة، 2001، ص 118.
5 مروة شيخ الأرض، الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجها (اضطراب الشدة بعد الصدمة مراجعة لأعراضه وأسبابه، دمشق، منشورة على الانترنت، 2009.

ويرى يعقوب، 1999 أن " أول تسمية لاضطراب ما بعد الصدمة ظهرت في عام 1980م عندما أدخلت جمعية الطب النفسي الأمريكية هذا المصطلح، للدلالة على اضطراب نفسي يتلو حدوث الصدمة ، وبعد سبع سنوات عادت جمعية الطب النفسي الأمريكية وأدخلت بعض التعديلات على مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة ، وكان أهم هذه التعديلات هو التركيز بصورة أكبر على أعراض التجنب ، وتناول اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال. " ¹

" وقد ورد هذا الاضطراب في دليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الأول 1952 بعنوان تفاعل الانعصاب البارز ، DSM I Cross Stress Reaction ، وفي أعقاب الحرب الفيتنامية لاحظ الباحثون على الجنود الأمريكيين العائدين من الحرب أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، وذلك بعد تسعة أشهر من الحرب ، مما دفعهم إلى إضافة هذا الاضطراب بنفس هذه التسمية لزمة قلب الجندي في التشخيص الإحصائي الأمريكي الثالث. " ²

حيث تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD ، وذلك في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي عام 1980 DSM-III. وهكذا أصبح هذا الاضطراب معروفاً بين الناس ومعترفاً به في التصنيف الطبية النفسية.

3. الأحداث الصدمية:

تعد الأحداث الصدمية من الأسباب الرئيسة المؤدية للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية ، مثل المواقف الخطرة التي تقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية الاعتيادية. وتنتج هذه الأحداث الصدمية ردود فعل عنيفة لدى أي شخص تقريباً، ويحتاج الشخص المتعرض لها، جهوداً كبيرة ومدة طويلة لإعادة التكيف.

ويمكن تعريفها على أنها : " حوادث شديدة أو عنيفة، تعد قوية، مؤذية ومهددة للحياة ، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود كبير للتغلب عليها، فتعترف على أنها أي حادث يهاجم الإنسان، ويخترق الجهاز الدفاعي له، وقد ينتج عن هذا الحادث تغييرات في شخصية الفرد أو مرض عضوي، إذا لم يتم التحكم فيه، والتعامل معه بسرعة وفعالية، تؤدي الصدمة إلى نشأة العجز. " ³

1- يعقوب غسان، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، دار الفارابي ، بيروت ، 1999، ص 38.

2- Kaplan, H., Sadock, B, op cite , p 172.

3 - Crocq .I. Stresse, Trauma et Syndrome psycho traumatique », dans Soins psychiatrie, 188, 1997, p 8.

وتعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل الشخصي والإحصائي الرابع (1994) DSM-IV) الخبرة الصادمة بأنها: "التعرض لحادث صدمي مفرط الشدة متضمناً خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي، أو تهديد بالموت، أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتاً أو إصابة، أو تهديداً لسلامة الجسم لشخص آخر، أو أن يعلم عن موت غير متوقع، أو نتيجة لاستخدام العنف، أو عن ضرر شديد، أو تهديد بالموت أو الإصابة، مما وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين".¹

"وحسب فرويد وفرنزي من مميزات الخبرة الصدمية هي الفجائية، وعدم التحضير للشيء الذي يحدث الكسر، ويفشل إمكانية الترميز لدى الفرد، وهذا ما يؤدي إلى الإحساس بالهلع وتقسيم الأنا. إلا أنه حسب فرويد، فللحادث الصدمي يخضع للكبت ويطور آثاره العصابية في ما بعد الصدمة، أما بالنسبة لفرنزي فإن الصدمة تفتح المجال لتثوهات فورية للأنا."²

4. الصدمة النفسية والحدث الصدمي :

4.1 الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث غير طبيعية (من صنع الإنسان):

« وتتضمن كل من الانفجارات، الاعتداءات، الأسر، الاغتصاب حوادث المرور... الخ. وتعتبر الكارثة الحربية إحدى أقصى الصدمات منذ وجد الإنسان والمرتبطة مباشرة بالموت وتمتاز لكونها تخلق محيطاً مهدداً بالموت بحيث يطال هذا التهديد أعداد كبيرة من البشر». ³

4.2 الصدمة النفسية الناتجة عن كوارث طبيعية:

« وتتضمن كل من الزلازل والأعاصير والفيضانات وانفجار البراكين... وغيرها. ولقد درس الباحثون ردود الفعل النفسية لدى الناجين من الزلازل (سان فرانسيسكو) الزلازل اليابانية، والتي أثبتت وجود فروق أساسية للآثار النفسية تميز بين ردود أفعال الأفراد أمام كل من هذين النوعين من الكوارث». ⁴

1 - American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4THED (DSSMIV) Washington, DC: APA, p24.

2 - DAMIANI (c) : les victimes, violences publiques et crimes privés, bayard, paris 1997, p100.

3- النابلسي، محمد أحمد ، 1995، مرجع سابق ، ص 32.

4- النابلسي أحمد محمد ، نفس المرجع ، نفس الصفحة .

4.3 الفرق بين صدمة الكوارث الطبيعية وصدمة الكوارث غير طبيعية: ¹

" هناك فوارق أساسية تميز بين ردود الفعل أمام كل من هذين النوعين وهذا ما أثبتته بعض الدراسات من الكوارث يمكن حصر هذه الفوارق فيما يلي:

-في حالة الكوارث الطبيعية يغيب المسبب المسؤول عن حدوث هذه الكارثة، في حين يمثل هذا المسؤول بالجهة المعادية في حالة الكوارث غضبهم ورغباتهم الانتقامية .

-في حالة الكوارث الطبيعية فإن المنكوبين يعجزون عن تحديد المعتدي وبالتالي نشهد غياب حالات التوحد بالمعتدي، وهي حالات مواقف دينية والهديان الديني.

-إن الناجين من كارثة طبيعة يعانون ويتأثرون أعمق من الناجين من كارثة اصطناعية أي أن العوارض الطبيعية (ptsd) تكون أكثر حدة وأطول أثر.

-بالنسبة للشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة فإنه يكون أقوى لدى الناجين من الكارثة الطبيعية. ذلك أن الأخيرة تحدث عن قوى ما ورائية أو عن الطبيعة وهذه القوى هي التي تنتقي الموتى وتختارهم في جميع الأحوال بحيث ينخفض الألم المعنوي تجاه ضحاياه.

-المظاهر الهستيرية المباشرة تكون أكثر حدة وعمومية في الكوارث الطبيعية لأن المتعرضون لهذه الكوارث يحسون أنهم غير قادرين على مقاومة عدوان الكارثة، أما بالنسبة للمتعرضين لهذه الكوارث الاصطناعية ينهمكون في مهام من نوع المقاومة والمواجهة . "

5. الخصائص المحددة للصدمة النفسية :

يتعلق الأمر بمدى تحدد الصدمة النفسية هل بشدة وعنف الح ادث فقط فيعد صدميا أم أن هناك شروط وظروف أخرى بإمكانها أن تخفف أو تعمق أثر الحادث وتجعل من ه صدميا ، إذ لا يمكن الحديث عن مجرد أحداث صدمية مطلقة ، بدون البحث أو التطرق لقابلية التأثر بعوامل أخرى.

" فهناك ظروف معينة تضمن للحدث قيمته الصدمية ، قد تكون شروطا نفسية خاصة يجد الشخص نفسه فيها . وقد تكون تبعا لفرويد صراعا نفسيا يمنع الشخص من مكاملة التجربة التي وقعت له في شخصيته الشعورية (دفاع) لئلا يشير أيضا ، إلى أنه بإمكان سلسلة من الأحداث أن تظم آثارها إلى بعضها البعض ، مع أن كلا منها بمفرده لا يسبب صدمة نفسية . " ²

1- النابلسي أحمد محمد ، 1995 ، مرجع السابق ، ص 41.

2- رفيقة بلهوشات ، مرجع سابق ، ص 89.

ومن جهة أخرى يتحدث فرنزي عن عامل الفجائية ، فحسبه " تبرز الصدمة النفسية دائما من غير تهيؤ ، وتكون مسبوقه بالشعور بالثقة في النفس ، فيأتي الحادث الصادم ليحطم هذه الثقة ويزعزعها ".¹

" كما يمكن تمييز الصدمات النفسية حسب معياريين أساسيين هما الأحادية أو التعدد والفجائية أو التوقع ، حيث تنظم ضمن المجموعة الأولى : الحوادث الفريدة والمفاجئة وغير المتوقعة والصدمات النفسية من النوع الثاني ، هي تلك التي تخضع لمعايير التوقع والتكرار . " ²

وعليه يمكن تلخيص مفهوم الصدمة على أنها " حدث في حياة الشخص ، يتميز بعدم القدرة الظرفية أو الدائمة على الاستجابة بشكل متكيف ، حيث أن أهمية الحدث ومدة استمراره نفسيا لا ترجع فقط لخطورة الفعل المرتكب أو للهشاشة الداخلية للفرد بل تتدخل فيها عوامل كثيرة ومتشعبة منها الخارجية والمحيطية أو الداخلية المتعلقة ببنية الشخص وتنظيمه النفسي ".³

فالمدرسة التحليلية ترى أن ردات فعل الفرد تتعلق على العموم بفجائية الحدث ونوعيته ، و هل هو مثار من قبل الإنسان أم لا ، وعلى عامل التكوين النفسي والاستعداد للصدمة من خلال تاريخ الفر بشكل خاص .

6. أثر الصدمة على الجهاز النفسي:

▪ قد تغمر شدة وطبيعة الحدث الصدمي المعاش لكاعتداء جسدي أو نفسي الفرد بشكل آلي فتصعق وتشل جهازه النفسي وتفشل قدرات الارصان الخاصة به ، وك ذاسياقات دمج التجربة الانفعالية والمعرفية الجديتين ، فيعجز عن فهم أو تمثيل الحدث الصدمي الذي يبقى مسجلا في الذا لثة ، فيظهر بانتظام من خلال ذكويات مرفوضة ، انبعاثات وك وابيس وجملة من الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تعرفل مساره .⁴

▪ تحطم دفاعات الفرد أو تتعطل مما قد ينجم عنه اضطراب شديد للسير النفسي يعادل نوعا ما الانهيار والتشويش الذي يمس الطريقة العادية لسير حياته ، بنياته الذهنية الثابتة وتنظيمه الدفاعي

1- Ferenczi .s , op cite, p.140 .

2 -BAILLY (L) , les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant, ESF, Paris, 1996, p.16

3 - DAMIANI . C , op cite, p169.

4- ريفة بالهوشات ، مرجع سابق ، ص 94.

الثابت مما يولد القلق الشديد. فحادث الانكسار والخرق في الغلاف الواقى ، يجعل من السير النفسي مشوشا ومضطربا من التحكم في الإثارة .¹

▪ تبعث بعض الصدمات المتعلقة بأحداث حاضرة بصفة خاصة للهوامات البدائية والمبكرة وعلاقات الموضوع ، فيفتح بذلك الحدث الصدمي الخارجي المجال للتشوش والاضطراب ، تتميز محتوياته بحياة جديدة ذات حاضر بمدلول الماضي.

▪ توقف عمل التصوير ، إذا تفنقت وظائف صاد الاثارات فعاليتها النابعة من الأنا والمتمثلة في قدرتها على ربط الاثارات وخفض التوترات الناتجة عن كميات الإثارة ، فينتشر بذلك ما هو لئمي بحرية تحطم الجهاز النفسي أو الجسم .

▪ خرق صاد - الاثارات وتحطيم الروابط وبالتالي تبقى الصدمة نشطة في العالم الداخلي للفرد ، لأنه لا يمكن لها أن ترصن بسهولة فتبقى تعبر عن الألم والشعور بالذنب .

▪ تجمد وظائف الفرز من خلال أن الفرد المصدوم يصبح عاجزا عن الفرز والتفريق بين المثيرات الخطيرة في محيطه، حيث يصبح لئلي شيء مصدرا للخطر ينتج عنه حالة استفار، حيطة و حذر.

▪ تجمد وظائف الحب فيصبح الشخص سهل الاستثارة والعدوانية و التذمر، ينتابه انطباع بأنه غير مفهوم، و مهجور من طرف الآخرين، وذلك نتيجة الانهيار النرجسي الذي تنهار ضمنه أسطورة الخلود، التي تضمن من خلالها الشعور بالأمن والذي بدونه نبقى في حالة مستمرة من الضغط و الحيطة.

▪ تجمد وظائف الحضور من خلال، تناقص ملحوظ للفرد في الميل أو الاهتمامات وفي الاشتراك في الأنشطة المهمة، الشعور بالغرابة تجاه الآخرين و عدم الارتباط بأحد إضافة لتناقص في الوجدانات و الإحساس بقصور في المستقبل يفرض على الفرد أعراضا الثنائيتي .²

كما يمكننا الإشارة لانعكاسات الصدمة النفسية في ثلاث تناذرات أساسية هي :

▪ **تناذر التكرار:** يكتسي التكرار طابعا أمراضيا للصدمة النفسية، حيث تظهر الحاجة

1 - FREUD .S. _Inhibition symptôme et angoisse Presses universitaires de France, Paris ,1975, p.72

2 - Crocq .I. op cite , p.62..

الملحة و القهرية لذئو وتكرار الحادث، مروراً بالذئويات المؤلمة والتي تعيد إنتاج الحادث الصدمي فللتناذر التكراري هو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية تهدف إلى التخفيف من حدة التوترات عن طريق تفرغها بكميات صغيرة، قصد إحياء حالة الصدمة حيث يتمثل الهدف الأساسي هنا في التفرغ .¹

ويتظاهر من خلال:

-الذئويات المتكررة: يجتاح الحادث الفرد على شكل صور أو أفكار تسبب الشعور بالضيق، تظهر على شكل اجترارات عقلية، فتفرض نفسها على وعي الفرد رغم محاولته التخلص منها . بشكل معاود ومفتحم للفكر و يتضمن التخيلات، الصور العقلية الأفكار و الإدراكات.²

-الأحلام المتكررة: الكوابيس هي أكثر أشكال تناذر التكرار تظاهراً فيما بعد الصدمة فتتكرر على شكل لئوابيس، أي في الحياة الحلمية بمعاودة البقايا اليومية و الحياتية أثناء الحلم، لها قيمة نفسية تفرجية كسوية من خلال معالجة التوترات باستمرار.³

-انطباعات فجائية: تتمثل في الشعور أو التصرف، لئما لو أن الحادث الصدمي يعاود الحدوث و يتضمن ذلك الإحساس وكأن الفرد يعيش الخبرة ثانية و الهلوس و الأوهام و استرجاع الأحداث، حيث تعاد معايشة الرعب المرتبط بالخبرة الصادمة الأصلية مصحوبة بالشعور الدائم بالتهديد من طرف خطر متوقع و مجهول.⁴

▪ **التناذر التجنبي:** يتعلق الأمر بتجنب بصفة شعورية للاما لئو و الأشخاص أو المواضيع المتصلة مباشرة بالحادث الصادم حيث يمكن أن تنتشر أو تنتقل فيما بعد إلى عناصر بعيدة ذات النقاط المشتركة و المترابطة . يمكن أن يظهر من خلال الإحساس الحاد بالضيق النفسي عند التعرض إلى مؤشرات داخلية أو خارجية، تذئو بأحد مظاهر الحادث الصدمي أو تشبيهه بوام تجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة من أفكار، مشاعر و جهود لتجنب الأنشطة، الأماكئ .⁵

▪ **التناذر العصبي الاعاشي:** يظهر من خلال الشعور بفقدان الحدود، تجمد الفضاء و

1 - DAMIANI , op cite , p.122..

2 - Crocq .l. op cite,, p 61.

3 -FERENCZI.S. op cite, p.142.

4 - Crocq .l. ibid , p.60.

5 - DAMIANI . C , ibid , p 134.

الزمن و فقدان الفضاء النفسي يصبح الشخص في حالة تهييج، ذعر و نشاط عصبي اعاشي مفرط،
لما أن كل الآثار الحسية للحادث تبقى مثبتة في الذا لثة يتضمن هذا التناذر دوام أعراض إفراط
اليقظة ، اضطرابات النوم، شدة الاستثارة، نقص أو اختلال في التركيز¹ .

7. الصدمة النفسية والمواجهة مع الموت :

" ميز بايلي (BAILLY) بين الصدمة النفسية الجنسية وبين الصدمات النفسية المميته ، التي
تنتج مباشرة بعد حادث وأشار إلى نوع ثالث وهو الصدمات المختلطة والتي تحتوي على ك لا
النوعين ، وهو ما يجعل الجداول العيادية أكثر تعقيدا لما هو الشأن بالنسبة للحداد الصدمي.²"

" فللمواجهة المباشرة مع الموت تخلق تصدعا في هوام الخلود ، الذي يؤدي دورا دفاعيا في
المحافظة على اطمئناننا على وجودنا ، إذ انه في كثير من الأحيان يعمل الشعور بعدم الجروحية
للقاية من الخوف المستمر من الموت، فتتحول الحياة بسببه إلى قلق وضيق دائمين . أما لبيوجوت
LEBOGOT فهو يتحدث عن عدم امتلاك الفرد لتصورات الموت الخاص به ، وفي غياب تصور
موت الذات والفاء ، صورة الموت الحقيقي الظاهرة في الحادث الصدمي يكون لها مصيرين : إما
تكون مرفوضة ومحفوظة في الخارج لتهديد بسيط يخلق الضغط ، أو أنها تقوم بكسر في داخل
الجهاز النفسي ، حيث لا تتوفر تصورات استقبالها أو العمل عليها ، فنثبت لجسد غريب ."³

8. العوامل المؤثرة في استجابات الأفراد للخبرة الصادمة :

▪ عوامل تتعلق بالأحداث الصادمة :

- طبيعة الحادث فالأشخاص الذين يتعرضون فعليا لخبرات صادمة يكونون أكثر تأثرا
وعرضة للاضطرابات النفسية من الأفراد الذين يتعرضون بالمشاهدة أو بسماع مواقف وأحداث
صادمة تتضمن تهديد بالموت أو الإصابة وتهديدا للسلامة الجسدية للآخرين.⁴

- درجة القرب من الحدث الصادم : فالشخص الذي يتعرض بيته للقصف أو إطلاق النار

1 - DAMIANI .c , op cite, p.119 .

2 - BAILLY.L. , op cite , p.15.

3 - DAMIANI .C. , ibid, p137.

4 - Wenar,C. & Kerig , "Developmental Psychopathology: from infancy through adolescence", fourth ed, New York: Mc Graw- hill, Inc.,2000 p187-188 .

وهو بداخله يتأثر بالحدث الصادم أكثر من الشخص الذي لا يتعرض للقصف أو إطلاق النار، إذ وجد Pynoos 1987 في دراسة الأعراض النفسية الحادة للأطفال الذين تعرضوا لإطلاق النار في أثناء وجودهم في المدرسة وبازدياد التعرض للحدث الصادم تزداد الأعراض . والأعراض القليلة وجدت في الأطفال الذين كانوا خارج نطاق إطلاق النار. " ¹

-شدة الصدمة النفسية وتعددتها : من حيث استمرار التعرض للأحداث الصادمة لفترة زمنية طويلة، والتعرض لأكثر من حدث صادم، كما أن المناطق التي تشهد حروباً تلعب أيضاً في درجة استجابة الشخص للخبرة الصادمة ودرجة التأثر بها وتجعله أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة . " ²

-الصدمة السابقة ودرجة المعاناة منها: فأحد مرضى الدكتور فوا (Foa) لم يتطور لديه الاضطراب حتى وقع حادث الوفاة المفاجئ الثالث في دائرة أصدقائه، ومعارفه، وكان يقول بعد الحادث الثالث - أعتقد أنه قد حان دوري للموت . " ³

■ عوامل تتعلق بشخصية الفرد : كالصلابة النفسية والشخصية والصحة النفسية واستراتيجيات التأقلم : حيث بينت الدراسات والأبحاث التي أجريت على الأشخاص الذين طوروا اضطرابات نفسية بعد الصدمة وجود اضطرابات نفسية سابقة لدى الفرد الذي يتعرض لخبرات صادمة يزيد من احتمال تطور الاضطرابات النفسية الناتجة عن خبرات صادمة أكثر من الأفراد الآخرين الذين لا يوجد لديهم اضطرابات سابقة .

ففي دراسة أجراها Thabet et al 1997، على الأطفال الفلسطينيين ، في قطاع غزة وجد أن "الأطفال الذين كانوا يعانون من مشاكل سلوكية انفعالية كانوا أكثر عرضة للتأثر بالخبرات الصادمة و الإصابة بالأمراض النفسية الناتجة عن مواقف صادمة . " ⁴

" وفي دراسة Hand ford 1986 للأطفال الذين تعرضوا للكارثة النووية في جزيرة الثلاثة أميال في أمريكا وجد أن الأطفال الذين لديهم مشاكل في الشخصية واضطرابات نفسية أخرى

1-عائدة عبد الهادي حسنين ، الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة لنيل شهادة ماجستير ، الجامعة

الإسلامية غزة ، 2004 ، ص 21.

2- شعنت ناضل ، مرجع سابق ، ص 33.

3 -Becky,2002, op cite , p 6.

4 -Thabet, Abdel Aziz,Post Traumatic Stress Reactions in Children of War, Health & Human Rights conference ,1997, p20.

وقلق كانت لديهم أعراض نفسية أكثر من الآخرين.¹

أما بالنسبة لإستراتيجيات التأقلم Coping Strategies ففي دراسة 1961 Vistusky عرف سلوكيات التأقلم بأنها " السلوكيات التي تجعل الإنسان قادراً على التحكم في المثيرات الخارجية، وتجعل الإنسان قادراً على الشعور بقيمته الشخصية والحفاظ على العلاقات مع الآخرين وزيادة مقدرة الشخص على أن يكون مقبولاً اجتماعياً ولديه شعور بالرضا والتقبل للواقع، لذا فمن الطبيعي أن يتغلب من يملكون مصادر التأقلم على الخبرات الصادمة ونتائجها السلبية. "²

■ عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي: تعتمد استجابة الطفل للأحداث الصادمة ودرجة التأثير بها إلى حد بعيد على استجابة الوالدين أو الأشخاص الذين يعتبرون قدوة للطفل، وترتبط الطفل علاقة معهم هذا الأمر ينعكس على درجة الدعم الأسري للطفل حين يتعرض لموقف صادم.³

9. الصدمة النفسية والحداد النفسي :

9.1 تعريف الحداد :

يعرف معجم مصطلحات التحليل النفسي عمل الحداد على أنه " عملية نفسية داخلية تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي، فينجح الشخص تدريجياً من خلاله في الانفصال عن ذلك الموضوع."⁴

فالحداد عمل نفسي شاق يقوم به الشخص عقب فقدانه لشيء مادي أو معنوي تم التعلق به بهدف الانفصال عنه ولا يتم هذا العمل مباشرة ما لم يعي الحاد بالواقع ويعترف به ويتقبله.

وبما أن مفهوم الصدمة النفسية يقوم أيضاً على فقدان الموضوع فتعرض الفرد لصدمة نفسية معتبرة، يقتضي القيام بعمل حداد نفسي يحاول من خلاله تقبل ما حدث له ويعمل على استيعابه ومعالجته والتحرر من الانعكاسات السلبية المحتملة التي قد تنجر عن عدم قيامه به ولو جزئياً.

" فمفهوم الحداد يتضمن سحب التوظيف اللببيدي من الموضوع المفقود ، ذلك أن ك ل الذ كويات والطموحات التي لكان اللببيدو مرتبطا بها يعاد استثمارها من جديد ثم يتم الانفصال عنها فيما بعد . فهذا العمل النفسي الشاق الذي يباشره الشخص بهدف الانفصال يجعل الأنا يعاني من ك ف كسيو،

1- عائدة عبد الهادي حسنين، مرجع سابق ، ص 21.

2- عائدة عبد الهادي حسنين ، نفس المرجع ، نفس الصفحة .

3 - Turner, F, "Adult Psychopathology, second edition", the free press, New York, 1999. p188.

4 - Jean laplanche et jean-bertrand, op cite , p .504

يفقده الاهتمام بالواقع ، ولتمام هذا الحداد يمر الفرد بمجموعة من المراحل الأساسية في الحداد والانفصال التدريجي عن موضوع التعلق العاطفي ، تتمثل هذه المراحل في مرحلة الصعق ، مرحلة الانهيار ، مرحلة الائتتاب ومرحلة إعادة التنظيم .¹

وعندما يكف عمل الحداد أو ينحرف عن مساره الطبيعي أو يتجه نحو الازمان فان ذلك يؤدي إلى تعقيدات سيئة على الحياة النفسية للفرد وهنا يتعلق الأمر بحداد مرضي.

" فعمل الحداد هو دائماً صعب للغاية حتى وان كانت العلاقة بسيطة نسبياً ، إلا أنه ينبغي عليه أن يقوم بجزء منه (الحداد) لنفسه وللعالم الذي فقده وللحياة والهوية اللتان سبقتا الصدمة النفسية."²

9.2 الحداد عند الأطفال³

" إن حداد الطفل رغم تشابهه مع حداد البالغ إلا أنه وجب التنبه إلى إشكاليتهين :

-الإشكالية الأولى : أولهما أن القدرات الدفاعية للطفل لم تكتمل بعد هي في طور التشكل ، وأن قدرته على استيعاب الفقد هي أقل ديناميكية ، وثانيهما مشاعر القدرة المطلقة التي يشعر بها كل طفل حتى وهو في خضم الاعتماد الكلي على والديه (يعتقد أن كل أفكاره ممكنة التحقيق وأن كل ما يجول بخاطره يمكن أن يتحول إلى واقع .

-الإشكالية الثانية عند الطفل هي ثنائية المعرفة والاعتقاد :فكرة الموت هي معرفة يكتشفها الطفل بمجرد أن يرى مثلاً حشرة صغيرة قام بدهسها دون قصد ، ويحاول تحريكها ولكنها تتحول إلى حالة من العدمية ، وعندما ينمو الطفل يصبح سؤاله عن الموت ملحاً أكثر من قبل ، ويسأل عن الفرق بين موت الحشرة وموت الإنسان.

إنه يدرك تماماً هذه الحالة العدمية التي يعرف القليل عنها ، وهنا يبدأ السؤال ، فينبغي التدخل من قبل العائلة مع توخي الحذر في الإجابة ، والابتعاد عن غرس الاعتقاد في سن مبكر بأن الميت يغادر فقط كجسد ، ولكنه يبقى بيننا ، كبعض حالات الحداد عند الأطفال الذين يظهرون نوع من الهلوس مردها خبرة الموت التي تلقاها الطفل وتمت معالجتها خطأ من الأسرة ، كأن يقول الطفل

1 - FREUD .S. Le Moi et le Ca, PUF, Paris, 1968, p.152

2 - LAPLANCHE .P. et PANTALIS .J.B, op cite , p.505

³ - هنادي الشوا ، الحداد عند الأطفال السوريين ضحايا العنف ، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية ، ع

إن أبي مات ولكنني أسمع صوته وأراه وأشعر بوجوده معي..

إن مثل هذه الاعتقادات عند الطفل في سن مبكرة تمثل إشكالية لصعوبة تمييزها إن كانت ناجمة عن الإحساس بالقدرة الكلية للطفل ، أو إرهاصات تشكل المعتقد الخاص بالموت في عمر مبكر ، وهي عامل ممهّد لدخول الطفل فيما بعد إلى دوامة الحداد المعقد والمرضي. "

10. اضطرابات ما بعد الصدمة :

يصف الدليل التشخيصي (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) بأنه " استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جدًا ، تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية، تسبب كربًا نفسيًا لكل من يتعرض لها تقريبًا، من قبيل :كارثة من صنع إنسان، أو معركة، أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخرين في حادثة عنف، أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب، أو إرهاب، أو اغتصاب، أو أي جريمة أخرى ".¹

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه: " الأعراض التي تتبع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير ، أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، الجرح أو أي تهديد لجسد الشخص نفسه أو لشخص آخر ، أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء لفرد من الأسرة أو عزيز. "²

" وهو اضطراب مرهق يلي حادثاً مرعباً ، يعاني المصابون به من أفكار مرعبة مستعصية، وذكريات مؤلمة عن الحادث وشعور بالبرود الانفعالي. وأن الحادث الصدمي الذي يسبب اضطراب (PTSD) ينطوي دوماً على تهديد الحياة، والإنذار بقرب الموت."³

11. تطور مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة وإشكالية الترجمة في العربية :

سمي هذا الاضطراب بأسماء ومصطلحات كثيرة وتعددت التسميات التي كانت تسمى بها مجموعة الأعراض التي تعقب الأحداث الصدمية أو الصدمات النفسية ومنها:⁴

1 - World health organization . The icd-10 , op cite , p147

2 - American psychiatric association DSM IV, op cite, p463.

3 - Becky, op cite, P 1

4 - (Becky,2002,P:1) (Healthy Living Library,2002,P:1) (Parson,1985, P:171)

- صدمة القنابل *Shell Shock* (Myers,1940).
- صدمة البدن *Physioneurosis* (Abraham Karbiner,1941).
- رهاب الصدمة *Traumato Phobia* (Rado,1942).
- عصاب الحرب *War neurosis* (Grinker & Spiegl,1943).
- انفعال الصدمة *Cross Stress Reaction* (DSM-I-1951).
- الاضطراب الوضعي العابر *Transient Situational Disturbances* (DSM-II-1968).
- متلازمة صدمة الاغتصاب *Rape trauma Syndrome* (Burgess Holstrom,1974).
- متلازمة الناجون *Survivor Syndrome* (Kijak & Funtowicz,1982).
- الصدمة العصبية *Nervous Shock* (Page,1985).

وكون أن هذا الاضطراب ارتبط أصلاً بالحرب الفيتنامية، فقد اصطلح على تسميته ب:¹

- متلازمة ما بعد فيتنام (*Post Vietnam Syndrom*) .
- الحالات الصدمية ما بعد فيتنام (*Post Vietnam Traumatic States*) .
- متلازمة معسكرات الأسر (*Concentration Camps Syndrom*) .
- متلازمة ما بعد معسكرات الأسر (*Post - Concentration Camps Syndrom*) .
- متلازمة استجابة ضغط ما بعد المعركة (*Post - Combat Stress Response*) .
- عصاب الصدمة النفسية (*Traumatic Neurosis*) .

" وقد تطور المفهوم الدال على هذه السلوكيات من " عصاب الصدمة *Nevrose* " *traumatique* مرور ب " توتر أو ضغط الصدمة *traumatique Stress* " و " حالة التوتر *Etat de stress* " إلى " اضطراب الصدمة التالية للشدة " أو " اضطراب إجهاد بعد الصدمي *Trouble de stress post traumatique* " الذي استقرت التسمية عليه ."²

" وقد أدخل هذا المصطلح في الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية (*DSM*) في طبعته الثالثة والثالثة المنقحة والطبعة الرابعة والرابعة المنقحة والطبعة الخامسة التي تصدرها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (*American Psychiatric Association*) . وفي التصنيف الدولي العاشر *ICD-10* الصادر عن منظمة الصحة العالمية (*OMS*) ."³

" إذ استقر في التصنيف الطبية النفسية بصورها الأخيرة تسميته بـ : " اضطراب ما بعد

1- قاسم حسين صالح ، اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 2 ، 2012 ، ص 9

2- سليمان جار الله ، مزور بركو ، المقاربة البيولوجية المعرفية لاضطرابات ما بعد الصدمة ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 2 ، 2012 ص 20

3 - (DSM-V 2013) (DSM-IV-TR 2003) (DSM-IV 1994) (ICD10 1992) (DSM-III-TR 1987) (DSM-III 1980) - 3

الصدمة النفسية " والمعروف في اللغة الانكليزية بـ Post Traumatic Stress Disorders : (PTSD) ، ولقد ترجم هذا المصطلح إلى اللغة العربية بصياغات مختلفة نذكر منها :

- اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة (النايلسي، 1991)
 - العصاب الصدمي ، أو الرضحي (النايلسي، 1991)
 - اضطراب عقابيل الضغوط النفسية (الكرخي، 1994)
 - اضطراب الإجهاد ما بعد الشدة (السامرائي، 1994)
 - اضطراب عقابيل التعرض للشدة النفسية (الطراني، 1995)
 - اضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية (اليونسيف 1995) .
 - عقبى الكرب الرضحي (الكبيسي وآخرون، 1995) و (اليان وجون، 1997)
 - اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (الكبيسي، 1998).¹
 - اضطرابات الإرهاق التالية للصدمة أو الذبح النفسي (سامر جميل رضوان، 2006).²
- " وهو عند المحللين النفسيين يسمى (عصاب الصدمة)، وعند الأطباء النفسيين يسمى (وضعية الكارثة)، وعند علماء النفس العياديين والصحة النفسية يسمى (الصدمة النفسية)".³
- وبما انه لا يوجد من هذه المصطلحات مصطلح واحد متفق عليه، فإننا اعتمدنا في دراستنا مصطلح " اضطراب ما بعد الصدمة " كونه حظي باتفاق واسع للمختصين في علم النفس .

12. تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة:

" يورد تصنيف منظمة الصحة العالمية الخاص بالاضطرابات العقلية والسلوكية (ICD-10) اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) ضمن الفئة (F40- F48) الخاصة بالعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغوط الجسمية المظهر (Disorders Neurotic Stress related and Somatoform) ويضعه ضمن الفئة الفرعية (F.43) الخاصة بـ "ردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف" تحت الرقم (F43.1) من ضمن 05 أنواع من الاضطرابات هي:

- ردة فعل الضغط الحاد Actue Stress Reaction
- اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية Post Traumatic Stress Disorder

1- عبد الواحد حميد الكبيسي ، لإرشاد و التوجيه التربوي : دراسات و بحوث ، مركز دييونو لتعليم التفكير ، جامعة الانبار ، العراق ، 1998، ص 40.

2-سامر جميل رضوان ، مرجع سابق ، ص 20.

3- النايلسي أحمد أحمد وآخرون ، 1991 ، مرجع سابق ، ص 6-7

• اضطرابات التكيف Adjustment Disorders

• ردود فعل أخرى نحو الضغط الحاد Other Reactions to Sever Stress .

• ردود فعل نحو الضغط الحاد غير محددة Unspecified¹ .

"ويورد هذا الاضطراب في الصورة الرابعة والرابعة المعدلة للدليل التشخيصي الإحصائي

(DSM-IV, 1994 et DSM-IV-TR, 2002) تحت الترميز 309.81 ويحتل الرقم (7) من 12

اضطراب ضمن المحور السابع الخاص باضطرابات القلق (troubles anxieux) التي تشمل كلا

من : الرهاب (Phobie)، والفرع أو الهلع (panique) والقلق العام (Anxiété généralisée)

والوسواس القهري (obsessionnel compulsif) وضغط الصدمة (stress traumatique)² .

" ويورده باحثون آخرون ضمن اضطرابات التفكك أو الانشطار (Dissociative Disorders)

معللين ذلك بأن اضطرابات التفكك في الحقيقة حالات حادة من اضطراب ما بعد الصدمة. وأن

التفككات الحاصلة في هذا الاضطراب يجب إعادة تصنيفها بوضعها ضمن " الاضطرابات

الانشطارية (Dissociative) وذلك لأن الأفراد المصابين به يبعدون أنفسهم نفسيًا ، Disorders أو

ينفصلون Dissociate عن الأحداث الجارية من حولهم وهي خاصية تميز عددًا من الأعراض

التي تسمى الآن اضطرابات التفكك أو الاضطرابات الانشطارية "Dissociative Disorders"³ .

غير أن اضطراب ما بعد الصدمة لا يرد ضمن هذه الاضطرابات التفككية التي يضعها

DSM-IV في المحور العاشر المتضمن لخمس اضطرابات ، ويصفها بأنها اضطرابات تكون

فيها الدراية والوعي منفصل عن الأفكار والمشاعر والذكريات الخاصة بالفرد ، كفقْدان الذاكرة

النفسية (Amnésie dissociative) وحالة الهيام النفسي (Fugue dissociative) .

كما أن تصنيف (ICD-10) لا يورد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) ضمن فئة

اضطرابات التفكك والتي يدرجها ضمن الفئة الفرعية (F.44) التي تشمل تسعة اضطرابات .

ومهما يكن من اختلاف في تحديد عنوان الفئة أو صنف الاضطرابات الذي يندرج تحته

اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) فإن هنالك اتفاقًا بين هاتاه التصنيف الطبي النفسية

بخصوص أهم أعراض هذا الاضطراب.

1 -World health organization . The icd-10 , op cite , p .148.

2- American psychiatric association DSM IV, op cite , p436.

3 -Gleitman , M. , Stress-response syndromes . (2nd. Edn) . New Jersey : Jason Aronson , 1995 ., P. 750

12.1 الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والتغيرات المحدثة في DSM V :

نضرا إلى عملية البحث العلمي والتجارب والدراسات العلمية المتعددة ، فقد تم في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM V, 2013) عزل اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الإجهاد الحاد من الفئة السابقة اضطرابات القلق (les troubles de anxiété) التي كان يندرج ضمنها في التصنيف السابقة (DSM-IV, 1994 et DSM-IV-TR, 2002) ، إلى فئة تشخيصية جديدة ضمن المحور السابع هي اضطرابات الصدمة و الإجهاد ات المرتبطة بها (Trauma- and Stressor-Related Disorders) ، التي تتضمن 07 اضطرابات احتلت (PTSD) الاضطراب رقم (3) ضمن هذه الاضطرابات وأبقى على نفس الترميز السابق (309.81) ، وجميع الاضطرابات التي تدخل ضمن هذه المجموعة تتطلب التعرض إلى حادث صدمي .

و لربما يستند الأساس المنطقي من وجهة نظرنا في عزل هذه الاضطرابات من مجموع اضطرابات القلق وتصنيفها ضمن مجموعة جديدة مستقلة إلى : الاعتراف الإكلينيكي بالمظاهر والأعراض المتغيرة الشدة التي تحدث ها التجارب والخبرات والأحداث الصدمية الأليمة ، باعتبار أن هذه الأعراض ليست كبقية اضطرابات القلق ، فهي تجمع بين مزيج من أعراض القلق وأعراض المخاوف إضافة إلى أعراض الغضب والتهيج والعدائية (العصبية) والأعراض الاكتئابية والأعراض التفكيرية الشبه فصامية .

وعلى أساس العرض السابق للتصنيفات فقد طورت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) وعدلت في تصنيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) ابتداءً من الطبعة الأولى عام 1951 (DSM-I-1951) ، وبالطبعة الثانية عام 1968 (DSM-II,1968) ، والطبعة الثالثة عام 1980 (DSM-III,1980) ، والطبعة الثالثة المعدلة عام 1987 (DSM-III-) ، والطبعة الرابعة عام 1994 (DSM-IV,1994) ، والطبعة الرابعة المعدلة عام 2002 (DSM-IV-R,2002) ، وصول إلى الطبعة الخامسة والأخيرة عام 2013 (DSM-V,2013) . وقد اعتمدنا في دراستنا الحالية على التصنيف الخامس والأخير للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-V,2013) لكونه آخر تصنيف ضمن التصنيف العالمية ، ولحصوله على تأييد واسع من قبل الكثير من الباحثين ، و لاعتمادنا على المقابلات التشخيصية والتي تم بنائها على معايير هذا التصنيف ، باعتباره أحدث تصنيف للأمراض النفسية، والعقلية، والاضطرابات السلوكية.

" فقد تطرقت التصنيفات الأخيرة للاضطرابات المتعلقة بالصدمة وميزت بين اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD - Post Traumatic Stress Disorders) وبين اضطراب الضغط الحاد (Acute stress disorder) ، حيث يستعمل الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمي، فيما يستعمل الأول (PTSD) لوصف الحالة التي لا يحصل فيها شفاء سريع من هذا التوتر " ¹.

12.2 اضطراب ما بعد الصدمة في DSM V :

1. قسمت أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة في DSM V إلى أربع مجموعات بعد ما كانت في DSM IV-tr ثلاث مجموعات ، حيث تم تقسيم المجموعة الثالثة (C) أعراض التجنب من DSM IV - tr إلى مجموعتين هما : (C) أعراض التجنب و (D) أعراض التغيرات الفكرية والوجدانية السلبية في DSM V وتتمثل هذه المجموعات في :
 - أعراض استعادة الخبرة الصادمة (الاقتحامية) .
 - أعراض تجنب الخبرة الصادمة .
 - أعراض التغيرات الفكرية والوجدانية السلبية .
 - أعراض فرط الاستثارة والتيقظ .
2. أصبح يتطلب عرض واحد فقط من أعراض التجنب بدلا من ثلاث أعراض .
3. أصبح يتطلب عرضين اثنين من أعراض التغيرات الفكرية والوجدانية السلبية .
4. أضيفت ثلاث أعراض أخرى لأعراض التغيرات الفكرية والوجدانية السلبية هي :
 - مشاعر الذنب واللوم المستمر للذات .
 - الأفكار المشوهة عن الذات والآخرين .
 - المشاعر الانفعالية السلبية المستمرة (القلق الخوف الحزن) .
5. إضافة عرض آخر ضمن أعراض فرط الاستثارة والتيقظ هو : السلوكيات الخطيرة والمتهورة المدمرة للذات .
6. حذف العرض الثاني من معيار الحدث الصدمي المتمثل في الفرع و حالة الذهول وردود الفعل الفورية التي تتزامن مع وقوع الحدث الصدمي و عوض بمشاعر الضيق والشدة .

1- سليمان جار الله ، مزور بركو ، مرجع سابق ، ص 20.

7. حذف عرض تقاصر المستقبل (الشعور بالمستقبل القصير) من أعراض التجنب التي تضمنها DSM IV- tr .

8. حذف حادث وفاة غير متوقعة لشخص عزيز (أفراد الأسرة أو المقربين) نتيجة أسباب طبيعية من معيار الحدث الصدمي .

9. إضافة زملة إكلينيكية جديدة تتمثل في الأعراض التفككية الشبه فصامية التي يمكن أن نجدها عند الأفراد الذين يستوفون معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة إضافة إلى أنهم يحملون خبرات تفكك الشخصية وأعراض التعرب عن الواقع .

10. استحداث معايير تشخيص جديدة لفئة الأطفال الأقل من 06 سنوات (قبل التمدرس) التي لم تكن موجودة في DSM IV tr إضافة إلى تبيان وفرز أعراض المراهقين والأطفال الكبار ضمن معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة عند الراشدين .

13. الخبرة الصادمة عند الطفل

" فمن خلال تعامل الطفل مع أسرته ومع عالمه الصغير تتكون لديه صورة بسيطة عن نفسه وعن الحياة تسمى افتراضات أساسية تتلخص في : أنه شخص محبوب من المحيطين به، وأنهم يقومون بحمايته ورعايته ولا يعرضونه للخطر، وهم قادرون على ذلك، وأن هناك منطفا يحكم العالم وهو أن الخير دائماً ينتصر، لأن الله يحب الأخيار ويحميهم ويساعدهم . وعند تعرض الطفل للحدث الصادم فإن هذه الافتراضات أو القناعات الأساسية تتزلزل، وتهدم في لحظة الاعتداء على الطفل أو ذويه، حيث يرى كل شيء يتغير أمام عينيه، فتتهتز كل ثوابته، ويتعرض للتناثر والتشتت، وتتعرض صورته عن نفسه وعن العالم للتشوه، وبما أن تكوينه المعرفي والوجداني لم ينضج بعد، لذلك تكون الآثار عميقة ومؤثرة بشكل أكثر من الكبار. " ¹

14. اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل :

14.1 المظاهر السريرية الشائعة لاضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل :

" حاولت "Terr" أن تدرس الفروقات بين الأطفال والراشدين فيما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة، وقد توصلت إلى النتائج التالية :

1-مجموعة من الباحثين ، التدخل في حالات الأزمات والطوارئ ، برنامج التنمية الاجتماعية والأسرية، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان -الأردن، 2009 ، ص 363.

- إن الأطفال لا يعانون من مشاكل فقدان الذاكرة والنسيان بسبب الصدمة.
 - الأطفال لا يعانون من التبدل العاطفي الذي نلاحظه عند الراشدين.
 - الأطفال لا يعانون من الومضات الدخيلة، أي أنهم لا يتوقفون فجأة في مسيرة تفكيرهم وسلوكهم ليعيشوا لحظات مؤلمة ومفاجئة ترددهم إلى الصدمة.
 - أداء الأطفال الدراسي يتأثر بالصدمة، بينما يضطرب مجال العمل والإنتاج عند الراشدين.
 - الأطفال يعيشون الصدمة من خلال اللعب المتكرر وهذه صفة خاصة بهم.
 - رجاء الأطفال بالمستقبل يصبح محدوداً وقصير المدى.¹
- إضافة لما سبق يمكننا الإشارة إلى الأعراض التالية :

- تبدلات في النوم تظهر من خلال الأرق، أو الخوف الليلي، أو الكوابيس.
- تبدلات في الشهية من خلال رفض للطعام، فقدان الشهية، المغص، الاستفراغ .
- اضطرابات لغوية كالتأتأة أو التأخر في النطق أو الخرس (mutisme).
- اضطرابات في النمو، والعودة إلى مراحل سبق للولد أن تخطاها (Régression).
- التبول (énurésie nocturne) والتبرز (encoprésie) اللاإراديين أثناء النوم .
- تبدلات عاطفية تتمثل بالتبعية الزائدة للأهل والخوف من البعد عنهم .
- العصبية الزائدة، عدم الاستقرار الحركي.
- تبدلات سلوكية كالمعارضة والرفض، نوبات الغضب، الخجل، الانزوائية والعزلة.
- الميل إلى الخيال، يصل أحياناً إلى حالة شبيهة بالهلوسة.
- تدني مستوى التحصيل المدرسي من خلال السهو والصعوبة في التركيز والصد الفكري (inhibition intellectuelle) ، حيث يتشكل عند الولد ما يشبه الحاجز الذي يمنع المعلومات من اختراق فكرة من أجل فهمها أو حفظها والحركة الزائدة في الصف ، مما يؤدي إلى الصعوبة في التركيز، وأيضاً إلى انزعاج الرفاق والمدرس .
- الميل إلى اللعب أو الرسم أثناء الدرس وغالباً ما يكون موضوع الرسومات متعلقاً بما عاشه الولد من تجارب أدت إلى إصابته بالصدمة النفسية.
- الانطوائية والامتناع عن مشاركة الرفاق اللعب والتسلية أو حتى الأحاديث.
- العدائية التي تظهر في اللعب وتكون موجهة ضد الرفاق مما يؤدي لنفورهم.²
- ازدياد التنبه للمؤثرات الخارجية: من خلال زيادة التنبيه في الإحساس لدى الطفل فترى

1- أسامه عمر خليل فرينه ، القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ، رسالة لنيل شهادة ماجستير ، الجامعة الإسلامية غزة ، 2011 ، ص 17 .

2- عباس فيصل، أضواء على المعالجة النفسية، ط1، دار الكندي للنشر، 1999، ص20

ذلك الطفل يقوم مفزوعاً من نومه ، أو تجده يلتفت في النوم ذات اليمين وذات الشمال ، غير قادر على الخلود إلى النوم، أو يقوم في ساعات الصباح الأولى ولا يستطيع الرجوع إلى النوم مرة ثانية، ونتيجة هذا التنبيه الزائد يؤدي إلى ظهور تصرفات عدوانية لدى الطفل، فنراه فجأة يهاجم أخوته وأصحابه ويكسر الأغراض في البيت، وتمزيق ملابسه و التصرف بشكل هستيري .

- الحركات اللاإرادية والتشنجات وتكون إما على شكل حركات في العينين وتكون تلك الحركات متكررة وسريعة إما في جانب الفم أو في حركات الكتفين.¹

- الخوف الزائد واللامبرر من الأشياء التي لم يكن يخاف منها سابقاً كالخوف من الظلام، من الشارع ، القطط والكلاب ، بصورة دائمة تجعله أحياناً لا ينام إلا مع والديه خوفاً من فقدانهم.
- ردود الفعل النفس جسمية: من خلال الشلل التام ، الصداع، آلام البطن، فقدان الشهية، والآلام المختلفة في أنحاء الجسم، والتشنجات الهستيرية.²

كما قام Dyregrov 2003 بإضافة بعض الأعراض الخاصة باستجابة الأطفال للأحداث ، الصادمة ومنها "زيادة سلوك التعلق بالوالدين والأخوة أو ظهور أعراض قلق الانفصال وفقدان للمهارات المكتسبة حديثاً من خلال عملية التطور ، وخصوصاً عند الأطفال الأصغر سناً والخوف الدائم من تكرار الحدث الصادم ، وأخيراً الشعور بالذنب من الحدث الذي تعرضوا له وهذا يظهر بشكل أوضح عند الأطفال الأكبر سناً.³

14.2 اضطراب ما بعد الصدمة ومراحل نمو الطفل:

قامت "Macksoud" بوضع تصور لتصنيف اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال حسب المراحل التطورية وكان كالتالي:⁴

➤ الأطفال ما قبل المدرسة : من الميلاد - 6 سنوات : في هذه المرحلة لا يكون الأطفال قد امتلكوا القدرة لكي يتصوروا الطرق التي تمكنهم من منع أو تغيير حدوث الصدمة فلهم شعور بأنهم لا يستطيعون الدفاع عن أنفسهم ولا يجدون طريقة تمكنهم من الهروب وتجنب المواقف . وأقصى ما يمكنهم فعله هو الذهاب للنوم وغالباً ما يستجيبون للصدمة بسلوك (التعلق بالخوف والقلق) كقلق الانفصال ، والخوف من الغرباء الواضح في سلوكهم ، والتعلق الشديد بوالديهم

1- ثابت، عبد العزيز، الخبرات الصادمة وتأثيراتها النفسية والاجتماعية على الأطفال الفلسطينيين"، مقدم لبرنامج غزة للصحة النفسية، غزة ، 1998 ، ص 71

2- شعت، ناضل ، مرجع سابق ، ص 48 .

3 - Dyregrov. A, Psychological Debriefing: A leader's for Guide small Crisis Intervention. Chevron Publishing Corporation ,2003, p96.

4 - Macksoud, M., Dyregrov. A., Raundalen, M. Traumatic War Experience and Their Effect on Children. In Wilson, J., Raphael, B. International Handbook of Traumatic Stress. London & New York: Plenum Press,1993, p627.

والخوف من الذهاب إلى النوم وحدهم ، والميل إلى استخدام الخيال كأحد أشكال الإنكار للتخفيف من آلامهم إلا أن بعض جوانب الحدث الصادم تظهر بوضوح من خلال لعبهم أو نشاطاتهم .

➤ الأطفال في سن المدرسة (6-12) سنة : يواجه الأطفال في هذه المرحلة صعوبات في التركيز تؤثر على تحصيلهم المدرسي بشكل كبير، وتعزو السبب في ذلك إلى أن الذكريات المتعلقة بالتجربة الصادمة والمزاج المكتئب الذي يعيشه الطفل اللذان يؤثران على عملياته العقلية

أما على المستوى السلوكي فيكونون في الغالب سلبيين وغير تلقائيين ، ومن الممكن أن يصبحوا أكثر قسوة وعنف من السابق ، وقد يترك ذلك أثرا واضحا علي علاقاتهم بأقرانهم وأصدقائهم ، مما قد يدفعهم بالنهاية إلى نوع من العزلة الاجتماعية. ويكونون عرضه بشكل جزئي إلى تطوير أعراض نفس-جسدية، كالصداع وآلام المعدة وغيرها .

➤ المراهقون: المراهقون هم أكثر عرضه للصدمة النفسية من الأطفال فهم لا يلجئون للتخيل كوسيلة للإنكار، كما أنهم لا يستطيعون استخدام اللعب كأحد وسائل التكيف ، فعادة ما يستخدمون سلوك إيذاء النفس كوسيلة للهروب بأنفسهم من القلق الذي تسببه الذكريات المتعلقة بالصدمة ،ومن مشاعر الذنب ، وبالعادة فان المراهقين يلجئون إلى العنف، والتدخين والمخدرات، والهروب من المدرسة (استخدام الفعلنة) (Acting out).

15. التوجهات النظرية النماذج المفسرة للصدمة واضطرابات ما بعد الصدمة:

15.1 التوجه العضوي البيولوجي: ¹

" يقوم هذا التوجه على افتراض أن هنالك عوامل وراثية (Genetic Factors) تؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب ولقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم . فلقد وجد (Skreet al, 1993) اتفاقاً أكبر في اضطراب (PTSD) بين التوائم المتطابقة (Identical Twins) بالموازنة مع التوائم الأخوية (Fraternal Twins) . واستنتج (Skre) وزملاؤه بان النتائج تدعم فرضية مساهمة الوراثة في تسبب (Causation) اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية .

وتوصل (Trueet. al, 1993) إلى الاستنتاج نفسه من دراسة أجروها على عينة أكبر من التوائم ، استهدفت التعرف على التأثيرات التي يحدثها التعرض إلى المعارك، فوجدوا أن نسبة

الاتفاق كانت اكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الأخوية .

وكان (Foyet. al 1987) أفاد بدليل ربما كانت له علاقة بالفرضية الوراثية من خلال مراجعات الأفراد الذين تعرضوا إلى المعارك بهدف العلاج، توصل (Foy) وجماعته إلى أن ما يقرب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بسبب تعرضهم إلى المعارك، ينتمون إلى عوائل فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية.

ويستنتجون بأن الفرد الذي يعيش في أسرة فيها أفراد يشكون من أمراض نفسية، تكون قابلية أو شدة تأثره النفسي بالأحداث الصدمية عالية، فتؤدي به إلى الإصابة باضطراب (PTSD) .

15.2 التوجه العضوي الكيميائي :¹

" ينضوي هذا التوجه تحت المنظور الحياتي البيولوجي غير أنه يركز على العوامل البيوكيميائية . فلقد أفترض عدد من المنظرين (Krystal et al., 1989) مثلا أن التعرض لحادث صدمي يؤدي إلى إلحاق الضرر بجهاز أو نظام إفراز الغدة الكظرية، وتحديداً إلى زيادة في مستويات النور أدرينالين (Noradrenaline) والدوبامين (Dopamine) وزيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والجفلة.

وتفيد الدراسات بوجود بعض الأدلة التي تدعم هذه النظرية الحياتية البيولوجية فلقد وجد كوستن وزملاؤه (Kosten et. Al 1987) أن مستوى النورأدرنالين والأدرينالين كان عاليًا لدى المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وكان كوك و زملاؤه (Kolk et. Al, 1985) قد وجدوا زيادة في مستويات الدوبامين والنورنالين لدى الأفراد الذين يعانون هذا الاضطراب. وأشارت دراسات أخرى إلى زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (Autanomic) لدى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Textbook of Psychiatry, 1997) وتوصلت دراسات أجريت على الحيوانات عند تعريضها للضغوط إلى أن الموصلات أو الناقلات العصبية (Neurotransmitters) وهي مواد كيميائية تقوم بالتوصيل بين - الأعصاب - يضطرب عملها لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب.

ويستنتج (Eysenck) من استعراضه لعدد من الدراسات بأن المرضى بهذا الاضطراب

يختلفون عن الأفراد العاديين في القراءات الخاصة بالمقاييس الفسيولوجية والبايوكيميائية ، ومع ذلك يضيف آيزنك فأن هذه التغيرات الحياتية (Biological) لا ترينا بأنها السبب في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، وأن التوجه الحياتي البيولوجي يحتاج إلى توسيع أكثر يأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية في حساسية أو قابلية الإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ."

15.3 التوجه النفسي الدينامي :

تتناول وجهة النظر التحليلية موضوع الصدمة النفسية من زاويتين أساسيتين ، يصعب التمييز بينهما ، وهذا لتكاملهما وتداخلهما تتمثل في وجهة النظر الدينامية ووجهة النظر الاقتصادية .

" فمن وجهة النظر الدينامية: توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة، وكيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحادث الصدمي على قاعدة فارغة، بل يوجد تنظيم نفسي سابق وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من الواقع ، أما من وجهة النظر الاقتصادية : يشير إلى مقدار الفارق بين الاستثمارات المستقبلية من طرف الأنا، والكمية التي يستطيع الأنا أن يحولها ويربطها ويتحكم فيها وقت وقوع الحادث هذه الطاقة يمكن أن تكون داخلية المنشأ لتتنشيط نزوي أو خارجية المصدر . الصدمة النفسية بهذا المفهوم هي غياب النجدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تواجه ترائم الاثار التي لا تطاق ، سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي . " ¹

" كما يشير فرويد إلى مفهوم "صاد الاثار" ليتعرف على ما يحدث أثناء الصدمة، فعادة يعمل كغشاء يغطي الجهاز النفسي، والذي يصفي المنبهات، من أجل حماية النفس من الاثار القادمة من الخارج ، في هذا المنظور يجب فهم الصدمة لكسر ممتد لصاد الاثار . " ²

" و إضافة لما سبق يرى فرويد أن للصدمة النفسية تصور ثالث إذ ميز بين مفهومي القلق الآلي المعاش في وضعية خطر حقيقية و القلق للإشارة أو إنذار للخطر المعاش عند تهديد خطر ما . حيث أن الأول الاستجابة العفوية للعضوية لوضعية صادمة تتميز بفيض من الاثار المفرطة و غير المتحكم فيها ، و يشكل الثاني إعادة إنتاج لأول عند لظى خطر لفراق أو فقدان، وبهذا الشكل يحاول الأنا من خلال إطلاق إشارة القلق تجنب طغيان القلق الآلي المميز للوضعية الصدمية. " ³

1 - BERGERET (J) : La psychologie pathologique, MASSON, Paris, 1982, p.236

2 - DAMIANI.C ., op cite , p.91

3 - Brett, E. A, Psychoanalytic Contribution to a Theory of Traumatic Stress. IN Wilson, J., Raphael, B. International Handbook of Traumatic Stress, London & New York: Plenum Press,1993, p.13

من هنا يتجلى أن هناك نوع من التداخل و التكامل بين هذه المحاور الثلاثة في مفهوم الصدمة النفسية عند فرويد فكل نظرة تشرح الأخرى و توضحها من جانب معين.

مفهوم البعدية عند فرويد: يشير هذا المفهوم إلى أن ما يأتي من بعد يعطي معنى لما حدث من قبل ، ويحدث انقلاباً وزعزعة في المعالم الموضوعية سابقاً ، حيث لا تأخذ الصدمة معناها وفعاليتها إلا من خلال صدمة ثانية تأتي لتجنيسها .

" فتفتضي البعدية إذا وجود حادثين: أولهم حادث مفاجئ أولي وقع للفرد منسي ، لا يعرف الشخص مضمونه ، ولا يؤدي إلى اضطراب واضح في شخصيته بل يبقى كامناً وبمثابة استعداد ، وبمناسبة حادث آخر بعدي يأخذ الحادث الأول معناه . أما الحادث الثاني ، فهو حادث مبتذل متأخر في مرحلة النضج يعمل على تنشيط الحادث الأول ويثير دفاعاً مرضياً .

قد تظهر الأعراض الصدمية أحياناً مباشرة بعد وقوع حادث ما بساعة أو بيوم وقد لا تظهر أحياناً أخرى إلا بعد فترة كمون طويلة نوعاً ما ، أي من خلال البعدية ، وبمناسبة حادث ثاني ينشط الأول ، وهكذا تنفجر الصدمة النفسية من خلال البعدية وتأخذ ل دلالتها وقد يفقد الشخص على إثرها توازنه النفسي." ¹

15.4 التوجه السلوكي :

" معروف عن العلماء السلوكيين أنهم يهتمون العوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية ، ويؤكدون العوامل البيئية وأهمية التعلم بنوعيه الاشتراط الكلاسيكي والأشراط الإجرائي ، في تحديد السلوك بنوعيه ، السوي وغير السوي ، اللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم." ²

" فوفق المنهج الأشرطي في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية فإن الاشتراط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي ، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبه طبيعي (غير مشروط) . فعلى سبيل المثال المرأة التي كانت تعرضت إلى اغتصاب في متنزه عام قد تظهر خوفاً كبيراً إذا ذهبت إلى هذا المتنزه مستقبلاً، وربما يجري تعميم هذا الخوف على متنزهات

1 - DAMIANI.C, op cite , p.115

2- صالح، قاسم حسين ، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكي. مكتبة الجيل الجديد، صنعاء، 2000 ، ص 18.

أخرى . وعليه فأن هذا الخوف الناجم عن تنبيهه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد إلى ما أصطلح عليه السلوكيون بالتعلم التجنبي (*Aviodance Learning*) الذي يفضي خفض القلق .¹

" ويرى الباحثون أن التوجه الأشرطي مصيب من حيث أنه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيهه مرتبط بحادث صدمي ، يقود فعلا إلى سلوك تجنبي لمثل هذا التنبيه لدى المرضى ب (PSTD) ، إلا أنه لا يزودنا بتفصيلات عما يحدث فضلا عن أنه لا يقول لنا لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه ."²

15.5 التوجه المعرفي :³

" يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة والعالم بشكل عام .

وعلى أساس هذا الافتراض، وضع فوا وزملاؤه (Foa et. al. 1989) نظرية معرفية في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهومنا للأمان وما هو آمن. فالمرأة التي تعرضت إلى اغتصاب قد تشعر بعدم الأمان في حضور أي رجل كانت تقابله فيما بعد ، فينجم عن ذلك " أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة (p167) فيقود هذا إلى تكوين بنية (Structure) كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى . وان الأفراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة في التنبؤ (Predictability) وضعف السيطرة على حياتهم، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق.

وعلى نحو مماثل يرى (Miller, 1995) أن الفرد يدرك الحدث الصادم على انه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي فلا يعرف كيف يتعامل معها، فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات (Information-Process) ترجع في الواقع إلى كيلي (Kelly , 1955) الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينه

1 - Weiten , W, Psychology . Themes and Variations . Brooks / Cole Publishing Company, 2004, p 122.

2 - Eysenck , op cite , P 694

3- صالح، قاسم حسين ، 2000 ، مرجع سابق ، ص 19.

بخصوص القلق والخوف والتهديد. فهو عرف القلق النفسي بأنه " إدراك الفرد للأحداث التي يواجهها على أنها تقع خارج مدى ملاءمتها لنظام البنى لديه"

بمعنى أن الإنسان يصبح قلقاً حين لا تكون لديه بنى (Structures) أو حين يفقد سيطرته على الأحداث، فيما يشعر بالخوف حين تظهر بنية جديدة على وشك أن تدخل نظامه البنائي. أما التهديد فإنه يشعر به عندما يدرك بان هنالك تغيير شاملاً على وشك الوقوع في نظام البنى لديه.¹

ومع أن التوجه المعرفي يقدم وصفاً معقولاً لبعض التغييرات المعرفية المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة، إلا أنه يترك أموراً خارج حساباته فليس واضحاً لماذا يكون بعض الأفراد أكثر ، تأثراً من غيرهم في الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة ، ولم يقدم شيئاً بخصوص العوامل الوراثية فقد أولى اهتمامها بالتركيز على الحادث الصادم، وأغفل الحديث عن العوامل الأخرى.

15.6 توجه العوامل الاجتماعية:²

" يرى باحثون أن أحد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فرد ما تعرض إلى حادث صدمي، سيتطور لديه اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، هو مدى حصول هذا الفرد على إسناد اجتماعي . فلقد توصل سولومون وزميلاه (Solomon , Mikulincer & Avitzur , 1988) من دراستهم التي أجروها على الجنود الإسرائيليين الذين اشتركوا في الحرب اللبنانية، أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الإسناد الاجتماعي كانت لديهم أعراض قليلة من اضطراب ما بعد الضغوط ، وان الجنود الذين اظهروا انخفاضاً كبيراً في أعراض هذا الاضطراب كانوا قد حصلوا خلال ثلاث سنوات على أفضل إسناد اجتماعي (Solomon et. al. 1988) ويشير ايزنك إلى أن هنالك دراسات أخرى توصلت إلى النتيجة نفسها ."

15.7 نظرية معالجة المعلومات:

" إن معالجة المعلومات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب ما بعد الصدمة، فالانبيات أو المنبهات تغزونا من كل حذب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته ترميز، حل الترميز، السلوك (بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المنبهات

1- صالح، قاسم حسين ، الشخصية بين التنظير والقياس . مكتبة الجيل الجديد، صنعاء ، 1997. ص 42.

2 - Eysenck , op cite , p.697 .

تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال) كما هي الحال مثلاً في الكوارث والصددمات ، بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية ، لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية ، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة المنبهات ، وفي هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام ، وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان ، غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل : النكران، التبدل، التجنب وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة .¹

" ويبدو أن المنبهات الصادمة لا تغيب عن وعي الشخص ، بل إنها تغزو وبعنف رأسه من وقت لآخر، وتؤدي إلى المشاعر المؤلمة والصور والأفكار المأساوية المرتبطة بالصدمة (كوابيس ، أفكار وصور دخيلة) وهكذا تبقى المنبهات الصادمة تضغط على الشخص حتى تتم معالجتها بشكل كامل ، ولكن يبدو أنه ليس من السهل حدوث ذلك نظراً لطبيعة الصدمة التي تبقى ناشطة في الذاكرة عسيرة عن تحديد معنى لها، ولذلك يحدث تأرجح دائم بين عمليات التكرار للانفعالات وتجنبها، لعدم القدرة على احتوائها في البناء المعرفي، والإنكار والتبدل كوسيلة دفاع تبقى المعلومات خارج الوعي أو في اللاشعور قبل أي محاولة علاجية لاحتواء الصدمة، والهدف هو اكتمال معالجة المعلومات الصادمة أو المثيرات ، وذلك عندما يتم تمثيل الواقع أو المنبهات الصادمة بنجاح مع النماذج المعرفية للمصاب، ولكن إذا لم يتم هذا التغيير فإن الخبرة الصادمة ستظل بشكلها الخام والنشط بلا معالجة ."²

15.8 نموذج المناعة النفسية لموسون Moussong. E.K :³

" استنتجت موسون من دراساتها عن الأحداث الصدمية ، إن هذه الأحداث لا تؤثر بالطريقة نفسها وبالمقدار نفسه لدى أشخاص مختلفين ، وقد أثبتت هذه الأبحاث أيضاً أن العامل الأهم في تحديد ردود فعل الكائن الحي ليس الحادث الصدمي بحد ذاته ، وإنما القدرة على المواجهة أو السيطرة على الموقف، وهذه تساعده على التحكم في مشاعر الحيرة، والقلق، والخوف، والعوارض التي تلازمها، مثل تسارع ضربات القلب، وارتفاع الضغط،

1- يعقوب غسان، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، دار الفارابي ، بيروت ، 1999، ص 70.

2- مكماهون ، مرجع سابق ، ص 20

3- النابلسي، محمد أحمد وآخرون ، 1991، مرجع سابق ، ص 246-255

والتعرق وغيرها.

وتقول (موسون) [منذ أن أثبتت الدراسات التجريبية، وجود تفاعلات مزدوجة التوجه بين الدماغ - العقل - وبين الضوابط المناعية، أصبح موضوع (-الضبط النفسي- العصبي - الغددي- المناعي) محوراً للأبحاث الدائرة حول شدة الصدمة وانعكاسها .
إن انخفاض مستوى (النور-أدرينالين) الدماغية قد ينتج عنه انخفاض في النشاط المناعي، وهذا يفسر لنا أسباب انخفاض مقاومة ضعاف القدرة على المواجهة أمام النتائج الصحية المؤذية ، التي يمكنها أن تنشأ عن الموقف الصدمي.

وترى موسون، 1996 إن هناك عاملاً مهماً يؤدي إلى ارتفاع نسب الأمراض النفسية، هذا العامل هو (قلق المستقبل)، وهي ترى أن أفضل طريقة لمواجهة (قلق المستقبل) تتمثل في تحسين الأوضاع الاجتماعية، لأن الأمان النفسي للفرد لا يمكن أن يأتي إلا من أجواء إنسانية بعيدة عن التشنج، وهذه الطريقة تلقي على المسؤولين، والمهتمين بالصحة النفسية تحدياً كبيراً يتمثل بـ (كيف نحيا) Learning to be . "

15.9 نموذج تناذر التكيف (Selye) :¹

" لاحظ سيلبي (Selye) أن نتيجة الإرهاق الناجم عن الشدة كانت تنعكس على الصعيد الجسدي بالمظاهر الآتية:

- 1- تضخم القشرة الكظرية. Cortex Sarrenal
 - 2- نزيف غشاء المعدة.
 - 3- انحطاط الأنسجة الليمفاوية والغدة الصقريّة (المسؤولتان عن جهاز المناعة).
- ويقسم (سيلبي) العوامل الشدية (الصدمية) على ثلاث مجموعات هي:
- أ. عوامل الضغط النفسي - الجسدي، مثل الأصوات المزعجة، الإصابات (الصدّات). والجروح والحوادث والآلام الجسدية... الخ.
- ب. عوامل الضغط النفسي: مثل القلق، والانهماك، والمخاوف (على أنواعها)، والأخطار (خاصة ما يهدد الحياة منها) والوحدة والإرهاق الفكري.. الخ.

1- النابلسي أمحمد احمد وآخرون ، 1991، مرجع سابق ، ص 257-258.

- ج. عوامل الضغط الاجتماعي: مثل الصراعات المهنية، والظروف الحياتية المعيشية والخلافات العائلية، وصعوبات العلاقات الشخصية والعزلة الاجتماعية... الخ.
- هذه العوامل تعطي تناذر التكيف (Syndrome Adaptation) الذي يمر بـ 3 مراحل هي:
- 1- مرحلة الإنذار *The Alaram Stage*: وتتمثل برد فعل هو بمثابة الإنذار ويتجلى بتحريك قدرات الجسد للتصدي لعوامل الشدة.
- 2- مرحلة المقاومة: وتأتي هذه المرحلة لتعقب سابقتها في حال استمرار تأثير عوامل الشدة، وهي تقتضي تعبئة قدرات الجسد كافة لمواجهة هذه العوامل.
- 3- مرحلة الإنهاك (الاستنفاد): تتميز باستنفاد قدرات الجسم على التكيف مع العوامل الصدمية (الشدية) مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل، أو حتى إعطاء الأجوبة على هذه المثيرات. في حال استمرارها تستطيع هذه المرحلة أن تؤدي إلى الموت. "

15.10 نموذج العوامل الشخصية والموقفية *WILSEN et KROSE*: ¹

" وضع ولسن وكروس (Wilson&Krauss,1985) في هذا النموذج النظري تصوراً لتفسير (PTSD)، يعتمد على عدد من العوامل الشخصية والموقفية، ووفقاً لهذا التصور فإن ميكانيزمات التكيف، والدفاع الذاتي (Self-Defensive) الطبيعي اضطربت نتيجة العبء النفسي (Psycho Overload) الناتج عن طبيعة الخبرة الصدمية وشدتها ومعناها. قد يكون عدد من الأشخاص قادرين على استيعاب الحدث الصدمي بطريقة ما بحيث لا يصبح جزءاً من مخزن الذاكرة النشط (Active Memory Storage)؛ ولكن أكثر من ذلك يتكامل الحدث الصدمي بأسلوب مناسب داخل المنطقة الإدراكية الموجودة. وقد يكون عدد من الأشخاص محصنين أيضاً (Inoculated) ضد الصدمة أما بالتصلب (Hardened) عن طريق إعادة اختبار صدمات قاسية صغيرة كثيرة، أو بتدريب خاص مصمم لتهيئتهم للأحداث الصدمية بوساطة إعادة السلوكية أو الإدراكية للنتائج المتوقعة في الحدث الصدمي المهدد للحياة. ويرى (ولسن وكروس) أن الصدمات النفسية تختلف وفقاً لعوامل شخصية وموقفية كثيرة تتضمن (فقدان الأهل والأقارب، والأشخاص ذات الصلة وتهديد الحياة وسرعة بداية الصدمة، وعزل

الأشخاص عن المجتمع، وخطورة الضغط في الموقف الصدمي، ومدى السيطرة على إعادة حدوث الموقف الصدمي وطول مدة الصدمة.

ويؤدي الإسناد الاجتماعي تأثيراً كبيراً ومهماً في التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، ويتمثل هذا الإسناد في الدرجة النسبية للإسناد المقدم من الآخرين ذات العلاقة بضحية الصدمة، والآخرين في المجتمع، إذ أن الآليات الاجتماعية تسهل العودة السريعة إلى الأداء الاجتماعي النفسي الطبيعي؛ لأن الفرد إذا شعر بنقص الإسناد الاجتماعي المهم فإن تأثيرات الصدمة، ربما تصبح شديدة، وحينها قد يعزل نفسه، ويشعر بالعزلة، والقلق، والكآبة.

15.11 نموذج ماسيك (Masic) في الصدمة، والصدمة الحضارية (Culture).¹

"قدم ماسيك تصوراً لاضطراب الصدمة، والصدمة الحضارية، ورسم أطواراً لكل منها إذ يرى أن الصدمة الحضارية هي نوع من حالة رد الفعل، أو الاستجابة، وأن في أي إظهار للاستجابة هناك فقدان لعلاقة ما (جسدية، صحية، مادية، ثقافية) وهذه العلاقة تكون مهمة لوجود الفرد، وتوازنه الحضاري (الثقافي) و (النفسي). يؤدي هذا فقدان في الغالب إلى اثنين من الأعراض النفسية هما: (القلق)، و (الكآبة).

ويرى (ماسيك) أيضاً أن هناك خمسة أطوار لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD):

أ- الطور الأول: الصدمة الحادة : في هذا الطور تقل جميع الوظائف النفسية، ويعاني المريض عادة من هلع شديد، ونوبات قلق وتجربة استرجاع حوادث الصدمة وتفصيلها.

ب. الطور الثاني: الإستتار (الطور السلبي) : ميزة هذا الطور، هو تأسيس دفاعات نفسية قوية ضد عملية استنكار الصدمة.

ج. الطور الثالث: التعبير الانفعالي : في هذا الطور يعاني الشخص المصدوم مرة أخرى من مشاعر ضغط مرتبطة بالصدمة، كالشعور بالخوف، والغضب، والكرهية وأولى علامات الحزن، ويصبح مكتئباً وعليه يمكن أن يشعر بغضب شديد في البداية نحو نفسه ثم الآخرين.

د. الطور الرابع: التكيف الجزئي، أو النسبي، والحزن : في هذا الطور يعمل الشخص المصدوم على جوانب معرفية، وانفعالية جديدة للخبرة الصدمية، ويصبح الشخص المصدوم

في هذا (الطور) راجباً في التحدث عن التجربة الصدمية، وتكون العلاقات مسالمة على نحو كبير مع قلة الشكوى، وشدة الرغبة في فهم ما حدث، ولا يعود ليشعر بأنه ضحية فقط. هـ. الطور الخامس: الطور النهائي : إن هذا الطور يقدم فرصة لإعادة تفسير تجربة الصدمة القاسية، وإعادة تحديدها فيما وراء الشخصية، ومن خلال اندماج الصدمة، هناك فرصة لإثراء الشخصية بحيث يكون للشخص فهم أعمق للحياة موازنة بحالته السابقة، وبالموازنة مع الأشخاص الآخرين الذين لم يعانون تجربة صدمة. ويمكن القول إن الشخص المصدوم كان يعيش في غيمة مظلمة لكنه في هذه المرحلة يرى ضوء الشمس. "

15.12 نموذج "Creamer" : ¹

" يعرض فيه تكوين وفهم الصدمة في النماذج المعرفية ، ولكن بدون استعراض العوامل الأخرى التي تؤثر في التكيف في مرحلة ما بعد الصدمة كالشخصية قبل حدوث الصدمة، البيئة الشافية، والتبعات البيولوجية للصدمة ويتم تقييم الصدمة معرفياً حسب المراحل الخمسة التالية:

المرحلة الأولى التعرض للحدث : تعتبر حدة التعرض للحدث الصادم عامل أساس في تكوين وتطوير الأعراض المرضية في مرحلة ما بعد الصدمة غير أن حدة الصدمة لا تعتبر العامل الوحيد الذي يحدد مقدار التكيف ما بعد الصدمة فنجد أن الأشخاص الذين يتعرضون لنفس الحدث تكون لديهم ردود فعل مختلفة بعضهم عن البعض وبالتالي فإن تأثير درجة التعرض للصدمة لا يرتبط بشكل مباشر بحدة الأعراض ولكن تكون هناك عوامل وسيطة تلعب دوراً مهماً في ذلك.

المرحلة الثانية: تكوين الشبكة تقييم الحدث الصادم هو جزء أساسي في تكوين اضطراب ما بعد الصدمة فيما بعد، فإذا قيم الحدث علي انه ليس مخيفاً وليس مهدداً للحياة، فإن الذكريات الصادمة لا تغزو الشخص كما أن طبيعة ومحتويات ما تسمى بشبكة الذاكرة للحدث الصادم تتحدد بخصائص الحدث نفسه : ماذا حدث؟ كيف تم تقييم هذا التهديد؟ كيف استجاب الشخص للحدث؟ ما هي المعاني التي ارتبطت بالحدث؟ الخ ... مع الأخذ بعين الاعتبار شخصية هذا الشخص قبل وقوع الحدث، الخبرات السابقة والظروف البيئية والثقافية المحيطة . وهكذا فإن فهم وتفسير الحدث الصادم يعتمد بشكل أساسي علي تكوين هذه الشبكة من المعلومات وبالتالي فإن

1 - Kleber, R. J., Figley, C. R., Geresons, B. P , Beyond Trauma: cultural and societal dynamics. New York, Plenum Press, 1995, p57-58.

درجة التعرض للحدث الصادم تؤثر بشكل كبير في تكوين شبكة المعلومات التي بدورها تؤثر على درجة هجوم وغزو الأفكار للشخص الذي تعرض للحدث الصادم.

المرحلة الثالثة: الغزو أو الهجوم : يعتقد "Creamer" بان الذكريات التي تغزو الإنسان تقوم بتنشيط شبكة المعلومات التي كونها ، وهذه الذكريات المقحمة تكون دائما مرتبطة بحالة من الانضغاط ، يعيشها الشخص وإن إعادة تذكر الحدث التي تحدث في فترة ما بعد الصدمة تدل على تنشيط شبكة المعلومات المتكونة ، وان الذكريات المتعلقة بالحدث تقوم بغزو هذا الشخص . ويمكن تقسيم هجوم الذكريات إلى نوع وظيفي أو علاجي، حيث انه يرتبط بتخفيض مستوى الأعراض ويساعد على تعديل شبكة المعلومات ، ونوع آخر غير علاجي أو غير وظيفي، بحيث انه يزيد من درجة التحفز عند الشخص ، ويجعله يلجا إلى غلق باب التفكير بالحدث . ويرجع "Creamer" ذلك إلى المدة التي تقوم فيها الذكريات بغزو ذلك الشخص ، وبهذا فإن الهروب أو التجنب يعتبران هنا كوسائل تكيف غير فعالة نتيجة لغزو الذكريات المتعلقة بالصدمة ، وإذا نظرنا إلى ارتباط مستوى الغزو بمستوي الأعراض فإننا نجد أن هذه العلاقة طردية علي المدى القصير وعكسية علي المدى الطويل. ويمكن لهذا الغزو أن يلعب دورا كبيرا بالعلاج إذا تم استدعاؤه بشكل إرادي، و يتم تفعيل شبكة المعلومات وتعديل الأشياء السلبية ، وهذا ما يسمى التعرض العلاجي.

المرحلة الرابعة: التجنب والهروب : وهما وسيلتا تكيف تتكون نتيجة للشعور بالانزعاج والمعاناة التي يسببها غزو الذكريات المتعلقة بالحدث الصادم ، وكما سبق ذكره فان هذا الغزو يكون مسئولا عن تفعيل وتنشيط شبكة المعلومات التي كونها الشخص عن الصدمة ، وهذا التفعيل بدوره يكون مسئولا عن الشعور بالانضغاط والإعياء ، وبالتالي فان أي جهد أو محاولة لغلق الباب أمام الذكريات المتعلقة بالحدث ، وتجنب أي مؤثر يذكر بالحدث قد يساعد في تخفيف هذا الانضغاط والإعياء ، ولكن مع أن التجنب قد يخلق شعور وقتي بالراحة ، إلا أن له آثارا مرضية علي المدى الطويل ، وحيث إن التعافي من آثار الصدمة يتم بتفعيل شبكة المعلومات ، وتصحيح الأشياء السلبية فيها وإضافة أشياء إيجابية، فان التجنب يقف عائقا دون حدوث هذه الخطوة.

المرحلة الخامسة: النتيجة : إن تفعيل شبكة المعلومات في بداية الحدث قد ينتج عنه مستوى عال من الأعراض ، ولكنه الطريق الوحيد للشفاء، والطريقة الوحيدة لتعديل بعض الأشياء السلبية وإضافة معلومات إيجابية ، وبالتالي تخفيض مستوى الأعراض علي المدى الطويل. "

15.13 النماذج التحليلية الأخرى :

" تحدثت "Brett" ان هناك اتجاهين لتفسير تكوين الصدمة النفسية:

➤ الاتجاه الأول: يضم نموذجين ، النموذج الأول هو ما تحدث عنه فرويد وسمي بالإعادة القهرية (repetition compulsion) حيث أن الإنسان بعد حدوث الصدمة ، تتناوله نزعتان ، النزعة الأولى في الإعادة المتكررة للصدمة، والنزعة الثانية هي في الدفاع ضد هذه الإعادة المتكررة. والنموذج الثاني المتمثل في اخذ "Horowitz" خلاصة فكرة فرويد وتحويلها إلى لغة تفعيل المعلومات (Information Processing) بحيث تبدأ الصدمة ، بهجوم المعلومات ومن ثم إعادة تكررها واستخدام الإنكار كوسيلة دفاع للتكيف مع هذه الصدمة ولكن هذه الإعادة للأفكار تخلق مشاعر مؤلمة ومحزنة مما يستدعي الإنسان إلى استخدام ميكانيزمات الدفاع.

➤ الاتجاه الثاني: يري أصحاب هذا الاتجاه أن رد الفعل العصابي للصدمة يتكون من الفشل في التكيف الأولى ولكن هناك طريقتين للتوصل إلى هذه النتيجة فمن ناحية يري كل من "Kardiner & Spiege" بان الصدمة تؤدي إلى تقلص وانسحاب تصاعدي ومتوال (progressive withdrawal) يتبع في إعادة الترتيب والتنظيم في دفاعات الشخص في محاولة منه للتكيف مع قدراته المتقلصة. ومن ناحية أخرى يري "Krystal" أن رد الفعل المتصلب والمتشنج الذي يتبع الصدمة قد يؤدي إلى اضطراب شديد بالمشاعر وقد يستمر حتى الوفاة.¹

16. علاجات اضطرابات ما بعد الصدمة :

إن عملية التشخيص، ومن ثم علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) من الأمور المعقدة، بسبب النطاق الواسع للأعراض، والخواص النفسية، والباثولوجية المعقدة. و يعطى العلاج بناءً على نوعية الحالة المرضية لـ (PTSD) فعلاج مضطربي الصدمة (PTSD) يقوم على ثلاث دعائم هي:

1. مستوى المريض التعليمي، والثقافي.

2. العلاج الدوائي.

3. العلاج النفسي.

فيما يخص المستوى التعليمي فإن كل مريض يمكنه الانتفاع من التعليم الذي يبدأ بعد التشخيص مباشرة ، وإن عوائل ضحايا الصدمة عليهم أيضاً بالتعليم الخاص بمرض (PTSD)، ومعرفة أعراضه، وأسبابه بقصد تفهم المريض ومساعدته على العلاج ، وهذا ما تم اعتماده في دراستنا من خلال الاستراتيجية نفس بيداغوجية أو التنقيف النفسي للآباء والأطفال.

16.1 العلاج الدوائي:

" يعد دواء (Zoloft) (سرتراين هيدروكلوريد) أول دواء لاضطراب (PTSD) تصادق عليه جمعية الدواء الاتحادية ، وقبل مصادقتها عام (1999) ، كان (Zoloft) معترف به مسبقاً لعلاج الكآبة، واضطراب الهلع، واضطراب الوسواس القهري، أما عن فعاليته تجاه (PTSD) فهي تتماشى مع فائدته في علاج الكآبة، والاضطرابات الأخرى. أوضحت الدراسات التي استعملت الأدوية لمدة (12) أسبوعاً تفوق فائدة (Zoloft) على المهدئات الأخرى خصوصاً في النساء وإن (ثلاثي) المرضى لـ(PTSD) يتحسنون باستعمال هذا العقار . كما يقوم قسم من الأطباء أحياناً بوصف عقاقير أخرى من صنف (Zoloft) نفسه في علاج (PTSD)، تشمل موانع إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائي (SSRI's) الباروكسيل (Paroxetine) والبروزاك (Fluoxetine) واللوفوكس (Fluvoxamine) والسيكيسا (Citalopram) واعتماداً على الظروف الطبية للفرد قد يختار الطبيب وصفه من دون مضادات الكآبة أو مضادات القلق الأخرى." ¹

16.2 العلاج النفسي:

هناك عدد من أنواع واسعة من العلاجات النفسية التي تعد فعالة على نحو خاص بحسب اطلاعنا الواسع على مختلف الدراسات وهذه الأنواع يمكننا الإشارة إليها باختصار وهي:

➤ العلاج السلوكي- المعرفي:

من أشكال العلاج المهمة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) والذي تم اعتماده في الدراسة ، وهو نوع من العلاج يركز على تصحيح الأنماط الحادة ، والمؤلمة والسلبية في سلوك المريض وأفكاره بتعليمه أساليب علاجية وفحص عملياته العقلية، ومواجهتها. وفي هذا النوع من العلاج يتطرق المعالج لمعتقدات ضحية الصدمة، والتي غالباً ما تكون متغيرة ومنحرفة، ومشملة على تأنيب الذات نتيجة الحدث الصدمي.

➤ العلاج السايكودينامي: " إن الهدف من معرفة الآثار الواعية، وغير الواعية للصدمة هي

العمل مع المريض على بناء مفهومه الذاتي، وتنمية إحساس جيد ومعقول عن المسؤولية الشخصية واستعادة (الفخر)، والثقة بالنفس لدى الفرد.¹

➤ العلاج السلوكي: يركز هذا العلاج مع مرضى (PTSD) على تصحيح الأنماط العدائية ،

والسلبية والمؤلمة للسلوك بتعليم المرضى أساليب الاسترخاء، وفهم ومواجهة العمليات النفسية (العقلية) التي تكون مسؤولة عن مشكلاتهم. وهناك أساليب علاجية سلوكية عديدة في التعامل مع مرضى (PTSD) مثل أساليب السيطرة على القلق كـ (التنفس البطني البطيء ، الاسترخاء بأشكاله)، وكذلك أسلوب إزالة الحساسية التدريجي وأسلوب التعريض واسلوب إزالة الحساسية بحركة العين EMDR ، ومعظم هذه التقنيات تم اعتمادها في دراستنا الحالية .

➤ العلاج الاجتماعي والأسري: قد يوصى بالعلاج الأسري، والاجتماعي في علاج (PTSD)،

لأن سلوك الأقارب والآباء قد يكون مؤثراً في سلوك المريض المصاب بـ (PTSD). وقد تستعمل مجموعات العلاج الجماعية وهذا ما كان في دراستنا من خلال التوجيه الأبوي والجلسات العلاجية الجماعية ، وهذا يشجع المتعرضين لحوادث صدمية في مشاركة تجاربهم واستجاباتهم لها مع الآخرين، ويقوم أفراد المجموعة بمساعدة بعضهم البعض في إدراك أن الكثير من الأشخاص يمكن أن يستجيبوا الاستجابة نفسها ويشعرون نفس المشاعر.

الفصل الثالث :

العلاجات المعرفية السلوكية

1. العلاج المعرفي السلوكي نشأته وعوامل انبثاقه
2. تعاريف ومفاهيم متعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي
3. المقابلات التشخيصية في العلاج المعرفي السلوكي
4. التحليل الوظيفي ومراحله
5. مسلمات العلاج المعرفي السلوكي
6. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
7. خصائص العلاج المعرفي السلوكي
8. أهداف العلاج المعرفي-السلوكي
9. معايير العلاج المعرفي
10. مدارس العلاج المعرفي السلوكي
1. العلاج المعرفي وفق نظرية إليس
2. العلاج المعرفي السلوكي وفق ليفينسون
3. العلاج المعرفي وفق منهج بيك
4. العلاج المعرفي – السلوكي وفق منهج ميكنباوم
5. التدخل العلاجي حل المشكلات
6. العلاج بضبط الذات
7. العلاج بالتعلم الاجتماعي
11. خطوات العلاج المعرفية السلوكية
12. الاستجابة المعرفية للصدمة
13. الأساليب المعرفية في معالجة المعلومات أثناء الصدمة والاستجابة الصدمية
14. مختلف التقنيات والفنيات العلاجية المعرفية السلوكية

تمهيد : يتناول هذا الفصل التكفل المعرفي السلوكي الذي يعتبر أحد الأساليب العلاجية الحديثة والأكثر انتشاراً ، بالرغم من أن ميدان العلاج النفسي المعاصر يزخر بمدارس وأساليب متعددة قد تصل إلى العشرات من أشكال العلاج النفسي ، وإزاء هذا التعدد أوحى التناقض اعتبار العلاج المعرفي السلوكي نموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية ، إذ يحتوي نظرية تكاملية شاملة في تغيير السلوك ، تقوم على التوافق والتكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي.

1. العلاج المعرفي السلوكي نشأته وعوامل انبثاقه :

" يمكن العثور على الجذور الأولية للعلاج المعرفي السلوكي في الفلسفات الكلاسيكية القديمة ، فقد مارس الإفيثاغوريون تمارين عقلية لضبط النفس ، وتعلم الرواقيون التحكم في انفعالاتهم ومارسوا تمارينات مكتوبة وملفوظة في عمليات التركيز والتأمل. " ¹

" ومن هؤلاء الفلاسفة الرواقيين Stoic Philosophers يمكننا الإشارة إلى زينون Zeno وكريزيبوس وسيسيرو Cicero واپيكتيتوس Epictetus وسينيكا Senece خلال القرن الرابع قبل الميلاد ، وكذلك كل من نهج نهجهم حديثاً مثل سينيوار وبرتراندراسل ، وتتلخص الفلسفة الرواقية في جوهرها. وحسبما جاء عن إبيقور أن البشر يضطربون ليس من الأشياء بل من الآراء التي يعتنقونها عنها. " ²

" ولم يقتصر الأمر على الفلاسفة الرواقيين، بل الفلاسفة الشرقيين أيضاً مثل الفلسفة الطاوية والبوذية Taoism and Buddhism ، إذ أكدوا أن الانفعالات الإنسانية تتركز على الأفكار وأن التحكم بمعظم المشاعر عن طريق تغيير الأفكار. " ³

" فنذكر من فلاسفة القرن الثامن والتاسع عشر المعاصرون أمثال كانط Kant وجاسبر Gaspers وآخرين أثروا تأثيراً كبيراً في تطور العلاج المعرفي. " ⁴

" وفي القرن العشرين كان هنالك عدد من التطورات في مجال العلاج النفسي أسهمت في صوغ طريقة العلاج المعرفي، فقد ذكر فرويد في أعماله أن عدداً كبيراً من الظواهر الهيستيرية

1- عثمان نجاتي، الدراسات النفسية عند العلماء المسلمين ، القاهرة : دار الشروق ، ط 1 ، ص 284.

2- Ellis. A, the Evolution of Rational - Emotive Therapy, (RET) and, 1987, P3.

3 - Beck, A. et al, Cognitive therapy of depression, the Guilford press New York, 1979, p 8-9.

4 - Beck, A. et al, 1979, op cite,, p 8-9.

يحتمل أن تكون فكرية وكذلك أدلر 1936 Adler وهو من أتباع فرويد المحدثين أن سلوك الشخص ينبع من أفكاره ، فقد كان له بصمات واضحة على تطور العلاج المعرفي ، عندما قال الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لانعاني من صدمات خبراتنا ، ولكننا نستخدم منها ما يلائم أغراضنا ، ونحن محددون ذاتيًا بواسطة المعاني التي نسقطها على خبراتنا. " ¹

" وكذلك طريقة العلاج الكلامي لفرانكل 1985 Frankl وغويدانو وليوتيو 1955 (Guidano & Liottio 1985) حول البنائية، التي أدت دورها أيضا في صوغ نماذج من العلاج المعرفي ، وقد أكد هؤلاء المؤلفون أهمية العوامل المعرفية في إيجاد المعاني في الحياة وفي تعزيز التطور الشخصي . " ²

" ويرى إليس ودريدين 1987 أن العلاج المعرفي السلوكي قد تأثر بأعمال كارين هورني 1990 Horniy ، وخاصة ما يخص الألفاظ القاهرة للذات التي يفرضها الفرد على ذاته وتسبب له المتاعب النفسية مثل: الينبغيات Shoylds والتفكير التقييمي الدوغمائي . " ³

" ويأتي إليس 1962-1985 Ellis ليصوغ طريقته في العلاج النفسي ، مطلقا عليها تسمية العلاج العقلاني-الانفعالي، مشدداً على العلاقة بين السلوك والانفعال والتفكير، فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك يكون جيداً، والانفعال يكون إيجابياً . " ⁴

" إذ شكلت طريقة " إليس " الرافد الأساسي للعلاج المعرفي الذي انطلقت منه فيما بعد علاجات معرفية أخرى لبيك Beck وكذلك ميكنباوم Meichenbaum ، 1977 ، الذي أضاف طريقة التدريب على التعليمات الذاتية ، ولازاروس Lazarus 1976-1985 الذي دمج العلاج السلوكي بالعلاج المعرفي ضمن منظومة علاج متكامل أسماه العلاج متعدد المحاور. " ⁵

ومن خلال العرض السابق يمكننا ملاحظة أن الأساليب العلاجية النفسية المعاصرة ليست وليدة هذا العصر وإنما ضاربة في الجذور التاريخية لمختلف الفلسفات والعلوم ، كما أنها تستند إلى أسس ونظريات مختلف العلاجات السابقة، التي بنيت على بعضها، فاستفاد المعالجون

1- مليكة، لويس كامل ، العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت ، 1990 ، ص 190.

2 - Beck, A. et al, 1979, ibid em.

3 - Ellis. A & Dryden . W, the practice of rational –Emotive Therapy, New York, Springer, 1987,P80

4 - Ellis. A, the Evolution of Rational - Emotive Therapy,(RET) and,1987, op cite, P6.

5 - Freeman, A & Lurie. M, Depression A Cognitive Therapy Approach, New Bridge Communications, New York, 1994, p 3.

من هذه الأسس، لذلك كثيراً ما نجد المعالج الحالي مهما كانت خلفيته النظرية فإنه يستند إلى العوامل الفكرية في تعديل سلوك المتعالج، بقصد أم بغير قصد، وهذا من دون تأثيرات خلفيته النظرية لكل أنواع العلاجات السابقة.

2. تعاريف ومفاهيم متعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي :

" يمكننا الإشارة إلى هذا المنحى من خلال التعريف العام بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي ، يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أفضل. " ¹

" أما بالنسبة للتخصيص فان مصطلح " معرفي (COGNITIVE) " يشير إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط به من تذكر، وإدراك واستدلال ، وحكم ووعي للعالم الخارجي ، وتداول المعلومات وتخطيط أنشطة العقل البشري وغير ذلك . ويشتمل السلوك المعرفي على الأفكار والمعتقدات ، والتي يظل كثير منها خصوصية ذاتية . " ²

" وعلى هذا الأساس فان هوجز يعرفه بأنه : إجراء إعادة تنظيم الإدراكات المعرفية ، وإزالة التشوهات الناتجة عن الإدارة غير السليمة لدى الفرد ، حيث التركيز على الدراسة التجريبية للعمليات المعرفية وعلاقتها بالسلوكيات غير التكيفية . " ³

" ويرى جلاس وشيا 1986 glass et shea أن العلاج المعرفي السلوكي هو احد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المريض بان معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية ، هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف ، ويهدف بذلك إلى إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المريض . " ⁴

" وتطلق تسمية الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية على تلك الطرائق العلاجية التي تستخدم

1- إبراهيم عبد الستار ، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 1994 ، ص 35
2- أحمد عبد الخالق وحياة البناء ، الخوف من الأماكن المتسعة وعلاقته بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي التلقائي ، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة ، 2006 ، ع 4 ، ص 112.

3- علي موسى دباش ، فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات ، رسالة ماجستير ، جامعة الأزهر غزة ، 2011 ، ص 27.

4 - Glass et Shea , Cognitive Therapy and Pharmacological Treatments for Shyness and Social Anxiety, In W. H. yens, Imcheak; S.R Briggs and Treatment, New York, 1986, p 317.

مستوى المعرفة المطور في علم النفس الإمبريقي . وهي طرائق علاجية قائمة على نظرية التعلم (السلوكية) من جهة ، ومن جهة أخرى طرائق علاجية تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي . وتطلق على الأولى تسمية طرائق العلاج السلوكي وعلى الثانية طرائق العلاج المعرفي . وبالنظر إلى الطريقتين العلاجيتين المختلفتين مفاهيمياً اللتان لا تستخدمان اليوم مع بعضهما بانتظام فحسب ، وإنما مدمجتان مفاهيمياً ، فإنه يتحدث عن طرائق العلاج المعرفية السلوكية. " ¹

ويتضح ذلك في الجمع بينهما في صيغة واحدة وسنرمز لها اختصاراً CBT أو TCC thérapie
Cognitive-Behavior Therapy - Cognitive comportemental

" كما يشمل العلاج المعرفي السلوكي في صورته الواسعة كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة ، ولا يعني التركيز على التفكير وإهمال الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق ، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو عن طريقة تفكيره، ويتصحح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة ، أو تغييرها. " ²

فالعلاج المعرفي السلوكي مجموعة فاعلة جدا من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرارات، وتوظيف التقنيات، كما يمارس المعالج فيه دورا فاعلا نشطا وداعما مستخدما طيفا واسعا من الفنيات ، بدء بالتعليم النفسي والاكتشاف الموجه وصولا إلى لعب الأدوار والتعريض السلوكي الحي أو المتخيل، مما يساعد المرضى على التعامل مع أنماط التفكير اللاتكيفي ، وإحلال طرق تفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقا .

" كما يعتمد على علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض ، عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلفة وظيفيا والتي تعد المسؤولية عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض، وما تسببه من ضيق وكرب. " ³

1- غراوه وآخرون ، مستقبل العلاج النفسي ترجمة سامر رضوان، منشورات وزارة الثقافة دمشق ، 1999 ، ص 183.

2 - Beck, A.T , Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, international Universities Press, New York. 1976 , p214.

3- عادل محمد ، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات ، دار الرشاد، القاهرة ، 2000 ، ص 17.

" ويعد العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يقوم بحل مشكلات العميل النفسية على المدى القصير ، وقد اثبت هذا الأسلوب العلاجي على مدار العقدين المضايين فعاليتها مع جميع اضطرابات القلق ، بل واستخدم في علاج بعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى . " ¹

" إذ تميز منذ نشأته بتأكيد موضوع هنا والآن here-and-now وعلى ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلفة وظيفيا ، آخذا بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي ، لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها . " ²

فهو يختلف عن العلاج بالتحليل النفسي في عدم غوصه في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، كما يختلف عن العلاج السلوكي الذي بهمل التفكير وعالم المتعالج الخاص به.

" ويعتبر " بيك " المعنى الخاص للحدث، هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له ، هذا المعنى موجود في مفردة معرفية a cognition وهي عادة، فكرة، أو صورة، أو خيالية، أو حكم قيمة ويستمد النموذج المعرفي للانفعالات مادته من ملاحظات المتعالجين لأفكارهم ومشاعرهم . " ³

" وخلال عملية الملاحظة، يكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية ، ويتم التعرف إلى التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلة وظيفيا للمتعالج وتشخيصها ودحضها وتجريبها وتعديلها، بمساعدة المتعالج محدثة تغييرا في كيفية رؤيته لذاته وللعالم وللمستقبل، وذلك من خلال منهج تساؤلي سقراطي Socratic يعرف باسم الاكتشاف الموجه لجعل التشوهات المعرفية تظهر بتتبع الأفكار التلقائية أو الأفكار العفوية ، التي ترتبط بمزاج معين أو حالة مزاجية معينة . ويتم تقويم هذه الأفكار العفوية المعممة بالتعاون مع المتعالج ، من أجل معرفة محتواها ودرجة اعتقاده بها ، وتأثيرها في مزاجه، وذلك لمساعدته للتخلص من تشوّهاته المعرفية إن استطاع أو الاستجابة لها بمرونة أكبر . " ¹

1 - Christine, E. et al, A Cognitive Approach to understanding and Treating Anxiety. Human Psychopharmacology.Clinical, John Wiley Sons, 1999 ,V14, p 16.

2 - Freeman, A & Lurie. M, op cite, p13

3 - Burns D , Feeling Good, William Morrow, New York, 1991, p 88.

1 -Freeman, A & Lurie. M, op cite, p 9.

وهناك أدلة كثيرة من مجموعة واسعة ومتنوعة من المعالجات السلوكية والمعرفية على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، والتي دلت على أنه المعالجة المفضلة للتعامل مع العديد من الاضطرابات، وقد أشارت غالبية الدراسات التي قارنت فعالية التقنيات السلوكية أو المعرفية السلوكية بفاعلية أشكال أخرى من العلاج النفسي كالدينامي أو المتمركز حول العميل .

" ويعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن التفكير، والتخيل، والشعور، والأحداث الخاصة الأخرى تخضع للقوانين نفسها التي تخضع لها السلوكيات الظاهرة، ولهذا يمكن تغييرها بالطرق المناسبة، ويشمل هذا الاتجاه أساليب عديدة تستخدم في التعامل مع سلوك الفرد، وتتطوي جميعها تحت افتراضات نظرية ثلاث كما يلي :

الافتراض الأول: أن أفكار الفرد، صورته الذهنية، ادراكاته الحسية، والأحداث الأخرى، هي المؤشر الرئيس في السلوك، فالتركيز عليها يعتبر طريقة فاعلة في تغيير سلوكه.

الافتراض الثاني: هو أن الفرد مشارك فاعل في تعلمه، وهو ليس عضواً سلباً أو مستقبلاً سلبياً لتأثيرات البيئة.

الافتراض الثالث: هو أن البيئة المعرفية المستخدمة في التعامل مع السلوكيات غير التكيفية يمكن ملاحظتها وقياسها بالأساليب الموضوعية، ويجب أن تظهر بوضوح أثناء معالجة السلوك وفي السلوك المنشود أيضاً .¹

" وتفترض النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتنا للعالم بجانبها الصحي والمرضي.

- الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.
- الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى (بماذا أشعر الآن
- البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف و أفسره) .²

ومن خلال المفاهيم السابقة للعلاج المعرفي السلوكي يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من العلاج يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية تعطي المعارف مركزاً هاماً في الاضطرابات

1- وصفي عصفور، المنحى العقلاني والمعرفي في التوجيه والإرشاد، معهد التربية الأونروا - اليونيسكو، عمان، 1994، ص 22.

2- عبد الستار إبراهيم، عين العقل، دار الكاتب، القاهرة، 2008، ص 92.

الانفعالية. فالمنحى المعرفي السلوكي يعتبر أن الاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الظاهري والنشاط السلوكي الداخلي، وهو ما يسمح باستخدام فنيات مختلفة للتدخل العلاجي.

فهذه الطريقة في العلاج تنطلق من بعدين أساسيين :

- الأول : وهو البعد المعرفي ويشمل مساعدة الأفراد على تغيير ادراكاتهم وتفكيرهم وأنماط المعتقدات المشوهة والسلبية التي يعيشون بها للتغلب على مخاوفهم.
- الثاني : وهو البعد السلوكي الذي يركز على تغيير نماذج السلوك وردود فعل الأفراد تجاه المواقف المثيرة للقلق ، أي يهدف إلى تعديل والتحكم في السلوك غير المرغوب فيه ، حيث يتعلم الفرد كيفية التغلب على المواقف الصعبة من خلال إظهار التحكم في نفسه إلى جانب التدريب على بعض المهارات الاجتماعية ، وبعض أساليب الاسترخاء إلا أن علاج السلوك المضطرب لا يفيد بشيء دون إعادة بناء ومعالجة الجوانب المعرفية للمريض.

3. المقابلات التشخيصية في العلاج المعرفي السلوكي :

" حيث وصف كورشين (1976) المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المعالج النفسي على فهم المشكلات التي يعاني منها المريض ، مما يمكنه من التخطيط السليم للاستراتيجيات العلاجية المستقبلية. إذ يرى كورشين (1976) أن المقابلة التشخيصية تركز بصورة أساسية على دراسة الأعراض التي تظهر على المريض ، حتى يمكن وصفها بدقة. وقد أوضح أن المقابلة التشخيصية يجب أن تغطي عدة مجالات للعملية العقلية وطرق التفكير ، خلال الحسي والادراكي ، الوعي بالزمان السلوك العام والمظهر الشخصي . في حين وصف كورشين (1976) المقابلات العلاجية على عكس المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المريض على فهم نفسه حتى يتمكن من إحداث التغييرات المرغوبة في مشاعره وسلوكه عن " 1

و من أدوات الكشف المستعملة في المقابلات التشخيصية زيادة على الاختبارات هو تقنية التحليل السلوكي والوظيفي .

4. التحليل الوظيفي ومراحله : L'analyse fonctionnelle et ses étapes

" هو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعيته القلقة ، العوامل المفجرة (الأسباب)، والنتائج (الآثار) أيضا ، العوامل التي تحفظ السلوك والأفكار التي تصنع المشكل ، في المقابلات الأولى فان التحليل يسمح بدراسة مع المفحوص العوامل الماضية والحالية ، الانفعالات ، الأفكار ومحتوى المحيط ، فرضيات التشخيص وانطلاقا من هذا التحليل الوظيفي نفترض الوسائل والتقنيات العلاجية الملائمة ".¹

" ولكي يكون تمثيل دقيق للتحليل الوظيفي للاضطراب وضع جون كوترو (Jean.Cottraux) شبكة (SECCA) للتحليل الوظيفي التي تجمع العناصر التالية : منبه ، مشاعر ، معارف (الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات) ، سلوك ، والتوقعات .

هذه الشبكة التي هدفها تطبيقي تحتوي على جزء آني (حالي) الذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه، عاطفة، أفكار، سلوك، وتوقعات و علاقتهم بالمحيط الاجتماعي) كما تحتوي على جزء تاريخي الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعميل".²

وفي ما يلي مراحل التحليل الوظيفي حسب ساسلو وكانفار 1969 *saslow et confe* :

- فحص المشكل الخاص : ويتضمن تحديد تكرار المشكل ، شدته ،فترته ،مختلف الأشكال التي يظهر بها السلوك ، كل ما يدور بالسلوك سيحلل بدقة .
- توضيح وضعية المشكل : العمل على فحص مختلف العوامل التي تعمل على استمرار أو بقاء المشكل وتقييم النتائج التي يمكن أن يحدثها المشكل على المفحوص ذاته وعلى محيطه (الأسرة الوسط العملي ، وهوايته ، الشبكة العلائقية....)
- تحليل الحوافز : بواسطة أسئلة توجه إلى المفحوص ، المعالج سيبحث في حياة المفحوص عن كل المعززات الايجابية أو السلبية للمفحوص ، وبإمكانه أن يستخدم قائمة المعززات التي يكونها في البرنامج العلاجي المختار .
- تحليل النمو : يتلقى المعالج تاريخ الحالة والسوابق العيادية وكذلك تاريخ الأعراض .
- تحليل التحكم الذاتي : يتم التعرف على الاستراتيجيات التي عند المفحوص ، لكي يكتسب

1 - Chantal de may Guillard, inition aux therapiers cognitives et comportementales , cronique sociale , France , 2008, p56.

2 - Cottraux. J , Les thérapies comportementales et cognitives, 2ème édition, Masson, 1995, p 74.

- التحكم في المواقف اليومية ، وبالتالي التعرف على النتائج الايجابية والسلبية لهذا التحكم .
- تحليل العلاقات الاجتماعية : تقييم نوعية الشبكة الاجتماعية للمفحوص ، وكذلك يقيم النمط العلائقي الذي يربط مع مختلف الأقرباء ، والتعرف على تأثير السياق الاجتماعي ، والعلائقي على السلوك المفحوص .
 - تحليل المحيط السوسيو ثقافي والفيزيقي : إن المحيط الفيزيقي والسوسيو ثقافي يحدد السلوك المشكل في جذوره الثقافية.
 - ويكمل التحليل الوظيفي بتطبيق عدة اختبارات تهدف إلى التقييم الذي يجب أن يتواصل بعد نهاية العقد العلاجي بهدف تقدير التغيرات السلوكية في نهاية العلاج .¹

وفي ما يلي عرض لشبكة سيكا لمختلف الاضطرابات وتتكون من المتغيرات التالية :

- المثير الوضعية (S) Stimulus
- الانفعال (e) Emotion
- المعارف (c) cognition
- السلوك (c) comportement
- الاعتقاد (A) Anticipation

" وتطبيقيا فهي مقسمة إلى جزء مترامن وجزء آخر طولي Diachronique الأول يسمح بتحليل التفاعلات في التعاقب مثير الانفعال ، المعارف ، سلوك كذلك نتائجها على المحيط الاجتماعي والثاني يجمع أحداث القصة التي حدثت للمريض المتعلقة مباشرة مع السلوك المشكل (العوامل المفجرة الأساسية) أو استخراج معطيات وراثية حول شخصيات، أمراض جسمية أو مشاكل أخرى ."²

5. مسلمات العلاج المعرفي السلوكي:

- المصادر الأساسية للأداء هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني ، والتي تسمى المخططات المعرفية ، ويقصد بالمعاني تقدير الشخص لسياق معين وعلاقة هذا السياق بالذات .
- هناك تأثير متبادل بين المنظومات المعرفية والمنظومات الأخرى .
- لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء معرفية محددة التشويه المعرفي (وتسمى هذه

1 - Christine Mirable sarron, op cite,,p22.

2 - Fontaine .o et Philippe fontaine , guide clinique de therapie cognitives et comportementales , France , 2007, p63.

الاستعدادات لهذه الأخطاء الهشاشة المعرفية.

- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق بالمعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف مع المريض والاهتمام به وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع.
- يشدد العلاج المعرفي السلوكي على التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وإعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات .
- يركز العلاج على الحاضر، وفي بعض الحالات يتم الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المريض الشديدة، وخاصةً عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.
- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجاً لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهمات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن.
- العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى يتم فيه علاج حالات الخوف والقلق والاكنتاب في خلال 4-12 جلسة).¹

6. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

- " إن ما يميز العلاج المعرفي - السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدء بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانیه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:
- يرتبط كل من المعرفة و السلوك ببعضهما البعض.
 - تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي.
 - إن الاتجاهات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به، من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.
 - التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله .
 - يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.

1- ناصر المحارب، مرجع سابق، ص 34.

- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة. " 1
- " ومن ثم فإن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على :
- تعلم البناء المعرفي وإيجاد مهارات التوافق الطبيعية.
- تعلم وتعميم بعض المهارات وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات .
- تعليم العميل متابعة وإدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة.
- الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح . " 2
- وبهذا فإن المعالج وفق هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمريض فكرة أساسية مفادها أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع ذاته ، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه، وأي السبل أقرب لعلاجه.

7. خصائص العلاج المعرفي السلوكي :

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص عملية محددة فيما يلي وصفها بالتفصيل:

- ❖ صياغة المشكلة : " يقصد بها فهم الحالة وصياغتها أو التنظير الذي يحكم التدخل فيها بهدف العلاج، كما يقصد بها مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة أو عملت على استمرار المشكلات التي تعاني منها الحالة . ويتم توظيف هذه الفروض العاملة أو فهم الحالة من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج الوجهة الصحيحة أو تعديله عند اللزوم ، وعندما يحدد المعالج الفروض العاملة والتي تربط بين مشكلات العميل ومعتقداته والأحداث المثيرة لها، فإنه يصبح من السهل عليه تحديد أهداف العلاج والتدخلات العلاجية الملائمة ، كما يمكنه التنبؤ بالعقبات التي يمكن أن تواجه عملية العلاج ."
- ❖ العلاقة مع المعالج : " تعد العلاقة بين المعالج والعميل في العلاج المعرفي السلوكي

1- آمال باظة ، بحوث وقراءات في الصحة النفسية، الأنجلو مصرية ، القاهرة ، 1999 ، ص 227.
2- ماهر سكران ، استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، مجلة كلية التربية، م 1 ، ع 35 ، ص 666.

علاقة تعاونية، حيث يمارس المعالج دوراً نشطاً فعالاً في عملية العلاج، يبدأ بالتعليم النفسي ورفع مستوى وعي المريض بأفكاره الآلية ذات العلاقة بمشكلته، وفحصها واختبارها كفروض سواء داخل الجلسة أو خارجها (أي في الواقع)، كما يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يتحدى معتقداته اللاتوافقية، ويستخدم في ذلك واجبات محددة.¹

وبوجه عام يجب أن يكون المعالج حساساً لحاجات المريض، وأن يتصف بالدفء والتعاون والتقبل، وأن يحسن إشراك المريض في حل مشكلته، وهو ما يساهم في نشوء علاقة تعاونية.

❖ العلاج الموجه نحو الهدف: "عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقريرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وتتبع أهداف العلاج عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء وعن الفروض العاملة فمثلاً أن قلق مريضه ناجم عن عجز في استعداداته ومهاراته، فإن خطة علاجه لا بد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة والتعرض المباشر وعدم التجنب في هذا المجال."²

وبهذا فإن التقنيات المعرفية السلوكية لا يتم تطبيقها بصورة سلبية، بل تكون موجهة بشكل محدد بعناية كاملة حيث تختلف المضامين العلاجية باختلاف محتوى مشكلات المريض.

❖ بناء الجلسات: "يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه يعمل بمثابة موجه للعمل، كما يمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي."³

❖ التركيز على الحاضر: "يركز المعالج على الحاضر وعلى المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق، إلا في حالة رغبة المريض الشديدة أو في حالة شعور المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض."

❖ رصد وتعديل التفكير غير المنطقي: "إذ يتم استخدام مجموعة من الفنيات لفحص وتحدي التفكير غير المساعد، ويتعلم المريض كيف يستخدم الأدلة والبراهين لدحض وتقنيده تفكيره غير الواقعي."¹

❖ تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه: "هذه الخاصية تركز على تعليم العميل كيف يكون

1- بيرل س. بيرمان، قواعد التشخيص والعلاج النفسي، دار إيتراك، القاهرة، 2004، ص 194.

2- روبرت ليهي، العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة يوسف محمد الصبوة، دار إيتراك، القاهرة، 2006، ص 71.

3- بالمر س، كوروين ب، رودل ب، العلاج المعرفي-السلوكي المختصر، ترجمة محمود مصطفى، دار إيتراك، القاهرة، 2008، ص 43.

1- بالحسيني وردة، برنامج معرفي سلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، 2011، ص 91.

فعالاً داخل الجلسة أو خارجها، وذلك بقيامه بالمهام والواجبات المنزلية ، حيث يبحث المعالج المريض على تفويم مساهمته في مشكلته الحالية، واستكشاف أنماط الاعتقاد الكامنة لديه والتي تؤدي إلى التفكير السلبي ، ومن ثم تعلم المريض القدرة على إدارة انفعالاته، كما يتم تزويده بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد حدوث التحسن (منع الانتكاسة).¹

❖ المشاركة العلاجية: " يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكوناً أساسياً في العلاج المعرفي-السلوكي، فالتخبط في تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة، ويجهد المتعالج من جهة أخرى ، لذلك من المهم الفهم المشترك للعلاقة العلاجية بينهما، كأن يعمل الطرفان كفريق الطول الموجي ذاته . " ²

" يتوجب على كل منهما، أن يصل إلى اتفاق في الرأي بصدد ماهية المشاكل التي تتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج، وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف والمدة الزمنية لبلوغه . " ³

" ويساعد مفهوم التشارك المعالج على أن يحصل على تغذية راجعة قيمة عن كفاءة التقنيات العلاجية وعلى مزيد من المعلومات المفضلة عن تفكير المتعالج، ومشاعره، وسلوكه . " ⁴

❖ بناء الثقة: " يتطلب بناء الثقة تجنب المعالج الطرائق التسلطية التي تقود من جهة تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات ، ومن جهة أخرى تقود إلى المقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين ، فالمتعالجين المكتئبين مثلاً غالباً ما يفترضون أن اضطرابهم الانفعالي سوف يدوم ويتفاقم ولن يفيد العلاج معهم . " ⁵

" ويرى بيك 1976 أن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المتعالج رسالة مثل إن لديك أفكاراً معينة تضايقك، هذه الأفكار قد تكون صحيحة، وقد تكون غير ذلك فدعنا نفحصها فهذا الموقف المحايد يشجع المتعالج على أن يعبر عن أفكاره المشوهة ليبدأ بعد ذلك وباحتراس أسلوب المحاولة والخطأ . " ¹

❖ اختزال المشكلة: " ينطوي تخفيف المشكلة على ثلاث خطوات:

1- بالحسيني وردة ، مرجع سابق ، ص 91.

2 - Beck, A. et al ,1979 , op cite,, p 54.

3 - Beck, A.T. 1976 , op cite, p220.

4 -Freeman, A & Lurie. M, op cite,, 13.

5- باترسون، س ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت ، 1990 ، ص 37.

1 - Beck, A.T , 1976 , op cite, p222.

أ - التعرف إلى المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معًا ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات .

ب - التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب ، فعندما يتركز العلاج لدى المكتئبين مثلا على عناصر مثل نقص الاعتبار أو التوقعات السلبية يمكنه أن يؤدي إلى تحسن في المزاج وفي السلوك الظاهر وفي الشهية ونمط النوم لدى المتعالج.

ت - تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض تأكيدها لأنها قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها تمخضت عنها نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق عن العمل أو فقدان للأهلية. ¹

❖ تَعَلَّمْ كَيْفَ تَتَعَلَّمْ : " ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة تزعجه، ولا من الضروري أن يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدّمًا لأن بالمشاركة العلاجية يساعد المتعالج على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل لحل مشكلاته، بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم. ²

" إن طريقة حل المشكلات في العلاج النفسي تَعَلَّمْ طرائق جديدة في تناول المشكلات فهي تنقل عن كاهل المعالج كثيرًا من المسؤولية، وتدفع المتعالج دفعًا مباشرًا إلى مواجهة مصاعبه بنشاط أكبر هذه الطريقة تزيد الثقة بالنفس وترفع من تقدير الذات لدى المتعالج. ³

8. أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

يلخصها كل من بيك 1979 وفريمان 1994 وبيلاك 1985 ميكنباوم 1977 وباترسون 1990 في:

- تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه .
- مساعدة المتعالج على أن يكون واعيًا بما يفكر فيه .
- مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك .
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب .
- تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة. ¹
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية. ²

1- باترسون، س ، نفس المرجع ، نفس الصفحة.

2 - Beck, A.T, 1976 , op cite, p222

3. Dobson K.S (ED) Hand book of cognitive Behamoral therapies New York Guilford press, 1988, p20.

1 - Dobson K.S (ED) ibid, p14.

2 - Freeman, A & Lurie. M, op cite,, p 6.

- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات (Dobson)
- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة.
- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي .¹

9. معايير العلاج المعرفي السلوكي:

" حقق العلاج المعرفي معايير نظام العلاج النفسي، وهذه المعايير كما ذكرها هيليس 1999 هي :
أولاً: نظرية شاملة.

ثانياً: دعم النظرية بالملاحظة والتجربة.

ثالثاً: نظرية جاهزة للتنفيذ اعتماداً على المبادئ النظرية.

رابعاً: دليل بالملاحظة والتجربة على فاعلية العلاج النفسي ."²

" ويهدف العلاج المعرفي السلوكي أولاً إلى التعرف على التفكير المختل وظيفياً (التحريفات/الأخطاء المعرفية) للمتعالج، ثم اختبار الفرضيات التي تكونت من خلال الميراث الثقافي لكل فرد واختيار الأفضل والأقوم بين فروض بديلة أكثر المخططات واقعية ومنطقية . وهذا يتطلب استخدام مبادئ ابستمولوجية معينة ومجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية يفترض بواسطتها حدوث تغييرات في مزاج المتعالج وأفكاره وسلوكه ، مثل أداء الدور الواجبات-التخيل-الاسترخاء-النمذجة..... الخ .

والهدف الثاني هو التركيز على العلاقات البينشخصية المتبادلة مع الآخرين ، فنحن لا نحيا في فراغ اجتماعي، وعلاقات المرء مع الآخرين الذين يهتم بهم كالأصدقاء وزملاء العمل والأهل كلها تركز على مخططات ، وهي المحور الأساسي للعلاج المعرفي، وأما الهدف الثالث فيكون في تعلم المتعالج استجابات وسلوكات مكنتية أكثر مع الواقع ."¹

1 - Meichenbaum, Donald, Cognitive Behavioral modification, Plenum Press, New York.1979, p107.

2 -Hales RE, et al, Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press, 1999. p 1206.

1 -Dattilio, F and Freeman. A, Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, The Guilford press, New York, 2000, p 57.

10. مدارس العلاج المعرفي السلوكي :

هناك العديد من الأساليب والطرائق العلاجية التي تم تطويرها من قبل الباحثين يمكن إدراجها ضمن العلاج المعرفي-السلوكي، ويفسر هذا التنوع إلى حد ما باختلاف نشوء النظريات عند أولئك الذين ابتكروا استراتيجيات التدخل المعتمدة على الخلفية المعرفية السلوكية للاضطرابات.

" ويرى ماهوني وآرنكوف Mahoney&Arnkoff أن أساليب العلاجات المعرفية السلوكية

المعاصرة تنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي :¹

1. إعادة البناء المعرفي أو تكوين البنية المعرفية : CR = cognitive restructuring

2. العلاج من خلال حل المشكلة : PS=Problem – solving thérapies

3. العلاج بالتدريب على مهارات المواجهة : CS = Coping skills thérapies

ويوضح الجدول رقم (01) تاريخية (الكرونولوجي) الأساليب المعرفية – السلوكية :

النوع	المؤلف	اسم العلاج	العام
CR	إليس Ellis	العلاج العقلاني-الانفعالي Rational-Emotive Therapy	1962
CR	بيك Beck	العلاج المعرفي cognitive therapy	1963
CR	ميكنباوم Meickenbaum	العلاج بالتدريب على التعليمات الذاتية inductrional training Self	1971
CS	ريتشارد وسوين Richardson&Suinn	التدريب على تدبير القلق Anxiety management training	1971
PS	غولد فريد Goldfried	العلاج عن طريق حل المشكلات Problem – Solving Therapy	1971
CS	ميكنباوم Meickenbaum	التدريب التحصيني للإرهاق Stress inoculation training	1973
CS	غولد فريد Goldfried	إعادة البنية العقلانية المنظومية Systematic rational restructuring	1974
PS	ماهوني Mahoney	العلوم الشخصية Rational science	1974
CR	مولتسبي Maultsby	العلاج بالسلوك العقلاني Behavior Therapy Rational	1975
PS	ريم Rehm	العلاج بضبط الذات Self-control therapy	1977
CR	غيودانو وليوتي Guidano&Loitti	العلاج النفسي البنوي Structural Psychotherapy	1983

وفيما يلي عرض لأكثر الأساليب السابقة شيوعاً :

10.1 العلاج المعرفي وفق نظرية إليس :

ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لاليس على نظريته التي تفترض أن الاضطرابات النفسية إنما تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو غير منطقية ويرى أليس أن الناس يشتركون في غابيتين أساسيتين هما المحافظة على الحياة والإحساس بالسعادة النسبية المصحوبة بالتححرر من

1 - Beck.A, cognitive therapy, basics and beyond new York guil for press, 1995, p230.

الألم وتسهم العقلانية في أيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين في حين أن عدم العقلانية تخلق نمط من التفكير يقف مجرد عثرة في سبيل عدم تحقيقها.¹

حيث أطلق ألبرت إليس 1970 Ellis Albert على طريقته في العلاج المعرفي تسمية علاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy ويرمز لها اختصاراً بـ (RET).²

ويعتمد إليس في علاجه على العلاقة التفاعلية للعمليات النفسية فالمعرفيات والسلوكات والانفعالات لا تتم خبرتها في عزلة عن بعضها بعضاً، وغالباً ما تتشابه لدرجة ذات معنى.³

وذلك وفق نظريته (أ) (ب) (ج) حيث

(أ) الحادثة المنشطة (Active Events)

(ب) طريقة التفكير والتأويل (المعتقدات Beliefs)

(ج) النتائج السلوكية والانفعالية (الاضطراب Consequences)

ويعتقد إليس أن الأحداث أو النشاطات (أ) ليست هي السبب في الانفعالات (ج) لكن الأفكار

والمعتقدات التي تكونها عن الأحداث أو النشاطات (أ) هي السبب للانفعالات.⁴

ومن ثم يكون الهدف من العلاج هو تحدي هذه الاعتقادات غير المنطقية التي تشكل الأساس في الاضطراب الانفعالي.⁵

ولخص إليس الأفكار والمعتقدات التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية في 3 حتميات وهي:

▪ يجب علي أو ينبغي لي أن أؤدي جيداً وينبغي أن أكون محبوباً من جانب الآخرين. الخ وذلك ما عبر عنه بالينبغيات.

▪ يجب عليك أن تعاملني برفق وبعدل، ومن المفزع ألا تفعل، فإني حينئذ لا أستطيع تحمل سلوكك وتكون حينئذ شخصاً سيئاً.

▪ يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب مليء بالحظ، وأن يمنحني كل شيء أريده فوراً، ومن المفزع ألا يفعل ذلك، إنه حينئذ يكون عالمًا بغيضاً.¹

1 - Ellis, A, Rational psychotherapy and individual psychology. Journal of Individual Psychology, Vol 13, 1997, p 68.

2 - Ellis, A, Reason and emotion in Psychotherapy, New York, Lyle stuar , 1962 , p 9.

3 - Ellis, A, , 1987, op cite, p 5.

4- العزة، سعيد حسني، عبد الهادي، جودت ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 26.

5 - Ellis, A, 1987, ibid em

1- Trower, Peter, et al , Cognitive- Behavioral Counelling action, SAGE Publications, London, 1999, p 41.

عملية العلاج: تتلخص عملية العلاج في معالجة اللامعقول بالمعقول ، وبما أن البشر لهم إمكانيات أن يكونوا عقلايين، فإن لديهم القدرة على تجنب أو إلغاء معظم الاضطراب الانفعالي أو التعاسة من خلال تعلمهم التفكير بعقلانية ، ويكون دور المعالج مساعدة المتعالج على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المنطقية ، وأن يحل محلها أفكاراً واتجاهات منطقية وعقلانية.¹

ويتألف العلاج الانفعالي المنطقي من ثلاثة أطوار متداخلة :

- تحليل الذات المنطقي من خلال تمارين التوهم أو الخيال الانفعالي المنطقي -Rational- *Emotive Imagination or fantasy* وتدريب السلوك.
 - إدارة المحادثة الجدلية «Argumentative» على نحو الجدل السقراطي والملاحظة المنهجية للذات لإبراز ، الفعالات غير المنطقية والتشكيك بها.
 - تحليل الموقف والفعل فيما يتعلق بالسلوك غير المنطقي التي تعتبر من التقنيات المنطقية.
- الأفكار اللاعقلانية :** لقد حدد إليس في كتابه "العقل والانفعال في العلاج النفسي" 1977 Ellis, إحدى عشرة فكرة اعتبرها أفكارا لاعقلانية، هي المسؤولة عن الاضطرابات النفسية، وتؤدي إلى إحداث تشويش في التفكير لدى الفرد ويكون وراء هذه الأفكار مصادر مختلفة، وهي تنمو في أثناء التربية منذ مرحلة الطفولة وهي:
- الفكرة الأولى تدور حول طلب التأييد والاستحسان *Demand of Approval* من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومؤيداً من جميع المحيطين به.
 - الفكرة الثانية: تدور حول ابتغاء الكمال الشخصي *Personal Perfection* يجب أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والإنجاز في جميع الجوانب ليستحق التقدير.
 - الفكرة الثالثة: فهي اللوم الزائد للذات والآخرين: بعض الناس أشرار وخبثاء لذلك يجب أن يعاقبوا ويلاموا بشدة على تصرفهم الشرير والخبث.
 - الفكرة الرابعة: توقع الكارثة أو المصيبة *Catastrophizing* إنها لكارثة حقاً أو مأساة عندما لا تتحقق الأشياء كما نرغب أن تكون أو عندما تحدث على نحو لا نتوقعه.
 - الفكرة الخامسة: تمثل اللامسؤولية الانفعالية: التعاسة وعدم الإحساس بالسعادة بسبب

1- الشناوي، محمد محروس ، نظريات الإرشاد والعلاج، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، 1994 ، ص 109.

الظروف والأحداث الخارجية، فالإنسان لا يمتلك القدرة على التحكم في أحزانه وهمومه.

• الفكرة السادسة: القلق والاهتمام الزائد *Anxious and over Concern* هناك أشياء خطيرة

ومخيفة تبعث على الهم والضيق والانزعاج، وعلى الفرد أن يتوقعها ويكون مستعدًا للتعامل معها.

• الفكرة السابعة: تجنب المشكلات *Problems Avoidance* من الأفضل بل الأيسر أن

يتجنب الفرد المشكلات والمسؤوليات، لأن ذلك أفضل من مواجهتها.

• الفكرة الثامنة: الاعتمادية *Dependency* يجب أن يعتمد الفرد على الآخرين، وينبغي أن

يكون هناك شخص أقوى منه يعتمد عليه دومًا.

• الفكرة التاسعة: الأحداث والخبرات الماضية *Helplessness* تحدد الشعور بالعجز، وتأثير

الماضي قدر لا يمكن تجنبه، فإذا كان هناك أمر أثر بقوة على حياة الفرد، فإن هذا الأمر سوف

يستمر له التأثير نفسه.

• الفكرة العاشرة: هي الانزعاج لمتاعب الآخرين *Upset for Peoples Problems* يجب أن

يشعر الفرد بالحزن والتعاسة، لما يعانيه الآخرون من مشكلات ومصاعب.

• الفكرة الحادية عشرة: هي كمال الحلول وتامها *Perfect Solutions* هناك حل واحد وكامل

لمشكلات الفرد، يجب الوصول إليه، وإنها كارثة إذا لم يوجد هذا الحل¹.

وقد وردت أفكار الإحدى عشرة بمصطلحات ومفاهيم عديدة في كتاباته، وهي تنطوي

على المعاني نفسها مثل: غير منطقية، جازمة والخطئة، دوجماتية، غير واقعية أو معقولة.

ولقد نشر المعالج النفسي وين فروجت *Wayne Froggatt* مقالا على شبكة الانترنت في

1997 أشار فيه إلى أن ثمة اتجاهًا متزايدًا بين ممارسي العلاج العقلاني بالاستغناء عن تعبير

المعتقدات اللاعقلانية، واستخدام تعبير آخر هو الأفكار المحبطة للذات *Self defeating*

beliefs وحدد لها أربعة شروط لا بد من توافرها لكي نصف معتقدا بأنه لا غير عقلائي:

▪ أن يكون مشوها للواقع، بمعنى أنه يسيء تفسير الأحداث أو يتضمن بعض الأساليب غير

المنطقية لتقييم المرء لنفسه، وللآخرين وللعالم المحيط به.

▪ أن يحول ذلك المعتقد بين المرء وتحقيق الأهداف.

1 - Ellis, A. , Rational – emotive therapy in Corsini , Current Psychotherapies. Itasca, ill, Peacock Publishers, 1973 , p107.

- أن يثير انفعالات متطرفة ملحة تسبب لصاحبها الأذى وتمنعه من الحركة .
- أن يؤدي إلى إقدام المرء على أنواع من السلوك تلحق الضرر به وبالأخرين.¹

فالاتجاه العقلاني الانفعالي يطرح نموذجاً ببساطة حين يقرر أن الإنسان يكون أحياناً عقلانياً أو غير عقلاني ، وحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يكون فعالاً وسعيداً ، وحين يفكر ويسلك بطريقة غير عقلانية يكون غير كفاء وغير سعيد.

11. العلاج المعرفي السلوكي وفق ليفينسون 1985 Lewinshn

" هدف العلاج هو التعرف إلى العلاقة بين السلوك والمشاعر، وإلى العلاقة بين الأحداث والمزاج، والتركيز على الأحداث السارة (م س) ، حيث يتم تصميم برنامج فردي مركب للمتعالج، من خلاله يتجه إما نحو إعادة بناء النشاطات (الأحداث الممتعة) التي يمكن للمتعالج أن يحظى من خلالها بالتعزيز ثانياً ، أو نحو بنائها من جديد ويتم الضغط على المتعالج للقيام بنشاطات معينة ودعمه بفعالية وذلك بعقد اتفاقيات سلوكية وتنفيذ تمارين سلوكية بينهما ، كما يتم تعزيز المتعالج تعزيزاً منهجياً لسلوكه الفاعل.. الخ ومن أجل تنصيب مثل هذه البرامج التعزيزية المنهجية يتم استخدام مجموعة كاملة من التقنيات العلاجية السلوكية. ويكون المعالج في هذا الشكل العلاجي فاعلاً جداً. " ²

12. العلاج المعرفي وفق منهج بيك :

" يقرر بيك صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً، أن منهجه نسق علاجي يقوم على أساس نظرية في البسيكوباتولوجيا ، ومجموعة من الأسس والأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الامبيريقية.

وقد استمد بيك نظريته في العلاج المعرفي - السلوكي من مصادر ومناهج نظرية أهمها : المنهج الفينومينولوجي في علم النفس، والنظرية البنوية لكانت (Kant) ونظرية الأعماق لفرويد ، ومن إسهامات علم النفس المعرفي وبخاصة مفهوم البنية المعرفية والعمليات المعرفية

1- قدرى حفني ، الوجه السياسي للعلاج العقلاني : اللاعقلانية في المجتمع العربي ، مجلة الخدمة النفسية ، جامعة عين شمس، 2005 ص 19.

2- - غراوه وآخرون ، مرجع سابق ، ص 195.

اللاشعورية، وفي مقدمة من أسهموا في هذا المجال من المعرفيين جورج كيلي في مفهومه البناءات الشخصية بوصفها محددًا لسلوك، وكذلك النظريات المعرفية في الانفعالات لـ آرنولد 1960 Arnold و لازاروس Laearus 1966. " 1

" وفي نهاية الخمسينيات قام بمجموعة من الأبحاث والملاحظات السريرية لاحظ أن الأفراد المكتئبين يكشفون عن تشوهات منتظمة في أنماط تفكيرهم، ونتيجة لذلك قام بوضع علاج معرفي شامل للاكتئاب، تم توسيعه فيما بعد ليشمل عدداً متنوعاً من الاضطرابات. إذ يقوم العلاج على أساس العلاقة الوثيقة بين المعرفيات والانفعال، فالاضطراب يحدث عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه ويعيد صياغتها وفق معتقداته وأساليب تفكيره وإدراكه للموقف." 2

" إن هذه الإدراكات الخاطئة للواقع ليست هي الواقع نفسه لأنها محدودة بحدود الوظائف الحسية البصر والسمع والشم. الخ للأشخاص، كما أن تأويلاتهم للمدخل الحسي متوقفة على عمليات معرفية مثل دمج المثيرات وتمييزها، وهي عمليات عرضة بدورها للخطأ. إذ إن هذه التقييمات للواقع قد يعتريها الخطأ من جراء بعض الأنماط الفكرية المختلفة وظيفياً (المشوهة)، ولا يستطيع المتعالج أن يدرك تأثيرها في سلوكه وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته." 3

" ويعتبر العلاج المعرفي من أحدث المدارس العلاجية التي وضعها أرون بيك (Beck) ويمثل اتجاه بيك الاتجاه الاستدلالي البنائي في العلاج المعرفي السلوكي، وقد شهدت فتره الثمانينات وخصوصاً الجزء الأخير منها تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الاتجاه. وصمم عمل العلاج المعرفي لبيك هو التعرف على الافتراضات السلبية المودية إلى حالة مزاجية سلبية، والتي من شأنها أن تزيد احتمالية توارد أفكار سلبية، ومن ثم تأخذ في خلق دورة فاسدة من الأفكار والمزاج، ويعد التعرف على هذه الافتراضات السلبية الهدف الأساسي للعلاج المعرفي، واستبدال هذه الأفكار بأفكار دقيقة وإيجابية وموضوعية، ولتحقيق ذلك يضطر المعالج إلى استخدام طرق ذات طبيعة سلوكية / معرفية." 4

" وقد ميز بيك بين مستويين من المعرفيات المختلفة وظيفياً:

1- مليكة، لويس كامل، مرجع سابق، 1990، ص 226.

2 - Dobson, op cite, p13

3 - Beck, 1976, op cite, p233.

4 - Kelly, M., op cite,, p 28.

A. **الأفكار التلقائية** : وهي المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما أو يتذكر حدثاً ما، ولا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة للتحليل العقلاني، وغالباً ما تركز على منطق خاطئ ، يمكن الوصول لها من خلال أساليب الاستجواب المعرفي.

وتحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية وتنشأ دون أي جهد من جانب المتعالج ، بل إنه يصعب إيقافها خاصة في الحالات المرضية الشديدة يمكن تسميتها كذلك بالأفكار الأوتوماتيكية.¹

B. **المخططات /المعتقدات** : وهي بناءات معرفية افتراضية عميقة تقود وتنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط وفهم التجارب الحياتية ويعتقد أنها تسبب مختلف التشوهات.²

" ويشير تعبير مفهوم المخططات بوضوح إلى هذه الأنماط المعرفية الثابتة ، التي ربما تكون فعالة أو هاجعة ، أو مفروضة بالقوة. فالمخططات الفعالة هي التي تحكم السلوك اليومي أم الخطط الهاجعة فتدعى لأداء دورها في ضبط السلوك في أوقات الشدة وكلما كانت المخططات قاهرة أكثر زادت استجابة الفرد لها. "³

" يمكن الاستدلال على هذه المخططات من السلوك أو من الأفكار التلقائية حين يتم تطور هذه البناءات المنظمة عبر تجارب الطفولة المبكرة ، والتأثرات التقويمية المكونة الناتجة عن ذلك . إنها تراكم لتجارب المرء وتعلمه ضمن مجال الأسرة أو المجتمع . "⁴

وقد أطلقت تسمية الأخطاء المعرفية على الأنماط المختلفة من المنطق في التفكير التلقائي ، وفي ما يلي وصفاً للأخطاء المعرفية النموذجية (التشوهات) التي حددها بيك:⁵

- التفكير بالكل أو بلا شيء : نوع من التفكير يجعل الفرد يرى إما أبيض أو أسود.
- عبارات الينبغيات : يحرض الفرد نفسه بعبارات الينبغات أو النهي يجب، ينبغي، لا بد.
- التجريد الانتقائي *L'abstraction sélective* : ينتقي الشخص الموقف الذي ينطوي على السلبية متجاهلاً الأوجه الإيجابية للموقف.
- التضخيم والتقليل *La magnification et la minimisation* : يتم التضخيم في أهمية الأشياء السلبية سواء أكانت للفرد أم للآخرين، وكذلك التقليل من شأن الأشياء الإيجابية إلى درجة

1 - Beck, 1976, op cite, p36

2 - Dobson, op cite,, p17

3 - Dattilio&Freeman, op cite,,P5

4 - Beck,1979 op cite,,p13

5 - Beck,1979, op cite,p 261.

متناهية في الضآلة سواء أكانت للفرد أم للآخرين.

- الشخصية (العزو الشخصي) *La personnalisation* : وفيه يعتبر الفرد نفسه المسؤول عن بعض الأحداث الخارجية السلبية التي لا يكون في الواقع مسؤولاً عنها .
- الاستنتاج الانفعالي : يفترض الفرد به أن انفعالاته السلبية تعكس بالضرورة حقيقة الأشياء.
- فرط في التعميم *Sur généralisation* : يرى حدثاً سلبياً واحداً أنه نموذج لهزيمة لا تنتهي.
- القفز إلى النتائج : تقديم نتائج وتفسيرات سلبية وإن لم تكن حقائق محددة تدعم استنتاجاته.
- التلقب وسوء التلقب : ويعتبر ذلك أقصى شكل من أشكال المبالغة في التعميم إذ يُلقب الفرد نفسه بألقاب سلبية مثل إنني خاسر تكون مشحونة بالانفعالات. "
- المقارنة : الإسراف لاستخدام عبارات : " إنني أقل كفاءة من الآخرين وهم أكثر قدرة مني
- الانتقاص من المزايا الإيجابية : وهو تفكير يحاول الفرد به رفض التجارب الإيجابية أو اعتبارها مجرد صدقة، وبذلك يستطيع أن يحافظ على معتقداته السلبية. " ¹
- التداخل العشوائي *L'inférence arbitraire* : يتمثل في استنتاج خلاصات بدون أدلة، خلاصات مبنية على معلومات ناقصة.
- التفكير الاكتئابي *La pensée dépressive* : فمجموع هذه التشبيهات خاصة التداخل العشوائي تترجم عيادياً بأحداث معرفية التي تكون مسجلة بنمط من التفكير الثنائي *Style de pensée dichotomique* أي ينظر الشخص إلى الأحداث أو الناس طبقاً لمبدأ الكل أو لا شيء، ليس لديه أي قيمة، ليس لديه ما ينبغي أن يكون لديه، الشخص ينغلق في عدم النشاط و عدم الإنتاج. " ²
- عملية العلاج: تركز العملية العلاجية عند بيك على المعرفيات اللفظية أو التصورية (*Cognitions*) للمتعالج، وعلى الافتراضات أو أنماط الاتجاهات (*Assumptions*) التي تقوم عليها هذه المعرفيات، وفي الخطوة الأولى من العلاج يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمتعالج، وفي خطوة ثانية يتم من خلال الإرشادات المنهجية والتمارين والمعرفيات الإشكالية للمتعالج مثل التشبيهات المعرفية، وأنماط التفكير غير المتناسبة مع الواقع والهدف.. الخ وهنا يفترض أن تصبح المعرفيات التي تجري تلقائياً (الأفكار التلقائية) مدركة من قبل المتعالج وفي الخطوة الثالثة يتم إخضاع المعرفيات الإشكالية إلى التحليل .
- " ويميز بيك ثلاثة أنواع من التحليل :
- أ - التحليل المنطقي يتم اختبار المعرفيات استناداً إلى الأخطاء المنطقية كفرط التعميم

1 - Dobson op cite,, p17

2 - Jean Cottrau, , op cite,, P.51

والعواقب العشوائية والتجريدات الانتقائية.....الخ

ب - التحليل الامبيريقوي: يهتم بتطابق الفرضيات الضمنية مع المعطيات الواقعية.

ت - التحليل الذرائعي: وتتم فيه دراسة ماهية العواقب العملية التي تمتلكها فرضيات والقناعات المحددة للمتعالج.¹

13. العلاج المعرفي – السلوكي وفق منهج ميكنباوم:

" يمثل منهج ميكنباوم في الجمع بين المنهجين 1969 Meichenbaum المعرفي والسلوكي أحسن تمثيل ، مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعينة والتدعيم الذاتي فقد استنتج ميكنباوم بأن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه ، وكيفية عزوه للأشياء ، لتدخل في عملية التعلم بالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد ."²

" وتأثر ميكنباوم بالعالمين السوفييت فيجوتسكي 1962 Vygotsky ولوريا 1961 Luria اللذان اقترحا أن تطور السيطرة الإدارية على سلوك المرء يتضمن تقدمًا تدريجيًا بتنظيم خارجي من أشخاص يهتمونه وصولاً إلى التنظيم الذاتي كنتيجة لجعل الأوامر اللفظية تصدر من الداخل . لذلك أصبحت التعليمات اللفظية الذاتية والسلوك محور التركيز لأبحاث ميكنباوم ."³

" وقد ركز ميكنباوم فيما بعد على أهمية الحوار الداخلي عند الإنسان وتأثيره في العمليات الإدراكية ، وكيف يمكن بتغييره (الحوار) وتغيير التفكير والمشاعر يتم تعديل السلوك في النهاية ، واستخدم أسلوب التوجيه الذاتي أن يعطي المتعالجون تعليمات لأنفسهم لكي يغيروا سلوكهم."⁴

" ويعتمد ميكنباوم على افتراض أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته التي توجه بافتراضات متنوعة، كالاستجابات البدنية وردود الفعل الانفعالية، والمعرفيات، والتفاعلات البيئشخصية . ويعتبر الحوار الداخلي الذاتي أحد هذه الافتراضات ."⁵

عملية العلاج: تتألف عملية العلاج عند ميكنباوم من ثلاث مراحل:

1. مراقبة الذات : وفيها يعرف المسترشد كيف يتحدث أو يعبر عن سلوكه الذي يزيد في وعيه

1- غراوه وآخرين، 1999، ص193

2- مليكة كامل، 1990، مرجع سابق، ص 245.

3 - Dobson, op cite, p18

4- العزة والهادي، مرجع سابق، ص150.

5- Meichenbaum , D, Cognitive Behavioral modification, Morristown, N.J: General Learning Press, 1974, P82

1. ويجب على المعالج أن يعرف طرائق العزو عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم .
2. السلوكيات والأفكار السيئة التكيف غير المتكافئة : حيث يؤثر الحديث الجديد للمعالج في البنية المعرفية فيولد ما يقوله لنفسه سلسلة من السلوكيات الجديدة غير متكيفة مع سلوكياته الحالية . وهنا على المعالج أن يتجنب السلوكيات غير المناسبة ويختار المناسبة وفقاً للأفكار الجديدة.
3. التغيير: وفيها يؤدي المتعالج مهمات تكيفية جديدة خلال حياته، ليكون التركيز على ما يقوله المتعالج لنفسه حول السلوكيات المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي ستبقى وستعمم.²

ويمكن تمثيل عملية العلاج كالتالي:

- قبل العلاج سلوك غير مرغوب فيه - حديث داخلي سلبي قديم متعلق به .
 - أثناء العلاج استبدال الحديث بحديث داخلي جديد متكيف تكوين بناءات معرفية جديدة.
 - بعد العلاج سلوك مرغوب فيه بتقييم السلوك - تعميم السلوك - تثبيت السلوك.
- ويلاحظ أن عملية العلاج عند ميكنباوم تركز على ما يقوله المتعالج لذاته حول السلوكيات التي تغيرت وليس على المهارات التي تعلمها كما في العلاج السلوكي .

14. التدخل العلاجي حل المشكلات :

- " ويتضمن التدريب في طريقة حل المشكلات، تعليم المهارات الأساسية وإرشاده إلى طريقة تطبيقها في حالات مشكلة حقيقية . " ³
- " فهدف علاج حل المشكلات ليس مجرد حل المشكلات المطروحة مباشرة فحسب ، وإنما يعد العلاج في الوقت نفسه جزءاً من استراتيجيات حل المشكلات التي يمكن للمعالج أن يطبقها على مشكلات مستقبلية أخرى ، وذلك لأن المتعالج قد تعلم خطوات منهجية في حل أية مشكلة . " ⁴

15. العلاج بضبط الذات :

- " إن الاتجاه نحو تطوير نماذج العلاج التي تعزز فلسفة ضبط الذات ، أثير في تطوير ريم 1977 Rehm نموذج ضبط الذات وقد سار العمل الذي قام به إلى حد كبير على خطى النموذج العام الذي

1- العزة والهادي، مرجع سابق ، ص154

2 - Meichenbaum D, 1974, op cite , P 214

3 - Dobson , , op cite ,p24

4- غراوه، وآخرين، مرجع سابق ، ص 192 .

قام به كانفير Kanfer 1970 لتنظيم الذات والذي يشرح فيه استمرار تصرفات معينة في حال غياب التعزيز من منطلق نظام التغذية الخلفية الراجعة لضبط الذات التكيفي .

إذ طور Kanfer & Rehm 1977 المجموعة العلاجية الأصلية المعتمدة على نموذج (Rehm 1977) للاكتئاب ، ويتضمن العلاج بضبط الذات التطبيق المتتابع لعمليات تنظيم الذات التي طرحها Kanfer 1971 والتي وظيفها Rehm .¹

" ويستخدم Rehm مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات السريرية لتعليم المتعالج مهارات ضبط الذات ، وهي تتضمن المناقشة الجماعية التي يديرها المعالج ، التعزيز الظاهري والخفي، واجبات سلوكية، مراقبة الذات، أداء الدور ."²

وبالرغم من عدم إجراء أبحاث تدل على قدرة أسلوب Rehm على التعميم لتشمل اضطرابات أخرى، إلا أنه يوجد جاذب في هذا الأسلوب ، يكمن في دمج وتوحيده لمجموعة واسعة من المتغيرات المعرفية والسلوكية التي تركز عليها نماذج الاكتئاب الأخرى.

16. العلاج بالتعلم الاجتماعي:

" يعتبر باندورا من الأوائل الذين اثبتوا أن التعلم الاجتماعي أي التعلم من خلال مشاهدة الآخرين كفنفة التعلم بالقدوة والنمذجة والتعلم عن طريق الملاحظة يعتبر من المبادي الرئيسية التي يجب حسابها فقد تبين بالأدلة التجريبية إننا تكتسب من مشاهدة الآخرين جوانب ضخمة من السلوك البسيط والمركب على حد سواء ."³

17. خطوات العلاج المعرفية السلوكية:

من خلال الاطلاع على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي التي تطرق إليها المؤسسي ن لهذا الاتجاه العلاجي والعاملين في هذا المجال ، ولعل أهم هذه المبادئ والأسس التي لا بد على المعالج التقيد بها حتى يبلغ العلاج المعرفي السلوكي أهدافه ، تلك التي وضعها مؤسس العلاج المعرفي (بيك) وزملائه سنة 1976 نلخصها في النقاط التالية :¹

1 - O'Hara, M.w, & Rehm, L, Self control Therapy of Depression, New York, Plenum, 1983,P69.

2 - Dobson, op cite ,p,27

³ - ريم محمود يوسف أبو فايد ، مرجع سابق ، ص 75.

1- بكيري نجية ، مرجع سابق ، ص 176.

- تحضير العميل للتكفل المعرفي السلوكي .
- وضع خطة علاجية لكل جلسة .
- وضع جدول أعمال خاص بكل جلسة .
- بناء الفرضيات واختبارها .
- استخلاص التغذية الراجعة من العميل .
- تقديم الملخصات خلال الجلسات .
- الاعتماد على التقنيات المساعدة كمشاهدة فيديو أو أفلام أو صور أو تسجيلات صوتية .
- الاستعانة بأشخاص مرجعيين كالآباء .
- الاهتمام والتركيز على العلاقة العلاجية . "

18. الاستجابة المعرفية السلوكية للصدمة :

" ينفعل الناس تبعًا للمعاني أو التفسيرات التي يسبغونها على الأحداث ، والفكرة التي تقرر المعنى أو التفسير الخاص لأي حدث ، هي من تحدد أشكال الاستجابة الانفعالية التي تصدر عن ذلك الشخص ، والتي يعتبرها باترسون محور النموذج المعرفي في التعامل مع الانفعالات والاضطرابات الانفعالية . " ¹

وفقا للتناول والتفسير المعرفي السلوكي فان حدوث الاستجابات المعرفية في الوضعيات المختلفة يكون وفقا لأساليب مميزة في معالجة المعلومات وفهم ما يحدث ، نفس الشيء بالنسبة لمعالجة المعلومات والاستجابة المعرفية خلال الصدمات.

" وتنطوي العمليات المعرفية من المنظور التفاعلي لردود أفعال الضغوط الصدمية ، على أهمية كبيرة ، فهي تشمل عمليات متعددة الأبعاد من حيث :

- إدراك الأحداث (الحدث الصدمي) .
- تقدير الموقف (الموقف الصدمي) .
- عزو أسباب الحدث أو الأحداث .
- تكوين المخطط المعرفي للفعل والسلوك . " ¹

" وتكون هذه الاستجابة المعرفية وعملية معالجة المعلومات في الخبرة الصدمية وفقا

1- باترسون، س.ه، مرجع سابق ، ص31.

1- بشير الرشيد وآخرون ، مرجع سابق ، ص 129.

لخمس 05 أساليب معرفية خاصة في معالجة المعلومات الصدمية هي :

1. **الإنكار المعرفي** : ويعني ميل الفرد إلى إنكار وتجنب ما حدث ، عن طريق إغلاق إدراك الحدث ، أو تقدير الموقف على انه لا يتطلب عوناً من الآخرين ، أو عزو الحدث إلى أمور تقلل من المسؤولية ، أو تجنب المواقف التي تستدعي ذكريات الحدث أو مشاعر الذنب .
2. **التحريف المعرفي** : وهو آلية تساعد الفرد على تفادي مشاعر القلق الحاد ، كما انه أسلوب معروف يعمل على خفض المنبهات الداخلية ، ويتضمن درجة عالية من الانتباه الانتقائي ، وعدم تحمل الضغوط بسبب الاستثارة الانفعالية وضعف البحث عن المعلومة .
3. **التقدير المعرفي** : التقدير المعرفي الدقيق للأحداث الصدمية وتقييمها بشكل واقعي وصحيح أو مناسب ، الأمر الذي يؤدي بالفرد للاستجابة إلى المواقف بفعالية وتكيفية ، ومن زيادة المنبهات الداخلية ، والبحث عن معلومات جديدة وضرورية .
4. **التفكك** : وهو من المفاهيم التقليدية في علم الصدمات ، ويشير إلى التغيير في الوعي أو الهوية أو السلوك ، فهو آلية معرفية تعمل كأسلوب بديل لمواجهة حالة الضيق الانفعالي الزائد ، من خلال تغيير طبيعة الإدراك والتقدير والعزو والمخططات المعرفية ، ويمكن بذلك النضر إلى التفكك على انه آلية معرفية موجهة إلى حفظ سلامة الفرد ، حيث يحاول أن يتجنب مواقف الصراع أو التهديدات التي تخل باتزانة النفسي .
5. **معاودة الخبرة** : وتعنى معاودة الخبرة ببعض عناصر الحدث الصدمي في مخيلة الفرد ووجدانه ، والتي تعد مكوناً رئيسياً من مكونات اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة ، وتتمثل في التفكير الإقحامي باعتباره آلية معرفية تشير إلى الحضور المفاجئ والتلقائي واللاإرادي لصور بصرية أو لذكريات أو انفعالات كدرة ، مرتبطة بالحدث الصدمي ، وقد يخبر الفرد حالة من الانغمار الانفعالي من دون مخيلة بصرية أو ذكريات مؤلمة ، وينطوي ذلك على وجود حالة من الكبت اللاشعوري في المخيلة الفاجعة ، أما الإقحام الذي يأخذ شكل الاستجابة الحادة أو المستديمة ، فيعني وجود عبئ نفسي زائد ، وانغمار للفرد بانفعالات وصور كدرة ، الأمر الذي يستنفذ قدر كبير من الطاقة النفسية .¹

1- بشير الرشيدى وآخرون، مرجع سابق، ص 129-130

ومن خلال النماذج المعرفية السلوكية التي تطرقنا إليها سابقا ، والتي يمكن أن نجدها كلها أو نجد البعض منها باعتبار أن تركيز المحتوى الفكري عند المصدومين ، يختلف م ن صدمة إلى أخرى ، حسب طبيعة الصدمة ، يمكننا القول أن هذا الاضطراب ينشأ نتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد ، وبين المثيرات الخارجية (الصدمة) وتحليلها، فنكون الاستجابة للمواقف والأحداث ، انطلاقا من تفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي ، وتلك المعاني المعطاة ، وعلى هذا فالتشوه المعرفي المرتبط بالخبرة الصدمية يؤدي إلى تشوه الإدراك لهذا الحدث ، الذي يؤدي إلى تشويه الواقع للمصدوم ، ما يؤدي إلى هذا الاضطراب.

19. مختلف التقنيات والفنيات العلاجية المعرفية السلوكية :

• **فنية ملا الفراغات :** فعندما يسجل المتعالج الأحداث الخارجية وردود أفعالهم حيالها فإنه يوجد عادة فراغ بين المثير والاستجابة الانفعالية ، ويكون باستطاعة المتعالج أن يفهم سر ضيقه الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي مرت بفكره خلال هذه الأحداث ، ووفق وجهة إليس ABC فإن (ب) هي الفراغ في عقل المتعالج وواجب المعالج أن يملأه وذلك بتعليم المتعالج التركيز على التصورات والأفكار التي تحدث بين المثير والاستجابة .¹

• **الإبعاد والموضوعية :** إن الأفراد الذين استطاعوا التعرف إلى أفكارهم المختلفة وظيفيًا ووقفوا منها موقفًا موضوعيًا . فالشخص الذي يملك القدرة على تفحص أفكاره التلقائية مع ملاحظة أنها ليست حقيقة ولا واقعا يوصف بأنه قادر على أخذ المسافة أي قادر على أن يكون موضوعيًا ، ويمكننا القول إن الإبعاد هو تلك القدرة على التمييز بين أنا أعتقد (رأيا) يخضع للتحقق والتأكد) وأنا أعرف (أعرف حقيقة واقعة لا تقبل الدحض). لهذه القدرة التمييزية أهمية حاسمة في تعديل قطاعات عريضة من استجابات المتعالجين المعرضة للتحريف والتشويه.²

• **التعرف إلى التشويهات المعرفية وتحديدتها :** يفسر المتعالج المواقف أو الأحداث الخارجية على نحو سلبي بصورة منتظمة رغم وجود عدة تفسيرات لهذا الموقف أو الحدث ، وحين يطلب منه التفكير في تفسير بديل، فإنه قد يعي أن تفسيره الأولي متحيزًا، أو أنه يقوم على

1- باترسون، مرجع سابق ، 38.

2- باترسون، ، نفس المرجع ، نفس الصفحة .

أساس استنتاج قليل الاحتمال، وقد يمكنه حينئذ أن يدرك أنه قد حاول لوي الحقائق كي تتفق مع استنتاجاته الخاطئة . ويرتكب المتعالج عادةً عددًا من التشوهات المعرفية نذكر منها التفكير بالكل أو اللا شيء، والتصفية الذهنية، وفرط في التعميم، والقفز إلى النتائج . الخ .¹

• **الاستنتاجات :** لما كان المتعالج قد اعتاد التشويشات انحصرت مهمة المعالج في استكشاف النتائج وتفحصها واختبارها بمحك الواقع والحقيقة ، مطبقاً في ذلك قواعد الاستدلال الصحيح وهي التحقق أولاً من صدق الملاحظات ، ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج . وهناك عدة أدوات نستطيع من خلالها هذه التشوهات ومن ثم دحضها .²

• **تعديل المخططات :** يستخدم الناس قواعد معينة (تصورات، صياغات، مخططات الخ) ويفسرون الأمور ويقيمونها وفقاً لهذه القواعد. ويقع سوء التوافق أو الاضطراب عندما تكون هذه القواعد مصوغة في حدود مطلقة أو غير واقعية أو تستخدم بطريقة غير ملائمة أو تكون متطرفة. وقد أطلق إيليس على هذه القواعد اسم (لأفكار غير العقلانية) وأسماها بيك المفاهيم أو المخططات ، فيحاول المعالج استبدال تلك (المخططات، البناءات، المفاهيم) المرتبطة فقط بصعوباته بأخرى أكثر واقعية وأكثر توافقية .³

• **إعادة عزو الصفات :** ليس المقصود هنا إعفاء المتعالج من مسؤولياته ، ولكن إيضاح العوامل الخارجية المتعددة التي ربما تكون قد أسهمت في الأحداث السلبية التي وقعت له . وعندما يكتسب المرء بعض الموضوعية يقوم المعالج بتصحيح معرفيات المتعالج الخاصة باللوم الذاتي ، ويطلق على هذا الأسلوب أيضاً اسم تخفيف المسؤولية De-Responsibilizing .⁴

• **الإتيقان والرضا وجدولة النشاطات :** يشير مصطلح الإتيقان إلى الإحساس بالإنجاز عند تأدية مهمة معينة ، في حين أن الرضا والسرور تدل على المشاعر السارة لهذا النشاط ، ويمكن استخدام جدول النشاط اليومي لتقييم إنجاز المتعالج لكل نشاط، وذلك بإعطاء درجة لكل من الإتيقان والرضا تسجل بجانب النشاط ، فأسلوب جدولة النشاطات وتقييمها يزود كلا من المعالج والمتعالج

1 - Burns D D. The Feeling Good Hand Book, penguin books, New York,1999,p 11

2- باترسون ، مرجع سابق ، ص 38.

3 - Beck, 1976 , op cite , p. 24

4 - Beck et.Al, 1979, op cite , p159

بمعطيات تحدد وتصحح المعرفيات السلبية كالشعور بالعجز والفشل، وعدم الاستماع.¹

• **المهام المتدرجة** : وباستخدام تقنية المهام المتدرجة يستطيع المعالج تجزئة المهمة الصعبة إلى خطوات تتدرج من الأسهل إلى الأصعب ، ويطلب إلى المتعالج إنجازها الواحدة تلو الأخرى، بحيث لا يكلف بالخطوة التالية حتى يكون قد اعتاد على إنجاز الأولى والغرض من ذلك نفي فكرة المتعالج عن ذاته بأنه عاجز عن إنجاز أي هدف ذاتي قيمة.²

• **التدريب المعرفي الاستطلاعي** : يعني قيام المتعالج بتخيل الخطوات المتتالية لتنفيذ مهمة ما ومتطلباتها، فتصور سلسلة الخطوات المفترضة ذهنياً قبل الشروع في الإقدام على العمل المطلوب تمكن المتعالجون من تسجيل العقبات التي ستواجههم والتي يمكن مناقشتها.³

• **التدريب على توكيد الذات وتأدية الدور** : المقصود منها تمكين المرء من الدفاع عن حقوقه والتعبير عن شعوره ومواجهة خوفه الاجتماعي. والطريقة موجهة بشكل خاص للأفراد شديدي التهذيب لدرجة تسمح للآخرين باستغلالهم ، فهم يجدون صعوبة كبيرة في الإجابة بلا، ويضطرون لمسايرة الآخرين على حساب رغباتهم الشخصية ، وقد يجدون صعوبة في التعبير عن غضبهم وانزعاجهم، ويشعرون بأنه ليس لهم الحق في التصريح بمشاعرهم الخاصة . وهو نقيض السلوك العدوانى الذي يتضمن محاولة تنفيذ الرغبات الشخصية بما يتجاوز حق الآخرين.⁴

ولتدريب القدرة التوكيدية تستخدم فنيات علاجية أخرى منها التدريب على أداء الأدوار الاجتماعية ، والتدريب على تنطبق المشاعر أي تحويل المشاعر الداخلية والانفعالات إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية ، وتشكيل السلوك بملاحظة النماذج.

• **أسلوب تعزيز الذات** : ويتضمن هذا الأسلوب تدريب المسترشد على استخدام اللغة كموجه لسلوكه ، والهدف الذي يسعى إلى تحقيقه ، ومن ثم يقوم بعملية مراجعة ذاتية لمتابعة هذا التعزيز ، بهدف تعديل سلوكه باستخدام قدراته المعرفية الذاتية ، ومن ثم العبارات اللغوية مثلاً : لم أخاطب زميلي بشكل جيد ، لذا فعلى أن أخاطبه بشكل أفضل .¹

• **التدريب على المهارات الاجتماعية** : تعتبر المهارات الاجتماعية مجموعة من الأنماط

1 - Dattilio and freeman , op cite ,p53

2 -Beck, 1976 , op cite , p132

3- باترسون ، مرجع سابق ، 41.

4 - Trower et.al. , op cite , p 95

1 - وصفي عصفور ، المنحى العقلاني والمعرفي في التوجيه والإرشاد، معهد التربية - الأونروا - اليونيسكو- عمان ، ص 32.

السلوكية والمعرفية التي يتعلمها الفرد نتيجة الخبرات التي يكتسبها من المواقف التي يمر بها أثناء التفاعل الاجتماعي مع عناصر بيئته، والتي يوظفها لحماية نفسه من التعرض للضغوط النفسية والتي قد تنشأ عن فشله في تحقيق التوافق السليم أثناء هذا التفاعل .¹

" كما تعرف المهارات الاجتماعية بأنها قدرات مميزة يمكن أن يكتسبها الفرد لتضفي عليه قدرة ملائمة لاتصال جيد مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة."²

• **إيقاف التفكير المزعج** : تقوم على أساس إيقاف عادات الاستجابات الفكرية المزعجة التي تقتحم ساحة وعي المتعالج، والتي لا طائل منها كأفكار الوسواسية مثلاً.

إن جوهر التدريب على إيقاف التفكير المزعج يكمن في الوصول إلى اتفاق بين المعالج والمتعالج على أن الأفكار التي تنتابه مبددة للقوى النفسية والجسدية ومؤذية، وغير مفيدة، لذلك يجب استبعادها حالما تلج ساحة وعيه³

• **استخدام الدعابة** : تكون الدعابة مفيدة إذا كانت عفوية، وإذا سمحت للمتعالج بمراقبة أفكاره بموضوعية، وإذا قدمت بشكل لا تجعل المتعالج يفكر أنه شخص مستخف به. كما تسمح الدعابة أن تتحرر بنية معتقدات المتعالج دون مواجهة المعتقد الخاص مباشرة، فالمعالج يطلق الشكوك والمغالاة حول تصريحات المتعالج الحقيقية دون أن يتجادل حول كل نموذج خاص من الدليل المؤيد أو المعارض لفكرة ما مقدمة من المتعالج بهذه الطريقة يستطيع المعالج إحداث تنافر معرفي يجعل المتعالج يبحث عن شروحات متعاقبة محتملة أو أفكار يمكن أن تكون أكثر تكيفاً.⁴

• **التثقيف النفسي** : يعد التثقيف النفسي مكوناً مهماً في العلاج المعرفي السلوكي لأن هذا التثقيف يؤدي دوراً في تعديل السلوك، وتصحيح المعرفيات المشوهة أو المعتقدات الخاطئة للمتعالج التي تقف عائقاً في هذا التعديل.¹

ويمكن استخدام بعض مواد التثقيف السمعية والبصرية في العلاج المعرفي السلوكي، أيضاً

1- جلييلة مرسى، فعالية برنامج تدريبي لإكساب بعض المهارات الاجتماعية لتخفيف حدة الضغوط النفسية لدى الطالبات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، م 16، ع 51، القاهرة، 2006، ص 223.

2- جلييلة مرسى، مرجع سابق، ص 223.

3- الحجار، محمد حمدي، الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي-السلوكي دار النفائس بيروت، 1999، ص 73.

4 - Beck et.al, 1979, op cite , p172

1- الحجار، محمد حمدي، نفس المرجع، ص 5.

الجلسات الجماعية لتتقن المتعالجين حول العلاج المعرفي-السلوكي.¹

• **الحوار السقراطي** : ويعد من أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداماً في طرح الأسئلة ويسمى أيضاً الاكتشاف الموجه وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما يجب على المعالج أن يعتمد على خبرته وإبداعه بصوغ الأسئلة التي سوف تساعد المتعالج على إقرار تعلم جديد يتم التركيز من خلاله على تحديد المشكلة كما يعبر عنها المتعالج بلغته هو، وبعيدا عن مصطلحات علم النفس الحديث ومفاهيمه.²

" فاستخدام التساؤل كجانب أساسي علاجي أصبح هو السمة الرسمية للعلاج المعرفي السلوكي، إذ يستخدم كأداة عامة خلال العلاج، وعند تعديل معتقد سلبي أساسي، يوجه المعالج العميل لأن يختبر معتقد على مواقف محددة ونوعية وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تنفيذ المعتقد في موقف بعينه ويمكن أن يمتد ذلك إلى مدى واسع من المواقف، ويتم تعميمه على أنه معتقد إيجابي بديل .³

• **التخيل العام** : يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا تجدي الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضاً عندما يظهر المنهج السقراطي في الأسئلة كما محدوداً من الأفكار التلقائية، ويكون لدى المعالج شك بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي مازالت موجودة.⁴

• **الرسم الكاريكاتوري** : عندما لا يستطيع المتعالج تحديد أفكاره يتم الطلب إليه رسم شكل كاريكاتوري (يعبر عن حالته)، ويطلب إليه صوغ بعض الأفكار التي تجعل من هذا الشكل حزينا أو قلقا حسب الحالة وكتابتها ضمن المربع ويتيح مثل هذا للمتعالج فكرة عما يزعجه بالفعل.¹

• **سجل الأفكار** : إجراء يستخدم غالباً حالماً يبدأ المتعالج بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية ويطلب إلى المتعالج في هذه الحالة أن يدون الأفكار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج . ويمكن أن يحدد المتعالج بالتناوب الاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائية في

1 - Hales et al, op cite , p. 12

2- منصور وآخرون ، الدورة التدريبية الإرشادية الأولى، جامعة دمشق، كلية التربية، دمشق ، 2000 ، ص 12.

3- بالمرس، كوروين ب، رودل ب ، العلاج المعرفي السلوكي المختصر ، ترجمة محمود مصطفى، دار إيتراك، القاهرة ، 2008 ، ص 139.

4 - Trower et.Al , op cite , p93

1 - Burns D D. , op cite , p P83 .

العمود الآخر، كما يمكن أن نستخدم تقنية السهم العمودي أيضا لكشف الأفكار التلقائية، حيث تعد هذه التقنية ناتجا ثانويا لطريقة العمود المزوج وتبدأ إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا تعني لي؟ ولماذا تزعجني؟ وتعود إلى سلسلة من الأفكار التلقائية تكشف عن السبب الحقيقي للمشكلة.¹

" وقد وسع بيك أسلوب الأعمدة ليصبح مؤلفا من خمسة أعمدة، وسماه السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا Daily Record of Dysfunctional Thoughts ويرمز له اختصارا DRDT حيث يتم إعطاء التعليمات للمتعالج لاستخدام هذه النموذج، ففي العمود الأول يتم تسجيل الحدث الحالي أو ذكرى الحدث، أو الحالة ويتم في العمود الثاني تسجيل الأفكار التلقائية وتعطى درجة الاعتقاد بها (نسبة صحتها) في اللحظة التي حدثت فيها (بمقياس من صفر إلى مئة، ويستخدم العمود الثالث لمراقبة الاستجابة الانفعالية على الأفكار التلقائية، وتعطى شدة الانفعال درجة بمقياس واحد من مئة، ويخصص العمود الرابع للاستجابة العقلانية وهو أهم جزء في السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا، إذ يطلب إلى المتعالج أن يضع نفسه بعيدا عن أفكاره التلقائية ويقدر درجة صحتها، ومن ثم يكتب مجموعة من المعرفيات الأكثر واقعية، أما العمود الخامس في السجل يتضمن الناتج ويستخدم لتسجيل التغيرات التي حدثت لتدقيق الأفكار التلقائية وتعديلها."²

• الحوار الداخلي أو الحوار الذاتي : الخطوة الأساسية هي أن يتوقف عن الأفكار السلبية

كالقول عن نفسه إنني عديم القيمة، إنني فاشل... الخ ويتضمن هذا الأسلوب تدريب المسترشد على التحدث مع ذاته حول المشكلة وأن يحدث نفسه بطريقة صامته وأفكار هادئة ، تؤدي إلى ضبط النفس وتضع الموقف في منظور معين، فمثلا إذا آذاه زميل فبإمكانه تخفيف غضبه بقوله لنفسه عندما يكون الناس شريرين فأنتي أشعر نحوهم بالأسف ، ولذا لا ينبغي مواجهتهم بالمثل.³

• إيجاد البدائل: وتشمل هذه التقنية البحث عن التفسيرات الأخرى أو حلول أخرى لمشكلات

المتعالج وهي بذلك حجر الأساس للحل الفعال للمشكلات. فيمكن للمشكلات التي كانت تفهم سابقا على أنها لا حل لها أن يعاد فهمها وبالتالي يصل المتعالج إلى حلول لمشكلاته مع فهم غير مشوه.¹

• تفحص الدليل : هو المكون الرئيس للاختبار التجريبي التعاوني في العلاج المعرفي

1 - Burns , op cite , p. 267

2 - Trower et.al 1999, p98, 99

3 - Burns, ibid, p61

1 - Dattilio and freeman , op cite , p50

السلوكي . فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشوهات فيها، يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج والمتعالج بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته، خاصة وأن المتعالج غالبًا ما يقدم دليلاً يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلاً معلومات أخرى رئيسية، ومركزاً على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة وحينما نتفحصها فإننا سنرى الأشياء من منظور مختلف¹ .

• **الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية** : وتسمى بأسلوب افتراضي ماذا لو ويساعد هذا الأسلوب المتعالج على التفويم بنفسه فيما إذا كان يباليغ في تقدير الصفة الكارثية للحدث أو للفكرة، وفيه يسأل المتعالجون أسئلة سلبية مثل ماذا لو لم أستطع ماذا لو رسبت فلا يعطون وقتاً لأسئلة مشابهة حرفياً ولكن بشكل إيجابي، مثل ماذا لو نجحت ماذا لو استطعت إنهم يبحثون عن إجابة، أو عن وجهات نظر بديلة بشكل مثالي² .

• **التفكير بالتدرج الرمادي** : تقوم هذه الطريقة على تحفيز المتعالج على التفكير المتعدد وعدم الاقتصار على إما...أو...أسود أو أبيض كأن يقيم المتعالج الأشياء ضمن مجال من صفر إلى مئة. لأن الأشياء غالباً ما تكون ما بين الصفر، والمئة بدلاً من الإصرار على أنها إما بهذا الشكل أو ذلك وعندما لا تنتهي الأشياء بشكل جيد كما كان يأمل، يمكن أن يقول لنفسه إنني فاشل بمقدار محدد، إنني أفعل أشياء صحيحة وأشياء غير صحيحة، إنني خسرت إلى حد ما³ .

• **المزايا والمساوي** : يختلف أسلوب تحليل المزايا والمساوي عن الأساليب المعرفية الأخرى، لأنه يتعامل مع الأفكار السلبية للمتعالج من منظور التحريض أكثر من الحقيقة. وغالباً ما يؤدي ذلك إلى الشك بصحة المخططات، وإيجاد تفسيرات بديلة لهذه الأفكار السلبية بأن يطلب المعالج من المتعالج إعداد قائمة بالمزايا والمساوي.

• **تشنت الانتباه (الإلهاء)** : يعتبر الإلهاء مهارة إزاحة وليس منهجاً لتغيير التفكير غير الواقعي، لذلك هو من النشاطات البديلة مثل الاستماع إلى المذيع، الاستماع إلى الفكاهات، حل كلمات متقاطعة، لعبة رياضية، تسلية ما التي يمكنها بشكل مؤقت أن تلهي المتعالج عن الأفكار

1 - Burns, op cite , p100

2 - Newman, Cory F, Hypothetical in Cognitive Psychotherapy Creative Question, Novel Answer, and Therapeutic Change, jou, of Cognitive Psychotherapy: an international guarty, V.14,N2, 2000,p139.

3 - Burns, op cite , p104

الاقتحامية أو التأمّلات الاكتئابية أو أية معرفيات أخرى مختلفة وظيفياً .¹

• **مواجهة الواقع :** هنالك أحيان لا بد من توسيع بعض التدريبات السلوكية إلى خارج غرفة العلاج . وبإمكان المعالج هنا أن يذهب مع المتعالج إلى موقع الحالات التي يخشاها مثلاً.

• **الواجبات المنزلية :** وهو من أهم الأساليب في العلاج المعرفي ويقوم المعالج بتحديد واجبات ينجزها العميل في منزله ولكي يتحقق فاعلية أسلوب الواجب المنزلي فيجب التخطيط الشامل والتطبيق بحرص وعناية، وهذا يعني أن تكون الواجبات المنزلية سهله نسبياً وفي متناول خدمات الأسرة إذ تسبب الواجبات المنزلية غير الواقعية في شعور المريض بفشل العلاج كما يجب أن يضع المعالج خطه لمتابعة تنفيذ المريض للواجبات المنزلية.

وترجع أهميه أسلوب الواجب المنزلي في العلاج المعرفي للأسباب الآتية:

- ا-يساعد على تطوير وتنمية المهارات من خلال الممارسة التكرارية.
- ب-يساعد على تطبيق الطرق التي تدريب عليها في الجلسات في الظروف البيئية الطبيعية
- ج-يساعد على الوقائية من انتكاس المريض.
- د-يساعد على زيادة قدره المريض على تقدير الذات والضبط الذاتي بعد انتهاء العلاج.²

• **النمذجة:** النموذج إلى تخيلات معرفيه إدراكية ضمنية والى استجابات بمثابة تعليمات ذاتية ويمكن إن تساعد النمذجة الصريحة في تعديل السلوك.³

• **التفسير:** هو عبارات بسيطة تعلل السلوك ، أما أشكاله فهي معتقدات أو عبارات يستخدمها الفرد لتفسير حدوث سلوك ، أو حالة أو حدث ولإيضاح وحل الغموض السيئ ، ويميل الناس للسعي وراء تفسيرات فرديه مبسطة اعتماداً على معلومات أو معتقدات بيئية بخصوص الذات أو الآخرين ومثل هذه التفسيرات قد تكون مليئة بالأخطاء وقد تؤدي إلى سلبية واستجابات انفعالية غير تواقفية.¹

• **التشريط بالنقيض :** تدور فنيات التشريط بالنقيض حول فكرة أن الاستجابة لمنبه معين

1 - Torwer et .Al, op cite , p.92

2 -Ellis,1987, op cite , p37.

3- ريم محمود يوسف أبو فايد ، مرجع سابق ، ص 70.

1- ريم محمود يوسف أبو فايد ، نفس المرجع ، ص 71.

يمكن أزلتها أو استبدالها بسلوك آخر نحو نفس المنبه.¹

الاسترخاء العضلي: يعرف الاسترخاء علمياً بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. فالاسترخاء حسب نظرية ولبى "يعتبر من العوامل الكافية للقلق، فلا يمكن أن يكون الشخص مسترخياً وقلقاً في نفس الوقت، وتعتبر الأساليب الحديثة في الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكي.²

• **فنيات العلاج بالتعلم الفعال:** من خلال تعديل الجوانب الشاذة والمضطربة لدى المرضى وتحويلها إلى جوانب مرغوبة ويتم ذلك من خلال نفس القواعد التي بني عليها سكينر نظريته في التعلم الفعال التي يعتبر التدعيم من أهمها. وذلك مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية وقد يكون التدعيم ايجابي أو سلبي.³

• **العلاج بالتعلم الاجتماعي:** كالعلاج بالقدوة أو من خلال التعلم من خلال مشاهدة الآخرين التي تعتبر من المبادئ الرئيسية التي يجب حسابها فقد تبين بالأدلة التجريبية إننا نكتسب من مشاهدة الآخرين جوانب ضخمة من السلوك البسيط والمركب على حد سواء.⁴

• **أسلوب تحديد العلاقات والمتعلقات:** ويتضمن هذا الأسلوب تدريب المسترشد على فهم العلاقة بين السبب والنتيجة، بهدف الوصول إلى فئات شخصية علمية منطقية، بإبصار المعرفة للسلوك، حيث يقوم بالإقلاع عن السلوك السيئ أو تعديله للأحسن.⁵

• **أسلوب حل المشكلات:** ويتضمن هذا الأسلوب تدريب المسترشد على الأسلوب العلمي المنطقي في التفكير، لحل مشكلاته متضمناً جمع البيانات والمعلومات عن المشكلة التي يتم تحديدها بالفعل، ثم افتراض حلول مؤقتة لها والانتهاه بانتهاء الحلول المتوقعة التي ثبتت صلاحيتها للعمل، ومثال ذلك: هل كانت هناك فكرة جيدة.¹

• **التفنيذ:** إن تفنيذ المعتقدات اللاعقلانية يقود إلى تطوير معتقدات عقلانية فعالة مثل أفضل

1 - ريم محمود يوسف أبو فايد، نفس المرجع، ص 74 .

2- ريم محمود يوسف أبو فايد، مرجع سابق، نفس الصفحة .

3- ريم محمود يوسف أبو فايد، نفس المرجع، نفس الصفحة .

4- ريم محمود يوسف أبو فايد، مرجع سابق، ص 75 .

5 - وصفي عصفور، المنحى العقلاني والمعرفي في التوجيه والإرشاد، معهد التربية - الأونروا - اليونسكو- عمان، ص 32.

1- وصفي عصفور، نفس المرجع، نفس الصفحة .

وأرغب بدلا من يجب وينبغي. وعندما يدرك المسترشد المعتقدات العقلانية الفعالة ويتعلمها، فسيقوده ذلك إلى تطوير مشاعر مناسبة وجديدة كالانزعاج والضيق بدلا من الغضب والإحباط ويكون على شكل استفسارات، وهي كالاتي :

- التنفيذ المنطقي :

هل هذا المعتقد منطقي ، حقيقي؟ ولماذا هذه الفكرة حقيقية؟

- التنفيذ العلمي :

أين البرهان على صحة هذا المعتقد؟ وأين الدليل على ذلك؟ وكيف يكون هذا الأمر فظيعا؟.

- التنفيذ العملي :

هل يساعد هذا المعتقد على حل المشكلات الخاصة؟ وهل يساعد على إنجاز الأهداف وتحقيق

الطموحات؟ وهل يزود الفرد بنتائج ايجابية؟¹

• **تقليل الحساسية التدريجي** : إذ طور ولبي (Wolpe) في أواخر عام (1950) إستراتيجية

تقليل الحساسية التدريجي ، وذلك بهدف خفض مستوى القلق ، ويعتمد هذا الإجراء على مبادئ الاشتراط المضاد ، حيث توصل ولبي إلى أن أعراض القلق قد تنخفض أو تنشط بدرجة جيدة عن طريق التخيل ، ثم يعرض المسترشد مباشرة وبشكل تدريجي لاستجابة الاسترخاء العضلي وهذه العملية تسمى بتقليل الحساسية التدريجي.²

وملخص هذه العملية العلاجية هو أن المعالج يضع المريض في حالة استرخاء تام ثم يقدم له

المثيرات الموجودة على مدرج القلق، أو يطلب من المريض تخيل هذه المثيرات حيث يضمن المعالج دائما أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض بتخيله يكون ما يستثيره من قلق أو خوف أضعف قوة من استجابة الاسترخاء التي اختارها المعالج ، حيث يستطيع القيام بعملية كف تدريجي للقلق الضعيف ، ويبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثرها شدة وإثارة، والمريض في استرخاء.

• **العلاج بالتعريض الميداني** : وتسمى هذه الطريقة التعريض أو الغمر ، وتعتمد على دخول

العميل وبقائه في موقف القلق حتى تزول رغبته في تجنب هذا الموقف . وفي هذه الطريقة يقوم المريض بتعريض نفسه للمثيرات أو المواقف التي كان يخاف منها أو يتجنبها ، ويمكن أن يكون

1 - Wallen.Di Giuseppe, & Dryden, A, , op cite , p12.

2- باسم الدحادحة، سعاد سليمان ، فعالية إستراتيجية تقليل الحساسية التدريجي في خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى طلاب جامعة السلطان قابوس، مجلة دراسات عربية في علم النفس، م7 ، 1ع ، القاهرة ، 2008 ص 5.

التعرض بالمواجهة الفعلية في الحياة الواقعية . ويقترح عدد من الباحثين خصائص معينة يجب توافرها في العلاج بالتعرض.¹

- يجب أن يكون التعرض لمدة طويلة لا قصيرة.
- يجب أن يتكرر التعرض حتى تتم إزالة الخوف/القلق.
- ينبغي أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر.

• **التعرض من خلال الواقع التخيلي:** بالإضافة إلى طريقة التعرض الفعلي توجد طرق أخرى للتعرض، وقد استخدمت بفاعلية في علاج بعض الاضطرابات النفسية، وهي التعرض من خلال الواقع التخيلي. وفي حالة استخدام التعرض الميداني والتعرض التخيلي معا في الجلسات العلاجية يفضل البدء بالتعرض التخيلي ثم التعرض الميداني، ومن ناحية أخرى لا يفضل استخدام التعرض التخيلي في حالات خاصة منها كعجز المريض على تحديد الأفكار المثيرة للقلق، وأيضا عندما يعاني المريض من اضطرابات في القدرة على التخيل أو التذكر.²

• **التخيل العلاجي:** عرف كل من ريبير وشابلن التخيل العلاجي على أنه:³ عملية توحيد ذكريات الخبرة السابقة والصور المتكونة قبلا داخل بنية جديدة، فالخيال يتم تناوله على أنه نشاط إيداعي وإنتاجي، وقد يكون أساسا من قبيل التفكير المراد، أو مقيدا بالواقع، وقد يتضمن خططا وإسقاطات مستقبلية أو يكون مراجعات عقلية للماضي.

أساليب التخيل العلاجي: من بين أساليب التخيل العلاجي نذكر ما يلي:

- البروفة المعرفية: وهي ما تعرف بالتخيل المعرفي، وهي تساعد المريض على التعرف على أفكاره التلقائية، حيث يطلب المعالج من المريض إعادة تكوين الموقف الذي يعمل على استثارة القلق أو الخوف لديه في عقله، وبعد دقائق يسأل المعالج عن الأفكار المصاحبة للموقف فيستطيع المريض مراقبتها ومن ثم تقييمها واختبارها وفحصها.¹

- دحض الأفكار تخيليا: يعد هذا الأسلوب التخيلي أسلوبا فعالا لدحض الأفكار، حيث يطلب من المريض أن يتخيل أنه يقوم بفعل الشيء الذي يخشاه، فإذا كان يخشى المواقف

1 - Barlow. D & Cerny , op cite , p 122.

2-- طه عبد العظيم ، العلاج النفسي المعرفي، دار الوفاء، الإسكندرية ، 2007 ، ص 213.
3- بطرس بطرس ، فاعلية برنامج لتدريب على الخيال في خفض حدة بعض اضطرابات القلق لدى أطفال ما قبل المدرسة ، مركز الإرشاد، المؤتمر السنوي 11 ، جامعة عين شمس، القاهرة ، 2004 ، ص 594.
1 - طه عبد العظيم ، مرجع سابق ، ص 271.

الاجتماعية مثلا كالذهاب إلى حفلة حيث سيكون موضع اهتمام الجميع، وسوف يحدقون فيه، ويظنون على ذلك، يطلب منه المعالج أن يتخيل كم مرة سوف يحدقون فيه والمدة التي سيظنون خلالها على ذلك، وكم مرة سيعاودون التحديق فيه، وكم شخصا سيحدق فيه وسوف تكون النتيجة على أثر ذلك مشجعة على حضور مثل هذه المواقف.¹

- التخيل الموجه: التخيل الموجه تقنية تعتمد على جعل الشخص يركز على أفكار إيجابية أو صور أثناء تخيله لنشاطات أو وضعيات غير مريحة، أو مصحوبة بقلق مستثار، وقد استخدم على نطاق واسع في التخلص من أنواع عدة من الهموم، حيث يساعد التخيل الموجه على تهيئة الأشخاص للتحكم في استجاباتهم القلقية، كما يساعدهم في اجتياز احباطاتهم، وتقوية وظائفهم المناعية، وتقليل الإحساس بالألم والصداع النصفي، وتحسين قدرتهم على حل مشكلاتهم.²

" وترتكز إستراتيجية التخيل الموجه على ستة مرتكزات وهي :

1. الاسترخاء : عن طريق إرخاء العضلات تتابعيا، مما يسمح للعقل بإنتاج صورة واضحة.
2. التركيز: الوصول إلى مرحلة الهدوء والسكون، وحتى التأمل، و تحكم الفرد بتخيلاته.
3. الوعي الجسمي/الحسي: تمكن الفرد من قدراته الجسمية والحسية أثناء التخيل، فتوجه ذهن نحو أمر ما، تتفعل الحواس به، فتعمل على تزويد الفرد بمعلومات عن نفسه وعن تخيلاته.
4. التخيل الموجه: في هذه المرحلة يولد الفرد في ذهنه صورة واضحة في البداية ثم يبدأ في التوسع في هذه الصور بشكل طوعي، حيث تكون الصور ساكنة وأحيانا متحركة.
5. التعبير: يتم ترجمة الصور الذهنية المجردة إلى لغة منطوقة أو مكتوبة.
6. التأمل: يقوم الفرد بمعاودة التأمل بتخيلاته كي يوظفها في حياته العملية.³

ولا يتوقف العمل العلاجي المعرفي السلوكي على استخدام الأساليب التخيلية منقطعة عن سيرورة العلاج، بل يتم ربط ما تم اكتسابه من قناعات عن طريق التخيل بالمواقف الواقعية.

1- عادل محمد ، مرجع سابق ، ص 125.

2 - Cormier S,Nurius , op cite , p 361.

3- أيمن عليان ، مرجع سابق ، ص 20.

الفصل الرابع = التوجيه الأبوي

1. مدخل لموضوع الإرشاد الأبوي
2. التوجيه الأبوي ما هو؟
3. مكانة التوجيه الأبوي بين العلاقات العلاجية الأخرى
4. مستويات عملية التوجيه الأبوي
5. لمحة تاريخية عن المكانة الخاصة للوالدين في التكفل بالأطفال
6. المشاركة الوالدية كمفهوم أساسي ضمن التوجيه الأبوي
7. الحاجات الدافعة لتبني خدمات التوجيه الأبوي
 - 7.1. الضغوط النفسية التي تواجه آباء الأطفال وافتقارهم إلى كيفية التعايش معها وإدارتها
 - 7.2. طبيعة ردود الأفعال والاستجابات الوالدية الحادة تجاه أزمة الطفل
8. أهداف التوجيه الأبوي
 - 8.1. أهداف التوجيه الموجه نحو الأسرة
 - 8.2. أهداف التوجيه الأبوي في مجال التربية الخاصة
9. محاور التوجيه الأبوي
10. أساليب التوجيه الأبوي
 - 10.1. الإرشاد الأبوي الفردي
 - 10.2. الإرشاد الأبوي الجماعي
 - 10.3. الإرشاد النفسي المباشر (الموجه)
 - 10.4. الإرشاد النفسي غير المباشر (غير الموجه)
11. أشكال ونماذج التوجيه الأبوي والمشاركة الوالدية
 - 11.1. أشكال ونماذج التوجيه الأبوي
 - 11.2. أشكال ونماذج المشاركة الوالدية
12. تقييم المشاركة الوالدية
13. معوقات إرشاد الآباء ودور المختصين في تشجيع مشاركتهم في برامج التكفل
 - 13.1. معوقات مشاركة الآباء في برامج التكفل
 - 13.2. دور المختصين في تشجيع مشاركة الآباء في برامج الأطفال
14. التدريب على مهارات التواصل كتقنية أساسية في عملية التوجيه الأبوي
15. الفنيات الأخرى للتوجيه الأبوي
16. نصائح واقتراحات عملية للوالدين في أوقات الهلع و في حالة الصدمة والأزمات

1. مدخل لموضوع الإرشاد الأبوي:

يزخر الأدب العلمي بالعديد من الدراسات والبحوث التي تناولت دور الوالدين وتأثيرهم في نفسية الأطفال ، وفي نشوء الاضطرابات النفسية وكذا المساهمة في تفويضها و في العلاج .

" فيعتبر فرويد من أوائل الذين تناولوا دور الوالدين في تنمية شخصية الطفل ، حيث يرى أن ما يزرعه الوالدان في نفوسهم خلال السنوات الأولى سيظهر لاحقاً على شخصياتهم ، وأشارت هورني Horney إلى أن شعور الأبناء بعدم الأمن في علاقتهم بوالديهم يسبب لهم القلق ، ما يدفعهم إلى اتخاذ أساليب توافقية مختلفة للتخفيف من حدته ، ومع مرور الزمن تثبت هذه الأساليب في شخصياتهم ، فيصبحون عدوانيين أو مبالغين في الخضوع ، وقد يتخذون لأنفسهم صوراً مثالية غير واقعية ، أو يغرقون في الإشفاق على ذاتهم لكسب تعاطف الناس ."¹

" كما يرى أدلر Adler أن التدليل يحطم ثقتهم في أنفسهم ويشعرهم بالنقص في قدراتهم ، ويسلبهم استقلالهم واعتمادهم على ذاتهم ، ويزرع فيهم الاعتقاد بأن العالم كله لهم ، أما العقاب البدني فيعمق مشاعر النقص لديهم ، ويجعل النقد الزائد عن الحد نظرتهم سلبية نحو التعاون والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، وتؤدي السخرية إلى شعورهم بالخوف ."²

" أما إريكسون Erikson فيرى أن الثقة في الذات والآخرين والعالم تنشأ من خبرات الرعاية الأولى ، التي تخلق لدى الأبناء الإحساس بالتقبل ، والفشل في تكوينها يشعرهم بأنهم لا يستطيعون الثقة فيمن حولهم ، مما يؤدي إلى التشكك والخوف من الرفض ، وتوقع الخذلان والتقدير السلبي للذات ، ويحدد اختلاف هذا الإحساس أساس المواجهة الناجحة لضغوط الحياة."³

" ويرى بيك Beck أن الرفض والإهمال يؤديان إلى تكون صيغة سلبية للذات تجعل الطفل يركز على جوانب الفشل ، هذه النظرة تمتد إلى العالم من حوله فيشعر بأنه غير آمن ، فيبالغ من شأن ما يواجهه من أحداث ويقلل من شأن قدرته على مواجهتها ، مما يزيد من شعوره بالعجز وعدم القيمة فيصاب بالاكتئاب . ويؤيد ذلك راتر Rutter الذي يرى أن عدم وجود علاقات آمنة بين الطفل ووالديه يشعره بعدم الثقة والكفاية ، مما يزيد من تأثره بالضغوط والعجز ،"¹

1- هول، ك. ج. لندي ، نضريات الشخصية .ترجمة د. فرج أحمد فرج وآخرون، دار الفكر العربي ، 1969 ، ص 178.

2- عبد الرحمن، محمد السيد ، دراسات في الصحة النفسية ، الجزء الأول ، دار قباء ، القاهرة ، 1998 ، ص 249.

3- السيد صالح ، إساءة معاملة الأطفال دراسات نفسية، العدد السابع ، القاهرة ، 1993 ، ص 26.

1- مخيمر ، عماد ، إدراك القبول /الرفض الوالدي وعلاقته بالصلاية النفسية لطلاب الجامعة ، مجلة دراسات نفسية ، المجلد السادس، ع 02 ، 1996، ص 278

وعلى هذا الأساس ، واعتباراً إلى النقاط التي تطرق إليها الباحثين والمنظرين في ميدان علم النفس ، فالتكفل باضطرابات الطفل تقتضي منا الإلمام بالمحيط الذي هو فيه ، وخصوصاً الآباء اللذان يعتبران الدعامة الأولية بالنسبة للطفل .

" إذ يعترف اغلب المختصين من النفسانيين والأطباء العقليين العاملين في مجال الطفولة

بشكل عام بضرورة العمل مع آباء الأطفال خلال عمليات التدخل العلاجي . والنماذج ضمن

هذا الإطار متعددة من خلال : التدخل العلاجي بمشاركة الآباء ، المقابلات مع الآباء وحدهم ،

العلاجات النفسية أم - طفل ، العلاج العائلي ، العلاج النفسي الفردي للآباء ..."¹

فلكثير من الآباء يظهر اختلال في تربية أطفالهم وفي كيفية التعامل معهم ، نتيجة نقص

الخبرة أو جهلهم بأصول التربية أو لاعتقادات قديمة موروثية وهذا ما يؤثر على الأطفال . إذ

ينبغي عليهم أن يحصلوا على دورات في الأساليب التربوية الحديثة لتربية الأطفال ، إنقاذاً

لأنفسهم ولأطفالهم .

" وحسب التوجه المعرفي السلوكي يقول إلس : إن أسباب مشاكلنا تعود إلى اعتقاداتنا

الخاطئة ، وان ما نفكر به ينطبع في سلوكنا ونطبقه على غيرنا ، وأن السلوك الخاطئ متعلم

من البيئة المحيطة بنا ، كما يقول بذلك السلوكيون وجمود الأفكار هي السبب في حدوث

المشكلات بيننا وبين أطفالنا ."²

ومهما أوتي المعالج النفسي من معرفة وخبرة فلا يمكن له أن يحل مشكلة ال عميل بصورة

مطلقة ، وهذا اعتباراً إلى أن جزء من أسباب المشكلة موجود في بيئة ال عميل ، حيث يمكننا

ملاحظة ذلك من خلال تحسن حالة الأطفال الذين يودعون بالمؤسسات التربوية والاجتماعية

نتيجة ما يتلقوه من عناية ورعاية وهذا بملاحظة شخصية (مركز صغار الصم) ، لكن بعد

خروجهم منها كأيام العطل يعودون إلى سلوكهم واضطرابهم ويرتكسون ، باعتبار أنهم عادوا

للبيئة التي سببت هذا المشكل أو عززت ظهوره .

1 - Fericelli-Broun , Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence , éditions scientifiques et médicales Elsevier sas , 2002 , p 577

2 - <http://bafree.net/alhisn/showthread.php?t=75745>

" فما لم تتحسن علاقة الطفل بمن حوله فلن تتحسن حالته ، وإذا لم يغير الوالدان من

سلوكهما نحوه فلن يتحسن أيضا ، حيث يقول الدكتور كلارك : إن العلاقة بين الأب وابنه علاقة تتسم بالشفافية والصفاء في حال كونهما على وفاق ، وتنقلب هذه العلاقة إلى ضبابية إذا ساءت هذه العلاقة ، وأن سلوك الابن السيئ قد يقلل من محبة الأب لابنه . إذ لا يوجد هناك بنت أو ولد مضطرب سلوكيا إنما يوجد أسرة مضطربة ، وهناك علاقات متوترة بين الوالدين ، وهناك تعامل سيء للأطفال ، وهذا التعامل يؤدي إلى الأمراض النفسية للأطفال.¹

" ففكرة مساعدة الآباء على وجه خاص قد وضعت من قبل الباحثين العاملين في مجال

الطفولة وخاصة الأطفال الصغار والتفاعلات المبكرة كريمير Cramer ، لوبوفيسي Lebovici ودياتكين Diatkine وبشكل موازي الباحثين العاملين مع الأطفال ذو الاضطرابات الحادة للشخصية ، وكل هذا ما انعكس على تطوير كفايات متعددة للتكفل النفسي بالآباء ، من خلال مؤسسات العناية التي تستقبل أطفالهم .²

" وتعتبر عملية إرشاد الآباء الأمهات مهمة جدا في علاج مشكلات الأطفال السلوكية ،

فالمربي عندما يحاول التغيير في سلوك غير مرغوب في الطفل ، عليه أن يغير في اتجاهات وتفاعل أسرته معه ، إذ أنه بدون ذلك لا ينجح العلاج ، إذا نصل إلى حقيقة مفادها أن الإرشاد الأسري أصبح ضرورة لإنقاذ أبنائنا من الضياع والانحراف .³

ففي هذا الفصل حاولنا أن نركز اهتمامنا على طريقة مهمة تتميز بخصوصية معينة ،

والمتمثلة في مساعدة الوالدين والتوجيه الأبوي ، لتحديد بعض الأسس النظرية والمضامين ، وكذلك الخصوصيات التي تفرض ضرورة الاهتمام بهذا النوع من التكفل النفسي ، الذي يعتبر دعامة أساسية في عملية التكفل والرعاية النفسية للأطفال كما حاولنا خلال هذه الدراسة.

1 - <http://bafree.net/alhisn/showthread.php?t=75745>

2 - Fericelli-Broun , op cite, p 577

3 - <http://bafree.net/alhisn/showthread.php?t=75745>

2. التوجيه الأبوي ما هو :

2.1. مفهوم التوجيه الأبوي :

يعتبر التوجيه الأبوي شكلاً من أشكال الدعم التي ينبغي لنا استخدامها باعتبارها كيفية أساسية للعاملين في مجال علم النفس المرضي للطفل إذ يعتبر من الصعب جداً لمساعدة الطفل على تطوير مشاعره ، من خلال العلاج النفسي فقط ما لم يتم رفع الحواجز الخاصة بالآباء من خلال التوجيه الأبوي موازاة مع ذلك ، وبالتالي فإن التوجيه الأبوي يسهل عمل الطفل خلال العلاج أو خلال عملية إعادة التربية ببرجة كبيرة تفوق نطاق العلاجات النفسية الممكنة للطفل ، وهذا باعتبار أن الآباء والأطفال هم الفاعلين الرئيسيين في عملية إعادة بناء جوانبهم النفسية غير المكتملة ، ولكن العملية التوجيهية ككل من هذه الوظيفة تتطلب نوع من الحرية العاطفية والمشاركة الوجدانية والكثير من الخبرة العيادية.

فالإرشاد الأبوي هو عملية تعليمية تركز على متابعة وتشجيع النمو الشخصي تقوم على علاقة مساندة بين أخصائي مدرب ووالدي طفل غير عادي ، يمكن لمرشد من خلالها مساعدة الوالدين على اكتساب وتنمية واستخدام مهارات واتجاهات ضرورية للوصول إلى فهم أفضل لاهتمامهم ومشاعرهم وحل مرضي لمشاكلهم الخاصة ومشاكل أبنائهم.

" ويعود مصطلح الإرشاد إلى اللغة الفرنسية ، بعد استخدامه في الدول الأنجلوس لتسمية مراكز الطب النفسية المخصصة لعلاج الأطفال وأولياء أمورهم ."¹

2.2. تعريفات التوجيه الأبوي :

تعددت المفاهيم وتباينت التعاريف المتعلقة بهذا النوع من التدخل وهذا بتعدد المقاربات النفسية وتباين التوجهات والخلفيات النظرية للعاملين في هذا الحقل وكذا لتعدد الأساليب والنماذج ضمن المقاربات والتوجهات نفسها .

" إذ يعتبر التوجيه شكلاً خاصاً من أشكال العلاج النفسي الصعب ، خاصة من حيث الطلب المعقد الذي يقدمه العميل والذي يتغير من حالة لأخرى ولا يشير دائماً لانعكاساتهم النفسية،

1-Jean-Yves Hayez ,La guidance parentale , L'accompagnement des parents dans l'aide educative et therapique, Privat, France, 1988.p 8.

أو لرغبتهم في العمل أساسا على إسعاد وراحة الطفل.¹

"فالتوجيه الأبوي ليس بعلاج نفسي مخفي يقدم لمريض لا يشعر بالألم ، وليس علاج نفسي لصعوبات تؤثر على الأطفال ؛ إنما هو في الواقع تجاه أحد الوالدين التي تسبب خصائصهم ردود أفعال في سلوك الطفل ولهذا يتفاعل مع نفسه بشكل صارم و انفعالي وفقا لصراعات أخرى ، وخصوصا تلك المتعلقة بماضيه . فالعلاقة بين الأم والأخصائي لديها معنى إنمائي من خلال التقمصات التي يتم تنظيمها هناك، ومعنى تربوي من خلال التوضيحات الجديدة التي يمكن أن تقدم.²

" ووفقا للمقاربة النفسية التحليلية تعتبر عملية الإرشاد الأبوي بمثابة تقديم المساندة للآباء التي تسمح بدعم قدرتهم على التفكير في هذا الطفل الذي لم يصبح كبير بعد ومساعدة الآباء على تطوير إمكانياتهم الخاصة في التعامل مع أبنائهم والقيام بأكثر المهام الصعبة التي تتطلب الكثير من العمل الاستكشافي بالنسبة للمعالج والمتعلقة بالآليات اللاشعورية في العمل وتفكيك حالات التشقق داخل المحيط والعمل على ذلك مع مختلف الشركاء وكل من له صلة بذلك (المعالج ، الأفراد ، الطبيب العام ، المساعد الاجتماعي ، الطبيب العقلي ...).³

ووفقا لهذه المقاربة فالعمل النفسي مع الآباء يكون من أول اتصال معهم وكثيرا ما تكون عملية متابعة أولياء الأطفال المنكفل بهم عملية مستمرة ومتواصلة وذلك للقيام بإعادة بناء التاريخ المرضي للطفل.

ويعتبر جان ايف (Jean-Yves Hayez) من الذين عملوا على تطوير جزء من العمل في هذا الميدان من خلال خبرته التجريبية الكبيرة على مبادئ وأساليب هذه المقاربة الوالدية " إذ يعتبر التوجيه الأبوي نوع من المرافقة للآباء لتعلمهم قبول دورهم كوالد وكإنسان مع الآمال والمعوقات في مختلف الأدوار وفي مختلف الحالات المتداخلة في هذه الوظيفة.⁴

أما بالنسبة ما يتعلق بالمقاربات النسقية أو التي تندرج ضمنها فيمكننا القول أن الطموحات العلاجية المتزايدة للآباء والأمهات والمتعلقة بفكرة أن الطفل مريض هي تعبير للسان الحال

1 -Jean-Yves Hayez , ibid , p 9.

2 -Jean-Yves Hayez , op cite , p 11

3 - Fericelli-Broun , op cite , p 577

4 -Jean-Yves Hayez , ibid em

فقط عن الضيق العائلي حيث تهدف هذه المقاربات خصوصاً النسقية إلى تحسين الاتصال داخل العائلة والعمل على تقويم التشوهات الحاصلة في قنواته وتوفير شروطه وتمثل هذه المقاربات نوع من ردات الفعل تجاه العلاجات المتركزة على العميل .

" كما يمكن أن يشير مفهوم الإرشاد النفسي لآباء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرتهم إلى تلك العملية التي يستخدم خلالها المرشد خبراته وكفاءاته المهنية في مساعدة آباء الطفل على الوعي بمشاعرهم نحوه، وتفهم حالته وتقبلها ، وتطوير واستثمار أكبر قدر مما لديهم من إمكانيات للنمو والتعلم والتغيير في اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلات والضغوط الناتجة عن وجوده بالأسرة والمشاركة بفاعلية في دمج وتعليمه وتدريبه ، والتعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق له إمكانيات النمو والتوافق."¹

3. مكانة التوجيه الأبوي بين العلاقات العلاجية الأخرى :

تعتبر عملية الإرشاد والتوجيه الأبوي نوع من أنواع التدخلات العلاجية النفسية لها مكانتها وخصوصيتها التي تميزها والتي لا يمكن لأي تدخل أو علاقة علاجية أخرى أن تشاركها فيه باعتبار أن هذا التدخل يمثل وضعاً علاجياً معقداً ومتشابكاً نتيجة العمل الموجه وفقاً لقطبين من التمرکز (الآباء ، الأطفال) إضافة إلى أنه يتضمن العديد من التدخلات والمواقف العلاجية المتعددة ويمكننا إبراز هذه المكانة والخصوصية المتعلقة بهذا النوع من التدخل العلاجي من خلال مجموعة النقاط التالية التي تطرق لها جان هايز Jean Hayez² :

3.1. التوجيه الأبوي وضع علاجي معقد :

فالعامل لا يأتي في المقام الأول لعلاج نفسي له ، إلا أن حل المشكلة المطلوبة غالباً ما يمر من خلال نضج جزئي في كينونته . وبالتالي يمكن أن تبدأ زيادة تحفيزه من خلال التركيز عليه، على الرغم من أنه نادراً ما تصل إلى حدة مماثلة للالتزام في العلاج .

يدعى المعالج للتعامل مع شخصين على الأقل الأم والطفل المغيب . أين تحدث انقطاعات في المنحى العفوي للخطاب مع العملاء إذ يجب التفكير دائماً في تأثير كل منهما على الآخر في ما يقول وما يشعر . فالطفل مغيب والوالد والمعالج لوحدهم يتحملون عملية التمثيل التي لا

1 - <http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016>

2 -Jean-Yves Hayez , op cite , p 12

تخلو من التشويه فالصورة المعطاة تعتبر اسقاطية دائما إلى حد ما وما يت م نقله هو نقل مجذوع والحل الطبيعي لهذه المشكلة هو العلاج الأسري فدعم المشاركين هو إجراء إصلاح شامل للتفاعلات الأسرية والجميع مدعو لإسقاط أفعنتهم، ولا يمكن تقبل ذلك بين جيلين.

يمثل المعالج الحقيقة الخارجية وفي نفس الوقت الاستماع إلى التجربة الداخلية للعميل فهو يمثل شركاء غائبين ، ويوفر المعلومات "عناصر عن الحقيقة " ويعمل على تكيف العميل خلال حصص الاجتماع على شطر من الواقع المسجد . بعد ذلك يعود إلى العالم الداخلي للعميل وقيم تأثير التدخلات الخارجية عليه بمعنى هل تم دمج هذه العناصر أو رفضها ؟ هل تضرر ؟ هل تقبلها بسهولة ؟ ما هي الدفاعات التي يسببها ؟

3.2. المواقف والتدخلات العلاجية المتنوعة جدا :

هناك مجموعة واسعة من التجارب المقدمة حول الإرشاد الأبوي وبالطبع كل فرد من هذه المجموعة لا يستخدم جميع المواقف التي توصف ضمن هذا النموذج وإنما مختارة تتوافق مع مزاجه ، أيديولوجيته ، وخلفيته النظرية وظروف عمله كما يمكن لاحتياجات العميل أن تلعب دور في الاختيار .

3.3. التمركز حول الآباء كمفهوم خاص بالإرشاد الأبوي :

- من خلال الاهتمام بصراعات الآباء وضيقتهم العاطفي ، فهم يدركوا ويعبروا بأنهم على أفضل حال إلا أن صراعاتهم تبقى في حالة غير معلنة أو مشوشة أو مخفية أو حتى لا شعورية. ودون التطرق إلى كل ما يتعلق بشخصيتهم نحاول معهم تجاوز النقاط العقدية الشخصية التي تعيق بشكل جانبي العلاقة مع طفلهم . وتفكيك الاستهجمات التي تحدد أساليبهم التربوية الطائشة وتوضيح خصوصيات حرصهم وقلقهم الذي يتجاوز الحدود الضيقة للعلاقة بالطفل حتى يمكنهم التعرف بعض المصادر والانعكاسات العامة وكيفية تطويرها.

- التفريغ والتحرير العاطفي من خلال السماح للعميل بالتعبير عن كل أحزانه وعجزه ، وذلك كجزء من الانتقال شيئا فشيئا بصورة نكوصية حتى يقوي بشكل جيد استثماراته النرجسية وأيضا أنه من خلال إعطائه مهام ودعمه في تنفيذها وتشجيعه حيث يعتبر هذا الأسلوب طويل ولكن نتائجها في إعادة البناء أكثر قوة .

- أن يكون استكشاف صراعات العميل بعد موافقته بشكل واضح عن ذلك حول معاناته الشخصية حتى يمكن إصلاح المشاكل العلائقية ضمن نسق محفز وإجابات متبادلة بين الوالدين والطفل ، بغض النظر عن التغيرات الخارجية. وبقدر ما يشير إليه هذا التصور، فمن الجيد أحيانا أن نمح الفرصة للعميل لتهدئة هذا الجانب المعتل .
- كما نركز عند العميل على العمل على زيادة الثقة بالنفس: كان نطلب رأيه ، تقييمه ، نطلب نصيحته تشجيعه ، إبراز قدرته على التعامل مع الوضع واحترام مبادرته ...
- التقصي عن الوالدين في ماضيهم وعلاقتهم السابقة والطفولية التي قد أقاموها مع والديهم ، التي تقع وتتأرجح عادة بين طرفين : الاستماع السلبي دون صدى رجعي فنكون مع اللامبالاة الواضحة كون الآباء يعاودوها عفويا. أو من خلال المساهمة في تنشيط العودة إلى الماضي من خلال طرح بعض المسائل الخيرية البحتة أو البحث عن الصلة بين ما يحصل للوالد وما عايشه في طفولته.
- يعتبر تأسيس الماضي أكثر فائدة عندما يؤدي إلى تغيير هذا الوضع الحالي فالعميل يستكين ويتقبل تأثير خبرات الحياة الأولية في ما يخص ما هو عليه الآن والمفارقة أن هذه الحتمية تسهل عملية التغيير بشكل كبير مما لو كان قد استحدثها طوعا من مواقفهم. "
- لا تستخدم ذكريات الماضي لغرض استعاد نرجسي ، أو إعطاء الشجاعة للعملاء أو إحياء شعور بالذنب من خلال تذكر اللوائح المؤثرة وتثبيت العميل في سلسلة تاريخية محددة جزئيا للحظات الأخرى المهمة في تاريخ الآباء وما عايشوه سابقا حتى أثناء الحمل والولادة.¹
- دعم الأبوة : إن وجود عجز، تشوه ، إعاقة أو اضطراب عند الطفل يمكن أن يعطل مكانة التعلق والارتباط في العلاقات الوالدية بالطفل (أم-طفل ، أب-طفل) ، فكيف يمكن لهؤلاء الآباء أن يشعروا بانحطاط القيمة وبلا أبوة تجاه الطفل الذي لا يمكنه أن يتفاعل بنشاط معهم وكيف يعيشون متزحزحين في رغباتهم الأبوية. سيعيشون مرتبكين في أبوتهم وبجروح عميقة في نرجسيتهم."¹

1 -Jean-Yves Hayez , op cite , p 16-24.

1- L'éducation précoce en orthophonie , Revue éditée par la Fédération Nationale des Orthophonistes, Directeur de la publication : le Président de la F.N.O , Juin 2000, N 202,p 33.

" ويرى الدكتور مارتين لامور، انه يمكن تعريف الأبوة : بأنها مجموعة من إعادة الترتيبات النفسية والعاطفية التي تسمح للكبار بان يصبحوا آباء بمعنى لتلبية احتياجات أطفالهم وهذا على ثلاثة مستويات: الجسمية والعاطفية والحياة النفسية .

La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps, la vie affective et la vie psychique.

فالأبوة هي سيرورة ديناميكية ، تبدأ مع الرغبة في الأطفال ، والرغبة في أن يكونوا آباء ، وتنمو مع الحمل وميلاد الأطفال وتظهر كلية وتمتد مع طول عمر الأطفال ، وهذه هي السيرورة الحقيقية لنضج الشخصية .¹

La parentalité est un processus dynamique, qui commence avec le désir d'enfant, le désir d'être parent, pour se développer avec la (les) grossesse(s), la (les) naissance(s) de (des) enfant(s) et se déployer tout au long de la vie de (des) enfant(s). C'est donc un véritable processus de maturation de la personnalité ».

" فوجود طفل غير متوافق مع رغبات والديه سيخيب أمالهم ، فهو غير مرض . ويسبب هذا الاستياء وعدم الرضا من الآباء مشاكل في العلاقة التي يمكن أن تتطور بين الطفل ووالديه . وهذا هو حال الطفل الذي يوصف من قبل والده بأنه " غير راض بتاتا عن ما لديه " ، والمشكلة هي أنه نفسه لا يمكنه أبدا أن يكون مرضي لوالديه وهذا يعبر عن خيبة أمل .

" فخيبة الأمل هي الآلية النفسية التي وصفها فينيكوت بأنها ستمكن الطفل من استيعاب غياب التوافق في الاستجابة لحاجاته بعد وجود تجارب معاكسة (خلال السنوات الأولى) من الوهم، بمعنى المطابقة بين توقعات و استجابات الأم التي تلبي احتياجاتهم ."

"La désillusion est le mécanisme psychique décrit par Winnicott par lequel l'enfant va devoir s'accommoder de l'absence d'ajustement des réponses à ses besoins après avoir fait l'expérience inverse (pendant sa première année) de l'illusion, c'est-à-dire de l'adéquation entre ses attentes et les réponses de la mère qui comble ses besoins."

فدعم الأبوة يرتكز على استعادة جزء من قدرة هؤلاء الآباء على مشاهدة ما لطفهم والذي يمكن أن يرضيهم وجزء آخر لتلبية توقعات الطفل هو خلق لهذا التعلق المتبادل الذي

1 -L'éducation précoce en orthophonie , Revue , ibid em , p 33.

سيضمن عودة المكانة القادرة على الإشباع والإرضاء بصفة مؤكدة وتجنب مختلف حالات خطر عدم الإشباع . كما يهدف إلى مساعدة الآباء على متابعة أبنائهم في ايجابية ما يعزز كل الوضعيات التي تتيح لإمكانات الطفل الظهور ، مساعدتهم على الفخر به ومساعدتهم لتمثيل طفلهم كشخص وسيصبح بالنسبة لهم كشروع ممكن " .¹

4. مستويات عملية التوجيه الأبوي :²

4.1. المستوى المعرفي (المعلومات) :

وتتصبب الخدمات الإرشادية في هذا المستوى على توفير الحقائق والمعلومات الأساسية اللازمة لإشباع الاحتياجات المعرفية للآباء المتعلقة بحالة الطفل الراهنة واضطراباته ومستقبله والخدمات المتاحة ، وتوجيههم لكيفية البحث عن مصادرها.

4.2. المستوى الوجداني (العلاج) :

ويهدف هذا المستوى إلى إشباع الاحتياجات الوجدانية للآباء وأفراد الأسرة ، ومساعدتهم على فهم ذواتهم ، والوعي بمشاعرهم و ردود أفعالهم واتجاهاتهم وقيمهم ، ومعتقداتهم بخصوص مشكلة الطفل ، وعلاج ما قد يترتب على ذلك كله من خبرات فشل وصراعات وسوء توافق ومشكلات بالنسبة للوالدين وفي المحيط بما يكفل استعادة الصحة النفسية.

4.3. الاتجاه السلوكي (التدريب) :

وتختص خدمات الإرشاد في هذا المستوى بمساعدة الوالدين و أعضاء الأسرة على التحرر من الاستجابات و الأنماط السلوكية غير الملائمة للتعامل مع المشكلة ، وتطوير مهارات أكثر فاعلية في رعاية الطفل سواء بالمشاركة في خطط تعليمه وتدريبه في البيت ، أو بمتابعة تعليمه في المدرسة ، إضافة إلى تمكين الوالدين من اتخاذ القرارات المناسبة وجعلها أكثر مقدرة على التحكم في الاحتمالات المستقبلية لمشكلة الطفل " .

ومن خلا المستويات السابقة التي تطرقنا إليها يمكن القول أن لهذه التدخلات أثرها البالغ في سيرورة التغيير وحل المشكل من خلال تعليم الوالدين للطرق التي يعدلون بها من سلوكهم

1 - L'éducation précoce en orthophonie , Revue, op cite , p 34.

2 - <http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016>

الذاتي وبشكل خاص تعديل الأساليب التي يتفاعلون من خلالها مع أطفالهم يمكن لكثير من الآباء والأمهات من إحداث تغييرات ذات دلالة واضحة في بعض أشكال السلوك لدى أبنائهم . إلا أن تقديم المساعدات للآباء والأمهات بهدف تمكينهم من تعديل سلوكهم الذاتي، ومحاولة تعديل سلوك أبنائهم والمحافظة على ما يحققونه من تعديلات في السلوك، تعتبر جميعاً من نوع الجهود التي قد يسهل الحديث عنها، لكن تحقيقها ليس بالأمر الهين .

5. لمحة تاريخية عن المكانة الخاصة للوالدين في التكفل بالأطفال :

يعتبر موضوع التوجيه والإرشاد الأبوي من الناحية التاريخية موضوع جد متشابك مع المواضيع الأخرى المتعلقة بالإرشاد النفسي .

"ويرجع أصل هذا التشابك الحاد فيما يخص موضوع الآباء إلى أولى ممارسات التحليل النفسي ، كون إن أول تحليل نفسي للأطفال أنجز من خلال الآباء أنفسهم ، مثل ما كان في تجربة الصغير هانز لفرويد ، التي بينت دور الأب في نشوء الاضطراب وكذا في وضع الخطوط العريضة للعلاج .

وبينت كل من ملايين كلاين في مقالتها حول الصغير (فريتز) وفون هيق سنة 1921 أن :
" العلاج النفسي ينبغي أن يكون في منزل الطفل إذا كان ممكن ... فالاتصال شرط مبرر وفعال للعلاج "

« le traitement doit si possible prendre place dans la maison du jeune patient... Le contact est une exigence justifiée de la famille et il est efficace pour le traitement ».¹

وتدرجياً ففي سنة 1923 بدأت كلاين Klein بتحليل الصغيرة ، ريتا في غرفتها ، في حضور الأم والعمّة ، ولكن قررت بعدها مواصلة العمل مع الطفل وحده في مكتبها الخاص بالاستشارة ، حيث قالت في عام 1953 حول هذا التحليل : " وصلت خلال هذا العلاج إلى استنتاج مفاده : أن التحليل النفسي لا ينبغي أن يحدث في منزل الطفل ... حيث وجدت انه لا يمكن تأسيس الوضعية التحويلية والحفاظ عليها ، ما لم يشعر الطفل أن مكان الاستشارة أو غرفة اللعب - شيء يختلف عن الحياة العادية في المنزل . فهي ليست سوى في مثل هذه

الظروف التي يتغلب فيها على مقاوماته للواقع المعيشي والتعبير عن أفكاره ، ومشاعره ورغباته حيث ينظر إليها على أنها مخالفة لمعظم الأشياء التي تعلمها ".¹

« Pendant ce traitement j'en vins à la conclusion que la psychanalyse ne devrait pas se passer au domicile de l'enfant... Je trouvais que la situation transférentielle ne peut être établie et maintenue que si l'enfant ressent que le cabinet de consultation ou la chambre de jeu est quelque chose de séparé de la vie ordinaire à la maison. Ce n'est que dans de telles conditions qu'il peut surmonter ses résistances contre le fait de vivre et d'exprimer des pensées, des sentiments et des désirs... ressentis comme étant contraire à la plupart des choses qu'on lui a enseignées ».¹

ومن خلال العرض السابق يمكننا ملاحظة المكانة التي كان يحظى بها الآباء في العلاقة العلاجية التحليلية وكيف كانت مركزية الآباء في بدايات توجه التحليل النفسي للأطفال وكيف بدأت في الانخفاض تدريجياً ، الأمر الذي أدى إلى تضيق إطار العمل وتجريده والعلاج بعيداً عن المحيط والحياة اليومية للطفل وعن الوالدين وإهمال هذا الدور المركزي ويمكنني القول هنا ان هذا التحول قد يرجع إلى طبيعة هذا النوع من التدخل الذي يركز على العالم الداخلي للفرد على حساب العالم الخارجي .

" وفي سنوات الستينات قام مجموعة من الباحثين ، ولا سيما العاملين مع الأطفال والمراهقين شديدي الاضطراب ، بالتأكيد على دور الآباء والأمهات في الأمراض النفسية والعقلية للطفل . حيث مثل مفهوم الأم الفصامية انعكاس كارينكاتوري لهذا الاتجاه من الفكر ، وبناء على هذا الافتراض فتصرفات الأم في فترات الرعاية المبكرة بكيفية ما قد يستثير في نفسية طفلها آليات مدمرة ، وهذا ما يدفع لممارسة الإقصاء الكلي للوالدين في رعاية الطفل (الإحالة على المؤسسات) " .²

" حيث يقول سولي انه إذا أردنا البقاء في فهم تحليلي نفسي لما يحدث للطفل ، فمن الضروري استحضار هذا النظام التفاعلي مع الوالدين. " .³

إن تجلّي هذا الاهتمام الزائد بدور الآباء في عملية التكفل خلال السنوات الأخيرة إذ يطلب

1- Fericelli-Broun , ibid em.

2 - Bettelheim B. La forteresse vide. Paris: Gallimard; 1969. P76

3 - Soulé M. Essai de compréhension de la mère d'un enfant autistique, ou « L'enfant qui venait du froid ». Actes du Congrès des psychanalystes de langues romanes, Paris. 1977. p. 79

منا الإنصاف العلمي الإشارة إلى دور الباحثين الغربيين خاصة الفرنسيين في نهضة هذا الاتجاه والثورة التي يعرفها والمجالات التي تمكن من التأثير فيها إذ يرتبط هذا النوع من التدخل بالتدخلات الأخرى سواء الصحية أو النفسية أو الارطوفونية ، إذ أدى الانشغال الكبير للنفسانيين والأطباء العقلين في مجال الطفولة ، تجاه المشاكل المتعلقة بالآباء إلى الانشغال بإعداد إطار للرعاية لاستعادة مكانة الآباء خاصة . وهذا على حساب الباحثين والأطباء والنفسانيين العرب إذ مازالت الممارسات الصحية والنفسية في مراكزنا وعياداتنا ومستشفياتنا تفتقر إلى هذا النوع من التوجه والاهتمام بدور الآباء في عملية التدخل الموجهة للأطفال .

" حيث طورت هذه الحركة الغربية بوجه خاص في السنوات الأخيرة تجاه الأطفال الصغار جدا والأطفال الذهانيين ، ميل إلى العودة للمكانة المتميزة للآباء واعتبارهم كشركاء أساسيين في عملية التكفل.. وان كل البناءات الديناميكية التي لا تأخذ في الحسبان ستختزل مصدر من مصادر ممارسات الرعاية اللامناسبة . " ¹

ومن خلال الدراسات العلمية ومراجعة بعض أدبيات البحث النفسي لآباء الأطفال المضطربين أو ذو الاحتياجات الخاصة فإنه يمكن القول أن معظم الباحثون أشاروا إلى ردود فعل الآباء وآلامهم وجروحاتهم النرجسية في حالات وجود طفل مريض نفسيا أو معوق . حيث تتسبب هذه المعاناة في إعادة صياغة و ترتيب نفسي للآباء ، وظهور أساليب وتصرفات وكيفيات تعامل من نوع خاص ، كالحماية المفرطة أو الشفقة أو الرفض والنبذ أو التخلي والإهمال والذي بدوره يكون له تأثير على الحالة النفسية للطفل .

6. المشاركة الوالدية كمفهوم أساسي ضمن التوجيه الأبوي :

" يتمثل في مجموع الأدوار والجهود التي يقوم بها آباء الأطفال حسب ما يتاح لهم من فرص المشاركة من جانب المهنيين أو الاختصاصيين أو فريق العمل في برنامج الطفل ومدى توظيف المهنيين لمعلومات وجهود الآباء وما يقدم لهم من دعم وإرشاد لتطبيق أو متابعة تنفيذ برنامج الطفل في المنزل ، وتتراوح هذه المشاركة الوالدية في رعاية الطفل ما بين مجرد ملاحظة سلوكه إلى الأداء الوظيفي الفعلي كأحد عوامل التعبير في الأنماط السلوكية للطفل . " ¹

1 - Fericelli-Broun , op cite , p 577

1 -faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=41234

7. الحاجات الدافعة لتبني خدمات التوجيه الأبوي :

" من المبررات التي تدفعنا إلى تبني التوجيه الأبوي دون سواه من العلاقات الأخرى هي :

- عدم معرفة الآباء بأسباب الاضطراب أو الإعاقة وظهور الأعراض وحاجتهم إليها .
- تباين ردود الفعل الوالدية نحو هذه الاضطرابات أو نحو الإعاقة (صدمة ، حزن ، خوف ، ندم).

- إحساس الآباء بضعفهم وعدم قدرتهم على التكيف مع الأعراض التي يخلفها الاضطراب أو تخلفها الأعراض أو الإعاقة عند طفلهم .

- حاجة الآباء إلى حل مشاكلهم اليومية.

- حاجة الآباء إلى التحدث مع مرشد أو شخص مؤهل لديه القدرة على المساعدة .

- حاجة الآباء إلى التحدث مع آباء أو أسر لديها طفل لنفس المشكل أو الاضطراب.

- حاجة الآباء وعدم معرفتهم الأماكن تقديم الخدمة لأطفالهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

- جهل الآباء بالإجراءات الواجب إتباعها مع الطفل لتخفيف وطأة اضطراباته وتأهيله¹.

- ويمكن عزو الحاجات السابقة إلى الضغوط النفسية التي يواجهها الآباء وافتقارهم إلى

كيفية التعامل معها وإدارتها بشكل طبيعي وتجنب الطفل تبعات ردود أفعالهم واستجاباتهم

الحادة حيث يمكن إيضاح هذه الضغوط تجاه الآباء وردود أفعالهم واستجاباتهم كالتالي :

7.1. الضغوط النفسية التي تواجه الآباء وافتقارهم إلى كيفية التعايش معها وإدارتها :

- قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة وأسبابها وكيفية التعامل معها .
- عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة، وبرامج الرعاية العلاجية والتدريبية المتوافرة.
- التوتر والقلق والانشغال إلى حد الخوف على مستقبل الطفل .
- المشكلات السلوكية والصحية للطفل، مما يستلزم اليقظة والانتباه المستمرين من الآباء .
- زيادة الأعباء المالية نتيجة ما تستلزمه رعاية الطفل ، وما يترتب من استنزاف الأسرة.
- شكوك الوالدين في جدوى علاج الطفل وتعليمه وتدريبه .
- الشعور المرير بالحرج والحساسية وعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الإجتماعية.

- صرف معظم وقتهم في رعاية الطفل وشعورهما بالإرهاق لما تتطلبه حالته من اهتمام.
 - ضالة الوقت المتاحة لرعاية بقية الأبناء ، وقلة فرص الشعور بمتعة الحياة الأسرية ،
 وممارسة النشاطات الترويحية ، وإشباع الاهتمامات والميول الشخصية لكل منهم.¹
 إذ تشكل هذه الضغوط عبئاً ثقيلاً ملقى على كاهل الوالدين والأسرة ، كما أنها تؤثر على
 الجو الأسري ككل ، وهو ما يستدعي منا تقديم خدمات إرشادية سواء للوالدين أو أعضاء
 الأسرة بهدف مساعدتهم على التعايش مع هذه الوضعيات والصمود أمامها ، و الوصول بهم
 للتعامل معها ايجابيا وتقبلها .

ولا تقتصر حالات الإرشاد والتوجيه الأبوي فقط على الوضعيات الوجودية بمعنى وجود
 طفل مضطرب أو معاق بل تتعداه إلى حالات أخرى كتلك التدخلات التي يمكن أن تكون
 خلال المراحل الأولى قبل الميلاد بالنسبة للأزواج الجدد بهدف وضع الوظيفة الأبوية في
 سكتها الصحيحة وأيضا في حالات الأزمات والوضعيات الصعبة التي يعيشها الأطفال إذ
 يمكننا هنا الإشارة لبعض التدخلات والنصائح العملية الموجهة للآباء لمساعدة أطفالهم في
 حالات الصدمات وأوقات الهلع والتي انتقيناها من الموقع الإسرائيلي لمواجهة الصدمات .

7.2 . طبيعة ردود الأفعال والاستجابات الوالدية الحادة تجاه أزمة الطفل :

" إن وجود طفل مريض ، مضطرب أو من ذوي الاحتياجات الخاصة من شأنه أن يستثير
 لدى أبويه استجابات وردود أفعال سلبية تستلزم تدخلا إرشاديا حيث تتمثل هذه الردود
 والاستجابات في :

- الشعور بالصدمة والذهول وخيبة الأمل .
- التشكيك في التشخيص وعدم تصديقه والإنكار .
- الشعور بالإحباط والأسى والحزن .
- الخوف الزائد من نواحي عديدة .
- الشعور بالارتباك والتشويش والعجز عن مواجهة المشكلة بواقعية .
- الشعور العميق بالذنب ولوم الذات والتأنيب الذاتي .
- رفض الطفل .

- الشعور بالاكْتئاب .
- البحث عن علاج لحالة الطفل بأي وسيلة أو ثمن .
- وأن هذه الاستجابات تختلف من والد إلى آخر حسب عوامل مختلفة أهمها:
- درجة إعاقة الطفل او درجة اضطرابه وخصائصه .
- نوع جنسه وترتيبه الميلادي .
- التسهيلات والموارد المجتمعية المتاحة لرعايته وتعليمه وتدريبه .
- إدراك الأبوين للموقف وتفسيره .
- تدين الأبوين .
- الخصائص الشخصية للآباء ومدى نضجهم النفسي والاجتماعي .
- مدى توافق الزوجين وتكامل الحياة الأسرية .
- مدى توافر الموارد المالية للأسرة .
- اتجاهات الأهل والأقارب والجيران نحو الطفل ومدى مساندتهم .
- ردود أفعال الأطباء و الأخصائيين والمعلمين . " 1

8. أهداف التوجيه الأبوي :

- مساعدة أسر الأطفال على تقبل حقيقة معاناة ابنهم والتكيف معها والتعايش والتعامل المناسب مع الواقع الجديد الذي فرضه اضطراب أو إعاقة هذا الطفل في الأسرة.
- مساعدتهم على القيام بالأدوار الموكلة إليهم فيما التعامل مع الطفل في الأسرة.
- مساعدتهم على التكيف والاندماج في الحياة الاجتماعية في المجتمع بإيجابية والقيام بأدوارهم الطبيعية خارج الأسرة وعدم الانزواء والعزلة والانشغال الكبير بالطفل .
- مساعدتهم على فهم الدور المتوقع منهم فيما يتعلق بالمساعدة والمساهمة في العلاج ونجاحه وأهمية برامج التوجيه الأبوي في فهم اضطرابات الطفل وسبل التعامل معها .
- مساعدة الآباء في الحصول على المعلومات التي يحتاجونها فيما يتعلق بأساليب التربية والتعليم والتأهيل وعلى كيفية الحصول على المعلومات ومصادر الدعم المتوفرة. " 1

1 -<http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016>

1 -faculty.ksu.edu.sa/m_abushaira/Doc Lib

8.1. أهداف التوجيه الموجه نحو الأسرة :

- تحسين التواصل الأسري ، وتهيئة المناخ لنجاح عمليات التواصل .
- إعادة تنظيم نسق الأسرة ، لإزالة العناصر المرضية ، وتدريب أفراد الأسرة على طرق جديدة للتعامل مع الاضطرابات الأسرية الحالية .
- تشجيع كل فرد من أفراد الأسرة على إحداث التوازن بين قطبي المعية والتفرد .
- تغيير السلوك الأسري ، وتدريب أعضاء الأسرة على كيفية التعامل معها " 1

8.2. أهداف التوجيه الأبوي في مجال التربية الخاصة :

- تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل عن طريق الوالدين وتبصيرهما بخصوص نموه وتدريبهما على كيفية التعامل معه وتشجيعهما على تجاوز مرحلة الأزمة في تقبل الطفل ، فكثيراً ما تكون الاستجابات الوالدية الشائعة نحو إعاقة الطفل تتصف بالقلق والشعور بالذنب والإحباط واليأس والعجز عن مواجهة المشكلة ثم التشكيك في التشخيص ثم الاعتراف بمشكلة الطفل وقبول إعاقته والسعي لتأهيله لذا وجب علينا ادراك الميكانزمات التي يسلكها الآباء حتى يسهل عليه إرشادهما وتوجيه الطفل إلى ما يتفق مع قدراته وإمكاناته.
- مساعدة الوالدين على تنمية استعداداتهما النفسية وعلاج مشاكليهما الزوجية والأسرية وغيرها حتى تكون أسرة متماسكة قادرة على رعاية طفلها من ذوي الاحتياجات الخاصة ، وبالتالي يجب على المرشد النفسي أن يدرك شخصية وقيم ودوافع الوالدين واتجاهاتهما نحو طفلها حتى يستطيع تحديد حاجاتهما الإرشادية والأسلوب المناسب في تبصيرهما وتقديم المشورة والمعلومات إليهما للقيام بمسؤولياتهما تجاه الطفل وقائياً وعلاجياً وإرشادياً وتعديلاً واتجاهاتهما نحو الطفل ونحو إعاقته . وهو ما يعرف باسم تعليم وتدريب أولياء الأمور.
- مشاركة الوالدين في جماعات آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ما يعرف باسم الإرشاد الجمعي وله نتائج إيجابية مع الوالدين الذين يشعرون بالعزلة عن الآخرين نتيجة ما يعاناهم من المعايير غير السوية. مثل هذه الجماعات تكون فاعلة ومؤثرة نظراً للتعويض المتبادل الذي يمكن أن يقدمه المشاركون في هذه الجماعات كل منهم للآخر ، بحكم أنهم يواجهون نفس الظروف والمشكلات " 1

1 - faculty.ksu.edu.sa/m_abushaira/Doc Lib

1 - http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016

9. محاور التوجيه الأبوي :¹9.1. المحور الأول : الطفل ذاته :

" والذي يؤكد أن دور المرشد النفسي في المعاهد يكون مكملاً لأدوار كل من المعلم والأخصائي الاجتماعي والطبيب في تحقيق أهداف التربية الخاصة .

9.2. المحور الثاني: آباء وأسر الأطفال :

هذا المحور له دور في تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها المعوق من خلال:

- تبصير المحيطين بإعاقته وحاجاته وقدراته وأهمية تقبلهم له وحسن معاملتهم وتدريبهم على كيفية التعامل معه.
- توعية الآباء بدورهم كأباء وأمّهات .
- دورهم كمدرّبين لأطفالهم .
- دورهم كموجهين لأسر أخرى لم تحصل على خدمة الإرشاد.
- دورهم كمطالبين بحقوق أطفالهم ."

10. أساليب التوجيه الأبوي :

يعتبر كل من الإرشاد الأبوي المتمركز على الآباء ، الإرشاد الأبوي المتمركز على المرشد وكذا الإرشاد الأبوي الفردي والإرشاد الأبوي الجماعي أوجه مختلفة في عملية التوجيه والإرشاد الأبوي ولا غنى عنها في أي برنامج متكامل للإرشاد النفسي الأبوي ، وقد يبدأ الإرشاد الفردي قبل الإرشاد الجماعي ، ويمهد له أو العكس ، كما قد تتخلل جلسات الإرشاد الفردي جلسات أخرى جماعية أو العكس هذا من ناحية كما أن عملية التوجيه الأبوي من ناحية أخرى قد تكون متمركزة على العميل بمعنى حول الآباء أو متمركزة حول المختص بصفة غير مباشرة أو قد تتناوب بين كل منهما حسب الوضعية الإرشادية.

10.1. الإرشاد الأبوي الفردي :

" من بين أهم العوامل التي تحتم الإرشاد الفردي كطريقة للعمل مع آباء الأطفال المضطربين وذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم ما يكفله من خصوصية في العلاقة الإرشادية

من جهة ، وتنوع الاحتياجات الإرشادية للمسترشدين والفروق الواسعة فيما بينها من جهة أخرى حيث أن حاجات الآباء القلقين المتوترين تختلف عن حاجات الآباء المتشككين في التشخيص ، وحاجات الآباء غير المتبصرين تختلف عن حاجات المتبصرين بالمشكلة :

الفئة الأولى في حاجة إلى المساعدة على التخلص من القلق ومشاعر الذنب .
 والفئة الثانية في حاجة إلى الإقناع والتبصير بالحكمة والموعظة .
 والفئة الثالثة في حاجة إلى التبصير والحصول على المعلومات .
 الفئة الرابعة في حاجة إلى الدعم والتشجيع على الاستمرار في رعاية الطفل .

إذ يجب على المختص النفسي أن يعي بأنه لا يتعامل مع مشكلات في فراغ ، بل مع مشكلات في بشر فقد تتشابه مشكلات الآباء لكنهم يتوزعون في مستويات متفاوتة في مواقفهم من تلك المشكلات قبولاً أو رفضاً ، كما أنهم لا يستمرون في نفس المواقف من حيث القبول أو الرفض مع مرور الوقت ، فالمشكلة الإنسانية تختلف حدة الإحساس بها عبر الزمن .¹

10.2. الإرشاد الأبوي الجماعي :

" وهو أحد أهم طرق الإرشاد النفسي المكمل للإرشاد الفردي ، حيث تتم العملية الإرشادية في موقف جماعي مع آباء الأطفال المضطربين ومن ذوي الاحتياجات الخاصة ، أو أعضاء أسرهم لمناقشة همومهم وانفعالاتهم ، وخبراتهم ومعاناتهم المشتركة بهدف زيادة فهمهم لها وإدراكهم لأنفسهم ، ومساعدتهم على تعديل أو تغيير اتجاهاتهم ، وتطوير قدراتهم على التعامل مع مشكلاتهم على أسس واقعية وبطريقة بناءة بحيث يتيح للأعضاء المشاركين الحديث بحرية ، كما يتيح فرصاً أوسع للتفاعل اللفظي والتعبير عن الذات والمشاركة التعاونية .

ويتميز الإرشاد الجماعي للآباء بمميزات عديدة من أهمها :

- كسر طوق العزلة الإجتماعية الذي ربما فرضته أسرة الطفل حول نفسها ، والانفتاح على الآخرين ممن لهم ظروف مماثلة ، وتبادل التجارب والخبرات معهم ، مما يسهم في تحسين توافقها من جانب ، وتعلم اكتساب مهارات و أنماط سلوكية جديدة تزيد من درجة التكيف مع الصعوبات التي تواجهها من جانب آخر .

- الحد من مقاومة الوالدين ، وطرح مشاعرهم و أحاسيسهم بخصوص الطفل ومشكلته ، ومساعدتهم على التنفيس الانفعالي في مناخ يتسم بالود والفهم ، مما يتيح مزيد من الفرص لتخفيض حدة والقلق والضغوط الإنفعالية ، ويساعد على عدم الاستغراق في لوم الذات.

- إشعار الوالدين بالمساندة والتأييد والدعم الانفعالي والطمأنينة من خلال شعورهما المتزايد بأنهما ليسا الوحيدين اللذان يعانون بمفردهما من مشكلات الطفل.

- يتضمن الإرشاد النفسي الجماعي قدرا أقل من الشعور بالتهديد لا سيما بالنسبة للآباء الذين يترجون من التعبير اللفظي عن مشاعرهم ، ويتجنبون الإرشاد الفردي المباشر ، فضلاً عن أنه - من حيث الكلفة - يخدم مجموعة من الأفراد في وقت واحد بكلفة أقل.¹

10.3. الإرشاد النفسي المباشر (الموجه) :

" يطلق عليه أيضاً الإرشاد المتمركز حول المرشد حيث يقوم على الافتراض الأساسي أن هـ على المرشد اتخاذ قرارات غالباً ما تكون بمعرفة وخبرة يكون المرشد قادراً على اكتسابها ، ولكن لا تتوافر لديه الفرصة لذلك ربما لتوتره أو تعجله وعدم معرفته ، وباستخدام خبرة المرشد المدرب ، ومعلوماته وكفاءته المهنية يستطيع المرشد تعلم كيفية اتخاذ القرارات واختبارها . حيث تعتبر هذه الطريقة الأكثر جدوى في تحقيق أهداف المستوى العقلي المعرفي من الخدمات الإرشادية ، وفي إشباع الاحتياجات التعليمية والمهارية لآباء الأطفال حيث يفترض أنهم يعانون من عدم التأكد وغموض الأفكار، ومن الاعتقادات الخاطئة عن حالة الطفل ، كما يعانون من قصور المعرفة بالأساليب التي تساعدهم على حل مشكلاتهم العملية اليومية التي يواجهونها، وبالطرق المناسبة لتدريب الطفل . لذا ، فإن أكثر ما يحتاجونه هو المعلومات الأساسية وقدرات الطفل وإمكاناته الحقيقية ، وحاجاته ، وتأثيرات الاضطراب على جوانب نموه الأخرى ، وعلى إخوته وحياة أسرته ، وكيفية تعليمه وتدريبه بحيث ي كون دور المرشد فيها أكثر إيجابية من دور المرشد . وعن طريق الإرشاد المباشر يمكن للمرشد استئارة هذه الحاجة إلى المعلومات لدى الوالدين وتزويدهم بالحقائق الموضوعية عن حالة الطفل بأمانة ، وطرح اقتراحات وبدائل فيما يتعلق بأسبب القرارات وطرق العمل ، ويشجعهم

¹- <http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016>

على مناقشتها وتمحيصها ، ويستخدم في ذلك كله النصح المباشر ، والشرح والتفسير والإقناع بما يجب عمله من قبل الآباء في ضوء مهاراته وخبراته المهنية .¹

10.4. الإرشاد النفسي غير المباشر (غير الموجه):

"ويطلق عليه أيضا الإرشاد المتمركز حول العميل ، ويقوم على افتراض مؤداه أن المسترشد يملك حق تقرير مصيره ، كما يملك بداخله طاقات كافية للنمو الشخصي ، وإمكانات ومصادر ذاتية إيجابية إذا ما أحسن استثمارها واستخدامها في ظروف بيئية مشجعة خالية من التهديد ، فإنه يستطيع إعادة تنظيم نفسه وخبراته ، وتغيير أساليب سلوكه كي يستعيد اتزانه دون اعتماد مصدر خارجي .

وبناءً عليه يتمثل دور المرشد في هذه الطريقة غير المباشرة في:

تقبل المسترشد كما هو ، والإصغاء التام له ، ومساعدته على طرح مشاعره الحقيقية ، وتفهمها كما يدركها المسترشد ، وفي تهيئة مناخ إرشادي يقوم على التسامح والتعاضد دون تدخل مباشر بإعطاء نصائح أو تقديم حلول جاهزة حتى يتسنى للمسترشد اكتشاف ذاته على حقيقتها ، ويخبر شعورياً العوامل التي أدت إلى سوء توافقه ، ويصل إلى فهم أكثر لمشكلاته ، ويزداد اعتماده على نفسه في تحمل مسؤولياته واتخاذ قرارات مناسبة بنفسه لحل المشكلات .

ويغلب أن يكون الإرشاد النفسي غير المباشر أكثر فاعلية في تحقيق أهداف المستوى الوجداني من الخدمات الإرشادية بالنسبة لآباء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم ، وذلك لما يمكن أن يسهم به في حل مشكلاتهم الإنفعالية ، وتحقيق المزيد من توافقهم وصحتهم النفسية ، وتمكين الوالدين وأعضاء الأسرة من فهم ما قد يكون لديهم من ردود أفعال ومشاعر سلبية نحو الطفل وتحريرهم منها ، وزيادة تقبلهم الوجداني له ، ومساعدتهم على عدم الاستسلام للضغوط ومشاعر الإحباط .¹

¹-<http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016->

1 -<http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016>

11. أشكال ونماذج التوجيه الأبوي والمشاركة الوالدية :

11.1. أشكال ونماذج التوجيه الأبوي :

A. النموذج الأول : يتضمن 03 أشكال أساسية هي :

" التوجيه الأبوي المقدم على شكل نصائح *Guidance parentale sous forme de conseils*

: من خلال منحهم طرق لأداء دورهم كأباء ووفقا لما يمكنهم تهيئته لذلك أحيانا خاصة في حالات عدم طلب الأطفال ذلك أو معترض عليه وذلك بضبط احتياجات الطفل انطلاقا من الموارد المفترض وجودها عند الوالدين والتي لا تنشط خلال النمط التفاعلي .

التوجيه الأبوي من خلال الدعوة لحضور الحصص *Invitation aux séances* : يكون في الحالات الخاصة كتلك المتعلقة بالأم المتطلبة (المتشددة) أو المسيطرة في أسلوبها التربوي الذي تركز عليه بدلا من أسلوب الحوار والتواصل والسعادة المتقاسمة الأمر الذي يسمح للطفل بسلوك منحى الخروج عن والديه الذي يبدو الأفضل كثير للطفل مما هو للوالد المعني خلال الحصص وضمن الإطار العلاجي المتمثل في التركيز على إقامة علاقة جيدة بين الأطفال والمعالج والآباء يوجه الطفل نحو منحى آخر لاستعادة ديناميكية الحوار المضطرب بين الطفل والوالدين لأسباب مختلفة . كدعوة الأم لحضور الحصص العلاجية من وقت لآخر بهدف اكتشاف اثر هذه المشاركة التي تتجاوز مجرد المشاركة وتعزز رغبة اكتشاف التقدم الملحوظ عند الأطفال الأمر الذي يؤدي إلى الميل إلى التخلي عن السيطرة والتطلب والانفتاح على احتمالات جديدة ومحاولة الاندماج التفاعلي .

التوجيه الأبوي من خلال المشاركة في الحصص *Participation aux séances* : من خلال

مشاركة الآباء في جلسات العلاج إذ يعتبر هذا الخيار أو الشكل مخصص في حالات الأطفال الصغار مع آبائهم غالبا والذين يفتقرون إلى كيفية مواجهة الصعوبات التي يتلقونها مع أطفالهم في ظل إمكاناتهم إذ نهدف إلى مشاركتهم لتمكينهم من استعادة وجودهم.¹

1 - Christiane Robert-Tissot , La guidance interactive , une thérapie des interactions , l'Institut d'Orthophonie Céline Schwab, p21

B. النموذج الثاني : يتضمن 4 أشكال أساسية :

" إرشاد الوالدين (مشاركة محدودة وسالبة وغير فاعلة) : وتتلخص في تلقي الدعم النفسي والمعنوي من الاختصاصيين النفسي أو الاجتماعي لذا يكون دورهم ضيق ومحدود.

جماعات دعم الوالدين : وتتحصر جهود الوالدين في تركيزهم للجهود التي تقوم بها جماعات الدعم ومنها تقديم معلومات للوالدين من الخدمات القائمة وجلسات عمل لها علاقة بإعاقة أو اضطراب الطفل وذلك بهدف اكتساب سبل التغلب على الضغوط اليومية .

تدريب الوالدين (مشاركة في مجالات محدودة ولكن فاعلة) : ويتضمن تدريب الوالدين على مهارات التنشئة الاجتماعية واللغة والتغذية لإكساب سلوكيات جديدة للتعامل مع الطفل .
سلطة ونفوذ الوالدين في المشاركة (مشاركة واسعة وفاعلة) : وفيها يتم المساواة مع الأخصائيين في السلطة والنفوذ واتخاذ القرار والتقييم والبحث والتحليل والمناقشة.¹

11.2. أشكال ونماذج المشاركة الوالدية :²**C. المشاركة الوالدية في البرامج التربوية المبكرة للأطفال :**

- حصول الآباء على الدعم الاجتماعي والانفعالي من الاختصاصيين ومن المشاركة في مجموعات الآباء ويتضمن المساعدة في الحصول على العون الاقتصادي والخدمات الاجتماعية الضرورية .
- مشاركة الآباء في تخطيط البرامج وصنع القرارات والتقييم وإسهاماتهم في التشريعات.
- تبادل الآباء للمعلومات مع المعلمين والاختصاصيين الآخرين .
- مشاركة الآباء في برامج تعليم وتدريب الأبناء والتدريب للعمل مع الطفل.
- قيام الآباء بتعليم أطفالهم في المدرسة أو البيت وذلك بعد تدريبهم وتزويدهم بالإيضاحات حول طرق التفاعل المناسبة وأساليب التعليم .

D. المشاركة الوالدية في رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة : وتتضمن نموذجين هما :

1 -faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=41234

2 - faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=41234

1. نموذج التدخل العلاجي : يتضمن 3 أشكال أساسية للمشاركة الوالدية :

- A. تدريب الوالدين : وذلك لمساعدتهم على أن يكتفيا توقعاتهما مع الظروف الواقعية في ضوء إعاقة الابن لتحقيق أكبر قدر من الانسجام داخل الأسرة .
- B. تبادل المعلومات : وفيها يقدم النصح للوالدين من خلال الكتب والأفلام وتبادل المعلومات في إطار جماعي يتعلمون فيه تعديل السلوك والمعلومات عن الطفل واضطرابه .
- C. الوالدين كملاحظين : ويتضمن قيام أولياء الأمور بملاحظة أبنائهم بطريقة مباشرة.

2. النموذج الإكلينيكي القائم على بيئات التدخل : يتضمن 3 أشكال رئيسية هي :

- A. البيئة الشبيهة بالمنزل .
- B. البيئة المزوجة بين العيادة والمنزل .
- C. البرامج المشتركة بين المدرسة ، العيادة والمنزل .
- قيام الآباء بالملاحظة والعمل التطوعي في غرفة الصف .

12. تقييم المشاركة الوالدية :

- " نجاح مشاركة الوالدين في البرامج التدريبية والعلاجية يتوقف على رغبتهم في المشاركة كما أن هناك عوامل تتحدد في ضوءها فعالية البرامج التدريبية والعلاجية هي :
- الحضور والالتزام: يعد حضور الآباء للجلسات التدريبية أمر ضروري لنجاح البرنامج.
 - المشاركة : وتشير إلي مدى مشاركة والدي الطفل في موضوع الجلسة / ا لحصّة وأسئلتهم واستفساراتهم وكذا مدى مشاركتهم في الواجبات المنزلية فيما يتعلق بهم وبالطفل .
 - التعيينات : ففاعلية الجلسة تتوقف على مهارة مختصو علم النفس والتربية في تحديد الأهداف المرجوة لكل جلسة وان تكون مرتبطة بخصائص الآباء ولا تستغرق وقتا طويلا.
 - الاختبارات : وتتعلق بالاختبارات التي تقيس مدى استفادة الآباء من الجلسات .
 - الاستبيانات : التي يقوم بتعبئتها للتعرف على فعالية الورشة التدريبية الحالية وتقديم معلومات تفيد في تنفيذ البرنامج فيما بعد .
 - المتابعة : وتهدف إلي التحقق من مدى استخدام الآباء للمهارات التي تعلموها في الدورة التدريبية ومدى حاجتهم لمزيد من التدريب . " 1

13. معوقات إرشاد الآباء ودور المختصين في تشجيع مشاركتهم في التكفل:

13.1. معوقات مشاركة الآباء في برامج التكفل:¹

- يري المهنيون والآباء أن هناك اختلافاً بين الأدوار المعتادة والأدوار المثالية أو المتوقع من الآباء القيام بها في برامج التكفل .
- عدم إحساس الآباء بجدوى البرامج المقدمة نتيجة اتجاهاتهم الايجابية نحو المختصين.
- تعود صعوبات ممارسة الأدوار المتوقعة من الآباء أيضا إلى عدم توافر نظام واضح لخدمات التوجيه والإرشاد النفسي للآباء أو إلى القوانين والأنظمة الإدارية المنظمة لإجراءات تقديم الخدمات وقلة المصادر كالوقت والمال والجهد... الخ .
- المعوقات المرتبطة بالأسرة كالحماية الزائدة أو الشعور بالخجل من اضطراب أو إعاقة الطفل أو عدم الاكتراث بالطفل نتيجة انعدام تقدم الطفل أو تطور مهاراته بسرعة .
- المعوقات المهنيّة من خلال تركيز المهنيين على الطفل المضطرب بدلا من الآباء ."

13.2. دور المختصين في تشجيع مشاركة الآباء في برامج الأطفال :A. المبادئ الأساسية في تعامل المختص مع أسر وآباء الأطفال :

- " أوضح شاكر قنديل (1996) أنه على الأخصائي عند إرشاده لأسرة الطفل المضطرب أو المعاق أن يراعي المبادئ الأساسية التالية :
- أن مشكلة الطفل المضطرب أو المعاق هي مشكلة الأسرة كلها ، وعلى الأخصائي النفسي أن يتبنى اتجاهات واقعية نحو الأسرة ، وأن يفهم مشكلاتها وهمومها ومشاكلها .
 - التعرف على هموم أسرة الطفل من وجهة نظرها ، لأن كثيرا من العلاقات المهنية بين الأخصائيين والأسرة تفشل مبكرا لعجز المختص عن التعرف الصحيح على مطالب الأسرة.
 - ألا يفترض الأخصائي النفسي أنه يفهم الطفل المضطرب أو المعاق ومشكلاته أكثر من والديه ، حيث أن العلاقة البناءة بين الأخصائي والأسرة تعود بفوائد إيجابية على الطفل والأسرة ، وعليه .

- ضرورة التركيز على تحرير الوالدين من المشاعر السلبية ، وردود الأفعال المرضية لأن أي محاولة لتعديل وتنمية سلوك الطفل المعاق عقليا لن يكتب لها التحقق دون دعم الوالدين وتعاونهما ، وهذا يستلزم أن يأخذ الأخصائي العوامل الانفعالية للأسرة في حساباته .
 - أن يأخذ الأخصائي النفسي في اعتباره ، أن أسرة الطفل المعاق عقليا أسرة مأزومة نفسيا. ولذا لا بد من إتاحة الفرصة كاملة ودائمة أمام الوالدين للتعبير عن مشاعرهم وأن نحترم تلك المشاعر رغم عدم منطقيتها، مع توفير قدر من التعاطف مع ضعفهم البشري.
 - مساعدة الوالدين على تبني أنماط تفكير واقعي ، وعلى قبول تقييم عقلائي ومرن للواقع ، والعمل على تطوير الممكن والمتاح ، وترشيد الطموحات الوالدية ، في ضوء أهداف واقعية ، وتنمية قدرتهم على تحمل الأخطاء ، والتعايش مع الصعوبات.
 - تنمية مصادر مقاومة الضغوط النفسية ، والتي تساعد الآباء في الحفاظ على سلامتهم النفسية والجسمية أمام الضغوط ، وذلك من خلال تنشيط عملية المبادأة ، ودعم روح التحدي ، وإشعار الفرد بقيمته ، وتنمية كفاءته وقدرته ، ورفع استعداداته لتحمل المسؤولية.
 - دعم الصلابة النفسية للوالدين كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة ، ويتم من خلال التوكيد والتدريب على عملية الضبط الداخلي ، ودعم العوامل الاجتماعية المهمة في المساندة ، والتي تعمل كعوامل مخففة أو معدلة ، أو واقعية لضغوط الواقع .¹
- B. اقتراحات عملية لتفعيل العلاقة بين المرشد والآباء :**
- تبادل المعلومات والأفكار بجو مفتوح .
 - التواصل في المشاعر والحاجات والأولويات دون الخوف من ردود الفعل للآخرين.
 - طلب المساعدة دون الشعور بالضعف و عدم الشعور بالحرج لقول "لا أعرف لا أفهم".
 - تجنب استخدام المصطلحات أو أية إجراءات تجعل الشخص يشعر أنه طرف غريب.
 - يجب قبول الآباء على ما هم عليه ، وأن يطور مهارة الاستماع لهم وتشجيعهم على التعبير والانفتاح ، ومقاومة النزعة نحو انتقاد اتجاهات الآباء المعارضة لاعتقاداتهم .
 - السماح للآباء التعبير لفظيا عن المشاعر غير البناءة ، ليتمكنوا من التغلب عليها.¹

1 - http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=3&id=868

1- faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=41234

C. مجموعة المهام الواجب على الاختصاصيون توفيرها :

- ضرورة وجود اتجاهات إيجابية لدى الاختصاصيين نحو أولياء أمور الأطفال المضطربين أو ذوي الاحتياجات الخاصة ودورهم في تنمية قدرات أطفالهم وتطويرها .
- مساهمة الاختصاصيين وأولياء الأمور في تحسين المناهج المدرسية وتغذيتها بما يقدمونه من مشاركة فعلية تشجع وتعزز أطفالهم وتوفر تشجيعاً ودعمًا للمدرسين في تخطيط الأنشطة المتعددة وتعديلها وتنفيذها وتطوير المدرسة ككل .
- تلبية حاجات أولياء الأمور الملحة وذلك بتوفير وسائل وطرق متعددة يمكن استخدامها لضمان مشاركتهم وتنشيط أدوارهم .
- تعميق مفهوم الذات الإيجابي عند أولياء الأمور واحترامها والكرامة وزيادة مهارتهم التي تساعدهم في تدريب أطفالهم بأنفسهم وكذا في حل المشكلات المصاحبة للإصابة.
- وجوب الاعتقاد بأن الآباء مهما انخفض مستواهم الثقافي فإن لديهم القدرة على المشاركة الإيجابية سواء في تطوير البرامج التربوية الخاصة أو في تنفيذها .
- قدرة الاختصاصيون على بناء علاقة وطيدة بينهم وبين والدي الأطفال ولتحقيق ذلك يجب توفر عنصرين أساسيين هما دعم الوالدين واحترام آرائهم واحتياجاتهم بشكل واضح .
- يجب على الاختصاصيين أن يكونوا قادرين على تدريب والدي الأطفال على الطرق الملائمة للتعامل مع أطفالهم ومساعدتهم على تعلم الطرق المتبعة لتعليمه .
- قدرة الاختصاصيين على العمل مع جميع أفراد الأسرة بما فيهم أخوة الطفل والقدرة على التعرف على احتياجاتهم بطرق علمية صحيحة دون التخمين .
- يجب على الاختصاصيين أن يكونوا قادرين على إمداد والدي الأطفال بمعلومات واضحة ودقيقة تتلائم مع قدراتهم ويفضل أن تكون مصحوبة بأمثلة للإيضاح .
- أهمية إدراك الآباء للتغذية الراجعة لآثارها الإيجابية في نمو وتطور الطفل .¹

D. نصائح مهمة تساعد المختص على أداء عمله بفاعلية و مهارة:

" أوضح أحمد عبد الله (1999) بعض الواجبات التي ينبغي على الأخصائي النفسي أن يضعها في اعتباره للتعامل مع والدي الأطفال:

أولاً: كن مستمعاً جيداً : إذ يعتبر الاستماع من أهم عناصر العلاقة الإرشادية ... ويتضمن قيمة علاجية عالية... فالاستماع ليس بالعملية الآلية خاصة في مجال تقديم المساعدة الإرشادية فعليك أن تكون واعياً ومدركاً للأسلوب أو الكيفية التي يتحدث بها الآباء ونعني بالأسلوب هنا الإشارات والإيماءات التي يستخدمها الوالدان أثناء الحديث. كما عليك أن تكون واعياً للأشياء التي لا تقال والتي تختفي تحت السطح ويمكن الاستدلال عليها ... فللاستماع هو عملية فعالة تهدف إلى الاستجابة للرسالة الكلية.

ثانياً: ساعد الوالدين على تقبل الطفل كما هو : فالطفل ال مضطرب بحاجة إلى الشعور بالتقبل كفرد له قيمة من قبل الآخرين ومن قبل ذاته أيضاً. وإذا فشل الوالدان في توفير هذا الشعور للطفل فان من شأنه ذلك أن يخلق إحساساً سلبياً لديه وقد يسلك سلوكاً غير مقبول كنتيجة لهذا الحرمان ... فتوضيح صورة الطفل ومدى قدراته وإمكاناته سيساعد الوالدين على رسم صورة حقيقية لطفلها وتوقع الممكن من الإنجازات وتجنب الاحباطات المحتملة نتيجة التوقعات غير الواقعية والتي ستعكس على سلوكها وأسلوب معاملتها لطفلها .

ثالثاً: ساعد الوالدين على التخلص من مشاعر الذنب : قد ينتاب بعض الآباء والأمهات شعور بأنهم قد ارتكبوا ذنباً وأن الله قد عاقبهم على ذلك. ومن المهم التعامل مع هذه المشاعر التي يمكن أن تكون مدمرة بتبصير الوالدين ببعض الحقائق الأساسية ... إذا لمس واستنتج منهما إحساس بالذنب. وعندما تسيطر مشاعر الذنب على الإنسان فإنه لا يخضع أفكاره للتفكير المنطقي وقد لا يقبل النقاش كما أن مشاعر الذنب ليست بالضرورة غير منطقية ، وليست بالضرورة مدمرة. إلا أنه من المهم أن يعي الوالدان حقيقة مشاعرهما حتى يتجاوزاها.

رابعاً: تذكر أنك تتعامل مع أناس يحملون مشاعر الإحباط والألم : فعلى الأخصائي أن يدرك أن الذين يتعامل معهم بشر قابلين بشكل كبير أن يجرح كبرياؤهم ولديهم قابلية كبيرة للإحساس بالذنب ، لذا يجب أن يكون الأخصائي على بصيرة بأن آباء وأمهات الأطفال ... يحملون الكثير من المشاعر غير السارة وخبرات الإحباط والإحساس بالذنب. وذلك يستوجب

تعاملاً خاصاً لا يجرح كبريائهم ولا يعمق من مشاعر الذنب والإحساس بالمرارة لديهم.

خامساً : اللقاء مع الوالدين .. اجعله مثمراً بأقصى درجة ممكنة : فكل والد أو والدة إنما هو شخص يحمل أفكاراً واتجاهات خاصة عن الطفل ، المدرسة ، المجتمع والحياة بشكل عام . وهذه الأفكار لن تكون بالضرورة مشابهة لأفكار الآخرين لذا يجب التقوي ر مسبقاً ومنذ البداية ما الذي سيتم مناقشته مع الوالدين وان نحاول بدأ اللقاء وإنهائه بملاحظات إيجابية ومشجعة عن الطفل وتجنب دفع الوالدين إلى الحديث بسرعة.. فهما بحاجة إلى الوقت للاسترخاء والكشف عن كوامن النفس والاستماع الجيد لهم ومحاولة الاتفاق مع وجهة نظر الوالدين كلما كان ذلك ممكناً وأن يكون شرح الوضع مفهوماً من قبل الوالدين ومحاولة جعل الوالدين يشعرون بأن اللقاء كان مثمراً ووضع الخطوط العامة للقاءات قادمة " 1

سادساً : تذكر دائماً إنك إنسان قبل أن تكون مرشداً أو أخصائياً نفسياً يا : إنه ليس بمقدور جميع أولياء الأمور والمرشدين أن يطوروا علاقات مثالية ، ولكن الاعتقاد بإمكانية وبأهمية تلك العلاقة يساعد على مثالية العلاقة ، وبالتالي فإن تطوير علاقات تقوم على التعاون والتواصل المثمر سيكون ذا فائدة ، من أجل اتخاذ القرارات والتعامل مع المشكلات والانفعالات الجادة والمعقدة فإن كلاً من أعضاء الأسرة والمرشدين يحتاج إلى الآخر .²

14. التدريب على مهارات التواصل كتقنية أساسية في التوجيه الأبوي :

لقد تناولت الدراسات السابقة مجالات مختلفة لتدريب الآباء على مهارات الاتصال وعلاقتها بمتغيرات أخرى كالتأخر الدراسي والمشكلات السلوكية ومشكلات الإدمان والصحة النفسية للأطفال من خلال تصميم مجموعة برامج إرشاد في كيفية التفاعل والاتصال مع الأطفال.

" إذ أشار سترايهون وويدمان (Strayhorn & Weidman,1991) في دراستهما إلى مدى التأثير الإيجابي لبرامج التدريب الوالدي على مهارات الاتصال ، على التحصيل الدراسي للأبناء وانضباط سلوكياتهم داخل المدرسة وتفاعلهم مع الوالدين . " 1

1 -http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=3&id=868

2 -<http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016>

1 - Strayhorn, J. & Weidman, C. (1991), Follow-up One Year After Parent-Child Interaction Training, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, n 30, 138.

" كما يرى كايزر وهانكوك (Kaiser & Hancock, 2003) أن تعليم الوالدين مهارات الاتصال له تأثير وفاعلية كبيرة ، تظهر في مساعدة الوالدين على اكتساب أساليب وكيفيات عملية لها علاقة بحاجات نمو وصحة الأطفال ، كما أن تعليم الآباء وتدريبهم ضمن جلسات إرشاد جماعي، من شأنه أن يقدم الدعم في المجالين الوظيفي والاجتماعي للآباء ، وهذا الدعم يمكن أن ينعكس على الأبناء ويعزز مشاركتهم وتعلمهم وتكيفهم ".¹

" كما توصل جيكر وسكولب (Gecas & Schwalbe, 1986) إلى أن تأثير الوالدين من خلال التدريب على مهارات الاتصال كالإصغاء، والتعاطف، له تأثير إيجابي على تحسين تقدير الذات لدى الأطفال. "²

" أما أندروز وسوبرمان ودشن (Andrews, Soberman & Dishion, 1995) فقد توصلوا إلى أن تدريب الآباء على مهارات الاتصال يعمل على تقوية العلاقات الأسرية ، وكذلك على زيادة وعي الأسرة وتحسين مهاراتها لحماية أبنائها من الوقوع في الإدمان ، والكحول، والتدخين، والمخدرات. "³

" وفي دراسة ماكميلان وآخرين (Macmillan, et.al., 1991) التي هدفت إلى تدريب الآباء على مهارات الاتصال من أسر، تم اختيارهم من جمعية رعاية الطفل، وقد اتصف الآباء بالإساءة الجسدية لأطفالهم إذ تم تدريبهم على استخدام مهارات : ضبط سلوك الأبناء وتنظيمه والالتزام بالتنظيم والقواعد والتدريب على أسلوب التربية الهادئة، واستراتيجيات كشف الذات. وأشارت النتائج إلى اندماج الآباء والأبناء في النشاطات المشتركة، وانخفاض مستوى السلوكيات العنيفة، وتقبل الآباء لتبادل الأدوار وأشارت نتائج الدراسة إلى تحسن مستوى التكيف للآباء، وانخفاض مستوى الضغوطات النفسية. "¹

ومن بين البرامج التوجيهية للآباء والتي ركزت على مهارات الاتصال يمكن الإشارة إلى :

1 - Kaiser, P. & Hancock. (2003), Teaching Parents New Skills to Support their Young Children Development. Infants and Young Children, Vol. 16, Issue 1 PP. 9 .

2 -Gecas, V. & Schwalbe, M. (1986), Parental Behavior and Adolescent Self-Esteem. Journal of Marriage and the Family, N48,P 37

3 -Andrews, D.W., Soberman, L.H., & Dishion, T.J. (1995), The Adolescent Transitions Program for High-Risk Teen and their Parents: Toward a School-Based Intervention. Education and Treatment of Children, 18 ,P 478-.

1- MacMillan, V, Olson, R, & Hansen, D. (1991), Low and High Deviance Analogue Assessment of Parent-Training with Physically Abusive Parents, Journal of Family Violence, 6, 269-301.

- برنامج إشراك الوالدين لجلاسر (Parent Involvement program) (Glasser) ويهدف إلى تحقيق الوعي الذاتي وتحسين مهارة الاتصال في التعامل مع الأبناء .
- برنامج تدريب الفاعلية الوالدية (Parent Effectiveness Training) (P.E.T) لغوردن (Gordon1999) ويهدف إلى مساعدة الآباء في حل مشاكلهم مع أبنائهم من خلال تعليمهم مهارات الاتصال.
- برنامج التدريب المنظم للفاعلية الوالدية (Systematic Training For Effective Parenting) (STEP) لدرايكوز الذي يهدف إلى تعليم الآباء والأمهات مهارات الاتصال للتعامل مع أبنائهم.

15. الفنيات الأخرى للتوجيه الأبوي:

تم انتقاء مجموعة من الفنيات لمختلف التوجهات النظرية نستعرضها كالتالي :

- ❖ مهارة السلوك غير اللفظي : ويعرف ناب وفانجليستي (Knapp & Vangelisti, 1995) السلوك غير اللفظي بأنه "عمليات الاتصال الخارجة عن إطار الكلمات المنطوقة أو المكتوبة".¹
- ❖ مهارة الإصغاء الفعال : يشير كورمير وكورمير (Cormier & Cormier, 1985) إلى أن الإصغاء يشتمل على ثلاث عمليات هي: استقبال الرسالة، ومعالجة المعلومات، وإرسال الرسالة. ويرى كلايتون وتكر (Clayton & Tucker, 2000) أن الإصغاء الحقيقي لا يعني سماع الكلمات من الآخرين، بل يعني فهم رسائل الآخرين التي تتضمن مواقف وانفعالات وتقبلها، ويتضمن الإصغاء، والاستماع الجيد، ومن ثم إعطاء استجابة متعاطفة حتى يشعر الفرد الآخر بأنه مفهوم .
- ❖ مهارة عكس المشاعر: تركز على المحتوى الوجداني، حيث تهدف إلى مساعدة الأفراد في التعرف إلى مدى فهم الآخرين لهم، وتتضمن مهارة عكس المشاعر الإصغاء الفعال لمعاني الفرد ومفاهيمه، وملاحظة السلوك غير اللفظي، والاستجابة لمعاني الفرد الانفعالية.
- ❖ مهارة التعاطف : وتعني فهم الآخر بشكل جيد من خلال الشعور بمشاعر الآخر وتمثل أفكاره، ومحاولة الوصول إلى العالم الداخلي للفرد الآخر.¹

1-Clayton, E & Ladd, Tucker, Psychological Self-Help. Mental Health Net ,(2000).p 112.

1 - Clayton, E & Ladd, Tucker, op cite, P52

- ❖ مهارة عكس المحتوى : وتعني هذه المهارة قيام الفرد المستجيب بإعادة حديث الفرد المرسل من خلال استخدام عبارات مختلفة على أن تحمل نفس المعنى الذي قصده المرسل¹
- ❖ مهارة المواجهة : وتعني قدرة الفرد المستقبل على مساعدة المرسل في إدراك وفهم أسباب التناقض لديه، وذلك من خلال اكتشاف وتوضيح التناقض ما بين الخبرات الانفعالية والمعرفية لديه، وتعمل على تعديل سلوك الفرد .²
- ❖ الإرشاد النفس تربوي : يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات لأعضاء النسق الأبوي عن مفهوم الاضطراب أو الإعاقة ، وأسبابها ، وآثارها (مجموع الأعراض النفسية والجسمية) على الأسرة والطفل ، ودور الأسرة في تخفيف تلك الآثار ، وطرق الوقاية منها ، ومفهوم الأفكار غير العقلانية المرتبطة بالاضطراب أو الإعاقة .
- ❖ الحوار : يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في استخدام أسلوب المناقشة الجماعية كمنهج ملائم يمكن أن يخدم الحوار وتبادل الرأي وتغيير المعرفة بشكل دينامي ، والذي يؤدي إلى استثارة التفكير الذاتي لأعضاء الجلسة بما فيه أفكارهم واتجاهاتهم تجاه الطفل والتي تعبر بشكل غير مباشر عن مشكلاتهم الخاصة ، وبهذا تصبح المادة العلمية في الجلسات دافعاً قوياً نحو إثارة الموضوعات المختلفة.
- ❖ إعادة الصياغة : يتمثل مضمونها في إعادة تشكيل المواقف التي تواجه الآباء ، وسبل حلها عدة زوايا .
- ❖ التجسيد الأسري : يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في التعرف على طبيعية أداء النسق الأسري ، وطريقة التواصل ، والعلاقات بين شخصية ، بتجسيد بعض المواقف الموجودة داخل النسق الأسري .
- ❖ التواصل : يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في العمل على تحسين التواصل بين أعضاء الجلسة وبين الآباء والأطفال ومحاولة بناء ذلك ضمن النسق الأسري .
- ❖ التعزيز الإيجابي : ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات إيجابية خصوصاً الاجتماعية منها لأعضاء الأسرة لدى قيامهم بسلوك مرغوب .

1- ضمرة، جلال ، أثر برنامج إشرافي قائم على اكتساب المهارة على الفعالية الذاتية والقلق عند المرشدين المبتدئين، رسالة دكتوراه الجامعة الأردنية، عمان، الأردن. (2004) ص 78

2 - الزعبي، أسعد، ، سلسلة مهارات الاتصال، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن . (1999) ، ص 26

❖ لعب الدور وتبادل الأدوار: من خلال تقمص دور معين في وضعيات مختلفة ومحاولة تقمص الدور المقابل من خلال استبدال الدور

❖ التغذية الراجعة Feedback : والتي نجدها في التوجه النسقي والتوجه السلوكي والت يعمل خلالها المختص على استعادة ما تم المفحوص اكتسابه.

❖ النمذجة : من خلال الاقتداء بنموذج معين مرغوب أو مثالي .

❖ التدريب التوكيدي : من خلال تعلم الرفض والقبول واستعمال ألفاظ لي، أنا، أريد . " 1

16. نصائح واقتراحات عملية للوالدين في أوقات الهلع والصدمة والأزمات :

16.1. مساعدة الأولاد والمراهقين وقت الهلع :

" يمر الأولاد والمراهقون بتجربة الهلع بأشكال مختلفة أحيانا بشكل مشابه لنا وأحيانا بشكل يختلف عنا، نحن البالغين . إذ يجد الأولاد صعوبة بالتعبير عن همومهم بواسطة الكلام او بطلب المساعدة منا فللهلع هو أمر حقيقي وواقعي جدا بالنسبة للولد حتى وإن كنا نعتبره عديم المنطق فحقيقة قيام الولد بالتعبير عن هلعه أمامنا من خلال الكلمات أو السلوك دلالة على انه يولينا ثقته ولذا على الآباء :

- إيجاد التوازن بين التفهم والحزم : فيإيجاد الخط الدقيق الفاصل بين التفهم والحزم هو إحدى المهام الصعبة في عملية الأبوة .

- مراعاة هلعكم الخاص : يمكن للطفل أن يلاحظ وبسهولة حين نكون مهمومين أو هلعين بأنفسنا. لذلك، وبغية منح الأولاد الشعور بالأمان الذي يحتاجون إليه ، يجب علينا أن نكون هادئين بأنفسنا.

- الإصغاء الجيد : يميل الأولاد أحيانا إلى التقليل من الكلام، ولذلك هناك حاجة لكي نكون أذنا صاغية للرسائل التي ينقلونها بوسائل مختلفة مثل اللعب والرسم فللدعم الاجتماعي هو مصدر منعة هام لنا جميعا لكي نواجه الهلع .

- الاعتماد على الاسترخاء : استخدموا تمارين الاسترخاء أو تحدثوا مع أشخاص قريبين

بهدف التنفيس عن أنفسكم قليلاً فنجاعة مواجهة الوالدين لحالات الهلع هي أفضل مؤشر على نجاعة مواجهة الطفل ، وكذلك الاسترخاء بالنسبة للأطفال إذ يتجاوب الأولاد بشكل جيد مع طرق الاسترخاء والتخيل الموجه ويمكنكم استغلال بعض الوقت للتمرن على الاسترخاء معاً. إذ لمثل هذه النشاطات المشتركة تأثير مهدئ بحد ذاتها.

- تحويل عوامل الهلع إلى أمر ممتع : الكثير من الأمور المثيرة للهلع يمكنها أن تؤدي إلى انفعال وترقب ، مثلاً المخاوف التي تثور عند الانتقال إلى مسكن جديد فيجدر أن تحاولوا التفكير معاً كيف ستقومون بتصميم غرفة الطفل وترتيبها .

- التيقظ في حالات الضيق والشدة : في حال كنتم تشعررون بان الولد أو المراهق يحس بضائقة أكبر مما يمكنه احتمالها أو يجد صعوبة في الأداء الوظيفي اليومي، توجهوا لتلقي مساعدة واستشارة مهنية عند الضرورة فقد يمكن للهلع أن يؤدي إلى سلوكيات خطيرة أو إلى تعاطي مواد مدمنة عند المراهقين. ¹

16.2. مساعدة الأولاد والمراهقين بعد حدث صادم :

" في ما يلي عدداً من الاقتراحات العملية التي ستساعدكم وأطفالكم على مواجهة الأزمات :

- كن واعياً لردود فعلك أنت على الحدث : يتدبر الأطفال أمر رد فعلهم على وضع ما بمشاهدة ردود فعل الكبار ذات المعنى حولهم (كالوالدين والمعلمين). ولهذا حاول الإمكان أن تتصرف بهدوء وسكينة وحاول مشاطرة أفكارك ومشاعرك مع أصدقائك أو أفراد عائلتك قبل التحدث مع طفلك.

- كرّس اهتماماً أكثر لطفلك : إن الاهتمام الإضافي من جانبك ، وخاصة في الأوضاع العسيرة، يعطي لطفلك الفرصة للتعبير عن تجاوبه والشعور بالأمان ، فإذا أراد طفلك أن يتحدث عن المشاعر ، فكن له سنداً ومشجعاً ، أظهر له تفهمك وتقبلك لهذه المشاعر عن طريق الشرح بان مشاعر كالخوف والغضب والذنب كلها ردود فعل اعتيادية لحدث "غير اعتيادي" كهذا. لمزيد من المعلومات عن مخاوف الأطفال.

- كن حساساً لمستوى فهم طفلك : وجه المعلومات التي تزود بها الطفل بحيث تتلاءم مع

1 - <http://www.traumaweb.org/content.asp?Pageld=115&lang=Ar>.

سنه ومستوى نضجه.. فالفائض من المعلومات قد يربك الأطفال الصغار ويسبب لهم مزيداً من الخوف وعدم الاطمئنان ، غير أن معلومات إضافية يمكن غالباً أن تزيل التصورات المغلوطة . ومن المهم تشجيع المحادثة ، لكن إذا لم يظهر الطفل اهتماماً بالحديث ، فلا تقممه عليه. وعلى اية حال ، فإن من المهم عدم إثارة تكهنات لا أساس لها من الصحة أو تقديم معلومات غير صحيحة عن ما حدث. لمزيد من المعلومات كيف تتحدث مع طفلك .

- حدّد تعريض طفلك لوسائل الإعلام : تجنب تعريض طفلك للتقارير المصورة والمنقولة مباشرة من مكان الأحداث الصادمة كالتفجيرات الإرهابية . وهذا الأمر مهم جداً خاصة في المجموعات العمرية لرياض الأطفال والمدارس الابتدائية... وغالباً ما يكون الأهل أنفسهم منهمكين (مستغرقين) في الدراما التي يعرضها التلفزيون لدرجة إنهم لا يعون بان أبنائهم قد يتعرضون لشريط تلفزيوني يسبب لهم فيما بعد كوابيس وأفكارا مكرره.

- حاول المحافظة على روتين اعتيادي : وزوّد طفلك برسائل مطمئنة وواقعية عن سلامته. تحدث مع طفلك عن كيفية تجنب الأوضاع الصادمة والمكّدة في المستقبل، لان من شأن هذا الحديث معهم أن يعزز إحساسهم بالسلامة والسيطرة على الوضع ، فالتشجيع على الروتين اليومي مطمئن للأطفال ويحمل معه رسالة قوية بطريقة مباشرة غير شفوية .

- كن منتبهاً لتصرفات تدل على كرب : انتبه لأنماط اللعب التي تعيد تمثيل الدراما المرة بعد الأخرى وانتبه أيضاً للشكاوي من " أحلام مزعجة " . فهذه تصرفات طبيعية بعد حدث صادم ، وهي الطريقة التي يواجه بها الطفل الصدمة. أما إذا لم يطرأ تغيير على شدة وتكرار هذه التصرفات بعد شهر أو إذا ازدادت حدّة فلا بد من النظر في طلب مساعد مهنية.

- كن منتبهاً بشكل خاص لمراهقين يبدون إشارات كرب : يجب أن نكرس رعاية وانتبهاً خاصين للحديث عن أو التفكير في الانتحار وإساءة استعمال المخدرات واضطرابات الأكل والنوم وإظهار غضب غير عاديّ عند المراهقين . يجب معالجة هذه الأعراض فوراً ، لأنها لا تختفي عموماً بدون معالجة مهنية.

- انتبه لوضعك العاطفي أنت : كونك الدعامة الرئيسية التي يعتمد عليها طفلك يحتم عليك أن تعتني بنفسك عناية لائقة . ابق على اتصال مع العائلة والأصدقاء وشارك غيرك من الكبار في مشاعرك وخاصة أولئك الذين مرّوا بتجارب مماثلة لما تمر به أنت . حاول أن

تأكل طعاماً متوازناً ، وخذ قسطاً من النوم وأضف تمارين بدنية وغيرها من فعاليات التسلية إلى روتين حياتك . ومرة أخرى - لا تتردد في اللجوء إلى طلب مساعدة نفسية مهنية. " 1

خلاصة : يرجع شعور آباء الأطفال المضطربين بالضغط النفسية أو المعوقين بدرجة أكبر من آباء الأطفال العاديين ، إلى أنهم غالباً ما يفقدون المساندة من المجتمع ، والجهات المختصة ، وكذلك الأفكار اللاعقلانية تجاه الاضطراب أو الإعاقة، بالإضافة إلى وجود فجوة بين ما يتوقعه الوالدان من المتخصصين ، وما يقدم لهما بالفعل من معلومات وخدمات لطفلهما مما يعرضهم للعديد من الانتكاسات الأمر الذي يجعل الآباء في حاجة إلى تطوير استراتيجيات مناسبة لتلبية الحاجات المرتبطة بإعاقة أو اضطراب طفلهم إضافة إلى تلبية الحاجات الخاصة بهم لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن معاناة الأبناء وهذا يعنى عدم إمكانية إشباع حاجات الأطفال دون تلبية الحاجات الخاصة بآبائهم وأسرهم ، فالطفل المضطرب يكون مفهومه نحو ذاته ونحو الآخرين من خلال اتجاهات الآباء وأعضاء الأسرة نحوه ، فالأسرة بالنسبة ل طفل هي العالم الأول الذي يرسم له صورته عن الآخرين ، ولذا يجب التأكيد على أن حاجات الطفل لا تفصل عن حاجات الأسرة .

فما يقدم لآباء الأطفال من خدمات ودعم لتلبية احتياجاتهم وخفض ما يعانونه من ضغوط نفسية، يعد في المقام الأول تلبية لاحتياجات طفلهم ، حيث أن وراء كل طفل بحاجة إلى تكفل نفسي آباء وأسرة ذات حاجات خاصة كالحاجة إلى المعلومات، والدعم الاجتماعي والعاطفي وغير ذلك من أشكال الدعم التي من شأنها خفض ما يعانيه الآباء من ضغوط نفسية وتزيد من فاعليتها في التغلب عليها وتدريب طفلها وتقبله .

وبالتالي، فإشراك أعضاء النسق الأسرى - خاصة الوالدين - في برامج الطفل، يلعب دوراً كبيراً في التخطيط لتنشئته، ويبني جسوراً من الثقة والألفة بينهم وبين الاختصاصيين ، ويخلق إحساساً بالمسئولية والمساعدة في تفهم حاجات الطفل ، وتنمية قدرتهم على التواصل مع طفلهم بكفاءة، وإقناعهم بأن التوقعات الإيجابية للوالدين تؤثر بشكل موجب على مفهوم الطفل المعوق لذاته، وكذلك على تقييمه لقدراته.

1 - <http://www.traumaweb.org/content.asp?PagelD=115&lang=Ar>.

الفصل الخامس : الدراسات السابقة

تمهيد

أولاً : عرض الدراسات

- 16.3. الدراسات المتعلقة بالعلاجات المعرفية السلوكية
- 16.4. الدراسات المتعلقة بالصدمة واضطراب ما بعد الصدمة
- 16.5. الدراسات المتعلقة بالتوجيه الأبوي ودور الوالدين

ثانياً : تعقيب عام على الدراسات السابقة

ثالثاً : مكانة الدراسة الحالية وموقفها من الدراسات السابقة

فيما يلي نستعرض بعض الدراسات التي تم الاطلاع عليها والتي تناولت مختلف الجوانب الخاصة بدراستنا حيث تم ترتيب هذه الدراسات وفق للمواضيع التي تناولتها وكذا حسب البيئة التي كانت بها الدراسة جزائرية ، عربية أو أجنبية.

أولاً : عرض الدراسات

1. الدراسات المتعلقة بالعلاجات المعرفية السلوكية :

1.1. دراسة سمير السيد شحاتة إبراهيم :

عنوان الدراسة : فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأرق لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأرق لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد ، ومحاولة الكشف عن فعالية هذا البرنامج في خفض حدة الأرق واضطراب الانتباه والنشاط الزائد والتحقق من استمرارية فعاليته بعد المتابعة.

عينة الدراسة : تكونت من 28 طفل وطفلة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد تتراوح أعمارهم الزمنية بين 10-12 سنة ويعانون من اضطراب الأرق ، بمدارس صعوبات التعلم بمدينة عرعر بالمملكة العربية السعودية ، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين : مجموعة ضابطة لا يطبق عليها البرنامج التجريبي وعددهم 14 (07 ذكور، 07 إناث) ومجموعة تجريبية يطبق عليها البرنامج التجريبي العلاجي المعرفي السلوكي وعددهم 14 (07 ذكور، 07 إناث).

أدوات الدراسة: اشتملت أدوات الدراسة على : استبانة النوم / إعداد الباحث ، مقياس الأرق لذوي صعوبات التعلم كما يدركها القائمون على رعايتهم / إعداد الباحث ، مفكرة النوم / إعداد الباحث ، مقياس اضطراب الانتباه والنشاط الزائد كما يدركها القائمون على رعايتهم / إعداد الباحث ، برنامج العلاج المعرفي السلوكي / إعداد الباحث.

نتائج الدراسة : خلصت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة

الأرق لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد واستمرارية فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة الأرق بعد فترة المتابعة وفعالية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب الانتباه والنشاط الزائد.

1.2. دراسة ريم محمود يوسف ابو فايد

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لمرضى الفشل

الكلوي

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي .

عينة الدراسة: تم اختيارها من أصل 60 مريضة من اللواتي يقمن بعملية الغسيل الكلوي طبق عليهن اختبار الاكتئاب ، وقد تم أخذ أعلى درجة اكتئاب ، وتكونت عينة الدراسة من 30 مريضة تم تقسيمهن إلى مجموعتين بطريقة عشوائية منتظمة ، 15 مريضة في المجموعة التجريبية و 15 مريضة في المجموعة ضابطة .

أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات تمثلت في مقياس بيك للاكتئاب ، المقابلة الإرشادية ، برنامج التدخل الإرشادي (اعداد الباحثة) .

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي ، ما يدل على أن نسبة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية انخفضت بعد تطبيق البرنامج ، مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي ونجاحه في تحسين درجة الاكتئاب لمرضى الفشل الكلوي المزمن وتهيئة البيئة الاجتماعية لمساعدة المرضى ومساندتهم وكذا استمرارية اثر هذا البرنامج الإرشادي لدى المجموعة التجريبية على المقياس التتبعي .

1.3. دراسة بلحسيني وردة

عنوان الدراسة : أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة .

أهداف الدراسة : تهدف الدراسة للكشف عن الرهاب الاجتماعي ، وفحص أثر البرنامج المعرفي السلوكي المعد لعلاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة .

عينة الدراسة : تكونت من 429 طالبا من طلبة شعبة علم النفس كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة ورقلة. استخرج منهم 20 طالبا ممن توفرت فيهم الخصائص المطلوبة ، ثم وزعن عشوائيا على مجموعتين: 10 طلبة في المجموعة التجريبية و 10 طلبة في المجموعة الضابطة) حيث تلقت المجموعة الأولى البرنامج العلاجي ، في حين لم تتلقى المجموعة الثانية أي تدخل علاجي .

أدوات الدراسة : أعدت الباحثة مجموعة من الأدوات تمثلت في : مقياس الرهاب الاجتماعي والمقابلة التشخيصية المقننة والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي واستمارة تقويم البرنامج . كما اعتمدت على استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة إعداد عبد الكريم قريش .

نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث وإلى متغير السن لصالح الفئة العمرية 22 - 19 سنة. كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح القياس البعدي. و إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية. وهذا دلالة على فعالية البرنامج العلاجي المقترح في تخفيض أعراض الرهاب الاجتماعي كما توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس الرهاب الاجتماعي. وهذا دلالة على استمرارية اثر البرنامج المقترح .

1.4 . دراسة بكيري نجيبية

عنوان الدراسة : أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الأعراض النفسية للمراهقين السكريين

أهداف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إظهار مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسن تقدير الذات والمهارات الاجتماعية عندهم وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس.

عينة الدراسة : تألفت من 16 طفل في المرحلة العمرية من 12 إلى 16 سنة وهم من المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى السكري عيادة الضياء ممن يعانون الاكتئاب وفقا لتشخيص الطبي والنفسي .

أدوات الدراسة : القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ماريا كوفكس ، قائمة الأعراض لرضوان ، اختبار اليأس للأطفال لسعيد سلامة ، مقياس تقدير الذات للأطفال لفاروق عبد الفتاح ، مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال إعداد محمد السيد عبد الرحمن ، استمارة تقدير الذاتي لرضوان . كما أعدت الباحثة مجموعة أدوات تمثلت في : استمارة تاريخ الحالة ، استمارة المقابلة إكلينيكية ، جدول تقدير عدد مرات وكمية الأنسولين ، برنامج علاجي سلوكي معرفي للخفض من حدة الأعراض الاكتئابية.

نتائج الدراسة : توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج تمثلت في وجود تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب وخفض الأعراض لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري والى وجود تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم وتقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة إضافة إلى وجود فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات مقاييس تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، واليأس في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي وفي القياس التتبعي ووجود اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة باستمرار التقويم الذاتي بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة دلالة على استمرار اثر البرنامج العلاجي.

1.5 . دراسة زبيب حسن فلوح الجبوري

عنوان الدراسة : اثر العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الألم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية .

أهداف الدراسة هدفت الدراسة إلى معرفة اثر البرنامج العلاجي المقترح في خفض الألم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية .

عينة الدراسة : شملت عينة البحث 20 طالبة من طالبات كلية التربية الرياضية اختيروا

بالطريقة القصدية وقد قسمت عينة البحث إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية بواقع 10 طالبات لكل مجموعة وقد طبق البرنامج على عينة البحث التجريبية.

أدوات الدراسة : مقياس الألم النفسي لقياس مستوى الألم النفسي والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

نتائج الدراسة : أثبتت نتائج البحث أن للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المقترح أثرا واضحا في خفض الألم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية كما أظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في الاختبار البعدي ولصالح أفراد المجموعة التجريبية مما يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج العلاجي انخفض لديهم الألم النفسي عند مقارنتها بأفراد المجموعة الضابطة الذي لم يتلقوا أي برنامجا علاجيا مما يدل على أن البرنامج العلاجي المقترح كان له أثرا إيجابيا واضحا على أفراد المجموعة التجريبية والذي انخفض لديهم الألم النفسي وقد تم تبديل الأفكار السلبية والحد من الذاتي السلبي لدى أفراد المجموعة العلاجية وتبديلها بأفكار وأحداث إيجابية .

1.6. دراسة ناصر ميزاب

عنوان الدراسة : تقنية التحليل الوظيفي في العلاج النفسي السلوكي المعرفي لاضطراب السلوك الغذائي (البوليميا نموذجاً) مداخلة مقدمة في الملتقى المغربي حول العلاج النفسي بين التكوين والممارسة (جامعة باتنة)

أهداف الدراسة : تهدف الدراسة الى تقديم تقنية التحليل الوظيفي في العلاج السلوكي المعرفي بصورة عملية مطبقة على حالة واقعية من خلال الأهداف العلاجية المتمثلة في إيقاف تناول الغذاء المبالغ فيه والتغذية الصحيحة والكافية أثناء الواجبات وإعادة فكرة التصور الايجابي لجسم الحالة .

عينة الدراسة : حالة واحدة تعاني من اضطرابات الغذاء البوليميا

أدوات الدراسة : مقياس البولوميا لاينبرغ ومقياس الاكتئاب لبيك ، تقنيات العلاج المعرفي السلوكي .

نتائج الدراسة : تحققت أهداف الدراسة من خلال خفض السلوك الشرهي وتعليم الحالة طرق التغذية الصحيحة والتقيد بأوقات الوجبات وتحسين الصورة الجسمية عند الحالة.

1.7. دراسة ابرييم سامية / بوعايشة امال

عنوان الدراسة : برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المتخلفين القابلين للتعلم مداخلة مقدمة في الملتقى المغاربي حول العلاج النفسي بين التكوين والممارسة (جامعة باتنة) .

أهداف الدراسة : التعرف على مدى فعالية برنامج سلوكي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المتخلفين القابلين للتعلم .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 08 أطفال موجودين بالمركز البيداغوجي للمتخلفين عقليا لولاية تبسة وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين 04 أفراد في المجموعة تجريبية و 4 أفراد في المجموعة الضابطة.

أدوات الدراسة : مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المتخلفين القابلين للتعلم لصالح هارون والبرنامج العلاجي السلوكي المبني على تقنيات التلقين ، الواجب المنزلي ، النمذجة ، التعزيز ولعب الدور .

نتائج الدراسة : وجود فروق ذا دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية لدى الحالات دلالة على فعالية البرنامج السلوكي المقترح .

1.8. دراسة حامد احمد الغامدي :

عنوان الدراسة : مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف .

أهداف الدراسة : هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 20 مريض تم تقسيمهم الى مجموعتين تجريبية

وضابطة 10/10 حيث طبق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية

أدوات الدراسة : مقياس مستشفى الصحة النفسية للقلق لفهد دليم ، البرنامج العلاجي المقترح ، استمارة دراسة الحالة .

نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة القلق للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه القياس القبلي دلالة على فعالية البرنامج العلاجي المقترح .

1.9 . دراسة طاوس هاشيم

عنوان الدراسة : التكفل النفسي السلوكي المعرفي لدى نساء ضحايا العنف الزوجي اللواتي يعانين من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى الوقوف على طريقة لتشخيص الاضطرابات النفسية لدى المرأة المعنفة باستخدام التحليل الوظيفي ومحاولة وضع إستراتيجية للتخفيف من أعراض هذه الاضطرابات واختيار البرنامج العلاجي المناسب لهذه الاضطرابات باستخدام التقنيات المعرفية السلوكية .

عينة الدراسة : 10 نساء متزوجات تعرضن للعنف الزوجي منفصلات عن أزواجهن تتراوح أعمارهم بين 25-45

أدوات الدراسة : المقابلة العيادية نصف الموجهة ، الملاحظة المعرفية السلوكية المباشرة ، مقياس الضغط ما بعد الصدمة IES-R ، مقياس الاكتئاب لبيك ، مقياس تقدير الذات لرزونبورغ rses

نتائج الدراسة : يؤدي العنف الزوجي إلى ظهور اضطراب ما بعد الصدمة لدى الزوجات وان لبرنامج التكفل المعرفي السلوكي فعالية ايجابية في التخفيض من الاضطرابات النفسية لدى الزوجة التي تعرضت للعنف الزوجي وفي الرفع من درجات التقدير الذاتي .

1.10. دراسة إيناس عبد المنعم محفوظ حشاد :

عنوان الدراسة : الإرشاد النفسي لعينة ناجيين من كارثة تفجيرات مدينة الذهب.

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى وصف الآثار النفسية لدى عينة من الناجين من كارثة تفجيرات مدينة الذهب 2006 وعمل برنامج إرشاد نفسي للتقليل من تلك الآثار .

عينة الدراسة : تكونت عينة من 8 ناجين من تفجيرات مدينة الذهب (4 ذكور و 4 إناث) وقد تم اختيار هذه العينة من المصابين الموجودين بمستشفى القاهرة .

أدوات الدراسة : المقابلة الإكلينيكية شبه المقننة ، مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة لفالسيتي ترجمة داليا مؤمن ، برنامج الإرشاد الجماعي السلوكي المعرفي .

نتائج الدراسة : خلصت الدراسة إلى أن هناك فروق دالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي لاستبيان اضطراب ما بعد الصدمة دلالة على تأثير جلسات الإرشاد السلوكي المعرفي التي ساهمت في خفض الأعراض وفعالية البرنامج الإرشادي المقترح .

1.11. دراسة محمد أحمد شاهين/محمد نزيه حمدي

عنوان الدراسة : العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين وفاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفضها .

أهداف الدراسة : تألفت هذه الدراسة من جانبين :وصفي وتجريبي حيث هدفت الدراسة الوصفية إلى معرفة العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة وهدفت الدراسة التجريبية إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة .

عينة الدراسة : ففي الدراسة الوصفية تكونت العينة من 249 من الطلبة (119 ذكور و 130 إناث) من طلبة منطقة رام الله والبيرة في جامعة القدس المفتوحة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية وتكونت عينة الدراسة التجريبية من ستين طالبا نصفهم من الذكور، والنصف الآخر من الإناث ، ممن كانت درجاتهم من بين أعلى الدرجات فوق درجة الحكم على اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية ومقياس ضغوط ما بعد الصدمة من بين عينة الدراسة الوصفية .

أدوات الدراسة : اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية للريحاني، مقياس ضغوط ما بعد الصدمة والبرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي اعداد الباحث .

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب بين درجة التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة ذكورا وإناثا وأظهرت النتائج أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي كما أظهرت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث، وعدم وجود أثر للتفاعل بين البرنامج الإرشادي والنوع الاجتماعي على درجة وضغوط ما بعد الصدمة في القياس البعدي وأظهرت نتائج الدراسة استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي بعد المتابعة.

1.12. دراسة ضياء الدين مصطفى صابمة

عنوان الدراسة : مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصدمية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا.

أهداف الدراسة : التحقق من مدى فاعلية برنامج تفريغ انفعالي في التخفيف من آثار الصدمة النفسية ومدى ملائمة هذا البرنامج لبيئتنا الفلسطينية ومتابعة الأطفال الذين هم بحاجة إلى تدخل نفسي أو اجتماعي .

عينة الدراسة : تم اختيار أعلى 24 فرد بناء على درجاتهم علي مقياس التعرض للخبرات الصادمة ، وردود الفعل تجاه الخبرات الصادمة حيث تم تقسيمهم بشكل عشوائي إلى مجموعتين، بحيث تكون المجموعة الأولى مجموعة تجريبية بواقع 12 طالب يتم تطبيق عليها أدوات الدراسة والبرنامج المقترح والمجموعة الثانية كمجموعة ضابطة بواقع 12 طالب دون تطبيق بهدف إجراء المقارنة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج المقترح

أدوات الدراسة : مقياس التعرض للأحداث الصادمة لبرنامج غزة للصحة ، مقياس ردود فعل الأطفال بعد الصدمة لنادر Nader ، البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث).

نتائج الدراسة : هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس ردود فعل الأطفال لصالح القياس البعدي كما أن هناك فروق

ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس ردود الفعل في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية وهذا دلالة علي فعالية البرنامج الإرشادي المقترح . كما أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس ردود فعل الأطفال في القياس التتبعي لصالح أفراد المجموعة التجريبية ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ودرجاتهم في القياس التتبعي . وهذا دلالة علي استمرارية اثر البرنامج الإرشادي .

1.13. دراسة حسبية برزوان

عنوان الدراسة : دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي

أهداف الدراسة : محاولة علاج حالة اكتئاب من خلال تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وتقصي مدى فعالية هذه الاستراتيجيات.

عينة الدراسة : حالة واحدة

أدوات الدراسة : المقابلة العيادية ، مقياس الاكتئاب لهاميلتون .

نتائج الدراسة : إن التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية كان لها تأثير إيجابي علي العميل حيث أن : تقنية الاسترخاء كانت وسيلة للدخول التدريجي في العلاج كما كانت بالنسبة للعميل وسيلة للسيطرة علي استجاباته الانفعالية الجسدية وغياب بصفة تدريجية جميع الاضطرابات الفزيولوجية . كما كانت لتقنية التدعيم الإيجابي نتيجة إيجابية علي العميل و هذا من خلال ارتفاع تقديره الذاتي و ارتفاع نشاطاته اليومية المدعمة . ومعالجة الأفكار الآلية للعميل والتي تتمثل في مساعدته علي نزع التركيز علي الأفكار الاكتئابية ومعالجة الأفكار السلبية تسجيلها ، تسجيل شدتها ومساعدة العميل علي استبدالها بأفكار أكثر منطقية .

1.14. دراسة دراسة الحواجري 2003

عنوان الدراسة : برنامج إرشادي للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة المرحلة الأساسية في محافظة غزة.

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى فحص اثر برنامج إرشادي للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة المرحلة الأساسية في محافظة غزة.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة (48) طالبًا وطالبة قسموا إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة مكونة من 12 طالب و 12 طالبة في كل مجموعة

أدوات الدراسة ، مقياس ردود فعل الأطفال للأحداث الصادمة ، والبرنامج الإرشادي من إعداد الباحث: حيث استخدم الباحث أسلوب الإرشاد الجماعي ، ومقياس العصاب ايزنك ، مقياس مؤشر الضغط " برنامج غزة للصحة النفسية " ، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي "دصلاح ابوناھية" .

نتائج الدراسة : أظهرت الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين مستوى الصدمة ومستوى العصاب، وأنه توجد فروق في مستوى الصدمة النفسية بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث لصالح مجموعة الإناث وأن هناك فروق في مستوى الصدمة النفسية بين مجموعة الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع ومجموعة الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض لصالح مجموعة الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض وقد بينت أن مستوى الصدمة، وأعراض ما بعد الصدمة، ومستوى العصاب قد انخفضت بشكل جوهري لدى المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة وقد أظهرت أنه لا توجد فروق بين درجات طلبة المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي في كل ، من مقياس ردة فعل الأطفال للخبرات الصادمة، ومقياس PTSD ومقياس العصاب.

1.15. دراسة كارولين بيرثياوم CAROLINE BERTHIAUME

عنوان الدراسة : اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال (المعرفة الراهنة واستعراض

مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في أعقاب حدث صدمي وحيد

أهداف الدراسة : هدفت لبناء برنامج علاجي معرفي سلوكي للتكفل بالأطفال المصدومين .

عينة الدراسة : تمثلت العينة في 3 حالات (عينة قصدية) اختارها الباحث .

أدوات الدراسة : شملت أدوات الدراسة كل من مقابلة تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة التي صممها الباحث وفق لمحكات DSM VI ، الاستبيانات المدارة ذاتيا للأطفال ، مقياس القلق العام ومقياس الاكتئاب للأطفال لكوفكس ، إضافة إلى المقابلات الشبه منظمة والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي اقترحه .

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في الحد من الأعراض المصاحبة للاضطرابات ما بعد الصدمة ، بين الأطفال في سن المدرسة مع اضطراب ما بعد الصدمة (حدث وحيد) ، كما أظهرت تحسنا في أعراض القلق العام والاكتئاب بعد الخضوع للبرنامج العلاجي ، والمحافظة على نفس المستويات من التحسن بعد مدة من تطبيق البرنامج ، دلالة على استمرار فعالية البرنامج .

1.16. دراسة بول شوكل PAUL CHEUCLE

عنوان الدراسة : العلاج المعرفي السلوكي للأرق المزمن .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة الى التكفل بإحدى الحالات التي تعاني من الأرق المزمن من خلال تعليم العميلة مجموعة من التقنيات السلوكية كالاسترخاء والمعرفية .

عينة الدراسة : طبق الباحث العلاج المعرفي السلوكي على حالة واحدة.

نتائج الدراسة : خلصت الدراسة الى الفعالية الكبيرة للعلاجات المعرفية السلوكية في التخفيف من حدة القلق والتعافي من الأرق الذي كان يلزم الحالة .

1.17. دراسة سنانوفيك 2002 Sinanovic

عنوان الدراسة : برنامج لل دعم النفسي الاجتماعي المنظم لخفض صدمة الحرب لدى أطفال ما قبل المدرسة وأمهاتهم .

أهداف الدراسة : هدفت هذه الدراسة إلى تحديد إمكانية خفض صدمة الحرب لدى أطفال ما قبل المدرسة، وكذلك أمهاتهم عن طريق (الدعم النفسي الاجتماعي المنظم).

عينة الدراسة : أجريت الدراسة على ثلاث مجاميع فحص عشوائي تألفت كل منها من

(32) طفلاً لاجئاً بأعمار (6-7) سنة وأمهاتهم. حيث تألفت المجموعة الأولى من أطفال روضة تلقوا دعم نفسي منظم ، والمجموعة الثانية من أطفال روضة دون دعم، والمجموعة الثالثة أطفال غير مسجلين في روضة، ولم يتلقوا أي نوع من أنواع الدعم.

أدوات الدراسة : استعمل الباحث في دراسته : استبانة الصدمة على الأطفال، ومقياس تقويم الحوادث الصدمية للأمهات (PTSS-IO) وبرنامج الدعم النفسي الاجتماعي حيث شملت الصيغ المستعملة للدعم النفسي الاجتماعي (التعليم المستمر للمعلمين في مجالات علم نفس النمو، وصدمة الحرب، والتشاور مع الأمهات من خلال المقابلة الفردية والعمل ضمن مجموعات صغيرة، واستشارة النفساني من خلال المحادثات اليومية).

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج انخفاضاً كبيراً للأعراض لدى أطفال المجموعة الأولى (الروضة + الدعم) موازاة بالمجموعتين الأخرتين. وأن هناك انخفاضاً كبيراً لأعراض الصدمة لدى أمهات أطفال المجموعة الأولى موازاة بأمهات المجموعتين الأخرتين وقد لوحظ أسوء وضع لدى أطفال وأمهات المجموعة الثالثة (دون روضة + دون دعم).¹

1.18. دراسة يونس منعم

عنوان الدراسة : فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة المصابين بالجامعة الأردنية .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الجامعة الأردنية.

عينة الدراسة : تم في هذه الدراسة اخذ عينة قصدية من 40 (17 طالب و 23 طالبة) مصابون باضطراب ما بعد الصدمة .

أدوات الدراسة : تم الاعتماد في هذه الدراسة على : مقياس جاكسون لقياس فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة للكبيسي .

نتائج الدراسة : وجود اثر لأسلوب الاسترخاء العضلي في خفض أعراض الصدمة .

1.19. دراسة صلاح الدين عراقي محمد 1991

عنوان الدراسة : العلاج المعرفي - السلوكي وفاعليته في علاج الاكتئاب العصابي .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة الى التعرف إلى العلاج المعرفي - السلوكي ومدى فاعليته في علاج الاكتئاب العصابي من خلال تطبيق برنامج علاجي على مجموعة من المتعالجين ذو اكتئاب شديد .

عينة الدراسة : تمثلت عينة الدراسة في 40 طالبًا وطالبة تتراوح أعمارهم بين 20-23 حيث قسمت العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية (10 ذكور و 10 إناث) ومجموعة ضابطة (10 ذكور و 10 إناث) حيث طبق البرنامج العلاجي خلال 12 أسبوع بمعدل جلسة واحدة أسبوعيًا .

أدوات الدراسة : تم الاعتماد على مقياس بيك للاكتئاب ، استمارة المقابلة الشخصية إضافة إلى البرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي.

نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى إن هناك فروقًا ذات دلالة بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من الجنسين بعد العلاج وبعد انتهاء فترة المتابعة بمقياس بيك للاكتئاب لصالح المجموعات التجريبية. بمعنى ان العلاج المعرفي السلوكي المقترح فعال في علاج الاكتئاب لدى عينة الدراسة .

2. الدراسات المتعلقة بالصدمة واضطراب ما بعد الصدمة :

2.1. دراسة عبد العزيز موسى ثابت

عنوان الدراسة : تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية في

قطاع غزة

أهداف الدراسة : هدفت هذه الدراسة إلي بحث أنواع وشدة الخبرات الصادمة للأطفال الذكور الذين فقدوا بيوتهم نتيجة للهدم ، ومعرفة مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالصدمة و معرفة الصلابة النفسية في الأطفال و علاقتها بالصدمة وكرب ما بعد الصدمة و المخاوف.

عينة الدراسة : تم اختيار عينة مكونة من 45 طفل ومراهق من العائلات التي هدمت بيوتها في الفترة الأخيرة في منطقة رفح وبيت حانون .

أدوات الدراسة : تم تطبيق الاختبارات التالية : اختبار الخبرات الصادمة ، مقياس كرب ما بعد الصدمة ، مقياس المخاوف ، مقياس الصلابة النفسية .

نتائج الدراسة : بينت الدراسة أن متوسط التعرض للأحداث الصادمة عند الأطفال 9.4 حدث وبانحراف معياري 3.1 ، وقد وجد أن أكثر أحداث تعرض لها الأطفال هي مشاهدة مناظر وصور الجرحى والشهداء في التلفزيون ونسبة 95.6 % ، وأيضًا سماع للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة ونسبة 95.6 % وفي هذه الدراسة تبين أن 60 / من الأطفال تعرضوا لصدمة نفسية متوسطة ، و 6.7 % تعرضوا لصدمة نفسية بسيطة ، في حين 33.3 % من الأطفال تعرضوا لصدمة نفسية شديدة . أما بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة فقد تبين أن 15.6 % يعانون بدرجة خفيفة ، و 62.2 % يعانون بدرجة متوسطة ، في حين 20 % يعانون بشدة .

تبين في الدراسة وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين تعرض الأطفال للأحداث الصادمة ودرجة الاضطرابات النفسية الناتجة ما بعد الصدمة ، وهذا يدل على انه كلما زاد تعرض الأطفال للخبرات الصادمة كلما أدى ذلك إلى زيادة درجات كرب ما بعد الصدمة ولوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجات المخاوف ودرجة كرب ما بعد الصدمة . أما بالنسبة لدرجة الصلابة النفسية فقد وجد أن هناك علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية

بين درجات الصلابة النفسية ودرجة كرب ما بعد الصدمة ، و هذا يدل على انه كلما زاد درجات الصلابة النفسية عند الأطفال كلما أدى ذلك إلى نقصان درجات كرب ما بعد الصدمة . وخلصت أيضا هذه الدراسة إلى أن لهدم البيوت تأثيرا مباشرا على تطور كرب ما بعد الصدمة و المخاوف لدي الأطفال و المراهقين و أن قدرة الأطفال على التكيف مع الخبرات الصادمة و التمتع بالصلابة النفسية يجعلهم أقل عرضة للإصابة بكرب ما بعد الصدمة .

2.2. دراسة أبوهين 1997

عنوان الدراسة : آثار العنف والصددمات النفسية على الوضع النفسي للأطفال .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف على آثار العنف والصددمات النفسية على الوضع النفسي للأطفال ، وكذلك التعرف على حجم تعرض الأطفال للعنف ، والمواقف الصادمة، والصعبة.

عينة الدراسة: عينة من 124 طفل حيث تراوحت أعمارهم ما بين (8-15) سنة، تم اختيارها بشكل عشوائي ، ممثلة لجميع قطاع غزة، موزعة بين الذكور والإناث.

أدوات الدراسة : استخدم الباحث، اختبار اضطراب الضغوط التالية للصدمة، واختبار تقدير الذات، واختبار القلق .

نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى أن (16%) من أطفال العينة سجلوا درجات عالية من القلق الشديد الذي هو بحاجة إلى تدخل علاجي، وقد ظهرت درجات القلق المرتفعة لدى الفتيات، وأن الأطفال الذين تعرضوا للعنف الشخصي كانوا أقل وأعلى في تقدير الذات من الأطفال الذين شاهدوا أحد أفراد أسرهم يتعرض للضرب أو الإهانة أمام أعينهم.

2.3. دراسة Dyegrov et al 2000

عنوان الدراسة : الخبرة الصادمة وتطور ردود لفعل لكرب ما بعد الصدمة .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين نوع الخبرة الصادمة وتطور ردود لفعل لكرب ما بعد الصدمة .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من الأطفال الروانديين بعد 13 شهرا على بداية حملة التطهير العرقي في ابريل.

أدوات الدراسة : اعتمد الباحث على الدراسة الإكلينيكية وعلى اختبار دافيدسون لاضطراب ما بعد الصدمة

نتائج الدراسة : كانت النتائج التي توصلت لها الدراسة تفيد بان الأطفال تعرضوا لخبرات صادمة شديدة تتعلق بمشاهدة مقتل أحد أفراد الأسرة ومجازر جماعية، أيضا وجد العديد من هؤلاء الأطفال مخفيين بين جثث الموتى كناجين من المجازر وخبرات صادمة أخرى، كذلك أظهرت الدراسة أن 90% من الأطفال عبروا عن أنهم سيموتون في المستقبل القريب، وأظهرت علاقة بين الفعل لكرب ما بعد الصدمة والتعرض لخبرات صادمة تتضمن فقدان أفراد الأسرة.

2.4. دراسة عبد العزيز موسى ثابت :

عنوان الدراسة : ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف على ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة في ضوء المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس ، والعمر، والسكن ، والدخل الشهري ، وتعليم الوالدين ، وعملهما.

عينة الدراسة : اشتملت العينة على 332 من طلبة الجامعات الفلسطينية منهم 162 ذكور/ 170 إناث تتراوح أعمارهم بين 18-25 سنة، اختيروا عشوائيا.

أدوات الدراسة : استخدم الباحث اختبار الخبرات الصادمة ، ومقياس كرب ما بعد الصدمة ومقياس بيك للاكتئاب.

نتائج الدراسة : أوضحت النتائج وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الخبرات الصادمة وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب. وتبين أن الذكور أكثر عرضة للخبرات الصادمة من الإناث. في حين لم تكن هناك فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الخبرات الصادمة تعزى للعمر ، أو لنوع السكن ، أو الدخل الشهري لأسر أفراد العينة من طلبة الجامعة. كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى كرب ما بعد الصدمة تعزى للجنس ، وذلك لصالح الإناث من أفراد العينة من طلبة الجامعة ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب تعزى للجنس ، للعمر ، أو للدخل الشهري لأسر أفراد العينة من طلبة الجامعة. وكشفت النتائج أن

73 من المكرويين هم غير مكتئبين بنسبة (70.9%)، وأن 30 من المكرويين لديهم ترافق مرضية مع الاكتئاب بنسبة (29.1%) من الطلبة الجامعيين الذين لديهم كرب ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائية في ترافق المرضية تبعاً للجنس ، أو العمر، أو الدخل الشهري للأسرة أو تعليم أي من الوالدين .

2.5. دراسة عائدة عبد الهادي حسنين

عنوان الدراسة : الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل .

أهداف الدراسة : تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة و المساندة الأسرية و معرفة دور المساندة الأسرية في حماية الطفل كي يتمتع بصحة نفسية جيدة . وإلى محاولة توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة و المساندة الأسرية و علاقتها بالصحة النفسية للطفل من أجل وضع برامج للأطفال و الأسر .

عينة الدراسة : عينة عشوائية من محافظات غزة و عدد أفراد العينة هو 450 طفلاً و طفلة من تلامذة الصف السادس الأساسي تتراوح أعمارهم بين 10 - 12 عاماً .

أدوات الدراسة : مقياس الخبرات الصادمة اعداد الباحثة ، مقياس اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لفريدريك باينوس ، مقياس المساندة الأسرية لفيغان خميس ، اختبار العصاب لقوته اختبار روتر للوالدين .

نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية إلا أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين البنين والبنات الذين تعرضوا للخبرات الصادمة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية . كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة بالنسبة للعصاب وبالنسبة للاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة عند الأطفال . كما أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا مساندة ودعمًا أسرياً قليلاً والأطفال الذين تلقوا مساندة ودعمًا كبيراً .

2.6. دراسة أسامه عمر فرينه

عنوان الدراسة : القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال .

أهداف الدراسة : هدفت هذه الدراسة إلى فحص القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص كاريبن ماكوفر للتمييز بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بالأسوياء.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 40 طفل متوسط أعمارهم 10,5 سنة ، تم اختيار عينة إكلينيكية من 20 طفل (10 ذكور، 10 إناث) من الذين تم تشخيصهم باضطراب ما بعد الصدمة كما تم اختيار (20) طفل كعينة عشوائية من الأسوياء (10 ذكور، 10 إناث).

أدوات الدراسة : استخدم في هذه الدراسة: استمارة البيانات ، واختبار المصفوفات المتتابعة الملون لرافن كما استخدم اختبار رسم الشخص لماكوفر .

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلت عليها مجموعة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة على أقرانهم في مجموعة الأطفال الأسوياء على مقياس رسم الشخص في بعدي (التفاصيل والنسب) والدرجة الكلية للمقياس ، وجميع هذه الفروق دالة إحصائياً ما عدا بعد (المنظور) في رسم الشخص للشكل الذكري والأنثوي ، فهو غير دال إحصائياً. كما بينت أنه لا يوجد فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلت عليها مجموعة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لعامل الجنس على مقياس رسم الشخص . وأظهرت وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلت عليها مجموعة الأطفال الذكور الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة على أقرانهم في مجموعة الأطفال الذكور الأسوياء على مقياس رسم الشخص في بعد (التفاصيل) والدرجة الكلية للمقياس وهذه الفروق دالة إحصائياً ولم يتضح فروق في بعدي (النسب) والمنظور) .

2.7. دراسة فاطمة هاشم قاسم المالكي

عنوان الدراسة : اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقتها بذكاء الأطفال دون سن المدرسة من عمر 4-5 سنوات .

أهداف الدراسة : تهدف الدراسة للتعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمية (صدمة الحرب) ومستوى الذكاء للأطفال الذين تعرضوا للصدمات من أطفال الروضات ودلالة الفروق بين الذين لديهم ضغوطا صدمية عالية والذين لديهم ضغوطا صدمية متدنية وإلى البحث عن العلاقة بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ومتغيري الذكاء والجنس.

عينة الدراسة : 60 حالة بواقع (30) طفلا و (30) طفلة من أطفال الروضة

أدوات الدراسة : مقياس ما بعد الضغوط الصدمية - صدمة الحرب -تقرير الأهل - اعداد الباحث واختبار الذكاء لجوهان .

نتائج الدراسة : خلصت الدراسة إلى : فيما يخص مستوى اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية فعينة البحث لا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة أما فيما يخص مستوى الذكاء فهو عالي لكل الأطفال الذين تعرضوا للصدمات وبالتالي لا توجد علاقة بين الضغوط الصدمية ومتغيري الذكاء والجنس ولم تظهر نتائج البحث فروقا ذات دلالة إحصائية في الذكاء بين الأطفال الذين لديهم ضغوط صدمية عليا واقرأنهم ممن لديهم ضغوط صدمية ادني بمعنى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين مما يعني لا وجود للاختلاف في الذكاء بين الأطفال الذين تعرضوا إلى ضغوط صدمية عالية و الأطفال الذين تعرضوا إلى ضغوط صدمية متدنية كما أظهرت النتائج أنهم لا يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة بمعنى أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية والذكاء والجنس .

2.8. دراسة ميساء شعبان ابو شريفة

عنوان الدراسة : اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الدعا اء لدى عينة من زوجات الشهداء في قطاع غزة .

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى التوجه نحو الدعا لدى عينة من زوجات الشهداء في قطاع غزة وإلى معرفة العلاقة بين

اضطراب ما بعد الصدمة والتوجه نحو الدعاء لدى عينة من زوجات الشهداء ومعرفة ما إذا كانت فروق في PTSD وفي التوجه نحو الدعاء ترجع لمتغيرات: العمر، السكن، سن الزواج، المستوى التعليمي والاقتصادي.

عينة الدراسة: اشتمت عينة الدراسة على 314 زوجة شهيد في محافظة غزة لعام 2009 تم اختيارهن بطريقة عشوائية من مجتمع البحث.

أدوات الدراسة: مقياس التدين اعداد الباحثة، مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

نتائج الدراسة: خلصت الدراسة إلى أن مستوى التدين لدى زوجات الشهداء مرتفع جداً بينما مستوى اضطراب ما بعد الصدمة مرتفع نوعاً ما لدى زوجات الشهداء، لكنه أقل مقارنة بدرجة التدين الذي حصلن عليه زوجات الشهداء، ولعل هذا يجعل لديهن الصبر على تحمل مصيبتهم وتخطي آلامهن وإلى جود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية سالبة بين مقياس التدين ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة. أي أنه كلما زاد التدين، بمفهومه المشار إليه بالدراسة (الصبر والدعاء) فإنه يخفف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة، كما أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات زوجات الشهداء في مقياس التوجه نحو الدعاء تعزى لمتغير السكن، العمر، سن الزواج، المستوى التعليمي ولا توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي بينما هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات زوجات الشهداء في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير السكن، العمر، سن الزواج، وليس هناك فروق ذات دلالة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي.

2.9. دراسة رقيقة بلهوشات

عنوان الدراسة: دراسة عيادية من خلال الإنتاج الإسقاطي لطبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة.

أهداف الدراسة: دراسة طبيعة الصورة الجسدية والسير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة، من خلال محاولة معرفة ما إذا كانت إصابة الحروق الظاهرة من شأنها المساس بالصورة الجسدية للمصاب والتي تم هيكلتها في مراحل عمرية سابقة، أي هل تبعث الإصابة في الوحدة الجسدية وعلى مستوى الجلد الفاصل بين العالم الداخلي والخارجي للفرد نحو صورة جسدية

بدائية تتميز بالانشطار ، التفكك ، إصابة الحدود النفسية و فقدان الترابط بين مختلف جوانب الهيكل الذات و الهوية.

عينة الدراسة : تمثلت في 15 حالة مصابة بحروق ، منهم 7 رجال و 8 نساء.

أدوات الدراسة : اختبار الرورشاخ ، اختبار تفهم الموضوع .

نتائج الدراسة : حيث أكدت النتائج أن أغلب حالات عينة الدراسة أظهروا صورة جسدية هشّة مصابة و مضطربة بعد الإصابة بحروق ظاهرة . فتسعة حالات من بين خمسة عشر حالة ، أي بنسبة % 60 من مجمل الحالات أظهروا صورة جسدية هشّة ، تعبر عن تصور لجسد غير مدمج ، مفكك و غير مبني ، غامض في الحدود بين الداخل والخارج ، نفوذية و اختراق للحدود يصاحبها تماهيات جنسية غير واضحة ظهرت في الاختبارات الإسقاطية من خلال تقمصات لمواضيع مجزأة غير كاملة وستة حالات الباقية أي بنسبة % 40 من مجمل الحالات أظهروا صورة جسدية بينية ، تعبر عن جسد نو و وحدة مهيكلة جزئيا ، ذات حدود جد صلبة مشكلة بذلك حاجزا يهدف للاحتفاظ بالوحدة و مضادة لخطر الغموض ولم تسجل ولا حالة من مجمل الحالات ، تعبر عن صورة جسدية جيدة.

وعليه فأهم ما لوحظ من خلال البروك ولات والنتاج عن الصدمة النفسية ، إصابة نرجسية واضطراب في تنظيم حدود الأنا، إضافة لتهديد الوحدة الجسدية ، هشاشة الأنا ، ضعف المكنزمات الدفاعية التي سمحت بالنكوص لمراحل بدائية من النمو واحتل الجانب الهدمي الفرد و الذي عاد به إلى الوضعية التي كان فيها الأنا غير مؤمن ، فترة سبقت توحد الأنا والتمايز والتي تقترب من النرجسية (الانهيار الذهاني *désorganisation psychotique* ويمكن ملاحظتها لدى الأشخاص الأكثر إصابة).

فتحليل إنتاجية البروتوكولات تسيطر عليها تواتر لسياقات تبعث نحو الصورة الجسدية ذات الطابع الفصامي دون أن تكون بنية فصامية فالصعوبة في تمثيل الصورة الجسدية وإسقاط الجسد ، قلق التجزؤ شفافية الغلافات الجسدية ، إضافة لهوية غير مميزة جيدا و غموض بين الفرد و الموضوع مع وجود اتصال واضح بين الداخل و الخارج أحيانا وصعوبات هؤلاء الأفراد تظهر أكثر على مستوى بنية الهوية الذاتية و لغتية في العلاقات مع الآخر ، تترجم من خلال صعوبات و حتى عدم القدرة على التعامل و تسيير الاثارات النزوية و بدائية الترميز ما يجر نحو غياب

صلابة القواعد النرجسية وإشكالية التمييز (différenciation) .

كما أكدت الدراسة على سير نفسي هش مصاحب في كل مرة بصورة جسدية هشة ، فظهرت هشاشة السير النفسي من خلال اضطراب حدود الأنا و بالتالي سجلت هشاشة في الدفاعات .

2.10. دراسة محمد محمد محمد عودة :

عنوان الدراسة: الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الإجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة .

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين درجة التعرض للخبرة الصادمة وبين أساليب التكيف مع الضغوط ، ومستوى المساندة الاجتماعية ، ومستوى الصلابة النفسية ، لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة ، والتعرف عما إذا كان هناك فروق في هذه المتغيرات تعزى إلى بعض المتغيرات التالية : النوع ، مكان الإقامة ، المستوى التعليمي للوالدين .

عينة الدراسة: تكونت العينة الفعلية للدراسة من 600 طفل طفلة من أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة .

أدوات الدراسة: قام الباحث بإعداد 4 استبيانات لقياس متغيرات الدراسة وهي : استبانة الخبرة الصادمة ، استبانة أساليب التكيف مع الضغوط ، استبانة المساندة الاجتماعية ، الصلابة النفسية .

نتائج الدراسة: حيث توصل الباحث في دراسته إلى أن الوزن النسبي للخبرة الصادمة كان (62.14)، والوزن النسبي لأساليب التكيف مع الضغوط (71.14)، وبلغ الوزن النسبي للمساندة الاجتماعية (85.79)، وكان الوزن النسبي للصلابة النفسية 76.04 كما وجد أن هناك علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجة التعرض للخبرة الصادمة وكل من استخدام أساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية . أما فيما يخص الفروق التي تعزى للمتغيرات فلم تكن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في الخبرة الصادمة ، أساليب التكيف مع الضغوط والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية تعزى لمتغير النوع ولمتغير مكان الإقامة ولمتغير المستوى التعليمي للوالدين ، ما عدا فروقا في المساندة الاجتماعية لصالح الإناث ولصالح الأطفال الذين درس والديهم في المرحلة الثانوية وفروقا في الخبرة الصادمة لصالح محافظتي خان يونس والشمال .

3. الدراسات المتعلقة بالتوجيه الأبوي ودور الوالدين :

3.1. دراسة كارين غرنيار KARINE GRENIER

عنوان الدراسة : تأثير الاكتئاب الامومي على كوينغ (التأقلم) الطفل

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التقصي عن تأثير الاكتئاب الامومي على اضطراب الحياة اليومية للطفل .

عينة الدراسة : تمثلت عينة الدراسة في 107 حالة 85 في المجموعة الضابطة من أطفال المدارس و22 في التجريبية من الأطفال المضطربين من العيادات الخارجية .

أدوات الدراسة : تمثلت في قائمة استراتيجيات المواجهة المدرسية لريان
SCSI ; Ryan
ومقياس الاكتئاب للأطفال لكوفكس ، قائمة الشطب للسلوك الطفلي لاشنبش
CBCL ;
Achenbach ، قائمة الاكتئاب لبيك BDI, Beck .

نتائج الدراسة : كشفت النتائج الرئيسية أنه ليس هناك فرق دال بين أطفال الأمهات المكتئبات وأطفال الأمهات غير المكتئبات في معدل الاكتئاب لدى الأطفال كما أن ليس هناك فرق بين هاتين المجموعتين من الأطفال في ما يتعلق بالتصور لفعالية استراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها كما لم تشير النتائج إلى أي اختلاف بين مجموعتنا في وتيرة استخدام استراتيجيات المواجهة ومع ذلك فقد بينت النتائج أن الأطفال الأمهات المكتئبات لديهم نسبة أعلى من اضطرابات السلوك الظاهرة من أطفال الأمهات غير المكتئبات .

3.2. دراسة موريثيو اندولف MAURIZIO ANDOLFI¹

عنوان الدراسة : العلاج الفردي والعلاج الأسري

خلصت الباحثة خلال هذه الدراسة النظرية حول العلاج الفردي والأسري إلى أهمية الأسرة في جميع مراحل العلاج لمختلف الاضطرابات النفسية ، سواء بالنسبة للطفل أو الراشد ، في التشخيص النفسي وفي الاستفادة من معرفة السياق الاجتماعي والأسري ، وفي التكفل النفسي . فالأسرة تفيد المعالج في معرفته الاضطراب النفسي ومساعدته أثناء العلاج .

1 - Cet article a paru dans la revue Rivista di Psicoterapia Relazionale, numéro spécial «Terapia sistemica con la famiglia e l'individuo » n.11, juin 2000, F. Angeli Ed. Avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

3.3. دراسة جهاد علاء الدين وعز الدين عبد الرحمن 2011

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان .

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لتعرف فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 20 أماً لأطفال مصابين بسرطان اللوكيميا للمفاوية الحادة، قسمت عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين : المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها برنامجاً إرشادياً يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي ، والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها أي برنامج إرشادي .

أدوات الدراسة: مقياس التوتر الوالدي ، مقياس التشاؤم لديمير ترجمة الدسوقي ، برنامج الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي للآباء .

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي التوتر والتشاؤم، حيث انخفض مستوى التوتر والتشاؤم بدرجة أعلى لدى الأمهات في المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الأمهات في المجموعة الضابطة. كما أشارت نتائج المقارنة البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي، لصالح التتبعي على بعض المقاييس، فقد ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس التوتر في حين انخفضت إيجابياً على مقياس التشاؤم، لكن هذه الفروق لم تصل إلى الدلالة الإحصائية .

3.4. دراسة نايفة الشوبكي 2008

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم .

أهداف الدراسة: التعرف على مدى فاعلية برنامج تدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء والأبناء.

عينة الدراسة: تكونت من (60) أماً وأباً من أمهات طلبة الصف الثامن الأساسي وآبائهم،

قسمت عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين من الآباء والأمهات: المجموعة التجريبية تلقى أفرادها برنامجاً تدريبياً على مهارات الاتصال، والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها برنامج التدريب على مهارات الاتصال.

أدوات الدراسة: مقياس التوتر النفسي لزاوي، مقياس التكيف النفسي لجبريل، البرنامج التدريبي المقترح من طرف الباحثة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك لكل من الضغوطات النفسية، والتكيف النفسي وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الآباء، حيث انخفض مستوى الضغط النفسي وتحسن مستوى التكيف لدى الآباء في المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الضابطة.

3.5. دراسة باسمه حلاوة

عنوان الدراسة: دور الوالدين في تكوين الشخصية الاجتماعية عند الأبناء

أهداف الدراسة: يهدف هذا البحث إلى الكشف عن دور الوالدين في تكوين شخصية الأبناء الاجتماعية.

عينة الدراسة: اختيرت العينة بشكل عشوائي من الآباء والأمهات من أربع مناطق مختلفة في مدينة دمشق، حيث شملت 100 فرد، 50 آباء وأمهات.

أدوات الدراسة: استبانته من اعداد الباحث

نتائج الدراسة: وجود فرق بين الآباء والأمهات حول التقيد بالنظام الأسري بينما لم تظهر فروق حول الأقسام الخمسة الأخرى (مشاركة الأبناء في الأمور العائلية، معاملة الوالدين للأبناء، السماح للأبناء بإدارة شؤونهم الخاصة، العدالة الوالدية بين الأبناء، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين). وهذه النتائج تشير إلى أن المستويات التعليمية والاقتصادية، لا تؤثر في أدوار الوالدين وفي تشكيل شخصية الأبناء الاجتماعية، لأنهم يعيشون ضمن منظومة من القيم والعادات الاجتماعية.

3.6. دراسة أميرة طه بخش

عنوان الدراسة : فعالية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً في تنمية السلوك التكيفي لأطفالهن .

أهداف الدراسة : تهدف الدراسة الراهنة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً في تحسين وتنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعي لهؤلاء الأطفال من خلال زيادة وعي الأمهات بطبيعة التخلف العقلي وإلقاء الضوء على أهم جوانب السلوك الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقلياً تمهيداً لتنميتها، وكذا التعرف على الأساليب المناسبة للتعامل مع الأطفال.

عينة الدراسة : قسمت عينة الدراسة إلى قسمين ، يضم أولهما أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً وعددهن 12 أما متوسط أعمارهن 18.32 سنة وليس لدى كل منهن سوى طفل واحد فقط متخلف عقلياً ، في حين يضم القسم الثاني من العينة 24 طفلة من البنات المتخلفات عقلياً بمدرسة التربية الفكرية للبنات بجدة تم اختيارهن عشوائياً وتقسيمهن إلى مجموعتين متساويتين إحداهما تجريبية وضمت البنات اللاتي حضرت أمهاتهن البرنامج التدريبي، أما المجموعة الأخرى فكانت ضابطة.

أدوات الدراسة : مقياس ستنافورد بينيه للذكاء ترجمة وإعداد عبد السلام ، مقياس تقدير المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة إعداد الشخص ، مقياس السلوك التكيفي للأطفال إعداد الشخص ، البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة .

نتائج الدراسة : حدوث تحسن في أبعاد السلوك التكيفي المحددة لدى أعضائها بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهاتهم ، وحدث تحسن في أبعاد السلوك التكيفي المحددة للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات .

3.7. دراسة ملال صافية

عنوان الدراسة : التكفل بحالات الرفض الوالدي لإعاقة الطفل الذهنية من خلال العلاج المعرفي السلوكي .

أهداف الدراسة : هدفت إلى البحث في مشكلة الرفض الوالدي لإعاقة الطفل الذهنية وعلاقته بمتغيرات جنس الوالدين ، درجة إعاقة الطفل العقلية ، واختبار مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في مساعدة الوالدين على تعلم اتجاهات ايجابية من خلال تغيير نظرتهم السلبية للإعاقة العقلية وبالتالي التخفيف من الرفض الوالدي لإعاقة الطفل العقلية.

عينة الدراسة : عينة من 50 اباء أطفال متأخرين عقلياً بالمركز الطبي البيداغوجي و الجمعية الوطنية للاندماج المدرسي و المهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون بوهران .

ادوات الدراسة : الملاحظة والمقابلة العيادية ، مقياس الاستجابات الوالدية نحو الطفل المتأخر عقلياً اعداد الباحثة

نتائج الدراسة : خلصت الدراسة إلى عدم وجود فرق بين الآباء و الأمهات في استعمال الرفض الوالدي كاستجابة لوجود طفل متأخر عقلياً وإلى أن هناك علاقة بين درجة إعاقة الطفل العقلي و ظهور الرفض الوالدي حيث كلما كانت الإعاقة شديدة فإن الوالد ين استعمال الرفض الوالدي أكثر . الخلوص إلى أن العلاج السلوكي المعرفي في تغيير المخططات المعرفية للوالدين وتغيير نظرتهم لإعاقة الطفل العقلية بمعنى أن العلاج السلوكي المعرفي يساعد في التخفيف من الرفض الوالدي لإعاقة الطفل الذهنية .

ثانيا : تعقيب عام على الدراسات السابقة:

اهتمت بعض الدراسات بمدى فعالية برامج علاجية معرفية سلوكية لاضطرابات ما بعد الصدمة مثل دراسة يونس منعم في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية للطلبة من خلال أسلوب الاسترخاء العضلي ودراسة كارولين بيرثياوم CAROLINE BERTHIAUME لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال في أعقاب حدث صدمي وحيد ، ودراسة طاوس هاشيم لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى نساء ضحايا العنف الزوجي ، ودراسة محمد أحمد شاهين/محمد نزيه حمدي لخفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى طلبة جامعيين بفسطين من خلال الإرشاد العقلاني الانفعالي .

كما اهتمت دراسات أخرى بالكشف عن مدى فعالية برامج علاجية معرفية سلوكية لاضطرابات نفسية أخرى غير اضطراب ما بعد الصدمة مثل دراسة سمير السيد شحاتة ابراهيم في علاج اضطرابات الأرق الحاد عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد ، ودراسة ريم محمود يوسف أبو فايد في علاج الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي ، ودراسة حسية برزوان لعلاج حالات الاكتئاب النفسي ، ودراسة بلحسيني وردة في علاج الرهاب الاجتماعي ، ودراسة بكيري نجبية في علاج الأعراض النفسية للمراهقين السكريين ودراسة زعيب حسن قلح الجبوري في تخفيف الألم النفسي لدى طالبات ، ودراسة ناصر ميزاب في علاج اضطراب السلوك الغذائي البوليميا من خلال تقنية التحليل الوظيفي ، ودراسة ابرييم سامية / بو عايشة امال لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين القابلين للتعلم ، ودراسة حامد احمد الغامدي في خفض اضطراب القلق ، ودراسة بول شوكل PAUL CHEUCLE لعلاج للأرق المزمن عند البالغين ، ودراسة صلاح الدين عراقي محمد في علاج الاكتئاب العصابي .

بينما اهتمت دراسات أخرى بالكشف عن مدى فعالية برامج علاجية ليست معرفية سلوكية لاضطرابات نفسية مختلفة مثل دراسة ايناس عبد المنعم لناجيين من كارثة تفجيرات ودراسة ضياء الدين مصطفى صايمة في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصدمية لدى طلبة المرحلة الأساسية ، ودراسة الحواجري للتخفيف من آثار الصدمة لطلبة المرحلة الأساسية، ودراسة موريزيو اندولف MAURIZIO ANDOLFI النظرية حول العلاج الفردي والعلاج الأسري

واهتمت دراسة أخرى بدراسة الصدمة النفسية مثل دراسة محمد عودة الخيرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الإجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال فلسطين ، ودراسة رفيقة بلهوشات من خلال الإنتاج الاسقاطي لطبيعة الصورة الجسدية والسير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة ، ودراسة ميساء شعبان أبو شريفة اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الدعاء لدى عينة من زوجات الشهداء في غزة ودراسة فاطمة هاشم قاسم المالكي اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقتها بذكاء الأطفال دون سن المدرسة من عمر 4-5 سنوات ، ودراسة عبد العزيز موسى ثابت ترافق المراضة بين الاكثتاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في غزة ، ودراسة اسامه عمر القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال ، دراسة ديغروف وآخرون Dyegrov et al الخبرة الصادمة وتطور ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة ودراسة بوهين آثار العنف والصدمات على الوضع النفسي للأطفال.

بينما اهتمت بعض الدراسات بالكشف عن فعالية برامج إرشادية موجهة للآباء في خفض اضطرابات الأطفال وتكيفهم كدراسة أميرة طه بخش برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً في تنمية السلوك التكيفي لأطفالهن ، ودراسة ملال صافية التكفل بحالات الرفض الوالدي لإعاقة الطفل الذهنية من خلال العلاج المعرفي السلوكي ، ودراسة سنانوفيك Sinanovic برنامج للدعم النفسي الاجتماعي المنظم لخفض صدمة الحرب لدى أطفال ما قبل المدرسة وأمهم ، ودراسة نايفة الشوبكي برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم ، ودراسة جهاد علاء الدين و عز الدين عبد الرحمن برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان .

كما تناولت بعض الدراسات إبراز دور الوالدين وأهميته وكذا المساندة الأسرية كدراسة عائدة عبد الهادي حسنين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، ودراسة كارين غرنيار KARINE GRENIER تأثير الاكثتاب الامومي على كوبينغ الطفل، ودراسة بسمة حلوة دور الوالدين في تكوين الشخصية الاجتماعية عند الأبناء.

ثالثا : مكانة الدراسة الحالية وموقفها من الدراسات السابقة:

على أساس اطلاعنا الواسع على الدراسات والبحوث السابقة يمكن القول أن :

هذه الدراسة تختلف عن الدراسات السابقة في كونها محاولة لاختبار فاعلية برنامج تكفلي لاضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل دون الاقتصار على أحداث صدمية خاصة مثل ما تتناوله اغلب الدراسات وإنما لكل الأحداث الصدمية التي قد يتعرض لها الأطفال من جهة ودون تخصيص فئة عمرية معينة من الأطفال من جهة أخرى ، كما أرفق هذا البرنامج المقترح بالتوجيه الأبوي وهو ما لم يكن للدراسات الأخرى ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التكفل بأعراض الاضطراب والتقليل من حدتها، من خلال تدريب الأطفال على مجموعة واسعة من التقنيات السلوكية والمعرفية، إضافة إلى التوجيه الأبوي المنصب على تحسين المعاش النفسي للآباء وتعريفهم بتقنيات البرنامج وإشراكهم في العملية العلاجية وتحسين الظروف المحيطة بالطفل خاصة علاقة الطفل بوالديه ما يزيد من فعالية البرنامج.

ومن خلال ما تم عرضه من الدراسات يمكن إبراز مكانة هذه الدراسة من خلال أن:

الدراسة الحالية قد اتفقت مع الدراسات السابقة من حيث أهمية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة وأيضا في علاج مجموعة واسعة من الاضطرابات المختلفة كالقلق والاكتئاب واضطرابات النوم والأكل إلا أنها تميزت عنهم من خلال إبرازها لأهمية التوجيه الأبوي ودوره في زيادة فعالية البرامج العلاجية الموجهة للأطفال .

مساهمتها في إثراء هذا المجال نضرا لقلّة الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي في مجال اضطراب ما بعد الصدمة خاصة في البيئة الجزائرية مقارنة بالعدد الكبير للدراسات الأجنبية للعلاج المعرفي السلوكي سواء المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة أو غيرها من الاضطرابات .

تطرق معظم الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج المعرفي - السلوكي بالشكل العام بوصفها طريقة علاجية والتقنيات المعتمدة دون التطرق لما في دراستنا إلى تفاصيل تقنيات هذا العلاج ، وكيف تم تطبيقها على المتعالجين بصورة مفصلة إضافة إلى اهتمامنا بوضع مخطط بكل جلسة يوضح محتواها ليستفيد المهنيين.

على ضوء البرامج المعرفية السلوكية المطلع عليها استقدت في إعداد هذا البرنامج العلاجي المقترح إلا أن هذه الدراسة تميزت كونها اشتملت على برنامج علاجي معرفي سلوكي مطور من طرفنا حيث اعتمدنا في بنائه على انتقاء التقنيات التي تخدم الظاهرة .

يمكن أن نعتبر هذه الدراسة أول خطوة عملية في مجال وضع البرامج المعرفية السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة المصحوب بالتوجيه الأبوي إذ ليس هناك بحدود علمي دراسات محلية تناولت العلاج المعرفي السلوكي عند الطفل بهذا التوضيح والتفصيل إضافة إلى أن موضوع التوجيه الأبوي كنمط علاجي مستقل موضوع جديد في الساحة الجزائرية والتي قامت بإدخاله الأستاذة بدرة ميموني.

الفصل السادس :

تصميم البرنامج العلاجي وبروتوكول التوجيه اليروي

تمهيد

أولاً : البرنامج التكفلي

1. تقديم البرنامج التكفلي المقترح
2. أهداف البرنامج
3. الخدمات التي يقدمها البرنامج
4. خطوات إعداد البرنامج التكفلي :

A. تحديد الأساس النظري للبرنامج

B. تحديد النماذج المعرفية السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة

A. الاطلاع على أسس تطبيق البرامج التكفلية المعرفية السلوكية

B. الاطلاع على الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية المعرفية السلوكية

A. اختيار الاستراتيجيات والتقنيات المعرفية السلوكية المناسبة لبناء البرنامج

● الاستراتيجيات النفسية التربوية

● الاستراتيجيات المعرفية

● الاستراتيجيات السلوكية :

- تقنيات إدارة القلق

- التعريض

- التدريب على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات

- التدريب على إيصال الحساسية بحركة العين EMDR

- التنشيط السلوكي

- الواجبات المنزلية

C. بناء مراحل تطبيق البرنامج

D. بناء مخطط لتتبع الأثر العلاجي للبرنامج

الخطوة الأولى :

الخطوة الثانية :

الخطوة الثالثة :

5. عرض البرنامج التكفلي

6. عرض تفصيلي للحصص العلاجية

ثانيا : بروتوكول التوجيه الأبوي

1. تقديم البروتوكول التوجيهي المقترح

2. أهداف البروتوكول

3. خطوات إعداد البرنامج التكفلي :

A. تحديد الأساس النظري للبرنامج

الخطوة الأولى :

A. الاطلاع على أساليب التوجيه الأبوي

B. الاطلاع على أساليب التوجيه الأبوي

الخطوة الثانية :

A. تحديد الأساليب والتقنيات المعتمدة في البروتوكول

• الاستراتيجيات النفسية التربوية (التثقيف النفسي)

• الاستراتيجيات المعرفية

• الاستراتيجيات السلوكية

- التدريب على المهارات الاجتماعية

- تقنيات إدارة القلق

- التنشيط السلوكي

• الواجبات المنزلية

B. بناء مراحل تطبيق البروتوكول

C. بناء مخطط لتتبع الأثر العلاجي للبرنامج

الخطوة الثالثة :

4. عرض بروتوكول التوجيه الأبوي

5. عرض تفصيلي لجلسات التوجيه الأبوي

تمهيد : يقوم هذا البرنامج على مجموعة من أسس التوجه العلاجي النفسي المعرفي السلوكي وأسس التوجيه الأبوي ، يهدف إلى إيجاد إستراتيجية علمية منظمة ، تأخذ بعين الاعتبار تفرد كل شخص من حيث أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، التي تصب كلها في مجموع الزمل العرضية المكونة لهذا الاضطراب حسب DSM V ، والدراسات المختلفة التي تناولت الأحداث الصدمية والاضطرابات الناجمة عنها ، كما يركز هذا البرنامج العلاجي على دور الآباء ومشاركتهم في إنجاح العملية العلاجية وإعطائها الدفع اللازم ، وتحضير المحيط المناسب لفعالية البرنامج العلاجي . من خلال تركيزه على دور التوجيه الأبوي في مساعدة الطفل على التحسن وتعزيز قدراته في ممارسة تقنيات البرنامج العلاجي وتقويتها ، وفي إيجاد المحيط الآمن الذي يحفز الطفل ويدعمه ، من خلال تحسين المعاش النفسي للآباء وإشراكهم في العملية العلاجية .

أولاً : البرنامج التكفلي المعرفي السلوكي

1. تقديم البرنامج التكفلي المقترح :

يفسر التوجه المعرفي السلوكي اضطرابات ما بعد الصدمة ، على أنها استجابات خاصة من نوع سيكولوجي انفعالي معرفي سلوكي ، نتيجة الصدمات الحادة التي تعتبر مثيراً لهذه الاستجابات ، كما أن المثيرات الداخلية والخارجية المرتبطة بالصدمة تثير نفس الاستجابة التي في الحدث الصدمي (إشراط) .

وعلى هذا الأساس من التوجه المعرفي السلوكي صمم هذا البرنامج العلاجي لاضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل، ويتوجه التدخل العلاجي بشكل أولي إلى:

- تحديد الاضطراب وأعراضه ضمن البعد المعرفي السلوكي للاستجابة الصدمية.
- تحديد المعرفيات المشوهة في معالجة المعلومات أثناء الصدمة .
- تحديد السلوكيات والانفعالات الناجمة عن هذا التشويه المعرفي واختبارها .
- دحض هذه المعرفيات وتعديلها ما يؤدي إلى تغييرات في المشاعر والسلوكيات.
- تحديد المخططات المعرفية المكونة نتيجة الصدمة والخبرة الصادمة وتعديلها .
- تحديد التغييرات المعرفية والرؤى المختلة عن الذات والعالم والمستقبل.
- تعديل السلوكيات والمشاعر من خلال أساليب التعديل والتدريب السلوكي .

2. أهداف البرنامج :

2.1. الأهداف الأساسية :

- خفض أعراض استعادة الخبرة الصدمية المعرفية والعاطفية والفيزيولوجية .
- تقليل سلوكيات التجنب لمثيرات الصدمة وتعزيز مواجهة هذه المثيرات .
- تعديل الأفكار والمخططات المعرفية المشوهة المرتبطة بالحدث والوضعية الصدمية وتعويضها بأفكار ومخططات أكثر عقلانية .
- تغيير النظرة المشوهة للذات والمحيط والمستقبل بنظرة أكثر اتزاناً وواقعية .
- الحد من المشاعر الانفعالية المتطرفة والاستجابات العاطفية السلبية ، وتحقيق نوع من الاتزان العاطفي في التعامل مع مختلف المثيرات الداخلية والخارجية المرتبطة بالصدمة .
- تنمية وتعزيز الارتباط بالواقع وخفض الأعراض التفككية .
- التقليل من أعراض الاستثارة وفرط التيقظ .
- العمل على زيادة تقدير الذات وتأكيد الأنا عند الطفل .
- تنمية المهارات الاجتماعية للطفل وزيادة السلوكيات والمشاعر الايجابية .
- العمل على تقبل الطفل وزيادة تكيفه واندماجه في محيطه .

2.2. الأهداف الفرعية :

- تدريب العينة على المراقبة الذاتية لأفكارهم المشوهة وتخيلاتهم السلبية ، وإخراجها
- لحيز التفكير ، والتعبير عنها شفهيًا وكتابيًا على السجل اليومي .
- تعريف أفراد العينة بدرجة الصلة بين التفكير والانفعال والسلوك .
- العمل على رفع التقدير السلبي للواقع والذات والمستقبل عند المتعالجين .
- إحلال أفكار ومعتقدات أكثر عقلانية محل الأفكار والمعتقدات المشوهة العامة، من خلال إعادة البناء المعرفي .
- تعليم وتدريب العميل مواقف وسلوكيات وطرق جديدة يتبناها في أساليب تعاملاته اليومية ، من خلال البروفة السلوكية والبروفة المعرفية .
- تدريب الأفراد على تلقين أنفسهم التعليمات الذاتية وإتباعها .
- تدريب العميل على تقنيات الاسترخاء والتنفس البطني .
- تقديم الخدمات النفسية للأطفال تقديمًا مناسبًا يتيّاهم ويتناسب مع الخدمات النفسية المقدمة للآباء خلال التوجيه الأبوي .

3. الخدمات التي يقدمها البرنامج :

3.1. العلاجية :

مساعدة حالات الدراسة التي لديها اضطراب ما بعد الصدمة على خفض هذه الأعراض والتحكم فيها ، وعلى مساعدتهم على التكيف والتوجه نحو الحياة دون معوقات .

3.2. وقائية :

يقدم هذا البرنامج خدمات وقائية هامة لأفراد عينة الدراسة ، من خلال اكتساب هذه الحالات لأساليب وطرق معرفية وسلوكية هامة ، تمكنه من مواجهة مخاطر التعرض لأحداث ومواقف أخرى ، ومعايشة مشاعر واضطرابات في المستقبل والتغلب عليها ، مثل ممارسة الاسترخاء والتدريب على التخيل والتعريض والحوار الذاتي .

3.3. المتابعة :

بعد الانتهاء من البرنامج تتطلب منا الإجراءات العلمية المتبعة القيام بدراسة تتبعية لمدى نجاح البرنامج وفعاليتيه على عينة الدراسة لمدة 3 أشهر .

4. خطوات إعداد البرنامج التكفلي :

4.1. الخطوات الأولى في اعداد البرنامج التكفلي :

A. تحديد الأساس النظري للبرنامج :

تم تصميم البرنامج التكفلي بعد الاطلاع الواسع والمستفيض على الأسس النظرية المعرفية السلوكية ، وكذا المدارس والتوجهات المختلفة للعلاجات المعرفية السلوكية بشكل عام ، والعلاجات المعرفية السلوكية لاضطرابات الصدمة بشكل خاص ، وذلك من خلال مجموعة كبيرة من المصادر و المراجع العربية والأجنبية والبحوث العلمية ، والدراسات النفسية التي تطرقنا إليها في الفصل الخاص بالدراسات السابقة ، كما تم الاطلاع على مجموعة واسعة من البرامج العلاجية المعرفية السلوكية بصفة عامة ، والبرامج الموجهة للاضطرابات الصدمية بصفة خاصة ، إضافة إلى الاتصال ببعض الزملاء المختصين في هذا النوع من العلاجات .

B. تحديد النماذج المعرفية السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة :

يعطي العلاج المعرفي السلوكي دوراً مهماً للعلاقة بين مجالات التفكير والانفعال والسلوك ، فجميعها أشكال متلاحمة ومتكاملة ، والتعديل في إحداها يعدل في المجالات الأخرى جميعها .¹

فإننا نتفعل تبعاً للمعاني أو التفسيرات التي يسبغونها على الأحداث ، والفكرة التي تقرر أن المعنى أو التفسير الخاص لأي حدث ، يحدد أشكال الاستجابة الانفعالية التي تصدر عن الشخص، والتي يعتبرها باترسون محور النموذج المعرفي في التعامل مع الانفعالات والاضطرابات .²

وعلى هذا الأساس وباعتبار أن الأحداث الصدمية تترك أثراً واضحة على البنية المعرفية للفرد ، وكذا مزاجه ومشاعره وسلوكياته ، فإنه يمكن الإشارة إلى بعض النماذج المعرفية السلوكية التي يمكن أن يكونها الأفراد نتيجة تعرضهم للصدمة الشديدة وهي :

الثالوث المعرفي : التصور السلبي للذات ، التفسير السلبي لخبرات الحياة ، النضرة العديمة للمستقبل وهذا ما يؤدي إلى الإحساس بالفقد النهائي والتوقعات السلبية .

التشوهات المعرفية : إضافة إلى الثالوث المعرفي الذي يكونه المضطرب بضغط ما بعد الصدمة ، هناك أيضاً مجموعة من التشوهات المعرفية التي قد يحملها هذا الفرد ضمن بنيته المعرفية ، والتي حددها بيك ضمن قائمة من التشوهات المعرفية والتي تم التطرق لها سابقاً.³

الاستجابة المعرفية للصدمة : فمعالجة المعلومات وحدوث الاستجابة المعرفية في الأوضاع المختلفة وخلال الصدمات يكون وفقاً لأساليب مميزة في معالجة المعلومات وفهم ما يحدث وتتطوي العمليات المعرفية من المنظور التفاعلي لردود أفعال الضغوط الصدمية ، على أهمية كبيرة ، فهي تشمل عمليات متعددة الأبعاد من حيث :

- إدراك الأحداث (الحدث الصدمي) .
- تقدير الموقف (الموقف الصدمي) .
- عزو أسباب الحدث أو الأحداث .
- تكوين المخطط المعرفي للفعل والسلوك .¹

1 -Ellis, A , the Evolution of Rational - Emotive Therapy,(RET) and Cognitive Behavior Therapy, In, J,k Zeig (Ed), the Evolution of Psychotherapy ,op cite.,p 106

2- باترسون، س. مرجع سابق ، ص31.

3-بيك، آرون، ترجمة عادل مصطفى وغانان يعقوب ، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 2000 ، ص 104.

1- بشير الرشدي وآخرون ، 2001 ، ص 129.

- وتكون هذه الاستجابة في الخبرة الصدمية وفقا لخمس 05 أساليب معرفية خاصة هي :
- ❖ **الإنكار المعرفي** : وهو ميل الفرد لإنكار وتجنب ما حدث ، عن طريق إغلاق إدراك الحدث ، أو من خلال تقدير الموقف على انه لا يتطلب عوناً من الآخرين ، أو عزو الحدث إلى أمور ثقيل من المسؤولين ، أو تجنب المواقف التي تستدعي الذكريات أو مشاعر الذنب .
- ❖ **التحريف المعرفي** : وهو آلية تساعد الفرد على تفادي مشاعر القلق الحاد ، كما انه أسلوب يعمل على خفض المنبهات الداخلية ، يتضمن درجة عالية من الانتباه الانتقائي ، وعدم تحمل الضغوط بسبب الاستثارة الانفعالية ومستوى منخفض من البحث عن المعلومة .¹
- ❖ **التقدير المعرفي** : التقدير الدقيق للأحداث الصدمية وتقييمها بشكل واقعي وصحيح أو مناسب ، الأمر الذي يؤدي بالفرد للاستجابة إلى المواقف بفعالية وتكيفية، ومن زيادة المنبهات الداخلية، والبحث عن معلومات جديدة وضرورية.
- ❖ **التفكك** : وهو من المفاهيم التقليدية في علم الصدمات ، ويشير إلى التغيير في الوعي أو الهوية أو السلوك ، فهو آلية معرفية تعمل كأسلوب بديل لمواجهة حالة الضيق الانفعالي الزائد ، من خلال تغيير طبيعة الإدراك والتقدير والعزو والمخططات المعرفية ، ويمكن بذلك النظر إلى التفكك على انه آلية معرفية موجهة إلى حفظ سلامة الفرد ، حيث يحاول أن يتجنب مواقف الصراع أو التهديدات التي تخل باتزانته النفسي .
- ❖ **معاودة الخبرة** : وتعني معاودة الخبرة ببعض عناصر الحدث الصدمي في مخيلة الفرد ووجدانه ، والتي تعد مكوناً رئيسياً من مكونات اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة ، وتتمثل في التفكير الإقحامي باعتباره آلية معرفية تشير إلى الحضور المفاجئ والتلقائي واللاإرادي لصور بصرية أو لذكريات أو انفعالات كدرة ، مرتبطة بالحدث الصدمي ، وقد يخبر الفرد حالة من الانغمار الانفعالي من دون مخيلة بصرية أو ذكريات مؤلمة ، وينطوي ذلك على وجود حالة من الكبت اللاشعوري في المخيلة الفاجعة ، أما الإقحام الذي يأخذ شكل الاستجابة الحادة أو المستديمة ، فيعني وجود عبئ نفسي زائد ، وانغمار للفرد بانفعالات وصور كدرة ، الأمر الذي يستنفذ قدر كبير من الطاقة النفسية .¹

1- بشير الرشدي وآخرون ، اضطراب الضغوط التالية للصدمة (التشخيص)، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت، 2001 ، ص 130.
- بشير الرشدي وآخرون 2001 ص 129-130

وهذه النماذج المعرفية السلوكية يمكن أن نجدها كلها أو نجد البعض منها دون الآخر ، باعتبار أن تركيز المحتوى الفكري عند المصدومين ، يختلف م ن صدمة إلى أخرى ، حسب طبيعة الصدمة ينشأ نتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد ، وبين المثيرات الخارجية (الصدمة) ، فنكون الاستجابة للمواقف والأحداث ، انطلاقاً من تفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي ، ، وعلى هذا فالتشوه المعرفي المرتبط بالخبرة الصدمية يؤدي إلى تشوه الإدراك لهذا الحدث ، الذي يؤدي إلى تشويه الواقع للمصدوم ، ما يؤدي به للاضطراب.

4.2. الخطوات الثانية في إعداد البرنامج التكفلي :

A. الاطلاع على أسس تطبيق البرامج التكفلية المعرفية السلوكية والعمل عليها :

الاطلاع على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي التي تطرق إليها المؤسسي ن لهذا الاتجاه العلاجي والعاملين في هذا المجال ، ولعل أهم هذه المبادئ والأسس التي لا بد على المعالج التقيد بها حتى يبلغ العلاج المعرفي السلوكي أهدافه ، تلك التي وضعها (بيك) وزملائه سنة 1976 نلخصها فيما يلي :¹

- تحضير العميل للتكفل المعرفي السلوكي وذلك بتهيئة العميل من خلال إعطائه فكرة عامة عن هذا العلاج ، وشرح العلاقة الموجودة بين الأفكار والانفعال والسلوك وتدعيمها بمجموعة من الأمثلة ، حتى تصل هذه الفكرة عند العميل ، وقد قمنا في إعداد برنامجنا على هذا النقطة من خلال الاعتماد على الاستراتيجيات النفس تربية ضمن المرحلة الأولية للبرنامج .

- وضع خطة علاجية لكل جلسة : حيث قمنا بتصميم البرنامج وفق مجموعة من المراحل في كل مرحلة مجموعة من الجلسات ، بحيث تم وضع خطة علاجية خاصة بكل جلسة تقوم على مجموعة من التقنيات المعينة ، والتي تهدف لمعالجة جانب معين من جوانب الاضطراب .

- وضع جدول أعمال خاص بكل جلسة : حيث يعتبر جدول الأعمال من النقاط الواجب على المعالج التقيد بها ، حتى يمكن التدرج في سير الحصص العلاجية وفق نظام وأهداف محددة ، وعدم الوقوع في الفوضى ، ما يسمح بنوع من الارياحية سواء بالنسبة للمعالج أو العميل ، حيث صممنا جدول عام حول بناء الحصص العلاجية كما هو موضح سابقاً ، وقمنا بوضع

1- بكيري نجية ، مرجع سابق ، ص 176

- جداول أعمال خاصة بكل حصة وهي موضحة في العنصر الخاص بسير الحصص العلاجية.
- **بناء الفرضيات واختبارها :** حاولنا تصميم فرضيات عامة متعلقة بالمجموعة ككل عموماً ، وفق للاستجابات الشائعة عند الحالات ، ومحاولة اختبارها ضمن الحصص ذات الطبيعة الجماعية ، ومجموعة من الفرضيات لكل حالة ومحاولة اختبارها ، ضمن الحصص الفردية .
- **استخلاص التغذية الراجعة من العميل :** إذ تعتبر التغذية الراجعة مهمة في العلاج المعرفي السلوكي، فهي تساعد على تثبيت العلاقة العلاجية ، من خلال تشجيع المتعالج على التعبير في أثناء الجلسة العلاجية عن ملاحظاته ومشاعره نحو العلاج والواجب المنزلي والمعالج .¹
- **حيث اعتمدنا عليها في برنامجنا العلاجي بشكل أساسي ، من خلال السؤال عن الحصة السابقة والواجب المنزلي السابق والجلسة الحالية إضافة إلى مشاعر الحالات وأفكارها .**
- **تقديم الملخصات خلال الجلسات :** حيث عمدنا خلال حصص العلاج إلى وضع ملخص خاص بكل جلسة بعد نهايتها ، ومحاولة إعادة ما تم التطرق إليه خلال الحصص بشكل مختصر مع الحالات ، بهدف تبسيط الأمور وهذا في بداية كل حصة ، بمعنى اعتمدنا على ملخص في البداية وملخص في النهاية .
- **الاعتماد على التقنيات المساعدة :** وذلك باستخدام مجموعة من الوسائل والتقنيات المساعدة التي تعزز اثر الجلسة العلاجية وتوسعه ، كمشاهدة فيديو أو أفلام أو صور أو تسجيلات صوتية ، حيث حاولنا نحن الاعتماد على الصور وبعض التسجيلات الصوتية .
- **الاستعانة بأشخاص مرجعيين :** حيث اعتمدنا خلال تطبيق البرنامج العلاجي ككل على مرافقته بالتوجيه الأبوي ، من خلال إشراك الآباء والاعتماد عليهم ، سواء في التشخيص وجمع المعلومات ، أو في العلاج واستخدام التقنيات العلاجية ، أو من خلال تحسين معاشهم الذي انعكس بالإيجاب على أطفالهم .
- **الاهتمام والتركيز على العلاقة العلاجية :** ككل العلاقات العلاجية ، تكتسي العلاقة العلاجية ضمن العلاج المعرفي السلوكي أهمية خاصة ، من خلال الدور النشط الذي يلعبه كل من المعالج والعميل ، باعتبار أن أداء العميل مرتبط بمدى أدائه الوظيفي من الناحية المعرفية

والسلوكية والاجتماعية ، ودور المعالج مرتبط بدور هذا الأخير ، ولخصوصية هذه العلاقة يوجب على المعالج أن يقوم بدور اكبر إذ ما كان دور العميل ومستوى أدائه منحصر وخامل.

B. الاطلاع على الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية المعرفية السلوكية :

بطبيعة الحال لا يمكن إقامة برنامج علاجي موجه للتكفل باضطراب ما ، دون الإلمام بالجوانب المختلفة لهذا الاضطراب ، والبرامج العلاجية السابقة ، وعلى مختلف التوجهات النظرية التي يقوم عليها البرنامج ، وبهدف إقامتنا لبرنامج تكفلي معرفي سلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة ، فقد تم التطرق لمختلف الدراسات التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة ، خصوصا عند الأطفال ، وأيضا من خلال الاطلاع الواسع على مختلف التوجهات والنماذج النظرية المفسرة للصدمة وتطورها ، خصوصا التوجهات والنماذج المعرفية السلوكية منها ،

لنقم اذج كل من : JONES ، HOROWITZ ، ROTHBAUM ، STEKETEE ، FOO ، MOWRER ، BARIOW كما تم الاطلاع على مختلف التصنيفات التشخيصية ل لأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب ، خصوصا الـ DSM V وأيضا الدراسات المختلفة التي تناولت هذا الاضطراب ، وعلى مختلف المدارس العلاجية ضمن هذا التوجه المعرفي السلوكي ، كالعلاج العقلاني والانفعالي السلوكي (أليس) ، المعرفي والمعرفي السلوكي (ارون بيك) ، الكوبينغ (حولد فرايد) ، إدارة القلق (ميشانباوم) والتخلي (كتيلا) ، وعلى مختلف الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية التي يتضمنها كل نموذج ، كما قمنا باستقراء واسع لمختلف البرامج المعرفية السلوكية، خصوصا تلك المتعلقة بـ PTSD ، ما مكننا من إقامة برنامجنا الذي حاولنا أن يكون متناسبا مع العينة والمتغيرات المدرجة في الدراسة (الأطفال، الآباء، الوقت....).

4.3. الخطوات الثالثة في اعداد البرنامج التكفلي :

A. اختيار الاستراتيجيات والتقنيات المعرفية السلوكية المناسبة لبناء البرنامج :

بعد الاطلاع على طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة ، وعلى مختلف التوجهات و النماذج النظرية المتعددة المفسرة لهذا الاضطراب ، خصوصا المعرفية السلوكية تم اختيار مجموعة من الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية ، وتتضمن كل تقنية أو إستراتيجية مجموعة من الفنيات الفرعية ، تم اختيارها وفقا لعامل سن الطفل وقدراته ، ولطبيعة هذا الاضطراب وأعراضه ، وأيضا وفقا لمدى مشاركة الآباء فيها ، و تمثلت هذه الاستراتيجيات والتقنيات في :

❖ الاستراتيجيات النفسية التربوية :

- تهدف إلى التعريف باضطرابات ما بعد الصدمة وتطور الأعراض على المستوى النفسي والمستوى المعرفي والسلوكي و الفيزيولوجي .
- إعطاء التفسيرات لهذه الأعراض وإزالة الغموض عنها .
- وضع الأعراض ضمن إطارها واعتبارها أعراضاً عادية ناجمة عن الخبرة الصدمية.
- التعريف بمختلف التقنيات والفنيات التي تدخل ضمن السيرورة العلاجية .
- توضيح وشرح التغييرات الانفعالية والسلوكية التي قد تظهر أو تزيد حدتها خلال العملية العلاجية والتنبيه إلى أنها تغييرات تدخل ضمن العملية العلاجية .
- تبيان أهمية الالتزام بقواعد العلاج وإجراءاته والمواعيد والواجبات المنزلية التي تدخل ضمن برنامج العلاج وتبيان أثر الإهمال و الإخلال بهذه القواعد على فعالية العلاج .

❖ الاستراتيجيات المعرفية :

- تتضمن إعادة البناء المعرفي عمليتين أساسيتين وهما عمليتي تعديل المخططات المعرفية اللاعقلانية ، وتعديل الأفكار التلقائية الخاطئة والسلبية حيث :
- يتعلم الفرد من خلالهم أن لمعارفنا دور الوسيط في الاستثارة الانفعالية .
- تعلم الفرد للاعقلانية بعض مخططاته المعرفية كالتشويه والتحريف .
- تعلم الفرد خطأ بعض أفكاره التلقائية .
- التعرف على دور الأفكار والمعتقدات في إثارة انفعالاته وسلوكه اللاتكفي .
- كيف يتعرف على هذه الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ومراقبتها واختيلبها .
- يتعلم كيف يغير هذه المعتقدات والأفكار اللاعقلانية ، ويستبدلها بمعتقدات ومخططات معرفية عقلانية وان يغير الأفكار الخاطئة ويستبدلها بأفكار صحيحة وأكثر عقلانية .
- ومن خلال الخطوات السابقة يتعلم الشخص كيفية الاندماج في عمل ما بوعي وعن قصد ، إذ يؤخذ الاستجابات الانفعالية غير الجيدة على أنها إشارة لوجوب إيقاف هذا العمل وإعادة تقييم الموقف تقييم أكثر واقعية ما يؤدي إلى استجابات انفعالية وسلوكية متكيفة .
- وقد اعتمدنا في عملية إعادة البناء المعرفي للأفكار التلقائية والخاطئة والمخططات المعرفية اللاعقلانية على مجموعة واسعة من الفنيات وذلك من خلال مرحلتين هما الاستكشاف (فنيات

استكشاف الأفكار والمخططات) والتصحيح (فنيات التعديل والتصحيح):

عملية الاستكشاف وتتضمن : فنية تحديد الأفكار التلقائية ، فنية المراقبة الذاتية ، فنية الحوار الذاتي ، فنية الحوار السقراطي ، فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ.

عملية التصحيح وتتضمن : فنية وقف التفكير ، فنية الينبغيات ، فنية ملا الفراغات ، فنية التفكير بالترج الرمادي ، فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية ، فنية التثبيت من النتائج ، فنية اختبار الدليل ، فنية التعليمات الذاتية ، فنية تغيير القواعد ، فنية إيجاد البدائل ، التخيل.

كما انه خلال عملية إعادة البناء المعرفي ، يتم العمل على تأجيل كل ما يدخل ضمن سياق الأفكار و المعتقدات القاعدية التي اهتزت مع الخبرة الصادمة ، التي من شأنها أن تفشل العملية العلاجية ، وتأخيرها إلى غاية التحكم في مختلف التقنيات السلوكية والمعرفية المقترحة ، ويكون ذلك خلال مرحلة متأخرة (مرحلة خفض ضغوط ما بعد الصدمة) .

ويعد الهدف الرئيسي لهذه الاستراتيجيات المعرفية ، هو جعل الطفل قادر على الحديث عن الصدمة دون حساسية مفرطة ، وغزو العواطف ، والتشجيع على التعبير عن العواطف والحديث الذاتي ، وإعادة البناء المعرفي ، وتدريب الطفل على التقنيات المعرفية التي تساعده على التحكم في أفكاره ، وتعقيل مخططاته المعرفية في مواجهته لمختلف خبرات وأحداث الحياة ، والتصرف في مختلف الوضعيات .

❖ الاستراتيجيات السلوكية :

1. التعريض :

- التعرض للذكريات الصدمية .
 - التعرض للمثيرات الداخلية والخارجية للقلق والخبرة الصادمة .
 - التعرض لأعراض الإقحام .
 - التعرض لوضعيات التجنب .
- وهذا باستخدام أنماط مختلفة من التعريض حسب خصوصيات الوضعيات من خلال :
- التعريض الطويل في الخيال للحد من التهرب الظرفي (الإقحام، الذكريات).
 - التعريض بالمعايشة للحد من أعراض التجنب للمثيرات الداخلية والخارجية.

2. التدريب على المهارات الاجتماعية وتأکید الذات :

فالتدريب على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات ، هو تخفيض السلوكات السلبية والعدوانية ،

وتطوير السلوكيات الايجابية الاجتماعية و السلوكيات التوكيدية، وذلك من خلال :

- أساليب العمل في الوضعيات المختلفة (إجراء محادثات مع الغرباء مثلا).
- أساليب لعب الدور (تقديم طلبات وتعلم الرفض (لا) .
- الرد على الانتقادات والمجاملات .
- تطبيق المشاعر من خلال التعبير عن العواطف السلبية (نقد) والايجابية (الإطراء) .
- تدريبات لعب الدور (القيام بمناقشات وحوارات جادة) .
- أساليب التعبير الحر .
- تأكيد الأنا من خلال أنا ، لي ، عندي ، ملكي ، قلت ، لا أريد ، لا يعجبني .

3. التدريب على إبطال الحساسية بحركة العين EMDR

تستخدم EMDR حركات العينين لمساعدة الشخص في استعمال العلاج الطبيعي وآليات الاسترخاء المتوفرة بالدماع ، فيطلب من الطفل التفكير في صورة أو عاطفة أو فكرة تتعلق بالصدمة ، وفي الوقت ذاته يراقب أصبع المعالج التي تتحرك جيئة وذهاباً أمام عينيه. فحركات العين تثير وتنشط عملية معالجة المعلومات التي تحدث بصورة طبيعية أثناء النوم ، وتشغل آليات الذاكرة المسؤولة عن الطريقة التي نعالج بها الصدمة .

4. تقنيات إدارة القلق :

استخدام تقنيتي التنفس البطني وتنظيم الإيقاع التنفسي ، وفنية الاسترخاء العضلي ، باعتبارهم الأكثر فعالية للحد من أعراض فرط الاستثارة والتيقظ ومشاعر الضيق النفسي والانفعالات السلبية عند الطفل ، كما أن لهذه التقنيات دور في زيادة مشاعر الضبط (المراقبة) الشخصية ، والمساعدة على تحمل القلق الذي سيكون خلال التدريبات اللاحقة .

5. التنشيط السلوكي :

هدفه زيادة النشاطات التي لها اثر ايجابي على الحالة العاطفية للفرد ، وتقليص النشاطات التي لها اثر سلبي على المزاج ، كما يعتبر التنشيط السلوكي وسيلة لزيادة الطاقة والإحياء ، وزيادة التحفيز، والعمل على تحسين قدرة التفكير وتخفيض التعب ، من خلال زيادة النشاطات البناءة والتقليل من النشاطات والسلوكيات الهدامة كالانعزال والاستغراق في التفكير.

الواجبات المنزلية :

تلعب الواجبات المنزلية دور مهم في كل العلاجات النفسية ، ولها دور خاص ومهم في فعالية العلاجات المعرفية السلوكية ، حيث تعتبر الفنية الوحيدة التي يتم بها بداية الجلسة واختتامها بها ، فهي تساعد على التدريب المعرفي السلوكي ، وتقوي العلاقة العلاجية والتعاون والألفة القائمة بين المعالج و المتعالج ، فهي بمثابة العقد الذي يحافظ على هذه العلاقة ، كما أنها تساهم في عملية الإدراك والوعي ، وتعتبر جزء متمم لنتائج العلاج ، باعتبارها تمنح الفرصة للعميل باختبار نفسه خارج حجرة العلاج .

B. بناء مراحل تطبيق البرنامج :

تم بناء المراحل وفقا لمرتكزات الدراسة ووفقا لطبيعة الاضطراب (PTSD TYPE 1) ، ووفقا لطبيعة التوجه العلاجي (معرفي- سلوكي) ، حيث تم تطبيق البرنامج في 05 مراحل هي :

المرحلة التمهيديّة :

يتم خلالها التعارف وتبادل المعلومات الشخصية بين الحالات والمعالج والحالات مع بعضها البعض ، حيث تمثل هذه المرحلة عملية اندماج بين مجموعة الأطفال ، ومجموعة الآباء ، وكذلك عملية اندماج بين الآباء والأطفال ، والتعارف وتكوين الألفة وبسط الأمن (خلق محيط امن) ، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه .

مرحلة الإعداد للعلاج (مرحلة التدخل الأولي) :

تمثل التدخل الأول للأطفال الذين تعرضوا لصدمات ، تهدف إلى إيضاح تطورات ردود الفعل الصدمية على المستوى النفسي ، المعرفي ، السلوكي والفيزيولوجي وإزالة الغموض عن هذه الأعراض وإدراجها ضمن وضعها العادي ، ما يسمح للآباء والأطفال بفهم أفضل ، ويتم كذلك تقديم الإستراتيجيات المتبعة في العملية العلاجية وتوضيحها ، والتي بدورها تزيد من مدى الالتزام بالعلاج والمحافظة على الممارسات الصحية بانتظام ، وتقوي شعور التحكم في الأعراض ، وكذلك إلى التدخلات الأولية في حالات الانتكاس ، كما يتم خلال هذه المرحلة الإشارة للتغيرات التي قد تحدث ، كزيادة مشاعر الضيق والقلق نتيجة التعريض.

مرحلة التدريب على المهارات :

يتم خلال هذه المرحلة تدريب الحالات على مختلف المهارات المعرفية والسلوكية واستخدام مختلف التقنيات والأساليب العلاجية التي تدخل ضمن إستراتيجيات العلاج والتحكم فيها .

مرحلة خفض ضغوط ما بعد الصدمة :

تتم في هذه المرحلة خفض وتقليل مختلف أعراض ما بعد الصدمة ، من خلال المهارات المتعلمة في المرحلة السابقة ، مع التدريب على أخرى جديدة تقتضيها هذه المرحلة .

مرحلة الإعداد لإنهاء العلاج :

يتم في هذه المرحلة إعداد الأفراد لإنهاء العملية العلاجية ، والتأكد من مدى تحكم أعضاء هذه المجموعة في مختلف التقنيات المقدمة ، ومدى استيعابهم للعملية العلاجية ، وإيداء آرائهم فيها وتقييم مدى فعالية البرنامج العلاجي ، وتذكير الأفراد بعملية متابعة البرنامج التي ستكون بعد 15 يوم وبعد شهر ، شكر الجميع على المجهود والالتزام ، وتوديع الكل وإنهاء العلاج .

C. بناء مخطط لتتبع الأثر العلاجي للبرنامج :

تم وضع مخطط لتتبع الأثر العلاجي للبرنامج المطبق ، وفق للنموذج التجريبي ل مجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي بهدف متابعة الانتكاس ، والتعرف على مدى استمرارية اثر البرنامج بعد فترات التطبيق (15 يوم ، شهر ، شهرين) وذلك من خلال القياس التتبعي .

5. عرض البرنامج التكفلي :

المرحلة التمهيديّة (الاندماج الجماعي) : تكون خلال الأسبوع الأول وتتضمن جلستين

جماعيتين : الجلسة الأولى تكون فيما بين الأطفال مع الوالدين والجلسة الثانية تكون فيما بين الأطفال فقط حيث تعتبر هذه المرحلة متداخلة مع المرحلة التمهيديّة للتوجيه الأبوي خلال الجلسة الأولى وتهدف إلى تقديم الأطفال لأنفسهم وكذلك الوالدين والتعارف بينهم وتشجيعهم على طرح مشاكلهم والرد على استفساراتهم وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه والتركيز على أهمية المشاركة والتعاون سواء بالنسبة للوالدين مع أطفالهم أو بين الأطفال أو الوالدين فيما بينهم يعتمد خلال هذه المرحلة على المقابلة المفتوحة .

مرحلة الإعداد للعلاج : خلال الأسبوع الثاني وتتضمن جلستين جماعيتين :

❖ الجلسة الأولى : تهدف إلى إيضاح تطورات ردود الفعل الصدمية للطفل على المستوى النفسي ، المعرفي ، السلوكي والفيزيولوجي بكيفية مبسطة تتناسب و سن الأطفال وكذلك إزالة الغموض عن هذه الأعراض وإدراجها ضمن وضعها العادي وذلك من خلال

الاستراتيجيات النفس تربوية أو ما تسمى بالتثقيف النفسي ما يسمح للأطفال بفهم أفضل لهذه المظاهر والأعراض التخفيف من حدة هذه الأعراض .

❖ الجلسة الثانية : تهدف ل تقديم التقنيات والفنيات المتبعة في البرنامج وتوضيحها والتطرق لأهميتها في تخفيف الأعراض ما يزيد من مدى التزام الأطفال ومحاظف تهم على الممارسات والواجبات المنزلية بانتظام ويجوي شعورهم ، كما يتم توضيح اثر الأفكار في تحديد السلوك المضطرب وتبسيط الأمر بإعطاء أمثلة واقعية و إعلام الأطفال بالتغيرات التي قد تحدث كزيادة مشاعر الضيق والقلق نتيجة أساليب التعريض والتقنيات الأخرى .

مرحلة التدريب على المهارات : تكون خلال كل من الأسبوع الثالث والرابع والخامس وتتضمن خمس جلسات جماعية بمعدل جلستين في الأسبوع وتهدف هذه المرحلة إلى تدريب الأطفال على مختلف المهارات والتقنيات العلاجية المعرفية والسلوكية التي تدخل ضمن إستراتيجيات العلاج والتحكم فيها .

❖ يتم خلال الجلسة الأولى تدريب الأطفال على :

- فنية المراقبة الذاتية وفنية تحديد الأفكار التلقائية التي تدخل ضمن عملية الاستكشاف .
- تقنيات تسيير أو إدارة القلق وهما تقنية التنفس البطني وتقنية الاسترخاء العضلي

❖ يتم خلال الجلسة الثانية تدريب الأطفال على :

- فنية الحوار الذاتي ، فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ وفنية الحوار السقراطي التي تدخل ضمن عملية الاستكشاف.
- المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات من خلال : فنية العمل في الوضعيات المختلفة (محادثات مع الغرباء مثلا) وتدريبات لعب الدور (مناقشات وحوارات مصطنعة) .

❖ يتم خلال الجلسة الثالثة تدريب الأطفال على

- فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية ، فنية الينبغيات ، فنية اختبار الدليل وفنية التثبيت من النتائج التي تدخل ضمن إعادة البناء .
- المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات من خلال : تطبيق المشاعر ب التعبير عن العواطف السلبية (نقد) والايجابية (الإطراء) والرد على الانتقادات والمجاملات.

❖ يتم خلال الجلسة الرابعة تدريب الأطفال على:

- فنيات التفكير بالتدرج الرمادي، تغيير القواعد، إيجاد البدائل التي تدخل في إعادة البناء.

- التدريب على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات من خلال : فنية لعب الدور (تقديم طلبات وتعلم الرفض (لا) وتأكيد الأنا من خلال أنا ، لي ، عندي ، ملكي ، قلت ، لا أريد ، لا يعجبني .

❖ يتم خلال الجلسة الرابعة تدريب الأطفال على:

- فنية التعليمات الذاتية ، فنية ملا الفراغات ، فنية وقف التفكير ، فنية التخيل التي تدخل ضمن إعادة البناء.
- التدريب على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات من خلال :
- تدريبات لعب الدور (القيام بمناقشات وحوارات جادة) وأساليب التعبير الحر.

مرحلة خفض أعراض PTSD : تكون خلال الأسبوع الخامس والسادس والسابع والثامن ،

وتتضمن أربع جلسات الجلسة الأولى منها جلسة جماعية ، و ثلاث جلسات فردية بمعدل

جلسة كل أسبوع ، وتتداخل هذه المرحلة في جلستها الثانية ، الثالثة ، الرابعة مع الجلسة

الثانية ، الثالثة ، الرابعة من مرحلة مواجهة ضغوط الصدمة للتوجيه الأبوي حيث :

❖ يتم خلال الجلسة الأولى :

- تطبيق تقنية التعريض المتدرج في المخيلة للذكريات الاقترامية والمثيرات الداخلية والخارجية مع الأطفال ، مع تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي .
- التدريب النظري على تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR دون تطبيق.
- التركيز على فنية الحوار الذاتي وفنية تنطبق المشاعر ب التعبير عن العواطف السلبية والايجابية خلال التعريض .

❖ يتم خلال الجلسة الثانية :

- تطبيق تقنية التعريض الكامل في المخيلة (الغمر) للذكريات الاقترامية والمثيرات الداخلية والخارجية مع الأطفال ، مع تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي .
- تدريب الأطفال على تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR للذكريات الصدمية المؤلمة والأحلام المتعلقة بها .
- فنيات المراقبة الذاتية ، تحديد الأفكار التلقائية والإقلال من إضفاء الصفة الكارثية .

❖ يتم خلال الجلسة الثالثة :

- تطبيق تقنية التعريض المتدرج بالمعايشة للمثيرات الداخلية والخارجية مع تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي .

- تطبيق تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR للذكريات الصدمية المؤلمة ، والأحلام المتعلقة بها وكذلك للمثيرات الداخلية والخارجية .
 - التركيز على فنية اختبار الدليل، فنية التثبيت من النتائج وتدريبات لعب الدور.
 - ❖ يتم خلال الجلسة الرابعة :
 - تطبيق تقنية التعريض الكامل (العمر) بالمعايشة للمثيرات الداخلية والخارجية مع تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي .
 - تطبيق تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR للذكريات الصدمية المؤلمة والأحلام المتعلقة بها ، وكذلك للمثيرات الداخلية والخارجية .
 - التركيز على فنية تغيير القواعد وفنية إيجاد البدائل وفنية لعب الدور .
- المرحلة الأعداد لإنهاء العلاج : تكون خلال الأسبوع التاسع ، وتتضمن ثلاث جلسات ،
- جلستين جماعيتين تتخللهم جلسة فردية ، وتتداخل هذه المرحلة في جلساتها الثالثة والأخيرة مع الجلسة الثالثة والأخيرة من مرحلة مواجهة ضغوط الصدمة للتوجيه الأبوي حيث :
- ❖ الجلسة الأولى : جلسة مفتوحة تركز على أساليب التعبير الحر عند الأطفال للتعبير عن مدى استيعابهم للعملية العلاجية وإبداء آرائهم فيها ، مع إعادة مراجعة مختلف التقنيات والفنيات باختصار ، ومحاولة الإشارة لنهاية الجلسات ، وإعداد الأفراد لإنهاء العلاج.
 - ❖ يتم خلال الجلسة الثانية : عملية إعادة تقييم الأطفال من خلال تطبيق أدوات التقييم المطبقة خلال عملية التقييم القبلي والمعتمدة في الدراسة .
 - ❖ يتم خلال الجلسة الثالثة : التأكد من مدى تحكم أعضاء المجموعة في مختلف التقنيات المقدمة ، والتركيز على أهمية المواصلة في ممارستها والاستفادة منها في الحياة اليومية ، وتقييم مدى فعالية البرنامج ، وتذكير الأفراد بعملية متابعة البرنامج التي ستكون بعد 15 يوم ، وبعد شهر وشهرين من خلال تحديد تلك المواعيد ، وضبطها بتواريخها وتوقيتها ، و شكر الجميع على المجهود والالتزام وتوديع الكل . (الجلسات موضحة في الجدول 01).
- تتبع الأثر العلاجي للبرنامج : اعتمدنا في تتبع الأثر العلاجي للبرنامج المقترح على فاصل 15 يوم ، شهر وشهرين بعد تطبيق البرنامج بالاعتماد على نفس أدوات التقييم المطبقة في عملية التقييم القبلي والبعدي.

ثانيا : بروتوكول التوجيه الأبوي ومشاركة الآباء في العلاج :

يعتبر التوجيه الأبوي كيفية أساسية بالنسبة للمختصين المهنيين في مجال علم النفس المرضي للطفل ، إذ يعتبر من الصعب جدا مساعدة الطفل على تخطي أزماته والتحكم في سلوكياته وتطوير مشاعره من خلال التدخلات العلاجية فقط ، ما لم يتم التركيز على محيط الطفل ، ورفع الحواجز الخاصة بالآباء ، من خلال عملية التوجيه الأبوي بالتزامن.

وقد أكد على ضرورة العمل مع آباء الأطفال خلال عمليات التدخل العلاجي عدد كبير من المختصين في علم النفس والأطباء العقليين ، والباحثين العاملين في مجال الطفولة لكريمير Cramer ، لوبوفيسي Lebovici ودياتكين Diatkine¹ .

ونضرا لأهمية العملية الإرشادية للآباء في توفير البيئة المناسبة ، والمساعدة في عملية التدخل وتفكيك حالات التشقق داخل المحيط ، وفي تحفيز الآباء على تنمية دورهم في خدمة الطفل ، ولزيادة فعالية العلاج الموجه للأطفال ، اهتم العديد من الباحثين ب تطوير برامج وكيفيات متعددة للتكفل النفسي بالآباء ، وهذا وفقا للتوجهات النظرية المختلفة .

ويوجد العديد من البرامج الفعالة في تعليم الآباء وتدريبهم وتنقيتهم .. . لبرنامج التدريب المنظم للوالديّ الفعالة Systematic Training for Effective Parenting (STEP) ، وبرنامج تعديل السلوك للآباء ، وبرنامج تحليل التفاعل analysis Transactional ، وبرنامج ستار لتدريب الوالدين (Stop, Think, Ask, Respond) ، وبرنامج غينوت Guinott² .

وخلال هذا الفصل المتعلق بتصميم برنامج تكفلي لاضطراب ما بعد الصدمة وتصميم بروتوكول خاص بالإرشاد والتوجيه الأبوي ، حاولنا تصميم هذا البروتوكول بت رئي ز اهتمامنا على طريقة مهمة في مساعدة الوالدين والتوجيه الأبوي ، تتناسب وطريقة التدخل العلاجي المطبقة مع الأطفال ، وهذا بهدف الوصول إلى تقديم خدمات نفسية للآباء تقديمًا مناسبًا يتواءم ويتناسب مع الخدمات النفسية المقدمة للأطفال .

1 -Fericelli-Broun , Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence , éditions scientifiques et médicales Elsevier sas , 2002 , p576

2- نايفة الشوبكي ، فاعلية برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم ، جامعة البلقاء التطبيقية-كلية الأميرة عالية الجامعية-الأردن 112

6. تقديم بروتوكول التوجيه الأبوي :

يرتكز بروتوكول التوجيه الأبوي المصمم ، على مساعدة الآباء على فهم الاضطراب وإيضاح الغموض عن الأعراض والمظاهر التي يقدمها أبناءهم ، ووضعها ضمن إطارها العادي ، ومحاولة تحسين معاشهم النفسي ، من خلال التفريغ الانفعالي بالسماح للآباء بالتعبير عن مشاعرهم الخاصة حول الصدمة عند طفلهم (تطبيق المشاعر ، التعبير الحر) ، وتخفيف القلق الوالدي ، من خلال اعتماد الجلسات الجماعية (السيكودينامية التفاعلية بين الآباء) ، وكذلك مساعدة الآباء على فهم مختلف الاستراتيجيات المطبقة خلال البرنامج العلاجي ودورهم في إنجاحها ، من خلال تطوير الممارسات الوالدية المناسبة لمراقبة الطفل في إدارة ردود أفعاله الصدمية ، بالتقنيات التي يكتسبها خلال حصص العلاج ، كما يتم التركيز على الآباء ، باعتبارهم معالج مساعد يضمن استمرارية العمل وموصلته ، وتسهيل تنفيذ الاستراتيجيات المتعلمة خارج غرفة العلاج ، واستخدامها في مواقف الحياة اليومية.

7. أهداف البروتوكول :

7.1. الأهداف الأساسية :

- إزالة الغموض عن الأعراض والمظاهر التي يقدمها الأطفال ووضعها في إطارها العادي.
- مساعدة الآباء على فهم وتحديد الاضطراب وأعراضه ضمن البعد المعرفي والسلوكي.
- مساعدة الآباء على فهم استراتيجيات البرنامج العلاجي المطبقة ودورهم في إنجاحها .
- التفريغ الانفعالي من خلال تطبيق المشاعر وأساليب التعبير الحر ، وذلك باسماح للآباء بالتعبير عن مشاعرهم الخاصة حول الصدمة عند الطفل .
- تحسين المعاش النفسي للآباء وتخفيف مشاعر الضيق و القلق الوالدي من خلال السيكودينامية التفاعلية بين الآباء ، ومن خلال التدريب السلوكي وإعادة البناء المعرفي .
- تطوير الممارسات الوالدية المناسبة لمراقبة الطفل في إدارة ردود أفعاله الصدمية بالتقنيات التي يكتسبها خلال حصص العلاج .
- الاستفادة من دور الآباء وإشراكهم في سيرورة العلاج باعتبارهم كعلاجين مساعدين على تنفيذ الاستراتيجيات المتعلمة ، ويضمنونها استمرارية العمل في البيت وفي مواقف الحياة .
- إبراز أهمية تعزيز وتقوية الطفل للعمل على الاستراتيجيات العلمية المطبقة ، وأهمية

- مساعدة أطفالهم على التكيف مع الاضطراب ، ومساهماتهم في نجاح العملية العلاجية .
- تعديل السلوكيات والمشاعر والمعرفيات المختلفة في الوظيفة الأبوية.
- خفض مختلف أعراض القلق والاكتئاب عند الآباء المرتبطة بالوضعية التي يعيشها الطفل.
- تغيير النظرة المشوهة عند الآباء عن حالة الطفل ، والمستقبل وتعزيز الارتباط بالواقع .

7.2. الأهداف الفرعية :

- إبراز أهمية إعادة البناء المعرفي عند الآباء من خلال توضيح الصلة الموجودة بين التفكير والانفعال والسلوك وتدريب الآباء على مختلف الفنيات المعرفية كفنية المراقبة الذاتية لأفكارهم المشوهة وتخيلاتهم السلبية ، وإخراجها لحيز التفكير والتعبير عنها خلال الجلسات.
- تحديد الأفكار والمخططات المعرفية المشوهة في السيرورة الفكرية للآباء في تعاملهم مع أطفالهم ، وتحديد السلوكيات والانفعالات الناجمة عن هذا التشويه في طريقة التعامل والتربية ، ودحض هذه المعرفيات ، ما يؤدي لتغيرات في المشاعر والسلوكيات نحو أطفالهم.
- تعليم وتدريب الآباء كفايات وسلوكيات وطرق جديدة يتبنوها في حياتهم اليومية.
- العمل على إعادة البناء المعرفي بإحلال أفكار ومعتقدات أكثر عقلانية محل الأفكار والمعتقدات المشوهة في حياة الآباء بصفة عامة ، غير تلك المتعلقة بالطفل والصدمة .
- تدريبهم على تقنيات الاسترخاء والتنفس البطني بهدف مواجهة وضعيات الضيق والقلق.

8. الخدمات التي يقدمها البرتوكول :

8.1. الخدمات الإرشادية : مساعدة الآباء وإرشادهم على كفايات التعامل الصحيحة

- وتثقيفهم وتدريبهم على بعض الفنيات بهدف تحسين المعاش النفسي وخفض الأعراض والتحكم فيها ، ومساعدتهم على التكيف والتوجه نحو الحياة دون معوقات . ومحاولة توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة و الاضطرابات الناجمة عنها و تبيان مدى أهمية دور الآباء والأسرة في تخفيف وطأة هذه الاضطرابات عند الأطفال المصدومين.

8.2. الخدمات الوقائية : يقدم هذا البرتوكول خدمات وقائية هامة للآباء ، من خلال

- إكساب هذه الحالات لأساليب وطرق معرفية وسلوكية هامة ، تمكنه م من مواجهة مخاطر التعرض لأحداث ومواقف أخرى ، ومعايشة مشاعر واضطرابات في المستقبل والتغلب عليها ، مثل ممارسة الاسترخاء والتدريب على التخيل والتعريض والحوار الذاتي .

8.3. خدمات المتابعة: بعد الانتهاء من تطبيق البروتوكول تتطلب من الإجراءات

العلمية المتبعة القيام بدراسة تتبعية لمدى نجاح البروتوكول وفعاليتها عند الآباء لمدة 3 أشهر.

9. خطوات إعداد البروتوكول :

9.1. الخطوة الأولى في إعداد بروتوكول التوجيه الأبوي :

A. تحديد الأساس النظري للبروتوكول :

تم تصميم بروتوكول التوجيه الأبوي بعد الاطلاع الواسع والمستفيض على مختلف التوجهات النظرية للتوجيه الأبوي (الاتصالية ، النسقية ، التحليلية ، المعرفية السلوكية) ، وكذا المدارس والتوجهات المختلفة للإرشاد المعرفي السلوكي ، كون أن هذا البروتوكول صمم على أساس نظري معرفي سلوكي بصورة اخص .

وقد أشار آزر وسيجل 1990 إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يساعد على التخفيض من حدة سلوكيات الآباء تجاه أبنائهم ، لذلك يرى (Kazdin, Segal & Bass, 1992) أن التركيز على التدريبات المعرفية في برامج التدريب ، ودمجها مع التدريب على حل المشكلات يساعد الوالدين على اكتساب تلك المهارات ، ويعزز ثقتهم ويعطي نتائج مؤثرة على الآباء والأبناء.¹ وتم خلال عملية البحث الاعتماد على مجموعة كبيرة من المصادر و المراجع العربية والأجنبية ، والبحوث العلمية والدراسات النفسية ، المرتبطة بالتوجيه الأبوي بصفة عامة والاطلاع على مجموعة واسعة من البرامج الإرشادية والتعليمية والتدريبية للآباء خاصة .

9.2. الخطوة الثانية في إعداد بروتوكول التوجيه الأبوي :

A. الاطلاع على أساسيات التوجيه الأبوي :

قصد تصميم بروتوكول للتوجيه الأبوي يتماشى والأسس العلمية لإعداد البرامج الإرشادية للآباء ، فقد تم الاطلاع على مختلف أساسيات الإرشاد الأبوي وأهم المبادئ والأسس التي لابد على المعالج التقيد بها أثناء عملية الإرشاد الأبوي ، حتى يبلغ التوجيه الأبوي أهدافه ، وهذا ضمن مختلف التوجهات النظرية وخصوصا التوجه المعرفي السلوكي ، التي تطرق إليها المؤسسين لهذا الاتجاه العلاجي والعاملين فيه .

1- نايفة الشوبكي ، فاعلية برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم ، جامعة البلقاء التطبيقية-كلية الأميرة عالية الجامعية-الأردن، ص 111.

B. الاطلاع على أساليب التوجيه الأبوي :

وبطبيعة الحال فمن المستحيل تصميم بروتوكول خاص بجلسات التوجيه والإرشاد الأبوي للآباء الأطفال الذين تعرضوا للصدمات ، دون الإلمام بالجوانب المختلفة للصدمة والاضطرابات التي تخلفها عند الطفل ، وتأثير ذلك على الآباء ، وكذا الاطلاع على مختلف البرامج العلاجية المخصصة للإرشاد الأسري ، خصوصا تلك الموجهة للآباء ، وعلى مختلف التوجهات النظرية التي يقوم عليها هذه البرنامج.

فقد ارتكزنا في تصميمنا لبروتوكول جلسات التوجيه والإرشاد الأبوي عموما على التوجه المعرفي السلوكي ، نضرا إلى طبيعة الدراسة ، وكذا بهدف تحقيق نوع من التناغم والتناسق مع البرنامج العلاجي المطبق مع الأطفال ، اعتبارا للدور النشط للآباء في العملية العلاجية معهم ، وعلى هذا الأساس فقد تم التطرق لمختلف الدراسات التي تناولت الصدمة ، خصوصا عند الأطفال ، وأيضا من خلال الاطلاع الواسع على مختلف التوجهات والنماذج النظرية المفسرة للصدمة وتطورها ، خصوصا التوجهات والنماذج المعرفية السلوكية ، كما تم الاطلاع على مختلف التصنيفات التشخيصية ل أعراض المصاحبة لهذا الاضطراب ، خصوصا الـ DSM V ، وأيضا الدراسات المختلفة التي تناولت هذا الاضطراب ، وعلى مختلف المدارس العلاجية ضمن هذا التوجه المعرفي السلوكي ، وعلى مختلف الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية التي يتضمنها كل نموذج ، كما قمنا باطلاع واسع لمختلف البرامج المعرفية السلوكية الموجهة للآباء ، وكذا تلك المتعلقة بـ PTSD ، ما مكننا من تصميم هذا البروتوكول التوجيهي الإرشادي الموجه للآباء ، الذي حاولنا أن يكون متناسبا مع العينة من الآباء وكذا الأطفال والمتغيرات الأخرى في الدراسة.

9.3. الخطوة الثالثة في اعداد بروتوكول التوجيه الأبوي :

C. تحديد الأساليب والتقنيات المعتمدة في البروتوكول :

بعد الاطلاع على مختلف التوجهات و النماذج النظرية المتعددة في بناء البرامج الإرشادية للآباء (التحليلية التفاعلية ، النسقية ، الاتصالية ، الجشطالتيية ، المعرفية السلوكية) ، وطبيعة اضطراب ما بعد الصدمة ، والتوجهات النظرية المفسرة لهذا الاضطراب ، خصوصا المعرفية السلوكية ، والآثار التي تخلفها عند الآباء ، وبعد ضبط البرنامج التكفلي الموجه نحو

الأطفال ، تم اختيار مجموعة من الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية ، وتتضمن كل تقنية أو إستراتيجية مجموعة من الفنيات الفرعية ، تم اختيارها وفقا لتناسقها وتناغمها مع تقنيات وفنيات البرنامج العلاجي ، ووفقا لتحقيق فعالية ومشاركة نشطة عند الآباء تسهم في العملية العلاجية ، حيث تمثلت هذه الاستراتيجيات والتقنيات في :

❖ الاستراتيجيات النفسية التربوية (التثقيف النفسي) :

-تقديم الإطار العام للبرنامج العلاجي والإرشادي وأهدافه وتوضيح إجراءاته .

-التأكيد على ضرورة الالتزام بقواعد العلاج وإجراءاته ، والمواعيد والواجبات المنزلية ، وعلى أهمية المشاركة والتعاون ، سواء للوالدين مع أطفالهم أو بين الأطفال أو الوالدين فيما بينهم ، وأثر الإهمال و الإخلال بهذه القواعد على فعالية العلاج .

-التعريف باضطراب PTSD ، وإيضاح تطورات ردود الفعل الصدمية عند الطفل على المستوى النفسي ، المعرفي ، السلوكي والفيزيولوجي بكيفية مبسطة تتناسب و فهم الآباء .

-إعطاء التفسيرات لهذا الاضطراب وإزالة الغموض عن أعراضه وإدراجها ضمن وضعها العادي ، ما يسمح للآباء بفهم أفضل لهذه المظاهر والأعراض ، والتخفيف من حدتها ووطنتها ومستوى التهويل عند الآباء .

-تقديم مختلف التقنيات والفنيات التي تدخل ضمن السيرورة العلاجية والإرشادية ، وتوضيحها والتطرق لأهميتها في تخفيف الأعراض ، ما يزيد من مدى التزام الآباء ومن مدى متابعتهم لأبنائهم ومحافظتهم على الممارسات والواجبات المنزلية بانتظام ، ومشاركة أبنائهم في إنجازها ، وتثوي شعورهم واشتراكهم في العملية العلاجية .

-الإشارة لمدى أهمية التحكم في تقنيتي " التنفس البطني " و " الاسترخاء العضلي " من طرف الآباء ، إيضاح دورها في نجاح تقنيتي (التعريض ، EMDR) عند الطفل ، ودور هذه التقنيات مجتمعة في خفض أعراض الإحياء الصدمي وأعراض التجنب و فرط التيقظ والاستثارة وفي خفض القلق النفسي والأعراض الفسيولوجية عند الطفل وكذلك عند الآباء .

-الإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال أثناء الجلسات والواجبات المنزلية المطلوبة منهم وكيفية متابعتهم لها وإنجاحها وتحديد الأدوار المنوطة بهم في هذه الواجبات .

-إعلام الآباء بالتغيرات التي قد تحدث كزيادة مشاعر الضيق والقلق عند أطفالهم نتيجة أساليب التعريض والتقنيات الأخرى والتنبيه إلى أنها تغيرات تدخل ضمن العملية العلاجية .

❖ الاستراتيجيات المعرفية :

وترتكز هذه الاستراتيجيات على إعادة البناء المعرفي من خلال عمليتين أساسيتين عمليتي تعديل المخططات المعرفية اللاعقلانية وتعديل الأفكار التلقائية الخاطئة والسلبية حيث يتم :
- توضيح اثر الأفكار في تحديد السلوك المضطرب ، والعمل على تقديم أمثلة واقعية للآباء، يتعلمون من خلالهم أن لمعارفنا دور الوسيط في الاستثارة الانفعالية .

- يتعلم الآباء خطأ بعض أفكارهم ولاعقلانية بعض مخططاتهم المعرفية (المعتقدات).
- تعرف الآباء على دور هذه الأفكار والمعتقدات في إثارة انفعالاتهم وسلوكياتهم المختلفة.
- تعلم الآباء لبعض الفنيات المعرفية التي تمكنهم من التعرف على هذه الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وان يراقبها و يختبرها(الاستكشاف) .

- تعلم الآباء لبعض الفنيات المعرفية التي تمكنهم من نضج هذه المعتقدات والأفكار اللاعقلانية واستبدالها بمعتقدات ومخططات معرفية عقلانية ، ونضج الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار صحيحة وأكثر عقلانية (التصحيح أو إعادة البناء) .

وتتم عملية إعادة البناء المعرفي للأفكار التلقائية والخاطئة والمخططات المعرفية اللاعقلانية من خلال مرحلتين أساسيتين هما الاستكشاف والتصحيح وذلك باستخدام مجموعة واسعة من الفنيات ضمن هذا البروتوكول التوجيهي حيث تتمثل هذه الفنيات في :

فنيات الاستكشاف : المراقبة الذاتي ة ، تحديد الأفكار التلقائية ، الحوار الذاتي ، الحوار السقراطي ، فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ.

حيث يتم العمل على إبراز دور هذه الفنيات في عملية الاستكشاف المعرفي عند الآباء ، والعمل على ممارستها والتحكم فيها.

فنيات التصحيح : فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية ، فنية الينبغيات ، فنية التثبيت من النتائج ، فنية اختبار الدليل ، فنية التفكير بالترج الرمادي ، فنية تغيير القواعد ، فنية إيجاد البدائل ، فنية التعليمات الذاتية ، فنية ملا الفراغات ، فنية وقف التفكير ، فنية التخيل .

حيث يتم العمل على إبراز دور هذه الفنيات في عملية التصحيح أو إعادة البناء المعرفي عند الآباء ، والعمل على ممارستها والتحكم فيها .

ويعد الهدف الرئيسي لهذه الاستراتيجيات المعرفية هو جعل الآباء قادرين على التعبير عن أفكارهم الجديدة ، والحديث عن أحاسيسهم ومشاعرهم وسلوكياتهم وطريقة تفكيرهم ، والتماس التغييرات التي حدثت فيها بعد عملية التدخل ، والعمل على تقبل الطفل واضطرابه دون حساسية مفرطة وغزو العواطف ، وخفض مستوى التهويل الوالدي ، وهذا كله نتيجة الأفكار الخاطئة التي كانوا يحملونها ، والتشجيع على التعبير عن العواطف والحديث الذاتي ، والتحكم في أفكارهم وعقلنة مخططاتهم المعرفية في مواجهتهم لمختلف خبرات وأحداث الحياة.

❖ الاستراتيجيات السلوكية :

• التدريب على المهارات الاجتماعية :

وذلك من خلال خفض السلوكات السلبية وزيادة السلوكات الإيجابية ، خصوصا تلك السلوكات المرتبطة بتربية الطفل وبالعلاقاتهم معه ، والعمل على تعديل بعض الأساليب وتعليم أخرى جديدة في كيفية التعامل مع الطفل ومع ذاتهم في الوضعيات الحياتية الأخرى ، التي تسمح بتكيف أفضل للطفل وللآباء، وذلك من خلال مجموعة من الأساليب المتمثلة في :

- أساليب العمل في الوضعيات المختلفة.
- أساليب لعب الدور.
- تنطيق المشاعر من خلال التعبير عن العواطف السلبية (نقد) والإيجابية (الإطراء) .
- تدريبات لعب الدور (القيام بمناقشات وحوارات جادة) .
- أساليب التعبير الحر .
- النصح والتوجيه .

• تقنيات إدارة القلق :

من خلال تدريب الآباء على استخدام تقنيتي التنفس البطني وتنظيم الإيقاع التنفسي ، وفنية الاسترخاء العضلي والتحكم فيها ، باعتبارهم الأكثر فعالية في خفض القلق النفسي والأعراض الفسيولوجية عند الوالدين ، والاستئارة ومشاعر الضيق النفسي والانفعالات السلبية ، كما أن لهذه التقنيات دور في زيادة مشاعر الضبط (المراقبة) ، كما أن اطلاع الآباء على هذين التقنيتين، وتحكمهم فيها يساهم في تحكم الأبناء فيها ويجعلهم يشاركون تدريبات الأطفال.

• التنشيط السلوكي :

هدفه زيادة النشاطات التي لها اثر ايجابي على الحالة العاطفية للآباء وتقليل التي لها اثر سلبي على مزاجهم ، كما يعتبر التنشيط السلوكي وسيلة لزيادة الطاقة والإحياء وزيادة التحفيز ، والعمل على تحسين القدرة على التفكير وخفض التعب ، من خلال زيادة النشاطات البناءة والتقليل من النشاطات والسلوكيات الهدامة ، بالتعرف على الوضعيات والسلوكيات التي تنغص الآباء وتسبب لهم الضيق ، والسلوكيات التي تسعد الآباء وتعمل على تحفيزهم.

❖ الواجبات المنزلية :

حيث تعتبر الفنية التي يتم بها بداية الجلسة واختتامها بها ، فهي تساعد على التدريب المعرفي السلوكي وعلى تقنياته وفنياته ، وتقوي العلاقة العلاجية والتعاون القائم بين المعالج والعميل ، كما أنها تعتبر جزء متمم لنتائج العلاج ، وتساهم في استمرارية العلاج والإرشاد، باعتبارها تمنح فرصة للعميل لاختبار نفسه خارج حجرة العلاج .

D. بناء مراحل تطبيق البروتوكول :

يرتكز بروتوكول التوجيه الأبوي على خمس (05) مراحل أساسية ، تتماشى ومراحل البرنامج العلاجي المطبق على الأطفال ، حيث تطبق حصص التوجيه الوالدي بالموازاة مع حصص العلاج النفسي حيث تمثلت هذه المراحل في :

المرحلة التمهيدية (الاندماج الجماعي) :

يتم خلالها التعارف وتبادل المعلومات الشخصية بين الحالات والمعالج والحالات مع بعضها البعض ، حيث تمثل هذه المرحلة عملية اندماج بين مجموعة الأطفال واندماج بين الآباء ، وكذلك عملية اندماج بين الآباء والأطفال ، والتعارف وتكوين الألفة وبسط الأمن (خلق محيط امن) ، إضافة إلى تقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه وإجراءاته .

مرحلة الإعداد للإرشاد الأبوي (التدخل الأولي):

تهدف هذه المرحلة إلى محاولة تحسين المعاش النفسي للآباء ، من خلال إزالة الغموض عن الأعراض وإعطاء التفسير لظهورها ، ووضعها ضمن إطارها العادي ، والتخفيف من وطئتها والتقليل من مستوى التهويل عند الآباء ، والعمل على التطمين والتهئية ، وشرح أهمية

البرنامج العلاجي ، والتقنيات التي تستخدم فيه ، و دورها في التقليل من أعراض الاضطراب عند الطفل ، ودور الآباء في إنجاح هذا البرنامج وفي تمكن الطفل من تقنياته ، من خلال الاعتماد على الاستراتيجيات النفس تربية أو ما تسمى بالتثقيف النفسي .

مرحلة التوسع الإرشادي والتفريغ الانفعالي :

يتم فيها التطرق إلى مختلف المهارات والتقنيات الملقنة للأطفال ، والى الأعمال والنشاطات المنجزة وهدفها ومدى فعاليتها ، ودور الوالدين في إنجاح هذه التقنيات والمهارات ، وأهمية تعزيز الطفل ومساعدته على الاقتياد بها ، ودورهم في متابعة الواجبات المنزلية الخاصة بكل حصة من الحصص السابقة ، وتطوير ممارساتهم في مرافقة الطفل على ذلك ، ومناقشة الملاحظات المسجلة في الدفاتر اليومية ، وملاحظاتهم حول سير العملية العلاجية ، والتطرق إلى المزايا وتعزيزها والصعوبات وإذلالها ، وتقديم النصح والمساعدة على خلق نوع من الديناميكي داخل الجماعة ، والى التفريغ الانفعالي وإذابة القلق الوالدي ، ومشاعر الضيق والاكتئاب ، وتحسن المعاش النفسي من خلال المشاركة الوجدانية داخل الجماعة .

مرحلة مواجهة ضغوط الصدمة :

يتم التطرق فيها إلى مجموعة من التقنيات الجديدة التي تلقن للأطفال خلال مرحلة خفض أعراض PTSD من البرنامج العلاجي المطبق ، والتي يواجه بها الطفل اضطراباته ، كما تهدف خلال هذه المرحلة إلى إيجاد المحيط الآمن والسند للطفل ، من أجل مواجهة ضغوطه الصدمية ، وتحضيره لمواجهتها لوحده ، وتبيان أهمية المتابعة الوالدية ودور الآباء في إنجاح هذه التقنيات المعتمدة خلال هذه المرحلة ، ومتابعتهم لها وإنجاحها ، من خلال تحديد المهام والأدوار المنوطة بهم ، ومناقشة الملاحظات اليومية الخاصة بكل طفل خلال هذه المرحلة في مواجهة الأعراض، وزيادة أو خفض حدتها.

مرحلة الإعداد لإنهاء الإرشاد الأبوي :

يتم فيها إعادة مراجعة مختلف التقنيات والفنيات باختصار ، والتطرق لمحصلات العملية العلاجية والإرشادية ، واخذ الانطباعات عن ها (إيجابياتها مساوئها والنواقص) ، وإثراء النقاش حولها ، والتأكد من مدى تحكم أعضاء هذه المجموعة في مختلف تقنيات ها المقدمة ، ومدى استيعابهم للعملية الإرشادية والعلاجية ، وإبداء آرائهم فيها ، مع إعداد الأفراد لإنهاء

عملية التدخل ، والتطرق للإشكالات التي بقت عالقّة والنقاط الغامضة ، وتقييم مدى فعالية البروتوكول الإرشادي ، من خلال تقييم مدى تحسن المعاش النفسي للآباء ، والتأكيد على ضرورة المواصلة بنفس الكيفية للحفاظ على ما تحقق ، ومواصلة الممارسة والاستفادة منها في الحياة اليومية ، والإشارة لنهاية هذه الجلسات ، والتذكير بعملية المتابعة ، وتقديم الشكر للجميع على التعاون والجهود والالتزام وإنهاء العلاج .

E. بناء مخطط لتتبع الأثر الإرشادي للبروتوكول:

تم وضع مخطط لتتبع الأثر الإرشادي للبروتوكول التوجيهي المطبق ، وفق للنموذج التجريبي للمجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي :

المطبق في هذه الدراسة ، بهدف متابعة مدى استمرار اثر جلسا ت التوجيه والإرشاد الأبوي ، وقد حدد هذا المخطط بمدة شهرين وذلك من خلال القياس التتبعي الذي يتزامن مع عملية القياس التتبعي الثالث والأخير لبرنامج التكفل المطبق على الأطفال .

10. عرض بروتوكول التوجيه الأبوي :

يطبق البروتوكول الإرشادي الأبوي المقترح لآباء الأطفال ذوو اضطراب PTSD بالتوازي مع البرنامج العلاجي عند الأطفال من خلال 16 جلسة علاجية في فترة زمنية محددة ب 02 شهر (09 أسابيع) حيث حددت 5 مراحل أساسية في تطبيق البروتوكول كما اشرنا سابقا هي:

المرحلة التمهيديّة (الاندماج الجماعي) : يعتمد فيها على المقابلة المفتوحة وتكون هذه المرحلة خلال الأسبوع الأول ، وتتضمن جلتين جماعيتين : الجلسة الأولى تكون فيما بين الأطفال مع الوالدين والجلسة الثانية تكون فيما بين الآباء فقط ، حيث تعتبر هذه المرحلة متداخلة مع المرحلة التمهيديّة للبرنامج التكفلي عند الأطفال خلال الجلسة الأولى ، وهي تمثل عملية اندماج بين الأطفال وبين الآباء ، وكذلك اندماج بين الآباء والأطفال ، هدفها التعارف وتكوين الألفة وبسط الأمن ، إضافة إلى الروح الجماعية التي تعزز العمل وتزيد من الالتزام ، وتخلق نوع من اللاشعور الجماعي الذي تذوب فيه أفراد المجموعات دون الإحساس بالحالة الفردية ، إضافة إلى المشاركة الوجدانية الجماعية التي تؤيد الرغبة العلاجية . حيث يتم تقديم الأطفال لأنفسهم وكذلك الوالدين ، والتعارف بينهم وتشجيعهم على طرح مشاكلهم والرد على

استفساراتهم ، وتقديم الإطار العام للبرنامج العلاجي والإرشادي وأهدافه وتوضيح إجراءاته ، والتأكيد على ضرورة الالتزام وعلى أهمية المشاركة والتعاون سواء للوالدين مع أطفالهم ، أو بين الأطفال أو الوالدين ، إضافة إلى إعطاء بعض السجلات للآباء ضمن إجراءات البرنامج .

مرحلة الإعداد للإرشاد (التدخل الأولي) : تكون خلال الأسبوع الثاني وتتضمن جلستين

جماعيتين حيث : الجلسة الأولى : تهدف إلى إيضاح تطورات ردود الفعل الصدمية للطفل على المستوى النفسي ، المعرفي ، السلوكي والفيزيولوجي ، بكيفية مبسطة تتناسب ومفهومية (مستوى فهم) وإدراك الآباء ، وكذلك إزالة الغموض عن هذه الأعراض وإدراجها ضمن وضعها العادي ، وذلك من خلال الاستراتيجيات النفس تربية أو ما تسمى بالتثقيف النفسي ، ما يسمح للآباء بفهم أفضل لهذه الأعراض ، والتخفيف من حدتها ومستوى التهويل الوالدي.

الجلسة الثانية : تهدف لتقديم التقنيات والفتيات المتبعة في البرنامج وتوضيحها ، والتطرق لأهميتها في تخفيف الأعراض ، ما يزيد من مدى التزام الآباء ومن مدى متابعتهم لأبنائهم ، ومحافظتهم على الممارسات والواجبات المنزلية بانتظام ، ومشاركة أبنائهم في إنجازها ، وتحوي شعورهم واشتراكهم في العملية العلاجية ، كما يتم توضيح اثر الأفكار في تحديد السلوك المضطرب ، والعمل على تقديم أمثلة واقعية للآباء ، وفي الأخير إعلام الآباء بالتغيرات التي قد تحدث ، كزيادة مشاعر الضيق والقلق عند أطفالهم نتيجة أساليب التعريض.

مرحلة التوسع الإرشادي والتفريع الانفعالي : تكون خلال الأسبوع الثالث والرابع والخامس ،

وتتضمن خمس جلسات جماعية بمعدل جلستين في الأسبوع ، وتهدف هذه المرحلة ل لتطرق إلى مختلف المهارات والتقنيات العلاجية المعرفية والسلوكية الملقنة للأطفال حيث :

❖ يتم خلال الجلسة الأولى : التطرق إلى فنيتي " المراقبة الذاتية " و " تحديد الأفكار

التلقائية " الملقنة للأبناء ، ودورها ضمن عملية الاستكشاف المعرفي عند الطفل ، وكذلك الآباء ، كما يتم التطرق إلى فنيتي : " التنفس البطني " و " الاسترخاء العضلي " التي تدرب عليها الأطفال ، ودورها في خفض القلق النفسي والأعراض الفسيولوجية عند الطفل كما عند الآباء ، والإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال أثناء الجلسة العلاجية ، والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ، وتحديد الأدوار في الواجبات.

❖ يتم خلال الجلسة الثانية : التطرق إلى فنيات " الحوار الذاتي " و " الحوار السقراطي " و " فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ " الملقنة للأطفال ، ودورها في عملية الاستكشاف المعرفي عند الطفل وكذلك الآباء ، كما يتم التركيز على أهمية تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات من خلال " فنية العمل في الوضعيات المختلفة " و " تدريبات لعب الدور " مع الأطفال ، ودورها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس عند الطفل و الآباء ، والإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال في الجلسات ، والواجبات المنزلية المطلوبة ، وكيفية متابعة الآباء لها ، وتحديد الأدوار المنوطة بهم .

❖ يتم خلال الجلسة الثالثة : التطرق إلى " فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية " ، " فنية الينبغيات " ، " فنية التثبيت من النتائج " و " فنية اختبار الدليل " الملقنة للأطفال ودورها ضمن عملية التصحيح أو إعادة البناء المعرفي عند الطفل وكذلك الآباء ، كما يتم أيضا التركيز على أهمية تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات ، من خلال " فنية تطبيق المشاعر ببلتعبير عن العواطف السلبية (نقد) والايجابية (الإطراء) " و " تدريبات الرد على الانتقادات والمجاملات " التي استخدمت مع الأطفال ، ودورها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس عند الطفل كما عند الآباء ، والإشارة إلى التمارين المنجزة في هذا الموضوع من طرف الأطفال أثناء الجلسة العلاجية ، والواجبات المنزلية المطلوبة ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها وتحديد المساعدات والأدوار المنوطة بهم في الواجبات .

❖ يتم خلال الجلسة الرابعة : التطرق إلى فنيات " فنية التفكير بالتدرج الرمادي " ، " فنية تغيير القواعد " و " فنية إيجاد البدائل " الملقنة للأطفال ودورها في عملية التصحيح أو إعادة البناء المعرفي عند الطفل وكذلك الآباء ، كما يتم أيضا التركيز على أهمية تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات ، من خلال " فنية لعب الدور (تقديم طلبات وتعلم الرفض (لا) " و " فنية تأكيد الأنا من خلال أنا ، لي ، عندي ، ملكي ، قلت ، لا أريد ، لا يعجبني " التي استخدمت مع الأطفال ، ودورها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس عند الطفل كما عند الآباء ، والإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال أثناء الجلسة العلاجية والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ، وتحديد المساعدات والأدوار المنوطة بهم في هذه الواجبات .

❖ يتم خلال الجلسة الخامسة : التطرق إلى الفنيات المعرفية المتبقية : " فنية التعليمات الذاتية"، " فنية ملا الفراغات " ، " فنية وقف التفكير " و " فنية التخيل " الملقنة للأطفال ، ودورها ضمن عملية التصحيح أو إعادة البناء عند الطفل وكذلك الآباء ، كما يتم أيضا التركيز على أهمية تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات ، من خلال " تدريبات لعب الدور (القيام بمناقشات وحوارات جادة) " و " أساليب التعبير الحر " التي استخدمت مع الأطفال ، ودورها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس ، وإعادة بناء الجوانب الاجتماعية العلائقية عند الطفل كما عند الآباء ، والإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال أثناء الجلسة العلاجية ، والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ، وتحديد المساعدة والأدوار المنوطة بهم في الواجبات .

مرحلة مواجهة ضغوط الصدمة تكون خلال الأسبوع الخامس والسادس والسابع والثامن وتتضمن أربع جلسات ، الجلسة الأولى والثانية جماعية ، والجلستين المتبقيتين هما جلستين فرديتين بمعدل جلسة كل أسبوع ، وتتداخل هذه المرحلة في جلستها الثالثة والرابعة مع الجلسة الثالثة والرابعة من مرحلة خفض أعراض PTSD في البرنامج التكفي للأطفال حيث :

❖ الجلسة الأولى والثانية : هي جلسات جماعية يتم التطرق فيها إلى " تقنية التعريض بنوعيتها (التعريض بالمخيلة والتعريض بالمعاشية) ، و " تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR " التي سيتم تلقينها للأطفال خلال الجلسات الأربع لمرحلة خفض أعراض PTSD من البرنامج العلاجي المطبق مع الأطفال ، كما يتم أيضا التطرق إلى تقنيتي : " التنفس البطني " و " الاسترخاء العضلي " التي تدرب عليها الأطفال سابقا ، ودورها في نجاح التقنيتين المشار لهما (التعريض ، EMDR) ، ودور كل هذه التقنيات ككل في خفض أعراض الإحياء الصدمي وأعراض التجنب ، وأعراض فرط التيقظ والاستثارة ، وفي خفض القلق النفسي والأعراض الفسيولوجية عند الطفل وكذلك عند الآباء ، والإشارة للواجبات المنزلية المطلوبة من الأطفال وكيفية متابعة الآباء وإنجاحها وتحديد المساعدات والأدوار المنوطة بهم.

❖ الجلسة الثالثة والرابعة : هي حصص فردية خاصة ، من خلال الاجتماع بالوالدة(ة) والطفل ، تهدف إلى إيجاد المحيط الآمن والسند للطفل ، من أجل مواجهة ضغوطه الصدمية ، وتحضيره لمواجهتها لوحده ، كما يتم خلالها مناقشة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

ومواجهة الصدمة عند كل طفل، ومناقشة الأساليب التي تطبق خلال حصص العلاج ، وتبيان أهمية المتابعة الوالدية ومناقشة الملاحظات اليومية لكل طفل واثـر هذه التقنيات.

المرحلة الإعداد لإنهاء العلاج : تكون خلال الأسبوع التاسع وتتضمن ثلاث جلسات ، جلسـتين جماعيتين تتخللهم جلسة فردية ، وتتداخل هذه المرحلة في جلسـتها الأولى والأخيرة مع الجلسـتين الأولى والأخيرة من مرحلة الإعداد لإنهاء العلاج للبرنامج التكفلي حيث :

❖ الجلسة الأولى : مفتوحة تجمع فيها كل من الإباء والأطفال ، تركز على أساليب التعبير الحر عند الآباء ، للتعبير عن مدى استيعابهم للعملية الإرشادية وإبداء آرائهم فيها ، والتطرق للإشكالات التي بقت عالقة والنقاط الغامضة ، مع إعادة مراجعة مختلف التقنيات والفنيات باختصار ، وإثراء النقاش حولها ، والتركيز على ضرورة التقيد بما قدم خلال الجلسات ، ومحاولة الإشارة لنهاية هذه الحصص و إعداد الأفراد لإنهاء العملية العلاجية وختمتها بواجب منزلي مفتوح يتناول الرؤية العام حول البر وتوكول التوجيهي الإرشادي وتطبيقه والتقنيات المستعملة فيه ، وما هي النواقص ، والتذكير بـجلسة إعادة التقييم المقبلة.

❖ يتم خلال الجلسة الثانية : عملية إعادة تقييم المعاش النفسي للآباء ، من خلال تقييم القلق والاكتئاب والرضا النفسي واخذ الانطباعات عن العملية العلاجية التوجيهية ، وذلك بالاعتماد على أدوات التقييم المطبقة خلال عملية التقييم القبلي والمعتمدة في الدراسة .

❖ يتم خلال الجلسة الثالثة : الأخيرة من العملية التوجيهية والعلاجية ، تكون عامة ، حرة هدفها فتح النقاش وخلق جو من الديناميكية ، والتأكد من مدى تحكم أعضاء المجموعة في مختلف التقنيات المقدمة ، والتأكيد على ضرورة المواصلة بنفس الكيفية في ممارستها للحفاظ على ما تحقق من العملية والاستفادة منها في الحياة اليومية ، وتقييم مدى فعالية العملية التوجيهية والعلاجية ومدى الرضا عنها ، والتذكير بالمتابعة وإعادة التقييم التي ستكون بعد شهرين ، وشكر الجميع على التعاون والجهود والشجاعة مع التوديع (الجلسات الإرشادية موضحة في الجدول رقم 02).

تتبع الأثر الإرشادي لبروتوكول التوجيه الأبوي : اعتمدنا في تتبع الأثر الإرشادي للبروتوكول المقترح على فاصل شهرين بعد تطبيق البروتوكول التوجيهي للآباء ، بالاعتماد خلال عملية التقييم التتبعي على نفس أدوات التقييم المطبقة في عملية التقييم القبلي والبعدي.

الجدول رقم (01) سير الجلسات العلاجية وتواترها

الأسابيع	عدد الجلسات وطبيعتها	مراحل البرنامج العلاجي
الأسبوع الأول	جلستين جماعيتين في الأسبوع	المرحلة التمهيديّة (الاندماج الجماعي)
الأسبوع الثاني	جلستين جماعيتين في الأسبوع	مرحلة الإعداد للعلاج (التدخل الأولي)
الأسبوع الثالث	جلستين جماعيتين في الأسبوع	مرحلة التدريب على المهارات
الأسبوع الرابع	جلستين جماعيتين في الأسبوع	
الأسبوع الخامس	جلسة جماعية في الأسبوع	مرحلة خفض أعراض PTSD
	جلسة جماعية في الأسبوع	
الأسبوع السادس	جلسة فردية في الأسبوع	
الأسبوع السابع	جلسة فردية في الأسبوع	
الأسبوع الثامن	جلسة فردية في الأسبوع	
الأسبوع التاسع	جلسة جماعية في الأسبوع	المرحلة الإعداد لإنهاء العلاج
	جلسة فردية في الأسبوع	
	جلسة جماعية في الأسبوع	
09 أسابيع (شهرين)	16 جلسة : 12 جماعية و 04 فردية	المجموع : 05 مراحل

الجدول رقم (02) سير جلسات التوجيه الأبوي وتواترها :

الأسابيع	عدد الجلسات وطبيعتها	مراحل بروتوكول التوجيه الأبوي
الأسبوع الأول	جلستين جماعيتين في الأسبوع	المرحلة التمهيديّة (الاندماج الجماعي)
الأسبوع الثاني	جلستين جماعيتين في الأسبوع	مرحلة الإعداد للإرشاد الأبوي (التدخل الأولي)
الأسبوع الثالث	جلستين جماعيتين في الأسبوع	مرحلة التوسع الإرشادي والتفريغ الانفعالي
الأسبوع الرابع	جلستين جماعيتين في الأسبوع	
الأسبوع الخامس	جلسة جماعية في الأسبوع	مرحلة مواجهة ضغوط الصدمة
	جلسة جماعية في الأسبوع	
الأسبوع السادس	جلسة جماعية في الأسبوع	
الأسبوع السابع	جلسة فردية في الأسبوع	
الأسبوع الثامن	جلسة فردية في الأسبوع	
الأسبوع التاسع	جلسة جماعية في الأسبوع	المرحلة الإعداد لإنهاء الإرشاد الأبوي
	جلسة فردية في الأسبوع	
	جلسة جماعية في الأسبوع	
09 أسابيع (شهرين)	16 جلسة : 13 جماعية و 03 فردية	المجموع : 05 مراحل

الجلسة العلاجية الأولى :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
<p>الترحيب والتمهي للجلسة</p> <p>عرض أهداف الجلسة الحالية</p> <p>العمل على مسائل الجلسة</p> <p>التغذية الراجعة / الملخص العام</p> <p>تكوين الواجب المنزلي</p>	<p>(10 د)</p> <p>(05 د)</p> <p>(60 د)</p> <p>(10 د)</p> <p>(05 د)</p>	<p>المقابلة المفتوحة</p> <p>إجراءات الواجب المنزلي</p> <p>01</p>	<p>خلق جو جماعي ديناميكي تذوب فيه أفراد المجموعات دون الإحساس بالحالة الفردية ،</p> <p>إضافة إلى المشاركة الوجدانية الجماعية التي تؤيد الرغبة العلاجية وكسر الحواجز النفسية</p> <p>وبناء الألفة والعمل على اندماج المجموعة وبسط الأمن من خلال :</p> <p>تقديم الأطفال لأنفسهم .</p> <p>تقديم الوالدين لأنفسهم.</p> <p>تشجيعهم على التعارف بينهم .</p> <p>تشجيع الأطفال على طرح مشاكلهم .</p> <p>تشجيع الآباء على طرح مشاكلهم .</p> <p>مناقشة مشاكلهم والرد على استفساراتهم .</p>

الجلسة العلاجية الثانية :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتهيؤ للجلسة	(05 د)		المحافظة على الجو الجماعي الديناميكي الآمن وكسر الحواجز النفسية
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	المقابلة المفتوحة	وزيادة بناء الألفة واندماج المجموعة من خلال :
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		تقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه .
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	دليل الطفل	تقديم دليل الطفل وإعطاء شروحات حول كيفية استعماله واجرائاته.
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	إجراءات الواجب المنزلي	إبراز مدى أهمية الالتزام والمشاركة والتعاون بالنسبة :
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	02	للأطفال مع المعالج
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		الأطفال مع آبائهم
			الأطفال فيما بينهم

الجلسة العلاجية الثالثة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)		تقديم الاضطراب بكيفية مبسطة تتناسب و سن الأطفال من خلال :
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	الاستراتيجيات النفس	ايضاح تطورات ردود الفعل الصدمية للطفل على :
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	تربوية	المستوى النفسي
عرض أهداف الجلسة	(05 د)	(وثيقة مفصلة خاصة	المستوى المعرفي
الحالية	(40 د)	بالاضطراب)	المستوى السلوكي
العمل على مسائل الجلسة	(20 د)		المستوى الفيزيولوجي
التغذية الراجعة وال ملخص	(05 د)	إجراءات الواجب المنزلي	إزالة الغموض عن هذه الأعراض وإدراجها ضمن وضعها العادي.
العام		03	الوصول بالأطفال إلى فهم أفضل لهذه المظاهر والأعراض وتخفيف حدتها .
تكوين الواجب المنزلي			

الجلسة العلاجية الرابعة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتهيؤ للجلسة	(05 د)		تقديم عام للتقنيات والفنيات المتبعة في البرنامج وتوضيحها .
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	الاستراتيجيات النفس	التطرق لأهميتها في تخفيف الأعراض .
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	تربوية (وثيقة مفصلة	توضيح اثر الأفكار في تحديد سلوكياتنا عامة وفي سلوكياتهم المضطربة خاصة.
عرض لأهداف الجلسة	(05 د)	حول التقنيات والفنيات)	إعلام الأطفال بالتغيرات التي قد تحدث خلال العملية العلاجية كزيادة مشاعر الضيق والقلق
الحالية	(40 د)		نتيجة أساليب التعريض والتقنيات الأخرى .
العمل على مسائل الجلسة	(20 د)	استمارة أمثلة عن العلاقة	العمل على تحفيز الأطفال والوصول بهم لمستوى علي من الاهتمام والالتزام في محافظتهم
التغذية الراجعة وال ملخص العام	(05 د)	بين التفكير والمشاعر والسلوك.	على الممارسات والواجبات المنزلية بانتظام وتقوية شعورهم واشتراكهم في العملية العلاجية.
تكوين الواجب المنزلي			
		إجراءات الواجب المنزلي	
		04	

الجلسة العلاجية الخامسة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)	استمارة تمارين الاسترخاء	تقديم تقنية التنفس البطني وتوضيح طريقة ممارستها.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	العضلي والتنفس البطني	تقديم تقنية الاسترخاء العضلي وتوضيح طريقة ممارستها.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		القيام بتدريبات وتمارين حول التنفس البطني والاسترخاء العضلي.
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	استمارة أمثلة عن العلاقة بين	تقديم فنية تحديد الأفكار التلقائية وشرحها وتوضيحها بإعطاء أمثلة من واقع الطفل.
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	التفكير والمشاعر والسلوك.	تقديم فنية المراقبة الذاتية كفنية معززة لفنية تحديد الأفكار التلقائية وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الطفل.
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		تدريب الأطفال على ممارسة هاتين الفئتين والتحكم فيها .
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	سجل الأفكار التلقائية	
		تقنية العمود المزدوج 01	
		إجراءات الواجب المنزلي 05	

الجلسة العلاجية السادسة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)		تقديم فنية الحوار الذاتي وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الطفل .
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	دليل التدخلات	تقديم فنية الحوار السقراطي وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الطفل.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	العلاجية لمواجهة	تقديم فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ وشرحها وتوضيحها بإعطاء بعض الأمثلة
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	بعض أساليب التفكير	النظرية وأخرى واقعية عن أساليب التفكير الخاطئ عند الأطفال .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	الخاطئ	تدريب الأطفال على ممارسة هذه الفنيات ذاتيا ومناقشتها معهم والعمل على التحكم فيها.
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	السجل الأفكار المختلفة	تدريب الأطفال على فنية العمل في الوضعيات من خلال إجراء محادثات مع الغرباء.
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	وظيفا	تدريب الأطفال على فنية لعب الدور من خلال القيام بمناقشات وحوارات مصطنعة .
		إجراءات الواجب	
		المنزلي 06	

الجلسة العلاجية السابعة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)		تقديم فنية الينبغيات وشرحها وتوضيحها بأمثلة نظرية وأخرى من واقع الطفل.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)		تقديم فنية اختبار الدليل وشرحها وتوضيحها بإعطاء أمثلة من واقع الطفل.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	قائمة التشوهات المعرفية	تقديم فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية وتوضيحها بأمثلة من واقع الطفل.
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		تقديم فنية التثبيت من النتائج وشرحها وتوضيحها بإعطاء أمثلة من واقع الطفل.
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	قائمة الأفكار السلبية	تدريب الأطفال على ممارسة هذه الفنيات والتحكم فيها .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		تدريب الأطفال على فنية لعب الدور من خلال تقديم طلبات وتعلم الرفض (لا) .
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	إجراءات الواجب المنزلي	تدريب الأطفال على فنية تأكيد الأنا من خلال استعمال مفردات : أنا ، لي ، عندي ، ملكي ، قلت ، لا أريد ، لا يعجبني ، أحب ، أريد .

الجلسة العلاجية الثامنة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتهيئة للجلسة	(05 د)		تقديم فنية التفكير بالتدرج الرمادي وشرحها وتوضيحها بأمثلة نظرية وأخرى واقعية.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	تقنية الأعمدة الثلاثة	تقديم فنية تغيير القواعد وشرحها وتوضيحها بأمثلة نظرية وأخرى من واقع الطفل .
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		تقديم فنية إيجاد البدائل وشرحها وتوضيحها بأمثلة نظرية وأخرى من واقع الطفل
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	تقنية العمود المزدوج 02	تدريب الأطفال على ممارسة هذه الفنيات والتحكم فيها .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		تدريب الأطفال على فنية تنطيق المشاعر بالتعبير عن العواطف السلبية (نقد)
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	إجراءات الواجب المنزلي	والإيجابية (الإطراء) وتعلم الرد على الانتقادات والمجاملات .
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	08	

الجلسة العلاجية التاسعة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتهيؤ للجلسة	(05 د)		تقديم فنية التعليمات الذاتية وشرحها وتوضيحها بأمثلة نظرية وأخرى واقعية.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)		تقديم فنية ملا الفراغات وشرحها وتوضيحها بأمثلة نظرية وأخرى واقعية.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	استمارة دليل حل المشكلات	تقديم فنية وقف التفكير وشرحها وتوضيحها بأمثلة نظرية وأخرى واقعية .
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		تقديم فنية التخيل وشرحها وتوضيحها .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		تدريب الأطفال على ممارسة هذه الفنيات والتحكم فيها .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	إجراءات الواجب المنزلي	تدريب الأطفال على فنية لعب الدور وأساليب التعبير الحر من خلال القيام بمناقشات
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	09	وحوارات فعلية جادة .

الجلسة العلاجية العاشرة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)	بطاقة الأعراض	تقديم تقنية التعريض المتدرج في المخيلة وشرحها وتوضيح طريقة ممارستها نظريا.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	الصدمية للحالة	تقديم تقنية التعريض الكامل في المخيلة وشرحها وتوضيح طريقة ممارستها نظريا.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	(الخاصة بكل حالة)	ممارسة التعريض المتدرج في المخيلة للذكريات الصدمية والاقترامية والمثيرات الداخلية والخارجية مع الأطفال والوصول إلى التعريض الكامل في المخيلة (الغمر) وهذا بالتوازي مع ممارسة تقنيات
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	التنفس البطني والاسترخاء العضلي.	
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	الارتكاز خلال عملية التعريض المتدرج والكامل في المخيلة على الفنيات التالية :	
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	فنية تحديد الأفكار التلقائية	
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	إجراءات الواجب المنزلي 10	فنية المراقبة الذاتية فنية الحوار الذاتي فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية تطبيق المشاعر بالتعبير عن العواطف السلبية والايجابية.

الجلسة العلاجية الحادية عشر :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتهيؤ للجلسة	(05 د)	بطاقة الأعراض الصدمية للحالة (الخاصة بكل حالة)	تقديم تقنية إبطال الحساسية بحركة العين وشرحها وتوضيح طريقة ممارستها نظريا.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)		ممارسة تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR مع الأطفال على المثيرات
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		الداخلية والخارجية والذكريات الصدمية والاقترامية المؤلمة والأحلام المتعلقة بها
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		وهذا بالتوازي مع ممارسة تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		الارتكاز خلال عملية ممارسة تقنية إبطال الحساسية بحركة العين على الفنيات
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		التالية :
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		فنية تحديد الأفكار التلقائية فنية المراقبة الذاتية فنية الحوار الذاتي فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية تنطبق المشاعر بالتعبير عن العواطف السلبية والايجابية.

الجلسة العلاجية الثانية عشر :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة ملخص الجلسة السابقة مناقشة الواجب السابق عرض لأهداف الجلسة الحالية العمل على مسائل الجلسة التغذية الراجعة والملخص العام تكوين الواجب المنزلي	(05 د) (05 د) (10 د) (05 د) (40 د) (20 د) (05 د)	بطاقة الأعراض الصدمية للحالة (الخاصة بكل حالة) إجراءات الواجب المنزلي 12	المواصلة في ممارسة عملية التعريض المتدرج والكامل وبالمعايشة للحالات الممكن معها ذلك للذكريات الصدمية والافتحامية والمثيرات الداخلية والخارجية وهذا بالتوازي مع ممارسة تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي. المواصلة في ممارسة تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR للذكريات الصدمية والافتحامية المؤلمة والأحلام المتعلقة بها والمثيرات الداخلية والخارجية وهذا بالتوازي مع ممارسة تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي. الارتكاز خلال ممارسة عملية التعريض وتقنية إبطال الحساسية بحركة العين على : فني اختبار الدليل فنية التثبيت من النتائج تدريبات لعب الدور.

الجلسة العلاجية الثالثة عشر :

الإجراءات	الأدوات	المدة	بناء الجلسة
<p>المواصلة في ممارسة عملية التعريض المتدرج والكامل وبالمعايشة للحالات الممكن معها ذلك للذكريات الصدمية والافتحامية والمثيرات الداخلية والخارجية وهذا بالتوازي مع ممارسة تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي.</p> <p>المواصلة في ممارسة تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR للذكريات الصدمية والافتحامية المؤلمة والأحلام المتعلقة بها والمثيرات الداخلية والخارجية وهذا بالتوازي مع ممارسة تقنيات التنفس البطني والاسترخاء العضلي.</p> <p>الارتكاز خلال ممارسة عملية التعريض وتقنية إبطال الحساسية بحركة العين على :</p> <p>فنية تغيير القواعد</p> <p>فنية إيجاد البدائل</p> <p>فنية لعب الدور .</p>	<p>بطاقة الأعراض الصدمية للحالة (الخاصة بكل حالة)</p> <p>إجراءات الواجب المنزلي 13</p>	<p>(05 د)</p> <p>(05 د)</p> <p>(10 د)</p> <p>(05 د)</p> <p>(40 د)</p> <p>(20 د)</p> <p>(05 د)</p>	<p>الترحيب والتهيئة للجلسة</p> <p>ملخص الجلسة السابقة</p> <p>مناقشة الواجب السابق</p> <p>عرض لأهداف الجلسة الحالية</p> <p>العمل على مسائل الجلسة</p> <p>التغذية الراجعة والملخص العام</p> <p>تكوين الواجب المنزلي</p>

الجلسة العلاجية الرابعة عشر :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
<p>الترحيب والتهيئة للجلسة</p> <p>ملخص الجلسة السابقة</p> <p>مناقشة الواجب السابق</p> <p>عرض لأهداف الجلسة الحالية</p> <p>العمل على مسائل الجلسة</p> <p>التغذية الراجعة والملخص العام</p> <p>تكوين الواجب المنزلي</p>	<p>(05 د)</p> <p>(05 د)</p> <p>(10 د)</p> <p>(05 د)</p> <p>(40 د)</p> <p>(20 د)</p> <p>(05 د)</p>	<p>المقابلة الحرة</p> <p>إجراءات الواجب المنزلي</p> <p>14</p>	<p>جلسة مفتوحة ، حرة ديناميكية ، تركز على أساليب التعبير الحر عند الأطفال هدفها فتح النقاش مع الحالات للتعبير عن : مدى استيعابهم للعملية العلاجية إبداء آرائهم فيها التطرق للإشكالات التي بقت عالقة والنقاط الغامضة . مراجعة مختلف التقنيات والفنيات مراجعة محصلات حصص التوجيه الأبوي . الإشارة لقرب نهاية العملية العلاجية ، والعمل على إعداد الأفراد لذلك . تقديم واجب مفتوح يتناول الرؤية العامة حول التدخل العلاجي (مساوئه وإيجابياته) .</p>

الجلسة العلاجية الخامسة عشر :

الإجراءات	الأدوات	المدة	بناء الجلسة
<p>فتح النقاش وخلق جو من الديناميكية بهدف :</p> <p>التأكد من مدى تحكم أعضاء المجموعة في الفنيات والتقنيات المقدمة</p> <p>التركيز على أهمية المواصلة في ممارستها للحفاظ على ما تحقق من العملية</p> <p>الإرشادية والعلاجية والاستفادة منها في الحياة اليومية .</p> <p>شكر الجميع على المجهودات والالتزام وتوديع الكل ، وإنهاء العلاج.</p>	المقابلة الحرة	<p>(05 د)</p> <p>(05 د)</p> <p>(15 د)</p> <p>(05 د)</p> <p>(40 د)</p> <p>(20 د)</p>	<p>الترحيب والتمهيد للجلسة</p> <p>ملخص الجلسة السابقة</p> <p>مناقشة الواجب السابق</p> <p>عرض لأهداف الجلسة الحالية</p> <p>العمل على مسائل الجلسة</p> <p>التغذية الراجعة والملخص العام</p>

جلسة الإرشاد الأبوي الأولى :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)	المقابلة المفتوحة إجراءات الواجب المنزلي 01	خلق جو جماعي ديناميكي تذوب فيه أفراد المجموعات دون الإحساس بالحالة الفردية ، إضافة إلى المشاركة الوجدانية الجماعية التي تؤيد الرغبة العلاجية وكسر الحواجز النفسية وبناء الألفة والعمل على اندماج المجموعة (الآباء والأطفال) وبسط الأمن من خلال : تقديم الأطفال لأنفسهم . تقديم الوالدين لأنفسهم. تشجيعهم على التعارف بينهم . تشجيع الأطفال على طرح مشاكلهم . تشجيع الآباء على طرح مشاكلهم . مناقشة مشاكلهم والرد على استفساراتهم .
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)		
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		

جلسة الإرشاد الأبوي الثانية :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)		المحافظة على الجو الجماعي الديناميكي الآمن وكسر الحواجز النفسية وزيادة بناء الألفة واندماج مجموعة الآباء من خلال :
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	المقابلة المفتوحة	تقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه .
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		تقديم دليل الطفل وإعطاء شروحات حول كيفية استعماله واجرائاته.
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	دليل الآباء	إبراز مدى أهمية الالتزام والمشاركة والتعاون بالنسبة :
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		للأطفال مع المعالج
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	إجراءات الواجب المنزلي 02	الأطفال مع آبائهم
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		الأطفال فيما بينهم

جلسة الإرشاد الأبوي الثالثة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهي للجلسة	(05 د)		تقديم الاضطراب بكيفية مبسطة تتناسب ومفهومية وإدراك الآباء من خلال :
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	الاستراتيجيات النفس تربية	إيضاح تطورات ردود الفعل الصدمية للطفل على :
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	(وثيقة مفصلة خاصة	المستوى النفسي
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	بالاضطراب)	المستوى المعرفي
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		المستوى السلوكي
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	إجراءات الواجب المنزلي	المستوى الفيزيولوجي
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	03	إزالة الغموض عن هذه الأعراض وإدراجها ضمن وضعها العادي . الوصول بالأطفال إلى فهم أفضل لهذه المظاهر والأعراض وتخفيف حدتها ومستوى التهويل الوالدي .

جلسة الإرشاد الأبوي الرابعة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتهيئة للجلسة	(05 د)		تقديم عام للتقنيات والفنيات المتبعة في البرنامج وتوضيحها .
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	الاستراتيجيات النفس	التطرق لأهميتها في تخفيف الأعراض .
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	تربوية	توضيح اثر الأفكار في تحديد سلوكياتنا عامة وفي سلوكياتهم المضطربة في التعامل مع الطفل خاصة .
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	(وثيقة مفصلة حول	إعلام الآباء بالتغيرات التي قد تحدث عند أطفالهم خلال العملية العلاجية كزيادة مشاعر الضيق والقلق نتيجة أساليب التعريض والتقنيات الأخرى .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	التقنيات والفنيات)	العمل على تحفيز الآباء والوصول بهم لمستوى عالي من الاهتمام والالتزام في متابعتهم لأبنائهم ، ومحافظتهم على الممارسات والواجبات المنزلية بانتظام ، ومشاركة أبنائهم في إنجازها ، وتقوية شعورهم واشتراكهم في العملية العلاجية.
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	استمارة أمثلة عن العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.	
		إجراءات الواجب المنزلي	
		04	

جلسة الإرشاد الأبوي الخامسة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)	استمارة تمارين الاسترخاء العضلي والتنفس البطني	تقديم تقنية التنفس البطني وتوضيح طريقة ممارستها ، وإيراز دورها في خفض القلق النفسي والأعراض الفسيولوجية عند الطفل .
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	استمارة أمثلة عن العلاقة	تقديم تقنية الاسترخاء العضلي وتوضيح طريقة ممارستها، وإيراز دورها في خفض القلق النفسي والأعراض الفسيولوجية عند الطفل .
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	بين التفكير والمشاعر والسلوك .	القيام بتدريبات وتمارين حول التنفس البطني والاسترخاء العضلي .
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		تقديم فنية تحديد الأفكار التلقائية وشرحها وتوضيحها بإعطاء أمثلة من واقع الآباء ، وإيراز دورها ضمن عملية الاستكشاف المعرفي عند الطفل
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	سجل الأفكار التلقائية	تقديم فنية المراقبة الذاتية كفنية معززة لفنية تحديد الأفكار التلقائية وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء ، وإيراز دورها ضمن عملية الاستكشاف المعرفي عند الطفل .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)	تقنية العمود المزدوج 01	تدريب الآباء على ممارسة هاتين الفنيتين والتحكم فيها .
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)	إجراءات الواجب المنزلي 05	الإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال أثناء الجلسة العلاجية ، والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ، وتحديد الأدوار المنوطة بهم في الواجب .

جلسة الإرشاد الأبوي السادسة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهي للجلسة	(05 د)	دليل التدخلات العلاجية	تقديم فنية الحوار الذاتي وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية الاستكشاف المعرفي عند الطفل.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	لمواجهة بعض أساليب التفكير الخاطئ	تقديم فنية الحوار السقراطي وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية الاستكشاف المعرفي عند الطفل .
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	السجل الأفكار المختلة	تقديم فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ وشرحها وتوضيحها بإعطاء بعض الأمثلة النظرية وأخرى واقعية عن أساليب التفكير الخاطئ عند الآباء خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية الاستكشاف المعرفي عند الطفل .
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	وظيفيا	تدريب الآباء على ممارسة هذه الفنيات ذاتيا ومناقشتها معهم والعمل للتحكم فيها.
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	إجراءات الواجب المنزلي 06	تدريب الآباء على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات من خلال فنية لعب الدور من خلال القيام بمناقشات وحوارات مصطنعة .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		التركيز على أهمية تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات وإبراز دورها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس عند الطفل والإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال أثناء الجلسات ، والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ، وتحديد الأدوار المنوطة بهم .
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		

جلسة الإرشاد الأبوي السابعة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)	قائمة التشوهات المعرفية	تقديم فنية الينبغيات وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	قائمة الأفكار السلبية	تقديم فنية اختبار الدليل وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	إجراءات الواجب المنزلي 07	تقديم فنية الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		تقديم فنية التثبيت من النتائج وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		تدريب الآباء على ممارسة هذه الفنيات والتحكم فيها .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		التركيز على أهمية تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات ، من خلال " فنية لعب الدور تقديم طلبات وتعلم الرفض (لا) " و " فنية تأكيد الأنا من خلال أنا ، لي ، عندي ، ملكي ، قلت ، لا أريد ، لا يعجبني " التي استخدمت مع الأطفال ، ودورها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس عند الطفل ، والإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		أثناء الجلسة العلاجية والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ، وتحديد الأدوار .

جلسة الإرشاد الأبوي الثامنة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)		تقديم فنية التفكير بالتدرج الرمادي وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	تقنية الأعمدة الثلاثة	تقديم فنية تغيير القواعد وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		تقديم فنية إيجاد البدائل وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	تقنية العمود المزدوج 02	تدريب الآباء على ممارسة هذه الفنيات والتحكم فيها .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	إجراءات الواجب المنزلي 08	تدريب الآباء على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات ، من خلال " فنية تطبيق المشاعر بالتعبير عن العواطف السلبية (نقد) والايجابية (الإطراء) " و " تدريبات الرد على الانتقادات والمجاملات " التي استخدمت مع الأطفال .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		التركيز على أهميتها وإبراز دورها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس للطفل ، والإشارة إلى التمارين المنجزة في هذا الموضوع من طرف الأطفال أثناء الجلسة العلاجية ، والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها وتحديد المساعدات والأدوار المنوطة بهم في هذه الواجبات.
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		

جلسة الإرشاد الأبوي التاسعة :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)		تقديم فنية التعليمات الذاتية وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)	استمارة دليل حل المشكلات	تقديم فنية ملا الفراغات وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		تقديم فنية وقف التفكير وشرحها وتوضيحها من خلال تجسيدها عند الآباء وإبراز دورها في عملية البناء المعرفي عند الطفل.
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)	إجراءات الواجب المنزلي 09	تقديم فنية التخيل وشرحها وتوضيحها .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		تدريب الآباء على ممارسة هذه الفنيات والتحكم فيها .
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		تدريب الآباء على فنية لعب الدور وأساليب التعبير الحر من خلال القيام بمناقشات وحوارات فعلية جادة.
			تدريب الآباء على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات ، من خلال " تدريبات لعب الدور (القيام بمناقشات وحوارات جادة) " و " أساليب التعبير الحر " التي استخدمت مع الأطفال .
			التركيز على أهميتها في عملية إعادة بناء الذات وتقوية الأنا والثقة بالنفس ، وإعادة بناء الجوانب الاجتماعية العلائقية للطفل، والإشارة إلى التمارين المنجزة من طرف الأطفال في الجلسات، والواجبات المنزلية المطلوبة منهم ، وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ، و الدور المنوط بهم.

جلسة الإرشاد الأبوي العاشرة والحادي عشر:

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتهيئة للجلسة	(05 د)	المقابلة الحرة	هي جلسات جماعية يتم فيها التطرق وشرح وتوضيح " تقنيات التعريض " بأنواعها (التعريض بالمخيلة والتعريض بالمعايشة والتعريض المتدرج) ، و " تقنية إبطال الحساسية بحركة العين EMDR " التي سيتم تلقينهم للأطفال خلال جلسات خفض أعراض PTSD .
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)		
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	إجراءات الواجب المنزلي	التطرق إلى تقنيتي : " التنفس البطني " و " الاسترخاء العضلي " التي تدرب عليها
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	10 و 11	الأطفال والآباء سابقا ، وإبراز دورها في نجاح التقنيتين المشار لهما (التعريض ، EMDR (عند الطفل .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		
التغذية الراجعة والمخلص العام	(20 د)		إبراز دور هذه التقنيات ككل في خفض أعراض الإحياء الصدمي وأعراض التجنب ،
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		وأعراض فرط التيقظ والاستثارة ، وفي خفض القلق النفسي والأعراض الفسيولوجية عند الطفل والقلق النفسي والاستثارة عند الآباء .
			الإشارة للواجبات المنزلية المطلوبة من الأطفال وكيفية متابعة الآباء لها وإنجاحها ،
			وتحديد المساعدات والأدوار المنوطة بهم .

جلسة الإرشاد الأبوي الثانية والثالثة عشر :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)	مقابلة مشاركة إجراءات الواجب المنزلي 12 و 13	هي حصص فردية خاصة ، من خلال الاجتماع بالوالدة) والطفل ، تهدف إلى إيجاد المحيط الأمن والسند للطفل ، من اجل مواجهة ضغوطه الصدمية ، وتحضيره لمواجهتها لوحده ، كما يتم خلالها مناقشة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومواجهة الصدمة عند كل طفل ، من خلال مناقشة الأساليب التي تطبق خلال حصص العلاج ، وتبيان أهمية المتابعة الوالدية في ذلك ، ومناقشة الملاحظات اليومية الخاصة بكل طفل واثار هذه التقنيات في مواجهة ضغوط الصدمة .
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)		
مناقشة الواجب السابق	(10 د)		
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)		
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		

جلسة الإرشاد الأبوي الرابعة عشر :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
الترحيب والتمهيد للجلسة	(05 د)	المقابلة الحرة	جلسة مفتوحة ، حرة ديناميكية ، تركز على أساليب التعبير الحر عند الآباء هدفها فتح النقاش مع الآباء للتعبير عن :
ملخص الجلسة السابقة	(05 د)		مدى استيعابهم للعملية الإرشادية .
مناقشة الواجب السابق	(10 د)	إجراءات الواجب المنزلي	إبداء آرائهم فيها.
عرض لأهداف الجلسة الحالية	(05 د)	14	التطرق للإشكالات التي بقت عالقة والنقاط الغامضة .
العمل على مسائل الجلسة	(40 د)		مراجعة مختلف التقنيات والفنيات .
التغذية الراجعة والملخص العام	(20 د)		ومراجعة محصلات حصص التوجيه الأبوي .
تكوين الواجب المنزلي	(05 د)		الإشارة لقرب نهاية العملية العلاجية ، والعمل على إعداد الأفراد لذلك . تقديم واجب مفتوح يتناول الرؤية العامة حول التوجيه الأبوي (مساوئه وإيجابياته) .

جلسة الإرشاد الأبوي الخامسة عشر :

بناء الجلسة	المدة	الأدوات	الإجراءات
<p>الترحيب والتمهيد للجلسة ملخص الجلسة السابقة مناقشة الواجب السابق عرض لأهداف الجلسة الحالية العمل على مسائل الجلسة التغذية الراجعة والملخص العام تكوين الواجب المنزلي</p>	<p>(05 د) (05 د) (10 د) (05 د) (40 د) (20 د) (05 د)</p>	<p>المقابلة الحرة</p>	<p>فتح النقاش وخلق جو من الديناميكية بهدف : التأكد من مدى تحكم أعضاء المجموعة في الفنيات والتقنيات المقدمة . التركيز على أهمية المواصلة في ممارستها للحفاظ على ما تحقق من العملية الإرشادية والعلاجية والاستفادة منها في الحياة اليومية . شكر الجميع على المجهودات والالتزام وتوديع الكل ، وإنهاء العلاج.</p>

الفصل السابع :

منهجية البحث واجراءات الدراسة

I. منهجية البحث

1. منهج الدراسة
 2. مجتمع البحث و عينة الدراسة
 3. الأدوات المستخدمة في الدراسة
- A. المقاييس السيكومترية والإكلينيكية

➤ تقديم المقاييس السيكومترية

- ◇ مقياس الاكتئاب للأطفال لكوفكس 1982
- ◇ مقياس القلق لسيلبرجر STAI c/ STAI Y
- ◇ مقياس تقدير السلوك للأطفال لبيركس
- ◇ قائمة الاكتئاب الثانية لأرون بيك

➤ تقديم المقاييس الإكلينيكية

- ◇ المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الوالدين
- ◇ المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الأطفال
- ◇ شبكة المعلومات الإكلينيكية للأطفال
- ◇ شبكة المعلومات الإكلينيكية الخاصة بأم الطفل
- ◇ استمارات وجداول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي

B. البرنامج التكفلي

C. برتوكول الإرشاد الأبوي

II. إجراءات الدراسة

أولا : الدراسة الاستطلاعية

1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية
2. مجتمع البحث ومواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية
3. مكان و زمان إجراء الدراسة الاستطلاعية
4. ظروف إجراء الدراسة

ثانيا : الدراسة الأساسية

1. الهدف من إجراء الدراسة الأساسية
2. مجتمع البحث ومواصفات عينة الدراسة الأساسية
3. مكان و زمان إجراء الدراسة الأساسية
4. ظروف إجراء الدراسة
5. دراسة الحالات

■ تقديم الحالات

■ إجراءات التقييم ، التشخيص ، التدخل والمتابعة

- التقييم الأولي
- تطبيق البرنامج العلاجي والتوجيه الأبوي
- التقييم البعدي
- المتابعة

تمهيد : تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات الإكلينيكية التجريبية ، نظر لاهتمامها بالتعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي في التكفل النفسي باضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال ، وتحسين المعاش النفسي للآباء من خلال الإرشاد الأبوي (التوجيه الأبوي). حيث نهدف عن طريق هذا التكفل المعرفي السلوكي إلى إحداث انخفاض في أعراض هذه الاضطرابات (أعراض PTSD) ، وحدة الاكتئاب والقلق لدى الأطفال ، وذلك بتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية ، وخفض الأفكار اللاعقلانية ومفهوم اليأس لديهم ، وفي إحداث تحسن في المعاش النفسي وخفض حدة القلق والاكتئاب عن د الآباء ، وذلك من خلال الاستراتيجيات النفس تربوية والشروحات والتفسيرات المقدمة خلال الجلسات ، ومن خلال إدماج الآباء في العملية العلاجية.

حيث استخدم في تنفيذ هذا البحث " مخطط المجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي ، ويمثل هذا المخطط كما يلي :

قياس قبلي ← تكفل نفسي وتوجيه أبوي ← قياس بعدي ← متابعة

ويحكم على تأثير المعالجة بموجب التغير في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل طريقة على حدة " .¹

منهجية البحث

منهجية البحث :

يشير مفهوم منهجية البحث بشكل عام ، إلى مجموع القواعد والخطوات والإجراءات المنظمة التي يعتمدها الباحث في عملية البحث ، للتوصل إلى فهم موضوع دراسته وفي تفسير الظاهرة المدروسة بشكل علمي .

1. منهج الدراسة :

" يرى مودي moody إن المنهج العلمي هو تحديد وصيانة المشكلات العلمية ، وتقديم الفرضيات واقتراح الحلول وجمع المعلومات وتنظيمها ، ثم استخلاص النتائج والتأكد من مدى ملائمتها للفروض المبدئية . " ¹

وانطلاقاً من هذا فالمنهج العلمي يتحدد من خلال طبيعة وأهداف الدراسة وفروضها ، حيث استلزمت طبيعة البحث وأهدافه العلاجية استخدام المنهج الإكلينيكي التجريبي ، وأسنفيد من تكامل كل منهما مع الآخر في دراسة اضطراب الصدمة .

" فالمنهج الإكلينيكي معني بالبحث عن معني الاضطراب وأساسه ومنشئه ، وإظهار الصراع الذي أدى إليه والإجراءات الهادفة لحل هذا الصراع ، أي يعنى بشكل أساسي بدراسة الحالات دراسة عميقة ، والتي تشكل كل حالة منها شخصاً بأكمله يقصد فهمه وعلاجه . " ²

كما يرى لاقاش أن المنهج العيادي "هو تناول للسيرة في منظورها الخاص، إضافة للتعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة ، محاولاً بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها وتكوينها . لئما يكشف عن الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد التي تهدف لتجاوزها . " ³

1 - عمار بوحوش وآخرون ، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1995 ، ص 14 .
2 - سعد علي ، علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق ، سوريا ، 1994 ، ص 59 .
3 - رقيقة بلهوشات ، مرجع سابق ، ص 171.

يهدف هذا المنهج أيضا إلى فحص الفرد والتعرف على خصوصياته وسيره النفسي في كليته . كما يؤكد ر. بيرون في قوله " : إن المنهج العيادي هو طريقة معرفة السير النفسي الخاص بكل فرد ، وتهدف إلى تشكيل الحوادث السيكولوجية في بنى معرفية أين يكون الفرد منبعها." ¹

وعلى هذا الأساس ففي هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي ، من خلال المنحى التشخيصي العلاجي ، الذي يهدف إلى تحديد جوانب القوة والضعف عند الحالات ، وتصميم التقنيات والأساليب العلاجية والإرشادية ، وعلى أساس البيانات التشخيصية يجرى تقييم فعالية التكفل النفسي قياسا إلى درجة التعافي أو التحسن في الحالات موضوع العلاج (الأطفال) والتوجيه (الآباء) ، وتقييم عملية التقدم على نحو مستمر ، يتبع العملية العلاجية والإرشادية .

2. مجتمع البحث و عينة الدراسة :

يمثل مجتمع البحث كل الأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية شديدة ، يحتمل أن يكونوا اضطرابات ما بعد الصدمة من المجتمع الجزائري ، أما عينة الدراسة ف تم اختيارها بشكل عرضي من مختلف الجنسين ، مأخوذة بصفة عشوائية من مجتمع البحث .

" فالعينة العشوائية والمستقلة تسحب من فئة مناسبة أو متوافرة ، وهي تختلف عن باقي العينات ، من حيث أنها ليست أفضل الفئات ، بل هي أكثرها توافرا " . ²

و نظرا لصعوبة تحديد أفراد المجتمع الأصلي ، مما حال دون اخذ عينة عشوائية منهم تمثلهم ، عمدت إلى العينة القصدية : " أي اختيار عينة الدراسة اختيارا حرا ، من خلال توافر البيانات اللازمة في أفراد هذه العينة " . ³

حيث تم اختيار العينة من الأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية التي استطعت إيجادها في الميدان ، والذين تتوافر فيهم البيانات اللازمة للدراسة ، المحددة في شروط انتقاء العينة .

1 - رفيقة بلهوشات ، نفس المرجع ، نفس الصفحة .

2- حمصي أنطوان ، مرجع سابق ، ص 119 .

3 - رجاء وحيد دويدري ، مرجع سابق ، ص 315 .

3. الأدوات المستخدمة في الدراسة :

وكل بحث ، فقد اعتمدت في انجاز هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات السيكومترية والإكلينيكية ، التي تدرج ضمن أدوات المنهج العيادي وتخدم الدراسة ، إضافة إلى البرنامج المعرفي السلوكي الموجه للأطفال ، وبروتوكول التوجيه الموجه للآباء ، وفي ما يلي تقديم لهذه الأدوات ووصفها ، والتطرق لخصائصها السيكومترية وكيفية استخداماتها :

3.1. تقديم المقاييس :

F. أولاً : تقديم المقاييس السيكومترية

1. مقياس الاكتئاب للأطفال لكوفكس 1982 (ت : غريب عبد الفتاح) :

أعدت هذا المقياس في الأصل "ماريا كوفكس" للاستخدام في البيئة الأمريكية " ، إذ يعتبر هذا المقياس (CDI ; Kovacs, 1982) أفضل أداة متاحة حالياً لقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال (Goldstein & Hersen, 1984; Kazdin, 1981)¹.

اشتق هذا المقياس من مقياس بيك (Beck) للاكتئاب بعد تعديل العبارات بما يناسب سن الصغار بين (07 - 18) سنة ، ويعتبر كازدين (Kazdin) هذا المقياس من أكثر أساليب التقدير الذاتي شهرة واستعمالاً في تشخيص الاكتئاب ، كما استخدمه الباحثون في اختبارات الصدق لمقاييس اكتئاب أخرى لتمييزه بخصائص سيكومترية دقيقة.

وقام " غريب عبد الفتاح 1988 بإعداده وتقنيته ، وإعداد معايير له حتى أصبح صالحاً للاستخدام مع الصغار في البيئة المصرية ، وقامت "ريما غيشان 1994" بتعديله وتقنيته ليناسب البيئة الأردنية ، وقامت الباحثة بكيري نجية بتقنيته على البيئة الجزائرية².

وصف المقياس : يتألف المقياس الأصلي من (27) فقرة تمثل : الحزن ، الهموم ، التشاؤمية ، لوم الذات ، نوبات البكاء ، سرعة الانزعاج ، التردد ، التشاؤم ، كراهية الذات ، تخيلات انتحارية ، التصور السلبي للجسم ، الشعور بعدم الحب مع الآخرين ، سوء التصرف ، انخفاض

1-Karine greniercomme, l'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant, mémoire présenté à l'université du Québec a Trois-Rivières, exigence partielle de la maîtrise en psychologie, mars 2000, p 56.

2- بكيري نجبية ، مرجع سابق ، ص 289 .

الاهتمامات الاجتماعية ، التمرد ، قلق حول وظائف البدن ، الإحساس بالوحدة ، الافتقار للأصدقاء ، الإحساس بالفشل ، انخفاض في الدافعية للعمل ، تدهور الأداء المدرسي ، الانتقاص من الذات . وكل فقرة من فقرات المقياس تتألف من ثلاث عبارات ، يختار الطفل العبارة التي تصف حاله في الأسبوعين الماضيين (الملحق رقم 01) .

ولقد رتبت هذه العبارات في الفقرات وفقاً لشدة العرض ، حيث تتراوح من أعراض خفيفة إلى أعراض شديدة ، وتأخذ كل عبارة قيمة بين (0 - 2) وذلك حسب زيادة شدة العرض ، حيث وضعت الفقرات بشكل مبسط ، يمكن ل لأطفال ابتداء من (07) سنوات الإجابة عليها ، ويتم الحصول على الدرجة الكلية للطفل على المقياس بأخذ مجموع الفقرات والتي تتراوح ما بين (0 - 54) درجة. إذ اعتبرت كوفكس ، الدرجة التي تميز بين الأسوياء والمكتئبين هي (12) ¹.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

الصدق : بدعم من العديد من الدراسات (Kovacs 1978 tiré de St-Laurent, 1990) أشارت إلى وجود علاقة قوية (معامل ارتباط) (0.59) بين هذه القائمة ومقياس تقدير الذات ، كما لاحظوا أيضاً على وجود علاقة إيجابية (0.65) بينها وبين مقياس القلق.

كما أشارت نتائج دراسات سيلور ورفاقه " Saylor, Et.al " التي صممت لتحديد الخصائص السيكومترية لمقياس اكتئاب الأطفال لكوفكس ، إلى صدق الأداة على مجموعة (294) تلميذاً و (269) طفلاً من المرضى النفسيين في المستشفيات. وتم كذلك التأكد من صدق المقياس عن طريق فحص العلاقة بين تقدير المراهقين والأطفال لاكتئابهم على قائمة (CDI) ، وبين تقدير والديهم على نفس المقياس، كما تبين أن هناك علاقة سلبية عالية بين مقياس تقدير الذات والاكتئاب ².

وقد تم التأكد من صدق المقياس في البيئة الجزائرية في دراسة الباحثة بكيري نجية ، من خلال الصدق التلازمي مع مقياس الروشاخ لبقع الحبر ، واستخدمت مجموعة من (38) فرداً وكان معامل الارتباط بين المقياسين (0,78) ، وهو معامل دال عند مستوى دلالة 0,01 ³.

ب- الثبات : أما بالنسبة لدالات ثبات المقياس الأصلي ، فقد أظهرت الدراسات نتائج متعددة ،

1- بكيري نجية ، مرجع سابق ، ص 290 .

2 -Karine greniercomme, op cite, p 58

3- بكيري نجية ، مرجع سابق ، ص 291 .

حيث أشارت كوفكس 1982 إلى وجود معامل ثبات عالٍ مقداره (0.82)، بإعادة الاختبار بعد فاصل زمني بلغ (04) أسابيع، على عينة مكونة من (29) طفلاً من مرضى السكري. كما أشارت إلى وجود معامل ثبات مقداره (0.84) أيضاً، بإعادة الاختبار بعد فاصل زمني مقداره (09) أسابيع، على عينة من (90) تلميذاً كندياً من أطفال المدارس.¹

و تم التحقق من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية في دراسة بكيري نجيّة من خلال إعادة التطبيق بعد فاصل زمني 15 يوم، في مجموعة من (38) فرداً، وكان معامل الثبات 0,98، وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01)، وكذلك من خلال التجزئة النصفية (معامل سييرمان)، حيث استخدمت مجموعة من (20) فرد وكان معامل الثبات 0,80 وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).²

استخدام المقياس:

- تحديد زمن يتراوح بين (05-10 د) للتطبيق الكتابي ونصف ساعة للتطبيق الشفهي .
- يقوم الفاحص بقراءة العبارة أمام المفحوص ويسجل ما اختاره المفحوص .
- تحديد العبارة التي تصف حالة شعور الطفل خلال الأسبوع الماضي واليوم الحالي .
- التأكد من العبارة التي اختارها الطفل بإعطائه فرصة التعبير بنفسه عن خياره .
- يجوز استخدام التطبيق الكتابي والشفهي وذلك على حسب حالة الطفل وسنه .
- عدم ترك أي بند دون إجابة، واستخدام الانطباع الأول للإجابة في حالة الترددية .
- استخدام التقدير الأعلى لحساب الدرجة في حالة اختيار المفحوص أكثر من عبارة واحدة.
- تحدد الدرجات الفاصلة لدى الأطفال حسب الجدول التالي :

الجدول رقم (04) يوضح درجات الاكتئاب

الدرجة	الحالة
من 00 إلى 12	غير مكتئب
من 12 إلى 15	اكتئاب خفيف
من 16 فما فوق	اكتئاب شديد

1 -Karine greniercomme, op cite, p58.

2 - بكيري نجية، نفس المرجع، ص 292.

2. مقاييس القلق (حالة - سمة) لسيلبرجر :

قام بإعداد قوائم حالة وسمة القلق كل من "سيلبرجر" و "جوستسن" SPIELBERGER et " 1970 GORSURCHUSENE" وأطلقوا على هذه القوائم "استفتاء تحليل الذات".¹

الخلفية النظرية لمقاييس القلق المعتمدة في الدراسة : يعد القلق من السمات الهامة المتأصلة في الشخصية ، حيث انه شغل حيزاً كبيراً من اهتمام الباحثين إذ ظهرت نظريات متعددة تسعى إلى تفسير ظاهرة القلق والكشف عن طبيعتها . وتنبع نظرية سيلبرجر للقلق له مفهومان :

حالة القلق STATE : حالة انفعالية طارئة ومؤقتة لدى الإنسان ، تختلف من حيث الشدة وتتذبذب من وقت لآخر ، فهو موقفي بطبيعته أي يرتبط بموقف أو ظرف معين ضاغط يتعرض له الفرد، وتزداد شدة حالة القلق لدى الفرد في المواقف التي ترتبط فيها مع غيره.

سمة القلق TRAIT: بوصفه سمة ثابتة نسبياً للشخصية البشرية ، ولكن يتفاوت الأفراد بدرجة امتلاكهم لها ، أي إنها نزوع أو استعداد سلوكي مكتسب لدى الفرد ، يعتمد على خبرته السابقة في تكوين ميله للاستجابة الثابتة نحو مشيرات معينة .²

حيث تعد مقاييس القلق (حالة - سمة) الامتداد الطبيعي لنظرية حالة وسمة القلق والتعبير المباشر عنها بلغة القياس . وقد بدأ العمل في اعداد هذه المقاييس من قبل سيلبرجر وزملائه جورست ، لوشين عام 1964، وتعرف بالإنكليزية باسم *inventory. state - trait anxiety* .

1. مقياس القلق للكبار لسيلبرجر STAI Y (ت : امطانيوس مختايل) :

يستخدم هذا الاختبار لدراسة القلق لدى البالغين الأسوياء منهم والمرضى ، إذ يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس تقديراً للقلق ، وأوسعها استخداماً في البحث العلمي والممارسة العيادي ، لأنه يتصرف بجميع الخصائص السيكوم بنية للمقياس الجيد ، سواء عند وضعه وتقنينه أول مرة ، أو من خلال ترجمته و إعداده في مختلف البيئات العربية.

حيث كانت بداية إعداده من طرف سيلبرجر وزملائه سنة 1964 وظهرت النسخة الأولى الصورة (X) سنة 1970 ويرمز لها اختصاراً بـ STAI X وتتكون من (40) عبارة وقام عبد

1- بغيحة الياس ، استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية الكوبين وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركياً ، دراسة لنيل شهادة ماجستير علم النفس الاجتماعي ، جامعة الجزائر ، 2006/2005 ، ص 233.

2- امطانيوس مختايل ، دراسة لمقياس القلق بوصفه حالة سمة على عينات من طلبة الجامعات السورية ، جامعة بيروت ، 2003 ، ص 17

الرفيق أحمد البحيري بإعداده وترجمته إلى اللغة العربية ، وتكييفه في البيئة المصرية سنة 1984 ، وأطلق عليها اسم " اختبار القلق حالة وسمة للكبار 1.

وظهرت الصورة (Y) لهذا المقياس عام 1983 ، وهي صورة معدلة للقائمة الأولى والأحدث ، ويرمز لها اختصاراً بالرمز STAI Y ، وتتكون أيضاً من (40) عبارة . وقام أحمد عبد الخالق بإعداده وترجمته إلى اللغة العربية وتكييفها في البيئة المصرية سنة 1989 ، كما قام امطانيوس مخائيل بترجمتها وتكييفها في البيئة السورية سنة 2003 . وظهرت في صور معدلة ومكيفة من ثلاثين لغة ، وهذا لأغراض البحث والتشخيص والممارسة العيادية ، والمقارنة ضمن الثقافات والقوميات المختلفة ، وكان هدف وضع الصورة المعدلة (Y) هو :

- تطوير مقياس أكثر نقاء للقلق من المقياس (الصورة X) .
- التشخيص التمييزي الدقيق لحالات اضطرابات القلق عن حالات الاكتئاب .
- تحسين الخصائص السيكومترية من خلال استبدال 30% من عبارات (الصورة X) إلى (الصورة Y) التي أظهرت الدراسات أنها ضعيفة من الناحية السيكومترية .
- تحسين البنية العاملية لمقياس سمة القلق ، بتحقيق التوازن بين العبارات التي تشير إلى وجود السمة ، وبين التي لا تشير إلى وجودها ، من خلال تخصيص عشر عبارات للدلالة على وجود القلق ، وعشر عبارات أخرى للدلالة على عدم وجوده.
- وهناك قائمة بالمراجع والبحوث وضعها سيلبرجر ، والتي تشير أكثر من 3300 دراسة ومراجعة نشرت حول المقياس الصورة Y أو استعملته منذ عام 1989 .²

وصف المقياس : يتألف مقياس القلق (حالة - سمة) للكبار من مقياسين فرعيين اثنين ، يعتمدان أسلوب التقرير الذاتي : مقياس حالة القلق S. anxiety scale ومقياس سمة القلق T. anxiety scale . وتتكون القائمة ككل من (40) عبارة ، وهي متنوعة بين العبارات السالبة والموجبة ، حيث يتكون مقياس حالة القلق من عشرين عبارة تقريرية تستهدف تقدير مشاعر المبحوث في الظرف الراهن أو في هذه اللحظة بالذات . كما يتضمن مقياس سمة القلق عشرين عبارة تقريرية أيضاً تستهدف تقدير مشاعر المبحوث بشكل عام.³

1- امطانيوس ميخائيل ، مرجع سابق ، ص 16.

2- امطانيوس ميخائيل ، مرجع سابق ، ص 18.

3- محذب رزيقة ، الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس وعلاقته بظهور القلق ، رسالة لنيل شهادة ماجستير علم النفس المدرسي ، جامعة مولود معمري ، تيزي وزو ، 2010/2011 ، ص 147 .

حيث أن عبارات كل من المقياسين مصاغة ايجابية في 10 منها وسلبية في عشرة 10 أخرى ، تقابلها 04 إجابات تحدد درجة القلق . ويتم تصحيح كل مقياس على حد ا بالسلم الوباعي (طريقة ليكرت) ، حيث يقابل كل عبارة أربعة 04 إجابات تحدد درجة القلق ، و توتب لثالثي:

- في قلق حالة (مطلقا، قليلا، أحيانا، كثيرا) .
- في قلق سمة (مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما) .¹

وانسجاما مع التعريف الخاص بمفهوم حالة القلق ، فان السمات أو الجوانب الأساسية التي يتناولها مقياس حالة القلق هي : مشاعر التخوف أو التوجس apprehension ، التوتر tension ، العصبية nervousness والهم أو الضيق worry . وقد تبين أن هذا المقياس مؤشر حساس للتغيرات في القلق العارض أو المؤقت transitory anxiety ، الذي يتبع رض له العميل ، كما استعمل هذا المقياس على نطاق واسع لتقدير مستوى حالة ال قلق في المواقف الضاغطة ، وبالمقابل فان مقياس سمة القلق يقيس الفروق الفردية الثابتة نسبيا في القلق . وقد استعمل هذا المقياس على نطاق واسع لتقدير القلق لحالات المرض الجسمي النفسي وحالات المرضى النفسي ، كما أثبت هذا المقياس جدواه في تحديد الأشخاص ذوي المستويات ال عليا من القلق العصابي (Speilberger 1983).²

كيفية تطبيق المقياس : صمم اختبار حالة وسمة القلق ليطبق بطريقة فردية أو جماعية ، ويقدم للمفحوص على انه استبيان للتقدير الذاتي ، وعادة ما يقرأ الفاحص التعليمات بصوت عال . حيث يطبق مقياس قلق حالة أولا لأنه حساس ، ويمكن أن تتأثر درجاته بالحالة الانفعالية إذا سبق بمقياس قلق سمة ، وإذا أثبتت أسئلة من نوع خاص أثناء التطبيق ، يفضل أن لا يسمح بتغييرات معينة ، بل يوضح المفحوص بالإجابة حسب ما يشعر به عامة ، أو وفقا لما يشعر به في وقت معين ، ويجب المفحوص على كل عبارة من عبارات المقياس بوضع علامة (X) أمام احد الاحتمالات الأربعة المتفاوتة في الشدة .³

طريقة تصحيح المقياس:⁴ تتراوح درجات الاختبار ما بين (20-80) لكل صورة يجيب

1- امنطانيوس ميخائيل ، مرجع سابق ، ص 18.

2- محذب رزيقة ، نفس المرجع ، ص 148.

3- عبد الرقيب أحمد البحيري ، اختبار القلق حالة وسمة للكبار ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، 1984 ، ص 10.

4- محذب رزيقة ، مرجع سابق ، ص 148.

المفحوص على المقياس بوضع إشارة (X) على النقاط الأربعة المتواجدة أمام العبارات كالتالي:

- مقياس قلق حالة : لشئها - أحيانا - قليلا - مطلقا .

- مقياس قلق سمة : دائما - غالبا - أحيانا - مطلق .

تنقط العبارات السلبية من (1-4) والموجبة من (4-1) كما في الجدول (05) و (06) :

جدول رقم (05) : يوضح مفتاح تصحيح مقياس حالة القلق						
العبارات	المجموع	أرقامها	مطلقا	قليلا	أحيانا	كثيرا
السلبية	10	3 ، 4 ، 6 ، 7 ، 9 ، 12 ، 13 ، 14 ، 17 ، 18	1	2	3	4
الإيجابية	10	1 ، 2 ، 5 ، 8 ، 10 ، 11 ، 15 ، 16 ، 19 ، 20	4	3	2	1

جدول رقم (06) : يوضح مفتاح تصحيح مقياس سمة القلق						
العبارات	المجموع	أرقامها	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما
السلبية	11	29 ، 28 ، 25 ، 24 ، 22 ، 40 ، 38 ، 37 ، 35 ، 32 ، 31	1	2	3	4
الإيجابية	9	33 - 30 - 27 - 26 - 23 - 21 - 39 - 36 - 34	4	3	2	1

جدول رقم (07) : يوضح مستويات القلق

الدرجة	مستويات القلق	الفرق
20	دون قلق	1
40 - 21	قلق طبيعي	2
60 - 41	قلق فوق المتوسط	3
80 - 61	قلق شديد	4

حيث نرى من خلال هذا الجدول أن الدرجة 40 هي الدرجة الفاصلة بين الأسوياء

والمضطربين بالقلق ، فالحصول على مستوى اقل من ذلك يعبر عن قلق طبيعي أما الحصول

على مستوى اكبر من 40 درجة فهذا يعبر عن قلق مرضي .

الخصائص السيكومترية للمقياس¹:

بالنسبة للخصائص السيكومترية في التقنين الأصلي للمقياس (الصورة (Y) قنن مقياس القلق

في صورته الأصلية الأخيرة (STAI Y) على عينات من أبناء الشعب الأمريكي ، تضمنت

1833 فردا من العمال الواشدين (1378 ذكور و 451 إناث) ، و855 طالبا (324 ذكور

و531 إناث) ، و424 طالبا من طلاب المرحلة الثانوية (202 ذكور و 224 إناث) ، و1964

من المجندين العسكريين (1893 ذكور و 71 إناث) وفي ما يلي نتائج الصدق و الثبات:

1- امنطانيوس ميخائيل ، مرجع سابق ، ص 19.

الثبات: تم دراسة الثبات خلال إعداد وتفنين الاختبار من خلال طريقة إعادة الاختبار بفواصل زمنية مختلفة ، وأعطى معاملات استقرار مرتفعة ومقاربة إلى حد ما لمقياس سمّة القلق . إذ تراوحت معاملات الاستقرار له ذا المقياس من 0.73 إلى 0.86 ، في حين كانت معاملات الثبات المحسوبة بالطريقة نفسها لمقياس حالة القلق لدى العينة السابقة نفسها منخفضة نسبياً ، من 0.16 إلى 0.62 ، وهذا دلالة على أن سمّة القلق تتطوي على قدر من الرسوخ والاستقرار في الشخصية. أما بطريقة الاتساق الداخلى باستخدام معادلة ألفا كرونباخ ، فقد أعطت معاملات ثبات مرتفعة سواء أكان لمقياس حالة القلق أم لمقياس سمّة القلق ، إذ تراوحت معاملات الثبات لمقياس حالة القلق من 0.86 إلى 0.95 ، ولمقياس سمّة القلق من 0.89 إلى 0.91 مما يشير إلى أن المقياسين القلق حالة وسمّة على درجة من الاتساق الداخلى.

الصدق: تم دراسة صدق المقياس من خلال مجموعة من الطرق ، حيث اعتمد على المجموعة المتضادة في دراسة الصدق البنوي لمقياس سمّة القلق ، وارتكز على مقارنة متوسطات الدرجات التي حصل عليها مجموع وعات من الأشخاص المرضى ومجموعة الأشخاص العاديين ، وأظهرت المعاملات أن المقياس يقي بوضوح بينهم . أما بالنسبة للصدق البنوي لمقياس حالة القلق ، فقد تم مقارنة درجات عدد من الأفراد على هذا المقياس قبل خضوعهم للعمل الجراحي وبعده ، هذا بالإضافة إلى مقارنة درجات عدد من العسكريين المجندين طبق عليهم مقياس حالة القلق بعد إخضاعهم مباشرة لبرامج تدريبية مجهدة للغاية بدرجات مجموعة من طلبة الكليات والمدارس الثانوية ، كما أن الترابطات التي أعطاها مقياس حالة القلق مع مقياس سمّة القلق ، لدى عينات من العمال الراشدين والطلبة والعسكريين المجندين ، والتي بلغ متوسطها 0.65 يمكن أن تقدم دعماً إضافياً للصدق البنوي للمقياس ، وتتنبأ بترابطات عالية بين حالة القلق وسمّة القلق في مواقف معينة ، وترابطات متدنية إلى حد ما في مواقف أخرى. (Speilberger 1983).

كما تم دراسة الصدق التلازمي لمقياس سمّة القلق ، من خلال حساب الترابطات التي أعطاها هذا المقياس مع مقاييس أخرى تقيس السمّة ذاتها ، وهي مقياس القلق لكاتل وشير (Cattel & Scheier, 1963 IPAT) ومقياس تايلر للقلق الصريح (TMAS 1953) ، وقد كانت الترابطات المحسوبة بين مقياس القلق وسمّة و PATI و TMAS مرتفعة نسبياً ، وتراوحت من

0.73 إلى 0.85 ، مما يشير إلى أن هذه المقاييس الثلاثة تتناول خاصية واحدة أو بعدا واحدا.

أما فيما يخص البيئة العربية ، فقد قام امطانيوس مخائيل 2003 في النسخة المعتمدة في الدراسة (ملحق رقم 02) ، التي أعدها وقننها على البيئة السورية ، تم دراسة الثبات بطريقة الإعادة على عينة مكونة من 36 طالب و 47 طالبة بعدة مدة 17 يوم ، حيث بلغ معامل الثبات 0.58 لدى الذكور و 0.51 لدى الإناث لمقياس حالة القلق ، وهي معاملات أظهرت هبوط يرجع ذلك حسب نظرية سبيلبرجر إلى حالة القلق التي تعتبر حالة انفعالية مؤقتة و 0.79 لدى الذكور و 0.81 لدى الإناث لمقياس سمة القلق وهي معاملات عالية دلالة على ثبات المقياس .

أما حساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرومباخ على عينة التقنين الكلية التي بلغت 669 طالب وطالبة من الجامعات السورية ، حيث بلغت معاملات الثبات 0.89 للذكور و 0.86 للإناث لمقياس حالة القلق ، و 0.88 للذكور و 0.90 للإناث لمقياس سمة القلق أي أن كل عبارة من العبارات 20 في كل مقياس متسقة مع المقياس ككل .

كما تم في هذه الدراسة حساب الثبات بالتجزئة النصفية ، حيث قسمت العبارات من 1 إلى 10 ومن 11 إلى 20 ، وكان معامل الترابط بين النصفين 0.91 بالنسبة للذكور و 0.90 بالنسبة للإناث في مقياس حالة القلق ، و 0.86 لدى الذكور و 0.89 لدى الإناث في مقياس سمة القلق ، وتشير هذه العوامل إلى أن كلا المقياسين على درجة عالية من الثبات .

أما حساب ثبات الاتساق فقد تم من خلال طريقة التجزئة النصفية ، بتطبيق معادلة سبيرم ان براون بين مجموع درجات العبارات الفردية والتي يبلغ عددها عشرة (10) ، ودرجات العبارات الزوجية والتي يبلغ عددها عشرة (10) لكل من ا لمقياسين : (القلق حالة) و (القلق سمة) وكان معامل الثبات بين نصفي مقياس القلق حالة يساوي 0.88 ، وتشير ه ذه الدرجة إلى أن المقياس في صورته الأولى يتميز بمعامل ثبات عال جدا ، ومعامل ال ثبات بين نصفي مقياس القلق سمة يساوي 0.96 ، وتشير هذا إلى أن المقياس في صورة 2 يتميز بمعامل ثبات عال.

أما الصدق فقد قنن في البيئة السورية بطرق مختلفة ، وذلك من خلال الصدق التلازمي مع الصورة المعربة x التي أعدها الرقيب احمد البحيري 1984 على عينة 52 طالب ، وبلغت معاملات الارتباط 0.69 لمقياس حالة القلق و 0.77 لمقياس سمة القلق ، وهي دالة إحصائيا .

وأیضا من خلال الترابط مع قائمة أيزنك للعصابية في عينة 37 طالب ، وكان معامل الترابط

0.70 لمقياس حالة القلق و 0.71 لمقياس سمة القلق ، وهي معاملات دالة إحصائياً .

ومن خلال الصدق البنيوي لهذه الصورة على طريقة المجموعات المتضادة (الموظفين ، المتقاعدين والسجناء) ، وبلغت قيمة ت المحسوبة بين الموظفين والسجناء 2.06 ، وكل من المتقاعدين والسجناء من جهة أخرى ، وعدم وجود فروق بين المتقاعدين والسجناء ما يعطي مؤشر لصدقه البنيوي . كما تم حساب الصدق الترابطي مع مقياس MMPI للعربية احمد عنبر 1990 ، على عينة 35 ذكور و 42 إناث . حيث ظهرت معاملات الترابط تعكس صلة المقياس بتشكيلة واسعة من الظواهر النفسية ، وهي مؤشر أولي للصدق التقاربي لمقياس القلق ، حيث أنها تظهر نوع من التقارب بين القلق وبين جوانب ومتغيرات معينة في الشخصية¹ .

أما في دراستنا فقد اعتمدنا على الصدق الظاهري والصدق الذاتي للمقياس حيث عرضنا المقياس على مجموعة من المحكمين من أساتذة من قسم علم النفس بجامعة وهران و ب المركز الجامعي غليزان للتعرف على مدى صلاحية البنود لقياس ما وضع لقياسه ، مدى وضوح العبارات ، ومدى وضوح التعليمات لكل من الصورة الأولى والصورة الثانية ، والقيام بالتعديل الذي يراه المحكم ضروري ولثابت معظم ملاحظات الأساتذة ايجابية أما فيما يخص الصدق الذاتي للمقياس ، قمنا بحسابه بالمعادلة التالية :

$$\text{الصدق الذاتي} = (\sqrt{R}) \text{ الجذر التربيعي لمعامل الثبات (R) .}$$

وكان معامل الصدق الذاتي لمقياس القلق حالة يساوي 0.93 وبالنسبة لمقياس القلق سمة كان معامل الصدق الذاتي يساوي 0.97 وهي معاملات عالية دالة على الصدق الذاتي للمقياس .

2. مقياس القلق للأطفال لسيلبيرجر STAI c (ت : عبد الرقيب أحمد البحيري)

يعتبر مقياس القلق للأطفال STAI C لسيلبيرجر Spielberg أداة فحص رئيسية في البحوث والدراسات الإكلينيكية والتشخيص على حد سواء إذ يمكننا من الكشف المبكر عن الأطفال المضطربين القلقين ، إذ يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس تقديراً للقلق . نقلتها إلى العربية أمينة كاظم ، 1978 و أحمد عبد الخالق ، و عبد الرقيب البحيري 1982.²

- امنطانيوس ميخائيل ، مرجع سابق ، ص 19 1

2- بغيحة الياس ، مرجع سابق ، ص 233.

وصف المقياس وتطبيقه¹: يستهدف هذا المقياس فئة الأطفال من (08-12) ويمكن في بعض الحالات تطبيقه على حالات أقل من ذلك السن ويتكون مقياس (حالة -سمة) القلق للأطفال STAI C من مقياسين فرعيين اثنين هما مقياس سمة القلق . *T. anxiety scale* ومقياس حالة القلق *S anxiety scale* ، يعتمدان أسلوب التقرير الذاتي و يشتمل كل مقياس على 20 بند وتتكون القائمة من (40) عبارة ، وهي متنوعة بين العبارات السالبة والموجبة ، إذ يركز هذا المقياس على نفس الخلفية النظرية لمقياس سمة -حالة القلق للكبار *STAI Y* لسبيلبيرجر (ملحق رقم 03) .

تطبيق المقياس : يطبق هذا المقياس بطريقة فردية أو جماعية ، ويقدم للمفحوص على أنه استبيان للتقدير الذاتي إذ تتم عملية التطبيق وتوجيه تعليمات الاختبار بنفس طريقة تطبيق مقياس القلق للكبار *STAI Y* . ويتم تصحيح كل مقياس على حدا بالسلم الثلاثي من 1 إلى 3 فكل عبارة تقابلها 03 إجابات تحدد درجة القلق ففي مقياس القلق حالة (أبدا ، قليلا ، كثيرا) وفي مقياس القلق سمة (أبدا ، أحيانا، دائما) والنتيجة الإجمالية لكل مقياس ما بين 20 و 60 . وتعتبر الدرجة 34 الحد الفاصل بين الأسوياء والمضطربين ويطبق خلال مدة 15 د .

الخصائص السيكومترية للمقياس :

الثبات : بالنسبة للتقنين الأصلي للمقياس تم تقييم الثبات من خلال الاتساق الداخلي على عينة 246 أطفال من المدارس. وكانت معاملات الثبات ألفا كرونباخ عالية في كل من المقياسين (حالة - سمة) إذ بلغ معامل ألفا في مقياس لقلق "حالة" 0.87 بالنسبة للإناث و 0.82 للذكور أما في مقياس القلق "سمة" فقد بلغ 0.81 بالنسبة للإناث و 0.78 بالنسبة للذكور وفي نفس العينة تم حساب الثبات من خلال إعادة الاختبار بعد 8 أسابيع ، وكانت معاملات الثبات متوسطة بين 0.46 و 0.61. وقد اهتمت عديد الدراسات بالتعرف على الخصائص ال سيكومترية لمقياس القلق - حالة وسمة - ووفرت أدلة هامة حول ثبات المقياس وصدقه كما قام بإعداده وتقنيته إلى الفرنسية فيلا وآخرون (Vila et al) سنة 1994 إذ تم تقنيته على عينة 288 طفل تتراوح أعمارهم بين 8 و 13 سنة وكانت معاملات ألفا كرونباخ لمقياس القلق "سمة" 0.89 وبالنسبة

1 - Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine - Mars 2004, p 341

لمقياس القلق "حالة" 0.88 هذا بالنسبة للعينة كلها أما في ما يتعلق بالثبات من خلال إعادة الاختبار فقد تراوحت معاملات الثبات بين 0.37 و 0.50 .¹

أما في البيئة العربية فقد وجدت أمينة كاظم في الصورة التي قننتها 1970 قيم ثبات سمة القلق تتراوح بين 0.73 و 0.86 للذكور ، وبين 0.76 و 0.77 للإناث. أما قيم معاملات الثبات لمقياس حالة القلق فقد تراوحت بين 0.33 و 0.54 للذكور وبين 0.16 و 0.31 للإناث.²

الصدق: اعتمد المقياس في صيغته الأمريكية الأصلية على الصدق التلازمي بالنسبة لقائمة سمة القلق وقد استخدم مقياس "تايلور" و "كاتل" و "شاير" كمحركات للصدق التلازمي لمقياس سمة القلق ، وكانت معاملات الارتباط بينهما: 0.75 ، 0.77 ، 0.83 ، وأستخدم صدق المفهوم لقياس صدق قائمة حالة القلق حيث يتسق مفهوم القلق كحالة وقتية متغيرة ، وذلك بقياس قدرة المقياس على التمييز بين مستوى القلق لمجموعة من الأفراد في مواقف مختلفة الشدة .³

وبالنسبة للصدق في البيئة العربية فقد استخدم فاروق عثمان (1993) في قياس صدق قائمة حالة القلق وقائمة سمة القلق طريقة الصدق التلازمي وذلك بإيجاد العلاقة الارتباطية بين صدق مقياس القلق والاعتراب ، وتؤكد النتائج أنه يوجد ارتباط موجب بين حالة القلق والاعتراب (0.43) وسمة القلق والاعتراب (0.56) كلا القيمتين لمعاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 .⁴

3. مقياس تقدير السلوك للأطفال ليركس (ت: يوسف القروي، جلال محمد جرار):

وضع هذا المقياس بيركس سنة 1980 في البيئة الأمريكية حيث يعتبر أداة مناسبة تستخدم في الدراسات العلمية للكشف عن مظاهر وخصائص السلوك ال مضطرب و أنماط ه لدى الأطفال سواء في المدرسة أم في البيت ، إذ يهدف المقياس إلى:

- تحديد أنماط السلوك التي تتميز بين الأطفال ذوي السلوك المضطرب.
- التعرف إلى جوانب شخصية الطفل الذي يظهر السلوك المضطرب.
- الكشف عن التغيرات في أنماط السلوك في فترات زمنية مختلفة.

حيث قام بتطويره وتعريبه كل من يوسف القروي و جلال محمد جرار سنة 1987 ، حيث

1 - Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine – Mars 2004, p 341

2- بغيجة الياس ، مرجع سابق ، ص 236.

3- بغيجة الياس ، نفس المرجع ، ص 237.

4- بغيجة الياس ، نفس المرجع ، نفس الصفحة.

قنن هذا المقياس على عينة عشوائية من الأطفال السعوديين ، في المرحلة الابتدائية والإعدادية العاديين ونوي الإعاقة العقلية البسيطة والشديدة و الشديدة ج.د. مكونة من 525 مفحوصا ، منهم (416) مفحوصا من العاديين ، 138 منهم ذكور و 278 إناث ، موزعون على الفئات العمرية من 06 سنوات إلى ما فوق ، حيث كان عدد المفحوصين المعوقين عقليا (109) منهم (81) معوقا إعاقة بسيطة و(28) معوقا إعاقة شديدة، 81 ذكور و 28 إناث موزعون على فئات عمرية من 05 سنوات ما فوق ، وقد وجدت معاملات عالية من الصدق والثبات .

وصف المقياس: يتألف المقياس من 19 مقياس فرعي ، تتضمن 110 فقرة كلية (ملحق رقم 04) ، حيث تستخدم الفقرات في المقاييس الفرعية كمحكات لتقدير ووصف أنماط السلوك التي لا تتكرر بشكل ملحوظ عند الأطفال العاديين بحيث وزعت الفقرات في كل مقياس فرعي عشوائيا لتجنب الاستجابة النمطية من قبل المقدرين، وفي ما يلي المقاييس الفرعية :

الإفراط في المعارة	انخفاض القدرة العقلية	الإفراط في لوم النفس
الضعف الملاحظ في ضبط	الضعف الأكاديمي	الإفراط في القلق
مشاعر الغضب	ضعف الانتباه	الإنسحابية الزائدة
المبالغة في الشعور بالظلم	الضعف في القدرة على	الاعتمادية الزائدة
العدوانية الزائدة	ضبط النشاط	ضعف قوة الأنا
العناد والمقاومة	ضعف الاتصال بالواقع	ضعف القوة الجسدية
ضعف الانصياع الاج	ضعف الشعور بالهوية	ضعف التأزر الحركي

الخصائص السيكومترية :

1-الثبات : تم استخراج دلالة ثبات المقياس من خلال إعادة التطبيق في عينة ممثلة جزئيا لعينة تطوير المقياس ، بفاصل زمني مدة أسبوعين ، وحسبت معاملات الثبات للدرجات على المقاييس الفرعية وكانت نتائج معاملات الثبات بالإعادة للمقاييس الفرعية كالتالي :

- في عينة الإعاقة العقلية البسيطة تراوحت بين 0.41 و 0.86 وبمتوسط مقداره 0.67.

- في عينة العاديين تراوحت بين 0.04 و 0.83 وبمتوسط مقداره 0.433

- في العينة الكلية تراوحت بين 0.36 و 0.80 وبمتوسط مقداره 0.60 ،

أما نتائج الاتساق الداخلي فقد أشارت إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط ما بين الدرجات

على المقاييس الفرعية في العينة ككل ، كانت دالة ما عدا مقياس القلق.

ب- الصدق: تم توصل لـ 03 أنواع من الصدق للمقياس في صورته المعربة:

الصدق الظاهري : إن الإجراءات التي اتبعت في تطوير الصورة المعربة للمقياس ، كانت كافية للوصول إلى صورة تتمتع بدرجة مقبولة من الصدق الظاهري ، حيث روعي فيها الفقرات بطريقة إجرائية ، وأن تحافظ كل فقرة على الوظيفة التي تقيسها في الصورة الأصلية.

الصدق التمييزي : من خلال كشف الباحثان عن قدرة المقياس على التمييز بين مختلف

مستويات الحالة العقلي، إذ أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي أن لمتغير الحالة العقلية أثرا

دال على جميع المقاييس الفرعية للمقياس ، وباستخدام اختبار شيفيه ، تبين أن جميع المقاييس

الفرعية تتمتع بقدرة على التمييز بين العاديين والمعوقين عقليا. أما عن قدرته على التمييز بين

الفئات التشخيصية (عاديين، ضعاف تحصيل، انطوائيين، عدوانيين) أشارت نتائج تحليل التباين

الأحادي ، أن لمتغير الحالة التشخيصية أثر دال في جميع المقاييس الفرعية .

صدق المحك : توصل إليه الباحثان بحساب معاملات الارتباط بين الدرجات ، على

المقاييس الفرعية والأبعاد المتضمنة في الصورة المعربة من مقياس السلوك التكيفي للجمعية

الأمريكية للتخلف العقلي ، في عينة المعوقين عقليا إعاقه بسيطة . وأشارت النتائج أن نسبة

كبيرة من معاملات الارتباط ذات دلالة في مستوى يقل عن (0.05).

تطبيق المقياس وتصحيحه : يتميز المقياس بسهولة تطبيقه ، إذ يستطيع المعلم أو النفساني

تطبيقه دون أي تدريب خاص ، موجه نحو الأفراد ذوي ألفة وعلاقة بالمفحوص كوالدين أو

المعلمين ، وليس المفحوص ، حيث تقيم الفقرات وفقا لمقياس متدرج من 5 نقاط ، وتستخرج

الدرجة على كل مقياس فرعي بجمع درجاته. ويمكن الحكم أن الطفل يعاني من مشكلة في أي

جانب سلوكي تقيسه المقاييس الفرعية ، من خلال تجاوز متوسط درجاته الدرجة (2) ،

فالدرجة 03 تعبر عن احتمال وجود المشكلة ذا دلالة ، أما الدرجة 04 فتعبر عن احتمال وجود

المشكلة ذا دلالة عالي ، أما حصوله على متوسط مقداره (1) ، يدل على انعدام أنماط السلوك

الذي يتضمنه المقياس ، ومتوسط قدره (2) ، يشير إلى ندرة تلك الأنماط من السلوك .¹

1- مقتبس من يوسف القريوتي - جلال محمد جرار ، مقياس بيركس لتقدير السلوك ، مطبعة مكتب التربية العربي لدول الخليج ، الرياض ، 1987 .

1. قائمة الاكتئاب الثانية لأرون بيك (ت: بشر معمريّة صورة للبيئة الجزائرية):¹

يعتبر آ. بيك، الطبيب النفسي الأمريكي وزملائه ، أول من قام ببناء قائمة لقياس الاكتئاب ، وتعرف باسمه. حيث ظهرت النسخة الأولى منها في أمريكا عام 1961 ، ويرمز لها اختصارا بالرمز B.D.I أي BECK DEPRESSION INVENTORY وقد اس عملت القائمة في حوالي 1000 بحث منذ صدورها إلى غاية 1988 ، وتكونت هذه القائمة من 21 مجموعة . وتتكون كل مجموعة من أربع عبارات تم ترتيبها تدريجيا من انعدام العرض إلى أكثره شدة .

ظهرت الصورة الأولى المعدلة عام 1979 ، ويرمز لها اختصارا بالرمز B.D.I - IA مختصرة للقائمة الأولى ، تتكون من 13 مجموعة من العبارات فقط ، في دراسة من إعداد آ. بيك وآخرون . وبينت هذه الدراسة التي أجريت على النسخة المخ تصرة أنها ترتبط بالنسخة الكاملة الأولى بمعامل ارتباط بلغ 0.96. ، على عينة مخت لطة من المرضى والعاديين بلغ عددها 598 فردا . وتم ترجمة هذه النسخة إلى اللغة العربية في مصر عام 1981 . ثم ظهرت الصورة الثانية للقائمة عام 1996 ، والتي يرمز لها اختصارا بالرمز B.D.I - II ، وتم تعريبها كذلك في مصر عام 2000 من طرف الباحث غريب عبد الفتاح غريب .

إذ تعد قوائم آ. بيك للاكتئاب من أهم وأشهر القوائم لقياس الاكتئاب في الممارسة السيكولوجية في العالم. حيث حضيت هذه القوائم باهتمام كبير على المستوى العالمي ، فنقجت إلى عدة لغات ، واستعملت في البحث والطب النفسي في عدد كبير من البلدان. وكانت مؤشرات صدقها وثباتها مرتفعة ، وتم تقنينها في عدة مجتمعات.

وصف القائمة : تعد قائمة بيك الثانية B.D.I-II لقياس الاكتئاب أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الاكتئاب ، وتتكون من 21 مجموعة لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من 16 سنة. وتتميز هذه القائمة بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM - IV).

1- مستنطب من دراسة بشر معمريّة ، تقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب في البيئة الجزائرية ، مجلة شبكة العلوم النفسية ، العدد 25 ، 2010

حيث تم إجراء تغييرات في هذه القائمة ، سواء عن صورتها الأولى B.D.I سنة 1961 أو في صورتها الأولى المعدلة B.D.I -IA سنة 1979 ، كما وضع لكل بند من بنود القائمة الـ 21 عنوان فرعى يشير إلى العرض الذي تقيسه البنود لجعل المفحوص يركز انتباهه على ذلك العرض وتقيس القائمة الأعراض التالية :

فقدان الطاقة.	نقد الذات.	الخزن
تغيران في نمط النوم	الأفكار الانتحارية.	الشقاوم
القابلية للغضب أو الانزعاج	البكاء.	الفشل السريع.
تغيرات في الشهية.	التهيج والاستثارة.	فقدان الاستمتاع.
صعوبة التركيز.	فقدان الاهتمام و الانسحاب.	مشاعر الإثم.
الإرهاق أو الإجهاد.	التردد في اتخاذ القرارات.	مشاعر العقاب.
فقدان الاهتمام بالجنس	. انعدام القيمة.	عدم حب الذات.

الخصائص السيكومترية لل قائمة : أولا : الصدق : ت مت دراسة صدق قائمة بيك الثانية

للاكتئاب بعدة طرق ، وفيما يلي تلخيصا لما جاء في الدراسات :

- صدق المحتوى : يذكر بيك وزملاؤه Beck & al 1996 أن صدق المحتوى للقائمة

الثانية لقياس الاكتئاب يتم التعرف عليه من اجل التأكد من طبيعة بناء القائمة وصياغة بنودها.

وأیضا التأكد من الغرض التي تم بناء القائمة من أجله ، وهو تقييم أعراض الاكتئاب كما هي

مقررة في محك اضطرابات الاكتئاب بالدليل الإحصائي والتشخيصي ص ي الرابع ، وتمت إعادة

صياغة بنود القائمة الأولى المعدلة 1979 ، وأضيفت إليها بنود أخرى لتحقيق الغرض .

- صدق التكوين الفرضي (المفهوم) : يحسب صدق التكوين لفوضي من خلال الصدق

التعارضی أو عن طريق الصدق الاتفاقي وقد طبق بيك وزملاؤه Beck & al سنة 1996

قائمة الاكتئاب الثانية وقائمتي اليأس والتفكير الإنتحاري لبيك ، على 158 مريضا نفسيا من

غير المقيمين بالمستشفى فجااء معامل الارتباط بين الاكتئاب واليأس يساوي 0.68 ، وبين

الاكتئاب والتفكير الانتحاري يساوي 0.37 ، كما طبق القائمة الثانية مع قائمة القلق لبيك على

297 مريضا نفسيا من غير المقيمين بالمستشفى ، فجااء معامل الارتباط يساوي 0.61 .

- الصدق التمييزي : لتقييم قدرة قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب للتمييز بين المرضى

بالاكتئاب والأسوياء ، طبق بيك وزملاؤه عام 1996 Beck & al قائمة بيك الثانية على عينتين ، تكونت الأولى من 500 من المرضى النفسيين من غير المقيمين بالمستشفى ، منهم 317 إناثا و 183 ذكورا. ومتوسط العمر للعينة الكلية هو 37.20 وتكونت العينة الثانية من 120 من طلاب الجامعة. منهم 67 أنثى و 53 ذكرا ، بمتوسط ع م ري قدره 19.58. وكانت قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين تساوى 8.04 وهى دالة إحصائيا عند مستوى 0.001 .

الثبات : حيث تم حساب الثبات بطريقتين ، الأولى بطريقة إعادة التطبيق حيث قام بيك وزملاؤه Beck & al 1996 بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق ، على عينة تتكون من 26 فردا من المرضى النفسيين غير المقيمين بالمستشفى. وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين أسبوعا واحدا ، فجاء معامل ألفا يساوى 0.931 وهو دال إحصائيا عند مستوى 0.01. وبللاتساق : في الدراسة الأولى لبيك وزملائه Beck & AL 1996 على عينتين إحداهما من المرضى النفسيين وعددها 500 ، والثانية من طلاب الجامعة عددها 120. تبين أن معامل ألفا لعينة المرضى يساوى 0.921 ، ولعينة الطلاب يساوي 0.932 وهو معامل عالي جدا.

التقنين في البيئة العربية : قام غريب عبد الفتاح بعدد من الدراسات لترجمة وتقنين القائمة وإعدادها للاستعمال في البحث النفسي أو التشخيص العيادي في البيئة العربية والمصرية.

الصدق : تم حساب صدق القائمة على عينات من البيئة المصرية بثلاث طرق هي : الصدق

الاتفاقي حيث قام بحساب معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب وكل من

قائمة بيك الأولى المعدلة المختصرة ، فكان معامل الارتباط 0.76 ومع قائمة القلق A من إعداد

COSTELLO & COMERY 1967 ، وكان معامل الارتباط 0.42. أما الصدق المتعارض في فتم

حساب الارتباط بين قائمة بيك الثانية وقائمة توكيد الذات ، وكان معامل الارتباط - 0.37 وكلها

معاملات دالة إحصائيا . أما الصدق التمييزي فقد أجري بحث على عينتين ، الأولى من

العاديين (36 فردا 18 ذكور و 18 إناث). والثانية من المرضى ب اضطراب نفسي مخ تلفة

(اكتئاب رئيسي ، قلق ، وسواس ، هلع ، اكتئاب دوري ، قلق مع اكتئاب) وبلغ عددهم 36

فردا 18 ذكور و 18 إناثا. وطبقت على العينين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب وكانت قيمة

تال دلالة الفرق بين المتوسطين تساوي 5.81 وهى دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 .

الثبات : بالنسبة للثبات فقد قام مترجم القائمة بحساب ثبات القائمة على نفس العينة (114

من خلال طريقة إعادة التطبيق بفاصل أسبوعين حيث حصل على معامل ثبات 0.74 وطريقة معامل ألفا كرونباخ حيث حصل على معامل قدره 0.83 وكلها معاملات دالة إحصائية.

أما فيما يخص البيئة الجزائرية ، قام الباحث بشير معمريه بتقنين القائمة في الجزائر على عينة من شرائح مختلفة تكونت من 998 فردا ، منهم 473 ذكور و 525 إناث . تراوحت أعمارهم بين 18 - 49 سنة ، وتم حساب معاملات الصدق والثبات كما يلي :

الصدق : حيث قام الباحث بحساب الصدق بثلاث طرق هي :

الصدق التمييزي : حيث استعمل المقارنة الطرفية بين عينتين (الذكور و الإناث) فتم سحب مجموعتين من طرفي الدرجات لعينتي الذكور والإناث وكانت قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين للذكور 20.48 ، والإناث 24.48 ، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.001.

الصدق الاتفاقي : كانت معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية والمقاييس المطبقة كالتالي :

اليأس لبيك 0.65 ، اليأس لمعمرية 0.69 ، التشاؤم ل محمد عبد الخالق 0.47 ، التعب المزمّن لأحمد الذئب 0.63 القلق لبيك 0.59 ، وكلها معاملات دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 .

الصدق التعارضى : من خلال تطبيق بيك الثانية ، مع قائمة توكيد الذات لأرلوند و وولب

(ت: غريب) ، مقياس السعادة (مايسة احمد النيال) ، استبيان التفاؤل (عبد الخالق) . وكانت

معاملات الارتباط لمقاييس السعادة - 0.53 ، توكيد الذات - 0.32 ، التفاؤل - 0.42 ، ومن خلال معاملات الارتباط السابقة خلص إلى أن القائمة تتصف بمعاملات صدق تعارضية عالية.

الثبات : تم حساب الثبات بإعادة الاختبار على عينة من 198 (81 ذ - 117 إ) ، وكان

معامل الثبات 0.74 ، ومن خلال معامل ألفا كرونباخ على عينة من 925 (432 ذ - 520 إ) ، وكان معامل الثبات 0.839 . وهما معاملان دالان إحصائيا عند مستوى 0.01 .

تطبيق القائمة وتصحيحها : تتكون القائمة من 21 مجموعة (ملحق رقم 05) ، مكونة من

04 عبارات ماعدا المجموعتان اللتان تقيسان تغيرات نمط النوم وتغيرات الشهية فتتكونان من

07 عبارات ، تقاس الأعراض بطريقة متدرجة من 0 إلى 4 ، حيث يضع المفحوص دائرة

حول رقم العبارة التي تصف حالته بطريقة أفضل خلال الأسبوعين الماضيين وتجمع البنود

للحصول على الدرجة الخام (0-63) حيث تعتبر الدرجة 38 الحد بين الأسوياء والمرضى.

الجدول رقم (08) الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات الاكتئاب

الدرجة الخام	مستويات الاكتئاب
0 -20	لا اكتئاب
21-29	اكتئاب خفيف
30-38	اكتئاب متوسط
39-63	اكتئاب شديد

ثانياً: تقديم المقاييس الإكلينيكية

المقابلات التشخيصية المقننة (إعداد الباحث):

المقابلة التشخيصية المقننة هي نوع من أدوات التقييم ، الذي يحتوي على أسئلة مكيفة وفق محكات تشخيصية معينة ، ومصطلح مقننة يشير إلى أن الأسئلة موحدة وتطرح بالترتيب نفسه في جميع المقابلات ، كما تصحح إجاباتها بطرق موحدة أيضاً .¹

كما أن المقابلة الإكلينيكية المقننة تأخذ شكلاً منظماً يتضمن قواعد منطقية أو متسقة داخليا ، تحكم مضمون الأسئلة التي يوجهها الاختصاصي الإكلينيكي القائم بالمقابلة ، والنظام الذي تتم به تغطية موضوعات المقابلة ، ونوعية المعلومات التي ينبغي الحصول عليها وفي المقابلة الإكلينيكية المقننة ، لا تكون الإجابة عن الأسئلة بالضرورة ب " نعم " و " لا " .²

فالمقابلة التشخيصية تجري بهدف الوصول إلى صيغ تشخيصية بناء على الدليل

التشخيصي، حيث تحتوي على مجموعة من الأسئلة المقننة التي يتم طرحها بترتيب محدد ، ويمكن أن يكون السؤال مفتاحاً للتوصل إلى محك تشخيصي للاضطراب.³

وبناء على طبيعة الدراسة التي تهدف إلى وضع برنامج للتكفل بالأطفال المشخصين ب

PTSD ، وفي ضل انعدام مقاييس لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة وفق لمحكات .V DSM

فقد قمت بتصميم مقابلة إكلينيكية تشخيصية مقننة ، الأولى منها موجهة للآباء والثانية موجهة

للأطفال ، بهدف تشخيصي وانتقائي محض لاضطراب ما بعد الصدمة عند مجموع الأطفال

1- تيموثي ج. ترول ، نفس المرجع ، ص 107.

2- مجموعة من الباحثين ، تحرير بشير صالح الرشدي ، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، المجلد الثاني ، اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، مكتب الإنماء الاجتماعي ، الديوان الأميري ، الكويت ، 2000 ، ص 05

3- تيموثي ج. ترول ، مرجع سابق ، ص 291.

الذين تعرضوا إلى أحداث صدمية ، وذلك بناء على التقارير الذاتية للآباء والأطفال. معتمداً في ذلك على معايير الدليل التشخيصي الخامس 2013 DSM V و على شروط وخصائص العينة.

حيث يساعد التقدير المستمد من نتائج المقابلة التشخيصية المقننة ، سواء المطبقة مع الآباء أو المطبقة مع الأطفال ، في عملية التقييم والتشخيص الفعلي لحالة كل فرد في العينة التجريبية ، ويسهم كذلك في تأكيد مدى تطابق المحكات التشخيصية مع الأعراض عند الأطفال ، و مع ما يتم استنباطه من خلال الملاحظة الإكلينيكية ودراسة الحالة وجمع المعلومات الدقيقة عنهم. حيث حاولت بناء أداة تشخيصية للاضطرابات التالية للصدمة عند الأطفال ، تتسم بالشمولية وبساطة الاستخدام ، مع أخذ اقتراحات المختصين الممارسين النفسيين والأساتذة في ميدان علم النفس المشاركين في التحكيم بعين الاعتبار.

1. المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الوالدين (إعداد الباحث) :

ارتكزت في صياغة المقابلة التشخيصية للآباء ، على مجموعة من المصادر تمثلت في : قائمة الأعراض المدارة من طرف الآباء لكارولين B. CAROLINE التي قام بتقنينها على من المجتمع الكندي (ترجمة واقتباس) ، حيث استند في بنائها على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM IV-tr والتصنيف العاشر للاضطرابات النفسية ICD 10,1992 . كما استندت في بنائها على شروط انتقاء العينة المذكورة ، وعلى الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM – V سبتمبر 2013 النسخة الانجليزية (بترجمة وتصرف شخصي) ، ومراجعة التصنيف العاشر للأعراض والاضطرابات النفسية ICD 10-R-,1999 . إضافة إلى مجموعة كبيرة من الدراسات التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ، والتي تحدد طيف واسع من الأعراض التي تندرج تحت هذا الاضطراب . حيث بنيت هذه المقابلة التشخيصية في صورته المبدئية على 06 جوانب أراها أساسية في الدراسة ، وتضمنت في مجملها 18 تساؤل رئيسي ، إضافة إلى تساؤلات و اقتراحات (اقتراح أعراض) فرعية أخرى ، وتضمنت في شكلها النهائي 07 محاور ، بإضافة محور واحد يتضمن اقتراح 20 عرض من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي تظهر عند الأطفال الصغار ، حيث روعى في صياغة التساؤلات والعبارات الشروط التقنية في إعداد القوائم والمقاييس والاستمارات من حيث :

- أن تكون الألفاظ والعبارات بسيطة وسهلة وليست غريبة أو غامضة بالنسبة لأفراد العينة .
 - صياغة العبارات بصورة لا توحى بإجابات معينة .
 - أن لا تتضمن إلا فكرة واحدة حتى لا يحدث سوء فهم لدى الآباء عند الإجابة .
 - التقيد بطبيعة الدراسة والشروط التي تملئها و تجنب العبارات التي غير ضرورية ومفيدة.
- وصف المقابلة :** تشكلت المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الآباء من 07 محاور هي :

❖ المحور الأول : استكمال معايير DSM V في تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة

تم بناء هذا المحور وفق ل دليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM – V 2013 بترجمة وتصرف شخصي ، على أساس الافتراض النظري المتمثل في تجميع الأعراض المتفرقة في متلازمات مرضية ، محددة وقابلة للتمييز عن غيرها ، كما تضمنتها محكات (DSM – V 2013) وعليه تم تحديد 05 مجموعات للتشخيص بهذا الاضطراب في هذا الجانب وهي :

A. مجموعة الخبرة الصادمة *l'événement traumatique* :

تضمنت 04 أسئلة تهدف لمعرفة إذا ما تعرض الطفل لحادث صدمي ، ووصف هذا الحادث و تاريخه وتحديد إذا ما كان حدث وحيد أو أحداث متعدد ، باعتبار الحدث الصدمي معيار أساسي في تشخيص PTSD ، إضافة إلى انه يدخل ضمن شروط اختيار العينة .

B. مجموعة أعراض استعادة الخبرة الصادمة *reviviscences de l'événement* :

تضمنت سؤالين ، يهدف الأول لمعرفة خوف الطفل من معاودة الحادث الصدمي ، والثاني لمعرفة وجود ذكريات متكررة عن الحدث الصدمي عند الطفل ، تسبب له مشاعر الضيق والحزن . مرفقين ب 11 عرض مقترح من أعراض استعادة الخبرة الصادمة المقتبسة من DSM – V 2013 ، مع خانة لإبراز أعراض أخرى من هذه الزملة لم يتم التطرق إليها، ويهدف وضع هذه الأعراض لتسهيل تحديد الأعراض التي تظهر عند الطفل للآباء .

C. مجموعة أعراض التجنب والذهول *évitement et émoussement* :

تضمنت سؤال واحد ، يهدف لمعرفة إذا ما كان الطفل يبذل جهود لتجنب التفكير في الحدث الصدمي ، من خلال اقتراحين يمثلان جهود تجنب الأفكار والمشاعر والأحداث المرتبطة بالحدث ، وجهود تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص وكل ما يذكر بالحدث .

D. مجموعة أعراض التغيرات الفكرية والمزاجية السلبية *Les alterations négative de cognitions et humeurs* :

تضمنت سؤال واحد ، يهدف لمعرفة التغيرات الفكرية والمزاجية عند الطفل بعد الحادث الصدمي ، من خلال 14 عرض مقترح من أعراض التغيرات الفكرية والمزاجية السلبية ، مع خانة لإبراز أعراض أخرى قد تدخل ضمن هذه الزملة ولم يتم التطرق إليها.

E. مجموعة أعراض فرط الاستثارة والتيقظ *activation neurovégétative* :

تضمنت سؤال واحد ، يهدف لمعرفة ظهور مجموعة من الأعراض عند الطفل بعد الحادث الصدمي ، التي تدخل ضمن أعراض فرط الاستثارة والتيقظ ، من خلال 07 اعرض مقترحة اقتبست من (DSM – V 2013) ، مع خانة لإبراز أعراض أخرى قد تدخل ضمن هذه الزملة لم يتم التطرق إليها ، ويهدف وضع هذه الأعراض التسهيل على الآباء تحديد الأعراض التي تدخل في إطار زملة فرط الاستثارة ، التي تظهر عند الطفل وتوضيحها لهم.

❖ المحور الثاني : أعراض عامة أخرى تدعم السيرورة التشخيصية

تم بناء هذا الجانب وفق للاطلاع الواسع على مجموعة كبيرة من الدراسات التي اهتمت باضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ، خصوصا الأطفال الصغار منهم ، ويتصرف شخصي تم استنباط مجموعة من الأعراض التي تندرج ضمن زملة PTSD ، وتم تجميع هذه الأعراض المتفرقة في متلازمة Syndrome مرضية محددة تدخل ضمن هذا الاضطراب ، كما تضمنتها مختلف الدراسات في هذا المجال . وعليه تم تحديد 20 عرض من أعراض هذا الاضطراب ، وصيغت على شكل أعراض يمكن للآباء التأكيد على ملاحظتها عند أطفالهم أو نفي ذلك ، مع تحديد إذا كان ذلك قبل الحادث الصدمي أو بعده.

فزيادة على المحكات التي وضعها (DSM – V 2013) يهدف هذا الجانب إلى معرفة

الأعراض الأخرى لهذا الاضطراب عند الأطفال ، لتدعيم السيرورة التشخيصية وزيادة دقة التشخيص في الدراسة ، وكذلك في تحديد الاضطرابات المصاحبة . باعتبار أن عملية تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة ، هي عملية جد معقدة عن عملية تشخيص الاضطرابات الأخرى ، كون أن أعراض هذا الاضطراب تتداخل مع أعراض اضطرابات أخرى .

❖ المحور الثالث : وجود اضطرابات مصاحبة أخرى من عدمها

تم بناء هذا الجانب على أساس معرفة الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ، ووفقا لأحد شروط انتقاء العينة الموضوعية ، والتي تخدم أهداف الدراسة وتتناسب معها ، حيث يتمثل هذا الشرط في : أن يكون اضطراب ما بعد الصدمة التشخيص الأساسي وليس تشخيصا ثانويا مصاحب لتشخيص أساسي آخر .

حيث تضمن هذا الجانب 03 أسئلة ، يهدف الأول لمعرفة إذا ما كانت هناك صعوبات أو أعراض أخرى مصاحبة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة المذكورة ، والى تحديدها ، ويهدف الثاني إلى معرفة إذا ما كانت هذه الصعوبات و الأعراض موجودة قبل الحادث الصدمي أم لا ، ويهدف السؤال الثالث إلى معرفة أي من الأعراض أكثر إزعاجا ، وهي أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أم الاضطرابات المصاحبة لتحديد أي منهما هو التشخيص الأساسي . إضافة لاختبار الضائقة والعجز في الوظائف الذي تسببه PTSD (المعF).

❖ المحور الرابع : وجود تأخر في النمو ، تخلف عقلي أو مشكل فزيولوجي يصعب عملية العلاج

تم بناء هذا الجانب وفقا لأحد شروط انتقاء العينة في الدراسة ، حيث تضمن 03 أسئلة ، يهدف الأول لمعرفة إذا ما كان هناك تأخر في النمو العام للطفل (حركي ، لغوي ، تآزر حسي حركي ..) ، حتى يمكننا معرفة مدى تأثير هذا التأخر في عملية العلاج ، وأما السؤال الثاني فيهدف لمعرفة إذا ما كان هناك تخلف عقلي عند الطفل ، باعتبار أن وجود تخلف يحتم علينا عدم الاعتماد على الحالة في الدراسة ، ويهدف السؤال الثالث إلى معرفة إذا ما كان مشاكل صحية أو أمراض أو عاهات أخرى ، حتى يمكننا تحديد ما يصعب منها العملية العلاجية .

❖ المحور الخامس : العلاجات والتكفل النفسي السابقة والحالية

تم بناء هذا الجانب وفقا لأحد شروط انتقاء العينة المتمثل في : وجود رغبة عند الآباء في الدخول ضمن البرنامج ، مع شرط عدم الدخول في علاج نفسي من قبل ، وعدم الجمع مع علاج نفسي آخر. تضمن سؤاليين ، يهدفان إلى التحري عن الاستشارات والعلاجات السابقة ، وعن نوع هذه العلاجات وتاريخها ومدتها ، وعن رغبة الآباء في الانضمام إلى هذا البرنامج .

❖ المحور السادس : العلاجات الطبية و الأدوية

تم بناء هذا الجانب وفقا لأحد شروط انتقاء العينة المتمثل في : عدم استخدام العلاج الدوائي أو علاجات طبية مؤثرة خلال فترة التكفل و لمدة (03) أشهر على الأقل . حيث تضمن الجانب سؤالين ، يهدفان للتحري عن الاستجابات الصحية لمشاكل الطفل ، مع تحديد هذه المشاكل ، واستكشاف نوع الأدوية التي يتناولها الطفل ، و الطبيب الذي وصفها ومنذ متى يتناولها .

❖ المحور السابع : وجود معلومات أخرى من عدمها لم يتم التطرق إليها

تم بناء هذا الجانب على سؤال مفتوح للآباء ، الذي يمكن من خلالها تدارك أشياء أخرى يرى الآباء انه لم يتم التطرق إليها ، والتي يمكنها أن تؤثر في الدراسة بالسلب أو الإيجاب .

عرض المقابلة على المحكمين : عرضت المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الآباء في صورتها الأولية (ملحق رقم 06) على مجموعة من الأساتذة والمدرسين بقسم علم النفس بجامعة وهران و المركز الجامعي غليزان ، إضافة إلى مجموعة من المختصين الممارسين النفسانيين الإكلينكيين والأطباء العقليين ، وبهدف التوضيح تم إرفاقها بمحكات تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل المقتبسة عن V-MSD ، وكذا شروط انتقاء العينة ، وهذا لتحديد مدى انتماء الفقرات و الأسئلة الموضوعية إلى لجوانب الستة التي بنيت عليها القائمة ، ومعرفة مدى بساطتها ومفهوميتها ، وتقديم الاقتراحات والتعديلات المناسبة إذا استلزم الأمر . إضافة إلى تقديم مجموعة واسعة من أعراض متفرقة لـ DSTP عند الأطفال استنبطت من دراسات وبائية وإكلينيكية مختلفة ، لتدعيم سيرورة التشخيص ، و يمكن التفصي عن وجودها عن طريق الآباء ، لم يتم إدراجها ضمن الصورة الأولية للمقابلة ، وتم التناقص حولها مع المختصين و تعديل بعض أسئلتها وإلغاء أخرى ، وتبسيط عباراتها وإزالة الغموض عنها حيث تم وضعها في مجموعة محايدة ضمن المقابلة تحت مسمى " أعراض عامة أخرى تدعم السيرورة التشخيصية " وتم استخدام المقابلة بالشكل النهائي (الملحق رقم 07) .

وقد حضرت مقابلة التشخيص المدارة من طرف الآباء التي تم عرضها بموافقة عالية من المحكمين ، ما عاد تغيير بعض الفقرات والأسئلة التي تبدو غامضة أو معقدة ، وحذف أخرى تكررت ، وجمع أخرى مع بعضها البعض (الجدول 06).

طريقة تطبيق المقابلة ودراستها : تطبق بطريقة فردية على آباء العينة ، من خلال قراءة بنودها والتقصي عنها ، وإزالة الغموض الذي قد يصادف الآباء في الفهم، حيث يتم دراسة المقابلة بهدف انتقاء العينة المناسبة للدراسة بالمواصفات التي تم ضبطها لاختيار هذه العينة من الأطفال الذين يستوفون معايير التشخيص على *DSM-V* ، إضافة إلى مقارنة نتائج المقابلة التشخيصية عند الآباء ، مع المقابلة التشخيصية للأطفال لزيادة التأكيد وصدق العملية التقييمية .

(جدول رقم 06) بين تعديلات المحكمين لبعض فقرات

التعديل و الملاحظات	الفقرات
<p>- حدد إذا كان حدث وحيد أو أحداث متعددة (اذكرها)</p> <p>- هل أصبح طفلك يخاف من أن يعاوده الحادث الصدمي من جديد .</p> <p>- هل لطفلك ذكريات متكررة عن الحدث الصدمي تسبب له الشعور بالضيق والحزن .</p> <p>- وجوب شرح وتفصيل هذه الاستجابات الفسيولوجية للآباء وتوضيحها حتى يتسنى لهم استيعابها وفهمها .</p> <p>- ذكريات معاودة في كل ما يشعر أو يتصرف فيه طفلك .</p> <p>- الأفكار السلبية و المشوهة .</p> <p>- أفكار سوداوية وأفكار اليأس و الموت .</p> <p>- أفكار أو محاولات عن إيذاء الذات أو الانتحار</p> <p>- اضطرابات في النوم .</p> <p>- ضعف التركيز و تشتت الانتباه بسهولة .</p>	<p>- حدد إذا كان حدث وحيد</p> <p>- هل طفلك يخاف من أن يعاوده الحادث الصدمي من جديد</p> <p>- هل عنده ذكريات متكررة عن الحدث الصدمي تسبب له الشعور بالضيق والحزن</p> <p>- استجابات فسيولوجية عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تذكره بما حدث</p> <p>- ذكريات مجترة في كل ما يشعر أو يتصرف فيه طفلك .</p> <p>- الأفكار السوداوية أو المشوهة .</p> <p>- أفكار عن اليأس و الموت</p> <p>- التلطف بأفكار أو محاولات الانتحار وإيذاء الذات</p> <p>- صعوبات في النوم أو البقاء نائما .</p> <p>- صعوبات في التركيز أو تشتت الانتباه بسهولة .</p>
<p>- هل يبدو لك أن طفلك يعاني تأخر في إحدى جوانب النمو العام .</p> <p>- هل يظهر على طفلك مشاكل صحية أو أمراض أو عاهات أخرى .</p>	<p>- هل يوجد أي تأخر في النمو العام لطفلك</p> <p>- هل يوجد عند طفلك أية مشاكل صحية أو أمراض أو عاهات</p>
<p>- هل طلبت استشارات أو علاجات فيها يعانيه طفلك من قبل .</p>	<p>- هل طلبت من قبل استشارات، علاجات حول ما يعانيه طفلك.</p>

2. المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الأطفال :

من خلال اطلاعنا الواسع على المراجع والدراسات التي تناولت الصدمات و اضطرابات ما بعد الصدمة ، خصوصا تلك المتعلقة بالأطفال ، ومراجعة ما أتيج لي من الأدوات والمقاييس والاستبيانات التي تهتم بقياس أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة ، تبين وجود تشابه كبير إلى حد ما في بنائاتها التي تستند إلى منظومات التشخيص العالمية السارية وقت إعدادها (*DSM DSM III , IV, DSM IV-tr*). وتختلف عن بعضها قليلاً أو كثيراً من ناحية عدد الأعراض والمتلازمات المرضية التي تغطيها ، وكذا من ناحية المضمون الصدمي فمنها من بني عموماً لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة دون الاهتمام بالحدث الصدمي كمقياس دافيدسون وسميث وكودلر ومنها من بني على أساس أحداث صدمية معينة كالمقاييس المقننة في البيئة الفلسطينية واللبنانية والكويتية والعراقية على أساس أحداث صدمية معينة (الحروب). واستناداً إلى هذه المقاييس والاستبيانات وكل من المراجعة الخاصة بالتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية *ICD-10* ، والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس *DSM-V* سبتمبر 2013 . وأيضاً على أساس الافتراض النظري المتمثل في تجمع الأعراض متفرقة في زمل أو متلازمات *Syndromes* مرضية محددة وقابلة للتمييز عن غيرها من الزمل تم تحديد مجموعة كبيرة من الأعراض المرضية الجسدية منها والنفسية ، التي تندرج ضمن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي تظهر في مجموعات متنوعة من الاضطرابات . كأعراض القلق و الرهابات والقلق الاجتماعي ومشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس والأعراض الاكتئابية والأعراض الجسدية ، التي يمكن أن تكون ذات منشأ نفسي. حيث أخضعت الأعراض التي تم تحديدها لمراجعات عدة من أجل حذف الأعراض المتشابهة ، وطبقت على مجموعة من الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صدمية بعد عرضها على المحكمين لبيان وضوح العبارات ، واستقر الرأي في النهاية على أن تكون المقابلة مختصرة قدر الإمكان وتراعي الأعراض النفسية العصبية والجسدية الأكثر ملاحظة وانتشاراً من غيرها ، ضمن أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة واستبعاد الأعراض المرضية التي يمكن أن تشير إلى أعراض اضطرابات أخرى .

تألفت الصورة النهائية للمقابلة من (116) بنداً يطلب فيها من المفحوص تقدير مدى وجود هذه الأعراض في الأسابيع القليلة الماضية ، حيث روعى في صياغة التساؤلات والعبارات نفس الشروط التقنية السابقة المعروفة في إعداد القوائم والمقاييس والاستمارات . وتتمتع المقابلة بصدق ظاهري جيد وتعتبر سهلة التطبيق ، عباراتها واضحة وبسيطة .

وصف المقابلة: تضمنت المقابلة في صورتها الأولية (ملحق رقم 08) محورين أساسيين يشتملان على 84 سؤال ، تركز على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، وبعد عرضها على مجموعة من المحكمين مع مجموع الأدوات الأخرى و محكات DSM V ، تم اقتراح مجموعة من التغييرات والتعديلات ، وتضمنت المقابلة في صورتها النهائية أربعة محاور أساسية ، تشتمل 116 فقرة (ملحق رقم 09) . وتقع الإجابة على أسئلة المقابلة في ثلاث مستويات نعم ، أحيانا ، لا . وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين (0-2) ، بمعنى انه إذا كانت الإجابة " نعم " يأخذ المفحوص (2) ، " أحيانا " يأخذ المفحوص (1) وإذا كانت " لا " يأخذ المفحوص (0) درجة . وفي ما يلي محاور المقابلة التشخيصية في صورتها النهائية :

❖ المحور الأول : التأكد من استكمال معايير DSM V في تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة

وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التي يتضمنها هذا المحور والمتمثلة في 74 سؤال تندرج في 05 مجموعات تشخيصية (معايير التشخيص) موزعة بطريقة عشوائية ضمن هذا المحور حيث تم بناء هذا الجانب وفق ل دليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM – V 2013) بترجمة وتصرف شخصي ، على أساس الافتراض النظري المتمثل في تجميع الأعراض المتفرقة في متلازمات Syndromes مرضية محددة وقابلة للتمييز عن غيرها من المتلازمات الأخرى ، كما تضمنتها محكات تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل في (DSM – V 2013) . وفي ما يلي المجموعات التشخيصية ضمن هذا المحور :

A. مجموعة الخبرة الصادمة l'événement traumatique : تضمنت 03 أسئلة تهدف لمعرفة إذا ما تعرض الطفل لحادث صدمي ، ووصف هذا الحادث ومدى شدة هذا الحدث بالنسبة للطفل .

B. مجموعة أعراض استعادة الخبرة الصادمة reviviscences de l'événement : تضمنت 13 سؤال لمجموعة من الأعراض ، تهدف لمعرفة وجود ذكريات اقتحامية ، الأحلام المؤلمة المتكررة ، الاستجابات التفكيرية المجترة ، الضيق النفسي وردود الفعل الفسيولوجية عند التعرض للمثيرات الداخلية أو الخارجية.

C. مجموعة أعراض التجنب والذهول évitement et émoussement : تضمنت 04 أسئلة ، تتضمن مجموعة من الأعراض ، تهدف لمعرفة الجهود التجنبية للأفكار والمشاعر والأحاديث وكذا جهود تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص وكل ما يذكر بالحدث .

D. مجموعة أعراض التغيرات الفكرية والمزاجية السلبية Les alterations négative de cognitions et humeurs : تضمنت 36 سؤال لمجموعة من الأعراض ، تهدف لمعرفة وجود التغيرات الفكرية والمزاجية السلبية عند الطفل بعد الحادث الصدمي ، و المتمثلة في أعراض فقدان الذاكرة التفكيرية ، الأفكار السلبية المبالغ فيها عن الذات أو الآخرين ، الأفكار المشوهة ومشاعر الذنب واللوم ، الحالة الوجدانية السلبية ، نقص الاهتمام بالأنشطة المعتادة ، مشاعر العزلة والنفور وانعدام القدرة على اختبار المشاعر الايجابية .

E. مجموعة أعراض فرط الاستثارة والتيقظ activation neurovégétative : تضمنت 18 سؤال ، تتضمن مجموعة من الأعراض ، تهدف لمعرفة التغيرات المفرطة في الاستثارة والتيقظ عند الطفل بعد الحادث الصدمي والمتمثلة في السلوكيات العصبية والتهيجات ومختلف أنواع العدوان (اللفظي ، البدني) تجاه الأشخاص والأشياء ، السلوكيات المتهورة المدمرة للذات ، التيقظ والحيطة والحذر ، الاستجابات الانفعالية المبالغ فيها ، مشاكل التركيز وصعوبات الانتباه، اضطرابات النوم مقتبسة من (DSM V 2013).

❖ المحور الثاني : أعراض إضافية أخرى تدعم السيرورة التشخيصية

من خلال الإجابة على الأسئلة التي يتضمنها هذا المحور والمتمثلة في 09 أسئلة ، تتضمن مجموعة من الأعراض الإضافية تدعم السيرورة التشخيصية ، حيث تم بناء هذا الجانب وفق للاطلاع الواسع على مجموعة كبيرة من الدراسات التي اهتمت باضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ، خصوصا الأطفال الصغار منهم ، ويتصرف شخصي تم استنباط مجموعة من الأعراض التي تندرج ضمن زملة PTSD ، وتم تجميع هذه الأعراض المتفرقة في متلازمة محددة تدخل ضمن هذا الاضطراب ، كما تضمنتها مختلف الدراسات في هذا المجال ، فزيادة على المحكات التي وضعها (DSM - V 2013) يهدف هذا الجانب إلى معرفة الأعراض

الأخرى لهذا الاضطراب عند الأطفال ، لتدعيم السيورة التشخيصية وزيادة دقة التشخيص في الدراسة ، وكذلك في تحديد الاضطرابات المصاحبة .

❖ المحور الثالث : الأعراض التفكيرية الشبه فصامية

من خلال الإجابة على الأسئلة التي يتضمنها هذا المحور والمتمثلة في 30 سؤال ، تتضمن مجموعة من الأعراض ، تهدف لمعرفة وجود الخبرات التفكيرية (تبدد الشخصية والغربة عن الواقع) عند الطفل بعد الحادث الصدمي ، حيث يمكن الحديث على هذه الأعراض بعد اكتمال محكات التشخيص وفقا لـ DSM V ، من خلال المعيار التاسع (I) ، لتحديد إذ ما كان اضطراب ما بعد الصدمة مع أو دون أعراض تفككية. حيث تم بناء هذا الجانب وفق لـ DSM – V ووفقا للإطلاع على قوائم الخبرات الانشاقية وتبدد الشخصية خصوصا قائمة الخبرات الانشاقية . ويتصرف شخصي تم استنباط مجموعة من الأعراض التي تدرج ضمن زملة الخبرات التفكيرية ، وتجميعها في متلازمة محددة تضم أعراض تبدد الشخصية والغربة عن الواقع.

❖ المحور الرابع : أسئلة إضافية

يهدف هذا المحور إلى تقييم حالة المفحوص من حيث شدة الأعراض وتأثيرها على حياته ، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التي يتضمنها هذا المحور والمتمثلة في 04 أسئلة ، حيث تم بناء هذا الجانب لاستفتاء المعيار السابع (g) من DSM-V . وفي الأخير تضمن سؤال مفتوح يمكن من خلاله تدارك أشياء أخرى ، يرى الأطفال انه لم يتم التطرق إليها.

عرض المقابلة على المحكمين : تم عرض المقابلة في صورتها الأولية على مجموعة من الأساتذة في علم النفس بجامعة وهران والمركز الجامعي غليزان ، إضافة إلى مجموعة من المختصين الممارسين النفسانيين الإكلينكيين والأطباء العقلين ، وبهدف التوضيح تم إرفاقها بمحكات تشخيص PTSD عند الطفل المقتبسة عن DSM – V ، وهذا لتحديد مدى انتماء الفقرات و الأسئلة الموضوعية للمحاور التي بنيت عليها المقابلة ، ومعرفة مدى بساطتها ومفهوميتها ، وتقديم الاقتراحات والتعديلات المناسبة . إضافة إلى إرفاقها بمجموعة واسعة من الأعراض المتفرقة لـ PTSD عند الأطفال ، استنبطتها من دراسات وبائية وإكلينكية مختلفة ، باعتبارها تدعم سيورة التشخيص ويمكن التقصي عن وجودها ، حيث لم يتم إدراج كل هذه الأعراض

المستتبطة ، بل تم إدراج البعض من هذه الأعراض فقط ضمن الصورة الأولية للمقابلة ، وتم إرفاق الأخرى المتبقية . حيث جرى التناقش حول هذه المجموعة من الأعراض المرفقة مع المختصين ، و تعديل بعض أسئلتها وإلغاء أخرى تكررت أو لا يمكن التقصي عنها عن طريق الأطفال ، وإنما عن طريق الآباء مثل (المشي أثناء النوم ، صعوبة في إيجاد الكلمات للتعبير) ، وتبسيط عباراتها وإزالة الغموض عنها . وقد حضيت مقابلة التشخيص المدارة من طرف الأطفال بموافقة جيدة من المحكمين ، ما عدا تغيير بعض الفقرات والأسئلة الغامضة أو المعقدة ، وحذف أخرى ، وجمع أخرى مع بعضها البعض ، وإضافة أخرى .

تم إضافة محورين آخرين إلى محاور المقابلة الأولى ، من خلال اقتراح إدراج أعراض الخبرات التفكيرية ضمن المقابلة . باعتبار أن هذا التشخيص يدخل ضمن التشخيص المكمل لـ PTSD وفقا لـ DSM V ، من خلال المعيار التاسع (I : حدد إذا كان مع أو دون أعراض تفككية) ، المسمى ضمن الصورة النهائية للمقابلة بـ (المحور 3 : الأعراض التفكيرية الشبه فصامية) أما المحور الثاني يتمثل في مجموعة من الأسئلة ، تهدف إلى تقييم حالة المفحوص من حيث شدة الأعراض وتأثيرها على حياته. (المعيار السابع g : ضائقة إكلينيكية مهمة وكبيرة وضعف في الوظائف والجوانب المختلفة)

طريقة تطبيق ودراسة المقابلة : تطبيق المقابلة بطريقة فردية على عينة الدراسة . حيث تتم عملية التطبيق من طرف الباحث ، من خلال قراءة بنودها وأسئلتها والتقصي عنها ، وإزالة الغموض الذي قد يصادفهم في الفهم. ويتم دراسة المقابلة من خلال عملية المقارنة التي تستند على المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الآباء ، ووضع التشخيص الدقيق للحالات من خلال التقيد بمحكات V-MSD في تشخيص DSTP عند الأطفال، المتمثلة في :

- اكتمال مواصفات معيار الحدث الصدمي .
- عرض أو أكثر من زملة استعادة الخبرة الصادمة .
- عرض أو أكثر من زملة تجنب الخبرة الصادمة .
- عرضين أو أكثر من زملة التغيرات الفكرية والوجدانية .

الخصائص السيكومترية للمقابلتين :

الثبات: اعتمدت في تقييم ثبات المقابلتين على ثبات المحكمين " من خلال مدى الاتفاق بين اثنين من المحكمين بقيمان العميل ويشير الاتفاق بينهم إلى الإجماع على التشخيص أو على تقديرهما للسمات الشخصية أو على أي نوع آخر من المعلومات ويمكن تقديمه رقميا بعدة طرق بما كعامل ألفا أو معامل الارتباط الداخلي " ¹.

وفي ما يلي كيفية حساب الاتفاق التشخيصي بين اثنين من المقيمين :

$$\text{الاتفاق العام} = \frac{أ + د}{ن}$$

$$\text{معامل ألفا } (\alpha) = \frac{(أ + د) \div ن - [(أ + ب)(ج + د) + (أ + ج)(ب + د)] \div ن^2}{1 - [(أ + ب)(ج + د) + (أ + ج)(ب + د)] \div ن^2}$$

		المقيم الثاني		
		موجود	غائب	
المقيم الأول	موجود	أ	ب	
	غائب	ج	د	

إذ تمثل ن العينة ومعامل ألفا : مؤشر لتصحيح احتمالات الصدفة في الاتفاق ، الذي يكون عادة اقل من الاتفاق العام . إذ يأخذ معامل ألفا في الاعتبار تلك الحالات التي يتم فيها الاتفاق بناء على احتمال الصدفة فقط ، ويقوم بتعديل معدل الاتفاق وفق لذلك بشكل منحدر. ²

وطبقت المقابلتين الإكلينيكيتين على عينة مكونة من (12) حالة جرى اختيارها بطريقة عرضية (عينة الدراسة الاستطلاعية) من طرفي شخصيا كما قام بتطبيقهما مختص نفساني آخر زميل لي (ممارس وباحث مسجل بالذكوراه) في فترات متفرقة على الحالات و كان

1- تيموثي ج . ترول ، مرجع سابق ، ص 278.

2 - تيموثي ج . ترول ، نفس المرجع ، ص 285.

الاتفاق العام بين التطبيقين (0.83) وهو معدل اتفاق عالي أما معامل ألفا (α) بين ناتج التطبيقين فكان (0.657) وهو معامل دال إحصائياً إذ ما أخذنا بعين الاعتبار حجم العينة الصغير وعلى هذا الأساس يمكن القول أن المقابلتين تتمتعان بثبات جيد وفي ما يلي حساب

المقيم مصطفى			
موجود	غائب		
4	1	المقيم إسماعيل	موجود
1	6	غائب	

الاتفاق العام ومعامل ألفا للاتفاق التشخيصي كالتالي :

$$\text{الاتفاق العام} = \frac{أ + د}{ن}$$

$$\text{الاتفاق العام} = \frac{12}{6+4}$$

$$\text{الاتفاق العام} = 0.83$$

$$\frac{(أ + د) \div ن - [(أ + ب)(أ + ج) + (ب + د)(ج + د)] \div ن^2}{(أ + د) \div ن - 1}$$

= معامل ألفا (α)

$$\frac{144 \div [(6 + 1)(6 + 1) + (1 + 4)(1 + 4)] - 12 \div (6+4)}{144 \div [(6 + 1)(6 + 1) + (1 + 4)(1 + 4)] - 1}$$

= معامل ألفا (α)

$$144 \div [(6 + 1)(6 + 1) + (1 + 4)(1 + 4)] - 1$$

معامل ألفا (α) = 0.657

الصدق: ففي المقابلات المقننة يفترض وجود صدق المحتوى ، لان هذه المقابلات طورت بهدف قياس محكات الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية ، وتبقى الحاجة ماثلة إلى بذل جهود أخرى لإثبات صدق المقابلة ، من حيث الصدق المرتبط بمحك (تنبؤي ، تلازمي) والصدق التمييزي وصدق البناء ... وكما يذكر روجرز 1995 أن هناك القليل من الدراسات التي تحاول إثبات الصدق المرتبط بمحك والصدق التمييزي لمقابلة اضطرابات الدليل التشخيصي SCID ، ولم تقم أي من الدراسات بمقارنة التشخيصات التي يتم الحصول عليها من مقابلات اضطرابات الدليل التشخيصي ، بدرجات تم الحصول عليها من مقابلات تشخيصية أخرى . ويرى روبنز robins السبب في ذلك تلك الصعوبات المرتبطة بعملية إثبات صدق المقابلات التشخيصية المقننة، إذ لا تتوافر الاختبارات المخبرية التي تثبت صدق تشخيصات الاضطرابات النفسية، ولا يوجد معايير ذهبية تستخدم للمقارنة.¹

1- تيموثي ج . ترول ، مرجع سابق ، ص 287.

" فصدق المحتوى يشير لمدى شمولية المقابلة التشخيصية المقننة في تقييمها للمتغير قيد الاهتمام ، بمعنى هل يقيس المقياس كل النواحي الهامة للمتغير المراد قياسه بشكل ملائم . كما قام بعض الباحثين في تصديهم لمسألة صدق المقابلات التشخيصية باستخدام تصميم إعادة الاختبار ، إلا أن ذلك يعكس درجة ثبات المقابلة أكثر من بيانه لصدقها ، وبالطبع فإننا نتوقع أن المقياس الصادق سيكون مقياساً ثابتاً ¹ .

" وعلى هذا الأساس فقد اعتمدت في صدق المقابلة على الصدق الظاهري ، الذي يركز على مدى وضوح الفقرات ومفهوميتها وعموم الاتفاق على مدى ملائمة البنود ومدى كفايتها للتشخيص ، من خلال الاعتماد على المحكمين والجدول رقم 06 والملاحق رقم : 6،7،8،9 السابقين يوضحان ذلك ، كما اعتمدت على الصدق المرتبط بمحك ، من خلال تطبيق اختبار دافيدسون لاضطرابات ما بعد الصدمة ، وكان معامل الارتباط 0.89 . كما أن الثبات العالي للمقابلتين يمكن أن يعكس صدقها باعتبار أن المقاييس الصادقة لها ثبات جيد ² .

3.2. شبكة المعلومات الإكلينيكية (إعداد الباحث) :

تعتبر شبكة المعلومات الإكلينيكية أداة إكلينيكية تهدف إلى جمع مجموعة من المعلومات و البيانات المتعلقة بالحالة ، و الخبرات السابقة في سياق نمو الطفل وتطوره ، التاريخ السابق للضغوطات والأحداث الصدمية ، والتاريخ الآني ومضاعفاتها .

حيث اعتمدت في سياق دراسة الحالة وجمع المعلومات والبيانات على شبكتي معلومات : الأولى متعلقة بالأم (ملحق رقم 10) والثانية متعلقة بالطفل (ملحق رقم 11) هما كما يلي :

1. شبكة المعلومات الإكلينيكية للأطفال (إعداد الباحث) :

تهدف هذه الشبكة من المعلومات إلى التعرف على النواحي المختلفة عند الطفل ، من خلال التطرق للبيانات الأولية ، التاريخ المرضي ، اهتمامات الطفل ونشاطاته ، احتياجاته ، نتائجه الدراسية ، مكانته ووضعه داخل الأسرة ، تقييمه لذاته وثقته ، أساليب تربية الوالدين ، علاقته بالوالدين ، الإخوة الزملاء والمعلمين والمحاولات الانتحارية العادات السيئة .

1- تيموثي ج . ترول ، نفس المرجع ، ص 287 .
2- تيموثي ج . ترول ، نفس المرجع ، نفس الصفحة .

2. شبكة المعلومات الإكلينيكية الخاصة بأم الطفل (إعداد الباحث) :

تهدف هذه الشبكة من المعلومات إلى التعرف على النواحي المختلفة عند الطفل ، التي لا يمكن الحصول عليها عن طريقه من ناحية ، والتعرف على النواحي الأسرية الوالدية من ناحية أخرى ، وذلك من خلال التطرق للبيانات الأولية المتعلقة بالآباء ، نمط الأسرة وأفرادها ، المشكلات الأسرية ، الوضع الاجتماعي والاقتصادي والعائلي للأسرة ، ظروف الحمل بالحالة ، ظروف الولادة وبعد الولادة ، الرضاعة ، مشكلات النمو (التسنين ، الحبو ، المشي ، الكلام ، النظافة) ، سلوك الطفل ، رغباته ظروف الالتحاق بالمدرسة ، المستوى الدراسي وصعوبات التعلم قبل وبعد الحادث ، التاريخ المرضي السابق للحالة والآباء وأفراد الأسرة والأقارب ، علاقات الطفل بالوالدين والأخوة والزملاء ، نضرة الطفل لنفسه و للمدرسة والمعلمين والأقران ، التاريخ الآني للطفل ، الصدمة وظهور الأعراض .

3.3. استمارات وجدول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي :

اعتمدت على مجموعة من الأدوات الأخرى التي تدخل ضمن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي منها ما هو مقتبس (خلفية نظرية) ومنها ما هو من إعداد الباحث تمثلت في :

- جدول العمل النموذجي المعتمد (إعداد الباحث) . (ملحق 12)
- استمارة التحضير لجلسة العلاج (إعداد الباحث) . (ملحق 13)
- استمارة المتابعة الإكلينيكية (إعداد الباحث) . (ملحق 14)
- سجل الأفكار التلقائية . (ملحق 15)
- السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا أو استمارة (ABC ، أ ب ج) . (ملحق 16)
- تقنية العمود المزدوج (1) . (ملحق 17)
- تقنية العمود المزدوج (2) . (ملحق 18)
- تقنية الأعمدة الثلاثة . (ملحق 19)
- بطاقة الأعراض الصدمية للحالة(ملحق 20)
- استمارة النشاط اليومي . (ملحق 21)
- استمارة النشاط الأسبوعي . (ملحق 22)
- استمارة تقرير الطفل عن الجلسة العلاجية (إعداد الباحث) . (ملحق 23)
- استمارة تقرير الآباء عن الجلسة التوجيهية (إعداد الباحث) . (ملحق 24)

- كراسة تقييم يومية للأطفال (إعداد الباحث) . (ملحق 25)
- كراسة تقييم يومية للآباء (إعداد الباحث) . (ملحق 26)
- استمارة مثال عن العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك. (ملحق 27)
- قائمة التشوهات المعرفية . (ملحق 28)
- جدول الأنشطة السارة. (ملحق 29)
- تمارين الاسترخاء العضلي . (ملحق 30)
- دليل التدخلات العلاجية لمواجهة بعض التشوهات المعرفية . (ملحق 31)
- قائمة الأفكار السلبية (إعداد /زينب محمود شقير 1999) . (ملحق 32)
- إجراءات الواجب المنزلي (إعداد الباحث) . (ملحق 33)
- الرسم الكاريكاتوري (إسقاط الأفكار والمشاعر) (إعداد الباحث) . (ملحق 34)
- استمارة مزايا ومساوئ شخص تعرض لحدث صدمي (إعداد الباحث) . (ملحق 35)
- استمارة المزايا والمساوئ للشخص الذي تراه سعيد (إعداد الباحث) . (ملحق 36)

3.4. البرنامج التكفلي :

تم الاعتماد في هذه الدراسة على تصميم برنامج معرفي سلوكي من اجل التكفل باضطرابات ما بعد الصدمة عند الحالات إذ يعتبر أداة رئيسية تدرج ضمن الأدوات التي اعتمدها في انجاز هذه الدراسة ، حيث تم تصميم هذا البرنامج بهدف التكفل باضطراب ما بعد الصدمة وتخفيض مستويات القلق والاكتئاب عند الحالات.

3.5. بروتوكول الإرشاد الأبوي :

تم أيضا الاعتماد في هذه الدراسة على تصميم بروتوكول لجلسات التوجيه الأبوي ، على أساس الفرض القائم على مساهمة التوجيه الأبوي في تحسين المعاش النفسي للآباء ، وبالتالي المساهمة في زيادة فعالية البرنامج التكفلي المقترح إذ يعتبر أيضا من الأدوات الأساسية التي اعتمدها في انجاز هذه الدراسة ، حيث تم تصميم هذا البروتوكول للتكفل بالآباء وتحسين معاشهم النفسي ، بهدف زيادة فعالية البرنامج التكفلي المطبق ، والمساهمة الفعالة في العلاج .

ملاحظة: فيما يتعلق بهذه الاستمارات والجداول فقد تم التطرق لها ضمن فصل : العلاجات

المعرفية السلوكية ، أما تطبيقات واستخدامات هذه الاستمارات والجداول وكذا البرنامج التكفلي وبروتوكول التوجيه ، فتجدوه مفصل ضمن فصل تصميم برنامج التكفل وبروتوكول التوجيه.

إجراءات الدراسة

أولاً : الدراسة الاستطلاعية

1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية يقوم بها الباحث ، تسبق التطبيق الفعلي لأدوات الدراسة ، وتهدف إلى جمع عدد أكبر من المعلومات حول موضوع البحث .

فبعد التطرق إلى الجانب النظري والاطلاع الواسع على الخلفية النظرية للظاهرة ، وكذا الدراسات المتعلقة باضطرابات ما بعد الصدمة ، تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الهامة والضرورية التي ساعدتنا في الاحتكاك بميدان الدراسة ، والتعرف على خصائص مجتمع البحث وخصائص الأفراد الذين تشملهم الدراسة ، ومدى قابلية الدراسة للانجاز ، وظروف إيجاد العينة والحجم الذي يمكن الحصول عليه والمناسب لتحقيق أهداف الدراسة ، والإمكانيات اللازمة والمتوفرة ، وكذا الصعوبات والعراقيل التي تواجهها ، هذا من جانب . ومن جانب آخر تمكنا من خلال الدراسة الاستطلاعية التعرف الجيد على الظاهرة ، وجمع مجموعة من البيانات التي أدت إلى مراجعة إشكالية البحث والتساؤلات الفرعية ، وإعادة صياغة الفرضيات والتعرف على الخطوط العريضة من أجل بناء برنامجنا التكفي ، وتخطيط جلسات التوجيه الأبوي ، والتعرف على إمكانيات تطبيق ذلك .

وزيادة على ما سبق ، فقد تمكنا من خلال الدراسة الاستطلاعية من اختبار أدوات الدراسة المقترحة ، وتقصي مدى أهميتها وفائدتها في الدراسة ، وكذلك مدى ملائمتها واستجابة العينة الاستطلاعية لها . حيث تم التخلي عن بعضها كاستمارة الأحداث للوالدين . والتعديل في بعضها بهدف زيادة وضوح فقراتها بناء على اقتراحات المحكمين ، والتأكد من مدى صدق وثبات هذه المقاييس ، خصوصا تلك التي تم بنائها من قبلنا ، كالمقاييس الإكلينيكية (المقابلات التشخيصية) من خلال التعرف على مدى صلاحية البنود وشموليتها ، ومدى وضوح العبارات ومفهوميتها في تغطية الجوانب المراد دراستها .

2. مجتمع البحث ومواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية :

مجتمع البحث : يمثل مجتمع البحث في الدراسة الاستطلاعية ، كل الأطفال من مختلف الجنسين ، الذين تعرضوا لصدمات نفسية شديدة ، يحتمل أن يكونوا اضطراب ما بعد الصدمة من المجتمع الجزائري . أما عينة الدراسة الاستطلاعية : تمثلت في (12) حالة مأخوذة بصفة عشوائية من مجتمع البحث ، تراوحت أعمارهم بين 07 وبين 13 سنة . تم اختيارها بشكل عرضي لأطفال تعرضوا لصدمات نفسية مختلفة .

الجدول رقم (10) عينة الدراسة الاستطلاعية

الوالد المشارك	الجنس	السن	الحالات الخصائص
11 أمهات/02 أبناء	05 ذكور/07 إناث	(07-13) سنة	12 حالة

3. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية :

لم تكن الدراسة الاستطلاعية في مكان محدد أو مؤسسة معينة ، وإنما كانت على الوسط المفتوح . فكل حالة حسب المكان الذي وجدت فيها ، فهناك خمس (05) حالات تم الالتقاء بها في المستشفى محمد بوضياف بغيليزان ، (حالة واحدة (01) بجناح الأمومة والطفولة ، و أربع (04) حالات بجناح العمليات) ، وحالة واحدة (01) تم الالتقاء بها بالمؤسسة الاستشفائية الجوارية بواد ارهيو/ غليزان ، في مكتب زميل نفساني بتلك المؤسسة ، وثلاث (03) حالات تم الالتقاء بها في روضة طيور الجنة بواد ارهيو ، مع المختص القائم على الروضة ، زميل لي حاول توجيهي لبعض الحالات عنده بالروضة كان يرى أنها تلائم الدراسة ، وحالة واحدة (01) بالعيادة الجوارية زغلول بغيليزان ، بناء على اتصال بمكتب زميلة لي بالعيادة ، وحالتين (02) تم إرشادي إليهم من طرف زملاء في العمل ، تم الاتصال بهم واستقبالهم في مكنتي بمدرسة صغار الصم بغيليزان إحداها مقيمة بمسرقين بوهران والأخرى من معسكر .

كما لم تكن الدراسة الاستطلاعية خلال زمن متواتر يوميا ، وإنما خلال فترات متناوبة ويرجع ذلك للبحث عن الحالات ، وقد استغرقت مدة الدراسة الاستطلاعية حوالي 07 أشهر، حيث امتدت من شهر ديسمبر 2013 إلى شهر جوان 2014 .

4. ظروف إجراء الدراسة :

تمت بداية الاتصال بمجموعة من زملاء المختصين ، وكذا زملاء العمل ، كما تم أيضا الاتصال بمختصي بعض المؤسسات الاستشفائية والعيادات الجوارية وكذا المختصين العاملين في القطاع الخاص (العيادات النفسية الخاصة) ، إضافة إلى الاتصال بالمختصين والعاملين بدور الحضانة ورياض الأطفال ، وترك رقمي الشخصي قصد الاتصال بي ، كما اتصلت بخلية الإعلام بالدرك الوطني ، وكذا بخلية الإعلام والاتصال بالأمن الولائي لكل من ولايتي وهران وغليزان ، وبمصلحة الإدماج الاجتماعي للأحداث بمديرية النشاط الاجتماعي لغليزان ووهران ، وعلى أساس هذه الشبكة تم التعرف بالحالات والعمل مع كل حالة في وسط انتقائها.

ثانيا : الدراسة الأساسية

1. الهدف من إجراء الدراسة الأساسية :

تهدف الدراسة الأساسية إلى اختبار الفرضيات الموضوعية ، والإجابة على تساؤلات البحث التي تمت صياغتها وذلك من خلال :

- تطبيق المقاييس الإكلينيكية المعدة من طرفنا في تشخيص حالات الدراسة .
- تطبيق البرنامج التكفلي المقترح من طرفنا .
- تطبيق بروتوكول التوجيه الأبوي المقترح من طرفنا .
- القيام بعملية التقييم الإكلينيكي القبلي والبعدي والتتبعي .

وهذا بهدف الوصول إلى :

- ❖ الكشف عن اثر التكفل المعرفي السلوكي في تخفيف الألم النفسي ، و التحقق من مدى فاعلية البرنامج التكفلي المقترح في علاج اضطرابات ما بعد عند الطفل .
- ❖ معرفة دور التوجيه الأبوي في تحسين المعاش النفسي للإباء .
- ❖ معرفة دور التوجيه الأبوي في تخفيف هذه الاضطرابات عند الطفل وفي زيادة فعالية البرنامج التكفلي والمساهمة في تعزيزه .
- ❖ تتبع مدى استمرارية اثر وفعالية البرنامج التكفلي المطبق بعدة فترات مختلفة .

2. مجتمع البحث ومواصفات عينة الدراسة الأساسية :

مجتمع البحث : يمثل مجتمع البحث كل الأطفال من مختلف الجنسين الذين تعرضوا لحدث

صدمي شديد وغير متكرر كونوا اضطراب ما بعد الصدمة من المجتمع الجزائري . أما عينة

الدراسة ومواصفاتها : هي عينة قصديه مأخوذة بشكل هدفى من عينة عشوائية من مجتمع

البحث حيث تمثلت في (5) خمس حالات من مختلف الجنسين 03 ذكور و 02 إناث ، لأطفال

تعرضوا لحدث صدمي شديد غير متكرر ، تتوفر فيهم شروط اختيار العينة ، تراوحت

أعمارهم بين 07 وبين 13 سنة . وقد تم انتقاؤها من العينة العرضية للدراسة الاستطلاعية ،

عدها (12) حالة من الجنسين (5 ذكور، 7 إناث)، من أطفال تعرضوا لأحداث صدمية يحتمل

أن يكونوا PTSD . وفي ما يلي الجدول رقم (09) لخصائص عينة الدراسة :

الجدول رقم (08) خصائص عينة الدراسة الأساسية

الخصائص	الجنس	السن	الوالد المشارك
الحالات			
وائل	ذكر	12	الأم (خديجة)
مهدي	ذكر	11	الأم (سعاد)
محمد	ذكر	09	الأم (فاطمة)
دعاء	أنثى	08	الأم (فتيحة)
مريم	أنثى	12	الأم (رشيدة)
المجموع :	03 ذكور 02 إناث	من : 07 سنوات إلى : 12 سنة	05 أمهات

3. مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية :

تمت الدراسة الأساسية في مكانين متفرقين الأول بمقر إحدى الروضات بواد ارهيو بولاية

غليزان والثانية بإحدى العيادات الجوارية بمكتب زميلة نفسانية بغليزان ، إذ كان يتم الالتقاء

بالحالات وآبائهم بهذه الروضة والعيادة في إطار عملية تطبيق حصص العلاج النفسي للأطفال

وجلسات التوجيه الأبوي للآباء ما عدا حالة بمسرغين بولاية وهران التي كنت أنتقل لبيتها

خلال المقابلات الفردية تفاديا للإجراج وتكليف الآباء عناء التنقل من وهران إلى واد ارهيو .

وقد جرت عملية التشخيص والتكفل خلال زمن متواتر حسب البرنامج المسطر المتمثل في جلستين للتقييم القبلي وبعدها 16 جلسة لعملية التدخل والتكفل سواء الموجه للآباء أو الأطفال الجلسة 15 منها كانت للتقييم البعدي ، تلتها خلال فترات متناوبة عملية القياس التتبعي التي كانت بعد 15 يوم ، بعد شهر (30) يوم وبعد شهرين (60) يوم ، وقد استغرقت مدة الدراسة الأساسية حوالي 06 أشهر، حيث امتدت من شهر سبتمبر 2014 إلى مارس 2015.

4. ظروف إجراء الدراسة :

تمت بداية الاتصال بمجموعة من الزملاء المختصين العاملين بمختلف العيادات الجوارية والروضات والعيادات الخاصة سواء بولاية وهران أو ولاية غليزان ، وكذا زملاء العمل ، وطلب منهم المساعدة على الاتصال بالحالات وتوفير الظروف الجيدة للعمل بعدها تم تحديد موعد ومكان مساعد مع كل حالة للقيام بعملية القياس القبلي وتدوين النتائج والتي تمت بصفة فردية حسب ظروف الحالات (البيت ، المركز ، عيادة جواريه ، روضة ...) وبعد انتهاء عملية القياس القبلي تم إعلام الحالات عن تاريخ بداية العملية العلاجية والإرشادية وهذا بعد مشاورات واخذ ورد بالنسبة لموضوع الوقت وكذا المكان المساعد ، بعدها تم العمل على تطبيق البرنامج المقترح حسب ما هو مسطر وتمت عملية التقييم البعدي مع نهاية جلسات وخصص البرنامج المقترح وتمت عملية التقييم التتبعي بصفة فردية على الحالات كل حسب الظروف (البيت، المركز، عيادة جواريه، روضة...).

5. دراسة الحالات :

5.1. تقديم الحالات :

A. الحالة الأولى (وائل) :

" وائل " ولد في الثانية عشر من العمر صف ثانية متوسط ، يحتل الرتبة الثانية ، في أسرة مكونة من الوالدين و 04 أطفال ، محبوب من الوالدين باعتباره الذكر الوحيد ومفضل ومقرب جدا من الأم ، معاملتهما له جيدة تشمل العقاب أحيانا من طرف الأب ، علاقته بإخوته جيدة عموما ، تميزت علاقته الخارجية بالطيش وكثرة العلاقات خصوصا بجماعات الأطفال الكبار والمراهقين والبقاء بالشارع كثيرا أما بالنسبة لزملاء الدراسة والمعلمين فهي متذبذبة ما بين الجيدة والسلبية ، لا يعاني الحالة من أية أمراض ولم تكن له سوابق مرضية ، اهتماماته مرتبطة بالمغامرة والاستكشاف واللعب .

تعرض الحالة في سن 10 سنوات لحادث اختطاف وحجز من طرف شاب ثلاثيني غريب عنه لمدة يوم كامل مستغلا سذاجة الحالة ولامبالاته وتعلقاته العابرة بالأشخاص حيث اركبه السيارة واختلى به في إحدى الشقق سبب حالة خوف وصدمة وفزع عند الحالة وفي حالة صدمة وهالة للعائلة والأهل والجيران ، نقل على إثره للمستشفى لتحرير شهادة طبية وكشف الاعتداء الجنسي ، شخص من خلال المقابلة الإكلينيكية المقننة من طرفنا باضطراب ما بعد الصدمة المزمن كتشخيص أساسي ، مع اضطرابات المسلك كتشخيص مصاحب.

B. الحالة الثانية (مهدي) :

" مهدي " ولد في الحادية عشر من العمر صف أول متوسط ، يحتل الرتبة الأولى ، في أسرة مكونة من الوالدين وثلاثة أطفال ، محبوب من الوالدين خصوصا الأم ، تأرجحت معاملتهما له بين التساهل والتسامح ، والتأنيب والعقاب ، علاقته بإخوته جيدة عموما يجب الأخت الصغيرة كثيرا ، أما علاقته الخارجية فصداقاته عادية فيالنسبة لزملاء الدراسة والمعلمين فهي متذبذبة ما بين الجيدة والسلبية ، يعاني الحالة من ألام الرأس وكسوابق مرضية فقد عانت الحالة من أمراض جلدية، اهتماماته مرتبطة برياضة الجيدو وكذا الشطرنج والقراءة.

تعرض الحالة في سن 11 سنوات لحادث سقوط خطير ومروع وقع له عند تسلقه لسلم غير مثبت ، تسبب له في بعض الكسور والجروح تبعه تدفقات دماء وغثيان وفقدان ذاكرة نتيجة الرضة الدماغية ، ترك الحالة في حالة ذهول وصدمة وفزع وبكاء ، نقل على إثره للمستشفى ومكث فيه لمدة 09 يوم ، شخص باضطراب ما بعد الصدمة الحاد كتشخيص أساسي.

C. الحالة الثالثة Ⓢ (محمد) :

" محمد " ولد في التاسعة من العمر صف 04 ابتدائي ، يحتل الرتبة ما قبل الأخير ، في أسرة مكونة من الوالدين وخمسة أطفال ، محبوب من الوالدين ومن الأخوة ومفضل ومقرب جدا من الأب ، تميزت معاملتهما له بالتساهل والتسامح ، وبالتأنيب والعقاب أحيانا ، علاقته بإخوته جيدة عموما ومقرب من الأخت الكبيرة التي يحبها كثيرا ، متفتح على العلاقات والأشخاص ، فهو سهل التأقلم وإقامة العلاقات ، فبالنسبة لعلاقاته الخارجية فصدقاته عادية أما بالنسبة لزملاء الدراسة والمعلمين فهي متذبذبة ما بين الجيدة والسلبية التي تتميز بالعدائية ، يعاني الحالة من ألأم الرأس والرجفان وكسوابق مرضية فقد عانت الحالة من حالات الحمى المتكررة ، اهتماماته مرتبطة بمطالعة القصص والألعاب الالكترونية لكرة القدم .

تعرض في سن 07 سنوات لمشاهدة حادث سير خطير ومروع وقع للأب الذي كان برفقته أثناء اجتياز الطريق ، تسبب في إصابة الأب بجروح تبعه تدفقات دماء وفقدان وعي ، سببت حالة ذهول وصدمة وفزع وبكاء هستيري للحالة ، شخص باضطراب ما بعد الصدمة المزمن كتشخيص أساسي، مع اضطرابات سيكوسوماتية (ألأم الرأس والقولون) كاضطراب مصاحب.

D. الحالة الرابعة Ⓢ (دعاء) :

" دعاء " بنت في الثامنة من العمر صف 03 ابتدائي، الأخيرة في ترتيب الإخوة ، في أسرة مكونة من الوالدين وأربعة أطفال ، محبوبة من الوالدين ومفضلة خصوصا من الأم ، تميزت معاملتهما لها بالتساهل والتسامح ، وبالذلال الزائد من الأم ، علاقتها بإخوتها جيدة عموما ما عدا بعض سلوكيات الغيرة كالضرب والعنف من الأخت الكبيرة أحيانا ، يتميز سلوكها بالانطواء والعزلة ، فبالنسبة لعلاقاتها الخارجية فصدقاتها قليلة ومحصورة أما بالنسبة لزملاء الدراسة والمعلمين فهي سيئة ، ليس لها سوابق مرضية ، اهتماماتها مرتبطة بالرسم والقراءة .

تعرضت الحالة لحادث سير في سن 06 سنوات مع ابن الخال عز الدين أثناء اجتياز الطريق ، تسبب في وفاة ابن الخال ، وفي حالة ذهول وصدمة وغشيان للحالة ، نقلت على إثره للمستشفى ، شخصت باضطراب ما بعد الصدمة المزمن كتشخيص أساسي ، مع اضطرابات في التكيف كاضطراب مصاحب مرتبط بنمط التربية للوالدين خصوصا من الأم .

E. الحالة الخامسة (مريم) :

" مريم " بنت في الثانية عشر من العمر (12) من العمر صف السنة الأولى متوسط ، ما قبل الأخيرة في ترتيب العائلة ، في أسرة مكونة من الوالدين وثلاثة أطفال ، محبوبة من الوالدين تميزت معاملتهما لها بالتساهل والتسامح ، وبالتأنيب من الأم ، علاقتها بإخوتها جيدة عموما تغار من الأخت الصغرى التي ترى أن الأب يفضلها عليها ويحبها ويوفر لها كل ما تطلبه ، يتميز سلوكها بالانطواء والعزلة والتصرفات الخشنة والردات العصبية ، علاقاتها الخارجية قليلة ومحصورة أما بالنسبة لزملاء الدراسة والمعلمين فهي تتحاشى هذه العلاقات والاختلاط نظرا لثقافة الأسرة المحافظة وكذا البيئة كما أنها من النمط المنعزل الخجول ، عانت خلال الطفولة من أمراض الحساسية والصدر، ليس لها اهتمامات ماعدا متابعة التلفاز. تعرضت الحالة لحادث مهاجمة كلب شرس مصاب بالكلب لأحد الجيران في طريقها خلال فترة اجتياز امتحانات شهادة التعليم الأساسي في سن 11 سنة ، تسبب لها في بعض الجروح والكدمات وحالة ذعر وصدمة للحالة ، نقلت على إثره للمستشفى لتلقي العلاج ، شخصت باضطراب ما بعد الصدمة الحاد كتشخيص أساسي دون أي اضطراب مصاحب .

5.2. إجراءات التقييم ، التشخيص ، التدخل والمتابعة :

A. التقييم الأولي :

المقابلة الأولى : حيث كانت هذه اللقاءات فردية خلال هذه المقابلة تم الاعتماد على المقابلة النصف موجهة بهدف جمع المعلومات حول الحالات والآباء من خلال تطبيق شبكة المعلومات لكل من (الآباء / الأطفال) حيث استقبلت الحالات مع الآباء والترحيب بهم وبعدها صرفنا الحالات إلى الرسم أو اللعب أو مشاهدة التلفاز إذ كانت المقابلات مع الآباء أولا وبعدها تم مقابلة الأطفال حيث حاولنا خلال هذه المقابلات جمع أكبر عدد من المعطيات حول الآباء

والحالات انطلاقاً من التساؤلات المحددة في شبكة المعلومات للوصول إلى حد من التوسع والتوضيح وجمع حثيات وتفاصيل مهمة أخرى .

المقابلة الثانية : استغلينا هذه اللقاءات في زيادة توطيد العلاقة مع الآباء وخصوصاً الحالات بهدف كسب أكبر لتفتهم في محاولتنا الوقوف على الحدث الصدمي والأعراض التي سببها للطفل كما حاولنا توضيح مدى ارتباط العملية العلاجية بالرغبة في التحسن وبمدى الجد والارتباط بالعملية العلاجية والانخراط فيها ومدى صدق المعلومات المقدمة والإفصاح الملم والشامل لمختلف الجوانب وطمأنتهم بان لا شيء يستدعي الخوف ما دام لهم رغبة في العلاج وبوجود مساعدة مختص نفسي يساندهم ويساندهم على تخطي هذه المحنة والتغلب على هذا الاضطراب حيث تم في هذه اللقاء تطبيق المقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الأطفال أولاً مع الطفل وبعدها تم تطبيق المقابلة التشخيصية المقننة المدارة من طرف الآباء مع الأم .

المقابلة الثالثة : تم خلال هذه المقابلة عرض العمل الذي سيكون خلال المقابلة وتقديم المقاييس التي سيتم تطبيقها : الاكتئاب (كوفكس للطفل وبيك للام) والقلق لسيلبرجر سمة -حالة (الأم / الطفل) وطمأنتهم حولها حيث تم تطبيق أولاً مقياس القلق حالة وبعده مقياس القلق سمة وبعده مقياس الاكتئاب بهذا الترتيب لكل من الطفل والآباء حيث تم العمل مع الطفل والأم مع بعض بمساعدة نفسي زميلي.

المقابلة الرابعة : حيث كانت هذه المقابلة مفتوحة بالأخذ والرد والمناقشة تم خلالها بناء العقد العلاجي مع الحالات والآباء حيث تم الاتفاق على كفاءات سير المقابلات العلاجية والإرشادية وعددها وأنواعها الجماعية والفردية وتقديم الجدول الزمني الخاص بها والاتفاق على المهام التي تنتظر كل طرف وان العملية العلاجية لا تكتمل إلى بمشاركة مختلف الأطراف (الأطفال ، الآباء ، المعالج) كما تم توضيح الأهداف التي نسعى إليها من خلال البرنامج العلاجي والإرشادي وهي التخلص من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل وتحسين المعاش النفسي للآباء وتقديم شروحات حول الدليل العلاجي للأطفال والدليل الإرشادي للآباء والتي تشمل مجموعة من الوثائق والسلام والجدول التي صممناها بهدف التدريب وإجراء الواجبات والمتابعة والمشاركة في العملية العلاجية وفي الأخير تم تطبيق قائمة السلوك لبيركس لتحديد السلوكيات المضطربة الأخرى للحالات قبل عملية التدخل.

B. تطبيق البرنامج العلاجي والتوجيه الأبوي :

اشتملت عملية التدخل بالنسبة للأطفال على 15 جلسة علاجية 12 جماعية و 03 فردية واشتملت عملية التدخل للآباء على 15 جلسة إرشادية 13 جماعية وجلستين فرديتين بالتوازي خلال 09 أسابيع (شهرين) مقسمة على 05 مراحل سواء بالنسبة للآباء أو الأطفال .

C. التقييم البعدي :

كانت عملية التقييم البعدي خلال مقابلة واحدة الجلسة ما قبل الأخيرة من البرنامج العلاجي وبرتوكول التوجيه طبقت فيها المقاييس التي طبقت قبل عملية التدخل حيث طبق مقياس القلق حالة سمة وبعده مقياس الاكتئاب وبعده المقابلة التشخيصية المقننة على الحالات وبعده طبقنا مقياس القلق حالة سمة وبعده مقياس الاكتئاب بيك وفي الأخير المقابلة التشخيصية المقننة المختصرة على الآباء وهذا بمساعدة نفساني زميل لي .

D. المتابعة :

تمت متابعة للحالات بهدف معرفة طبيعة ومدى التغيرات التي حدثت عند الحالات والآباء اذ طبقت نفس المقاييس التي طبقت قبل وبعد التكفل وهذا خلال فترات متتالية حددناها كالتالي :

المتابعة الأولى : بعد 15 يوم من التدخل .

المتابعة الثانية : بعد 30 يوم (شهر) من التدخل .

المتابعة الثالثة : بعد 60 يوم (شهرين) من التدخل .

الفصل الثامن : معرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة

➤ الحالة الأولى

A. المعطيات الأولية للحالات

B. معطيات التشخيص

➤ الحالة الثانية

A. المعطيات الأولية للحالات

B. معطيات التشخيص

➤ الحالة الثالثة

A. المعطيات الأولية للحالات

B. معطيات التشخيص

➤ الحالة الرابعة

A. المعطيات الأولية للحالات

B. معطيات التشخيص

➤ الحالة الخامسة

A. المعطيات الأولية للحالات

B. معطيات التشخيص

2. مناقشة نتائج الدراسة والتحقق من الفرضيات

3. الاستنتاج العام

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة :

النتائج العامة للحالات :

1.1. الجدول رقم (*) درجات التقييم الذاتي لمستويات القلق والاكتئاب والتجنب لحالات الدراسة

عملية المتابعة			التقييم البعدي		السرورة العلاجية				المستوى القاعدي		السلم	الحالات	
120J	90J	75J	70J	60J	50J	40J	30J	20J	10J	5J		القلق	الاكتئاب
03	04	04	04	05	05	06	06	08	09	09	القلق		
00	01	02	02	03	03	06	04	05	05	07	الاكتئاب		
03	03	04	04	04	05	07	09	09	09	09	التجنب		
02	02	03	03	03	04	05	05	06	06	06	القلق	الأم فاطمة	P 01
00	00	01	01	01	02	03	04	05	06	07	الاكتئاب		
02	02	03	04	05	06	10	08	09	10	10	القلق	الطفل مهدي	P 02
02	03	03	03	04	04	05	07	08	09	10	الاكتئاب		
02	03	02	02	02	04	06	08	09	10	10	التجنب		
02	02	03	03	03	04	04	06	07	08	09	القلق	الأم سعاد	P 02
01	02	03	04	05	05	05	05	06	07	07	الاكتئاب		
02	04	04	05	05	06	08	09	10	10	10	القلق	الطفل محمد	P 03
02	02	03	03	05	06	07	09	10	10	10	الاكتئاب		
02	02	02	03	03	05	06	10	09	10	10	التجنب		
04	04	05	05	05	06	06	07	09	10	10	القلق	الأم خديجة	P 03
01	02	02	02	03	03	05	06	06	07	07	الاكتئاب		
04	04	05	05	06	06	10	09	10	10	10	القلق	الطفلة وفاء	P 04
00	00	01	01	02	02	03	04	05	06	06	الاكتئاب		
04	04	05	05	06	07	09	09	10	10	10	التجنب		
03	03	04	05	05	05	07	08	09	10	10	القلق	الأم عائشة	P 04
03	03	03	05	05	06	08	09	09	10	10	الاكتئاب		
04	04	05	05	06	06	07	08	09	10	10	القلق	الطفلة مريم	P 05
00	01	01	02	02	03	03	04	05	06	06	الاكتئاب		
04	05	06	07	07	08	09	09	10	10	10	التجنب		
01	01	02	03	03	03	04	05	07	08	09	القلق	الأم رشيدة	P 05
01	01	02	03	03	04	05	06	07	08	08	الاكتئاب		

1.2. الجدول رقم (***) الدرجات المحصل عليها لحالات الدراسة على مختلف المقاييس السيكمترية المطبقة

تقييم تنبئي			تقييم بعدي	قياس قبلي	نتائج القياس والتقييم المقاييس المطبقة	الحالات	
شهرين	شهر	15 يوم				الحالة	P 01
09	10	10	11	15	الاكتئاب CDI		
40	42	45	50	66	القلق حالة STAIC-S		
42	44	44	46	48	القلق سمة STAIC-T		
اضطرابات المسلك / السلوك العدواني					قائمة السلوك المضطرب لبيركس	الأم	P 01
18	20	20	22	28	الاكتئاب BDI-II		
26	31	30	30	38	القلق حالة STAIY-S		
34	36	35	36	36	القلق سمة STAIY-T	الحالة	P 02
14	12	14	14	24	الاكتئاب CDI		
38	40	44	46	72	القلق حالة STAIC-S		
39	38	38	39	42	القلق سمة STAIC-T	الأم	P 02
قائمة السلوك المضطرب لبيركس					الاكتئاب BDI-II		
20	24	28	32	38	القلق حالة STAIY-S		
26	30	30	32	44	القلق سمة STAIY-T	الحالة	P 03
34	36	37	36	38	الاكتئاب CDI		
12	14	14	15	34	القلق حالة STAIC-S		
38	39	52	48	74	القلق سمة STAIC-T	الأم	P 03
44	43	44	46	52	قائمة السلوك المضطرب لبيركس		
22	22	22	28	32	الاكتئاب BDI-II		
38	42	46	44	58	القلق حالة STAIY-S	الحالة	P 04
39	42	40	40	44	القلق سمة STAIY-T		
14	14	14	16	29	الاكتئاب CDI		
42	42	46	48	72	القلق حالة STAIC-S	الأم	P 04
58	59	60	60	62	القلق سمة STAIC-T		
قائمة السلوك المضطرب لبيركس					الاكتئاب BDI-II		
28	27	28	30	42	القلق حالة STAIY-S	الحالة	P 05
34	35	36	44	64	القلق سمة STAIY-T		
56	57	58	56	58	الاكتئاب CDI		
11	11	12	12	22	القلق حالة STAIC-S	الأم	P 05
50	54	56	56	70	القلق سمة STAIC-T		
58	56	58	57	60	قائمة السلوك المضطرب لبيركس		
20	20	20	22	35	الاكتئاب BDI-II	الحالة	P 05
30	32	32	34	58	القلق حالة STAIY-S		
38	39	39	40	42	القلق سمة STAIY-T		

النتائج التفصيلية لمختلف المقاييس السيكومترية المطبقة لكل حالة :

1.3. الحالة الأولى : (وائل)

A. المعطيات الأولية للحالات :

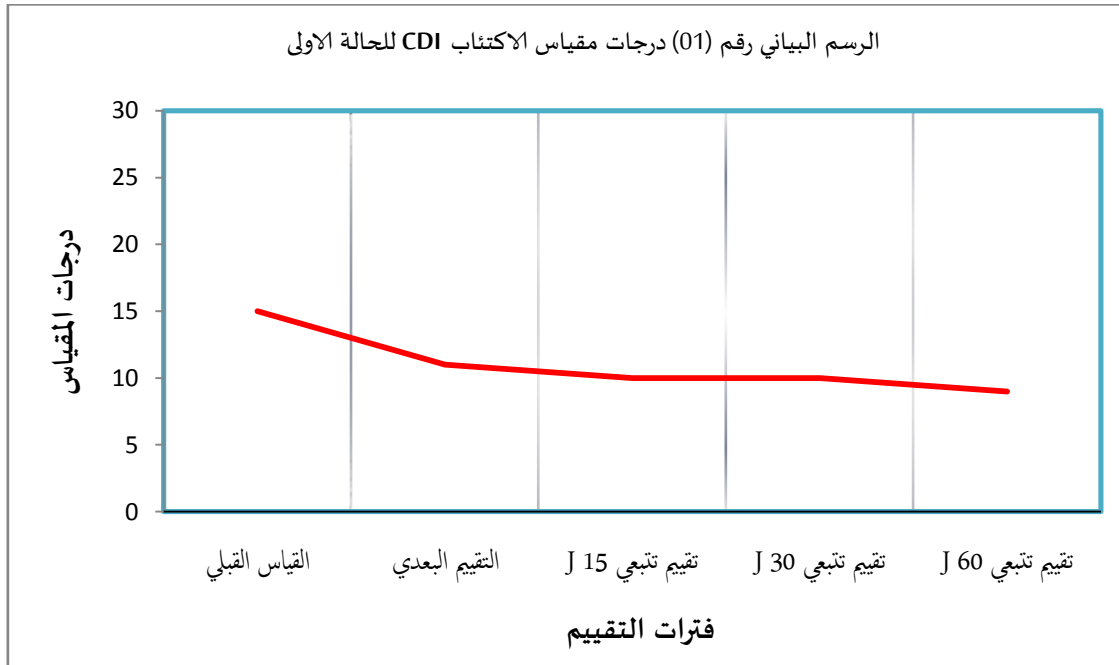
" وائل " الطفل الطائش المتعلق بالأم ، يحمل ذكريات وأفكار عن الحادث ال ذي وقع له وتوقعات بتكرر ما حدث له من طرف آخرين ، يضايقه ما حدث ل ه ويجزن ه التفكير في ه فهو يتجنب التفكير والشعور بما حدث حتى انه يخجل ، لا يهتمع بوجوده بالمنزل، و بتبادل الحديث مع افراد الأسرة فهو كثير التغيب عن المنزل ويقضى معظم وقته خارجه ، كما يشعر أن الآخرين ينفرون منه ويضايقون أحيانا، يحمل مشاعر ذنب في فعل أشياء كان لا يحق فعلها ، ما يشعره ذلك بالحزن والقلق مما يعتقد الآخرين عنه ، تبدو له أنشطته المدرسية تافهة وغير مهمة ، صورته عن الذات سيئة فهو يرى انه عديم القيمة ولا يصلح لشيء ، حتى انه فقد الشعور بأي شيء وليس له أي أهداف مستقبلية، وان المستقبل غامض ومخيف ، نتائجه المدرسية متدنية وضعيفة وصعوبات في الحفظ وأداء الواجبات ، لديه رغبة في التوقف عن الدراسة ، ثقته بالآخرين معدومة فهو يرى أن العالم مليء بالمخاطر ، يمر بنوبات من فقدان السيطرة والتحكم في الذات ، ثورات الغضب وتكسير الأشياء وتمزقها ، سهل الاستثارة لأنفه الأسباب والأشياء ، كثير التشاجر والتعارك والمشاكل مع الأصدقاء والإخوة ، البذائة وال سب والشتم عند الغضب ، لديه صعوبات في التركيز ومن السهل أن يتشتت انتبا ه ه ، سلوك ال حيطة وفرط التيقظ والحذر وتوقع وقوع الاسوء ، التمرد والعصيان والإصرار ، السلوكات الخطيرة كالتسلق والأعمال الخطيرة ، تظهر عليه أعراض فسيولوجية تتعلق بالأم البطن ، التعرق والرجفان عند الغضب.

B. معطيات التشخيص :

الجدول رقم (12) درجات المقاييس للحالة الأولى

تقييم تتبعي			تقييم بعدي	قياس قبلي	نتائج القياس والتقييم	المقاييس المطبقة
شهرين	شهر	15 يوم				
09	10	10	11	15	الاكتئاب CDI	الحالة
40	42	45	50	66	القلق حالة STAIC-S قائمة السلوك المضطرب لبيركس	
18	20	20	22	28	الاكتئاب BDI-II	الأم
26	31	30	30	38	القلق حالة STAIY-S	

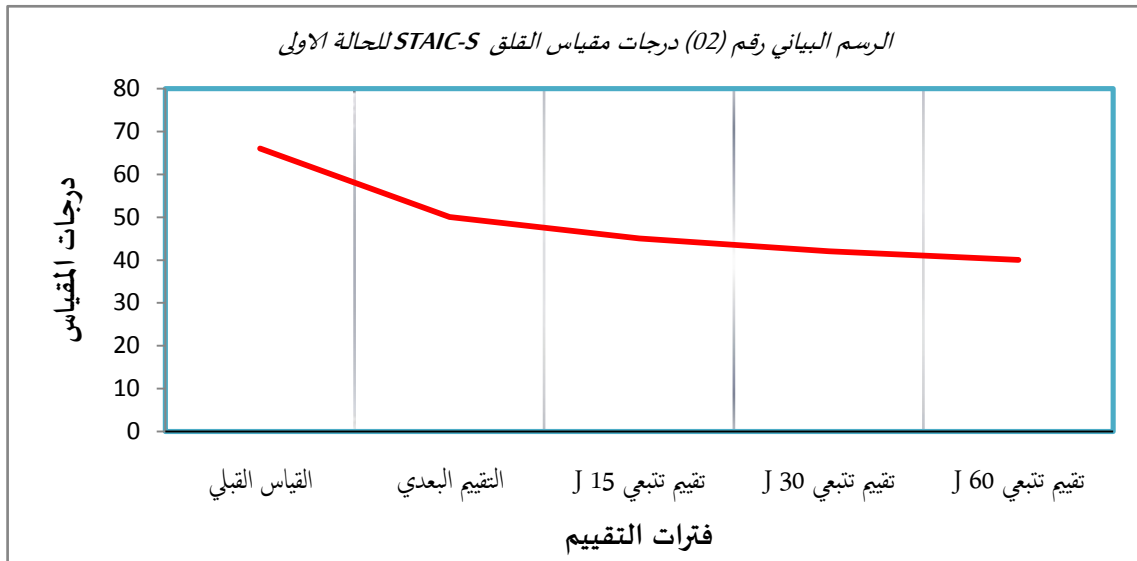
يبين الجدول رقم (12) درجات القياس القاعدية قبل عملية التدخل ودرجات القياس بعد عملية التدخل ودرجات القياس خلال عملية المتابعة للحالة الأولى وائل وللأم فاطمة على مختلف المقاييس السيكومترية المطبقة. ومن خلال الدرجات المحصل عليها والمبرزة في الجدول يمكننا ملاحظة التحسن الواضح بشكل عام للحالة النفسية والمزاجية للحالة والأم بعد عملية التدخل العلاجية الموجهة للأطفال والإرشادية الموجهة للآباء، واستمرارية اثر عملية التكفل عموماً سواء بالاستقرار أو بزيادة مستويات التحسن خلال فترات المتابعة لعملية التكفل والإرشاد .



من خلال الرسم البياني رقم (01) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب CDI خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات

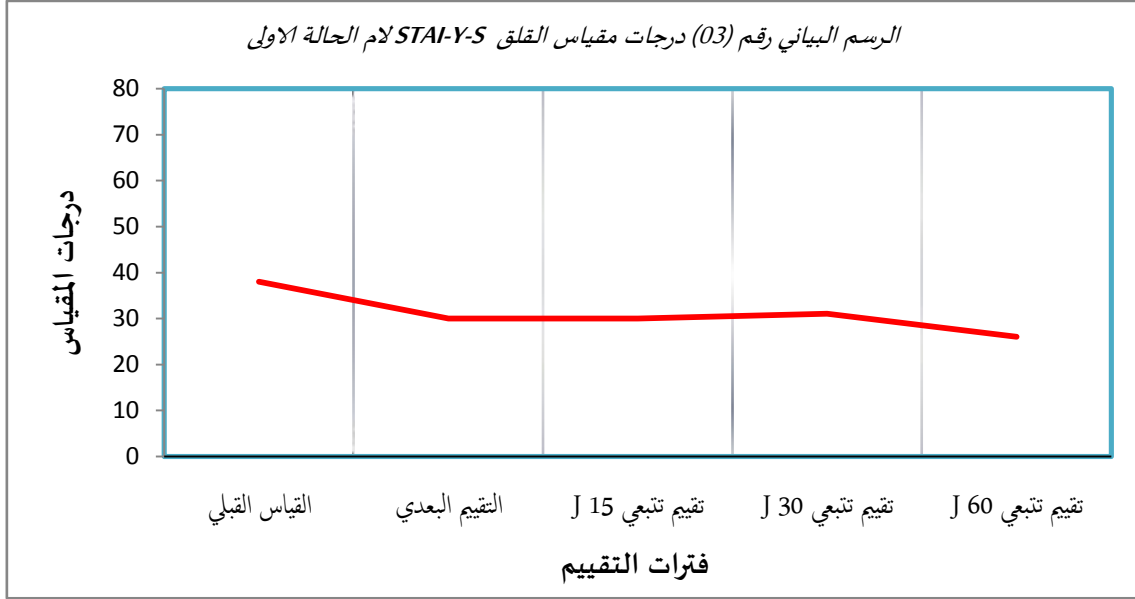
المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصل الحالة وائل على الدرجة 15 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر متوسط يعبر على اكتئاب خفيف الذي يمكن أن يرتقي إلى اكتئاب شديد باعتباره يقترب من الدرجة 16 التي تصنف الحالة ضمن الاكتئاب الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصل على الدرجة 11 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي باعتبار الدرجة 12 على هذا المقياس هي الدرجة الفاصلة بين السوي والمكتئب وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 10 بعد 15 يوم وبعد شهر لتستقر عند الدرجة 09 بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال نتائج السابقة درجات المقياس عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وان كانت خفيفة من خلال الحصول على الدرجة 15 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 11 خلال التقييم البعدي وان كان هذا التغيير غير واضح بشكل كبير اعتبارا إلى أن الحالة لم تظهر تلك الشدة من الاكتئاب ويمكن عزو ذلك إلى طبيعة الصدمة (اعتداء جنسي) وكوبينغ الحالة في التعامل مع هذه الصدمة من خلال الميل إلى التقمص بالمعتدي وتنشيط السلوك العدواني دون الميل إلى المزاج الاكتئابي بشكل كبير . كما أن هناك استمرارية لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر من خلال حصول الحالة على الدرجة 11 في القياس البعدي والدرجة 09 بعد نهاية عملية المتابعة.



من خلال الرسم البياني رقم (02) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAIC-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصل الحالة وائل على الدرجة 66 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جد يندرج ضمن الفئة (61-80) التي تعبر عن القلق الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصل على الدرجة 50 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ باعتبار الدرجة 50 تندرج ضمن الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 45 بعد 15 يوم وعلى الدرجة 42 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 40 التي تندرج ضمن الفئة (21-40) التي تشير إلى مستوى طبيعي للقلق بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

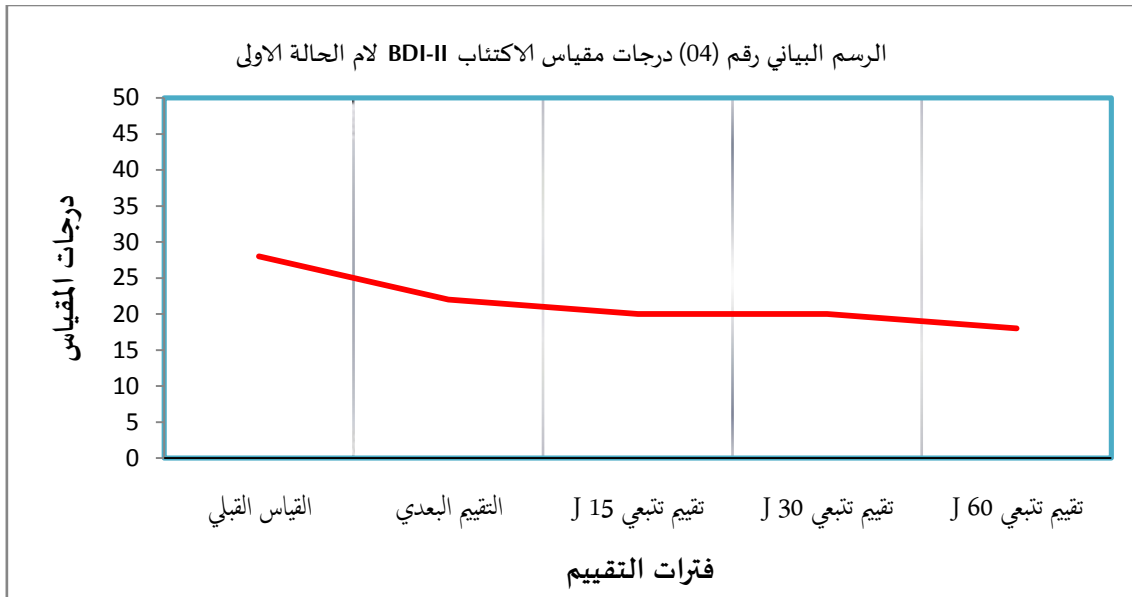
ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIC-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 66 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 50 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 50 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 45 بعد 15 يوم ، والدرجة 42 بعد شهر وعلى الدرجة 40 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل والى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد تطبيق البرنامج .



من خلال الرسم البياني رقم (03) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAI -Y-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم فاطمة على الدرجة 38 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر طبيعي نوع ما يندرج ضمن الفئة (21-40) التي تعبر عن وجود قلق عند الحالة يمكن القول عنه انه طبيعي وفق لفئات تصنيف المقياس إلا انه يمكن له أن يرتقي إلى قلق فوق الطبيعي (مرضي) باعتباره يقترب من الفئة (40-60) لتتخفف إلى درجات اقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة خلال التقييم البعدي على الدرجة 30 وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ بالرغم من بقاء الحالة ضمن نفس الفئة التشخيصية السابقة (21-40) على المقياس وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على نفس الدرجة 30 بعد 15 يوم من تطبيق البروتوكول وعلى الدرجة 31 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 26 بعد شهرين من تطبيق البروتوكول بالرغم من بقائها ضمن نفس الفئة التشخيصية التي تشير للقلق الطبيعي إلا أنها تقترب من فئة الخلو من القلق (20 فأقل) وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIY-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبروتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في

تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 38 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 30 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 30 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 26 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل والى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد تطبيق البروتوكول .



من خلال الرسم البياني رقم (04) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب BDI-II خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم فاطمة على الدرجة 28 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع قليلا يندرج ضمن الفئة (21-29) التي تعبر عن وجود اكتئاب يمكن وصفه بالخفيف إلا أن هذه الدرجة عالية ضمن هذه الفئة التشخيصية على مقياس بيك للاكتئاب فهي تقترب من الفئة التشخيصية (30-38) التي تشير إلى وجود اكتئاب فوق الطبيعي(مرضي). لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التوجيه الأبوي حيث حصلت على الدرجة 22 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر يندرج ضمن نفس الفئة التشخيصية (21-29) السابقة إلا أن هذه الدرجة جد منخفضة ضمن هذه الفئة التشخيصية على

مقياس بيك للاكتئاب فهي تقترب من الفئة التشخيصية (0-20) التي تشير إلى عدم وجود اكتئاب وهذا مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 20 بعد 15 يوم من تطبيق البرتوكول وعلى نفس الدرجة بعد شهر لتستقر عند الدرجة 18 بعد شهرين من تطبيق البرتوكول وكلها درجات تندرج ضمن الفئة التشخيصية الدالة على الخلو وانعدام المزاج الاكتئابي وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات المقياس عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبروتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية من خلال الحصول على الدرجة 28 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 22 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسين مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 22 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 20 بعد 15 يوم وبعد شهر وعلى الدرجة 18 بعد نهاية عملية المتابعة .

1.4 . الحالة الثانية : (مهدي)

A. المعطيات الأولية للحالات :

" مهدي " الطفل الأكبر في الإخوة ، يحمل ذكريات وأفكار عن الحادث ال ذي وقع له يتجنب التفكير والشعور بما حدث له ، فقد الاستمتاع بالحياة كثير ويرجع ذلك للحادث الذي أعاقه كثيرا ، كما يشعر أن الآخرين ينفرون منه ، لديه صعوبات في التعبير وإيجاد الكلمات المناسبة للتعبير حتى يخشى أن لا يفهمه الآخرون ، يحمل أفكار سلبية عن ذاته وصورته الجسمية المرتبط بالتشوه على مستوى الوجه وعن ما يعتقد الآخرون عن ه ، مستقبل غامض و مبهم ، نتائجه المدرسية متوسطة ، اتكالي خامل وثقته بالنفس ضعيفة ، لديه هواجس مرتبطة بالخطر ، يتميز سلوكه بالحيلة ، يميل إلى الانطواء والخجل وقلة نشاطاته واهتماماته كممارسة الرياضة بعد الحادث ، يبدي اضطرابات متعلقة بالنوم (تقطع فترات النوم) ، شهيته للطعام عادية ، علاقته بالأصدقاء وبالزملاء والمحيط قليلة ومحصورة ، لديه صعوبات في التركيز والانتباه ،

نتائج المدرسة متوسطة ، تظهر أعراض فسيولوجية تتعلق بصعوبات التنفس وآلام المعدة .

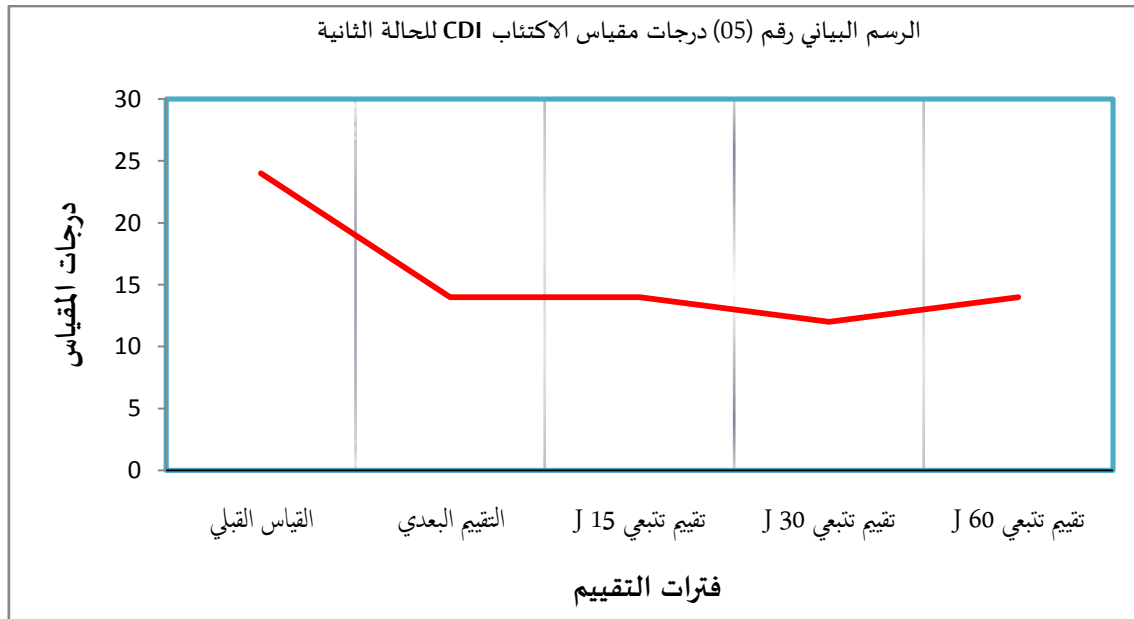
B. معطيات التشخيص :

الجدول رقم (13) درجات المقاييس للحالة الثانية

تقييم تتبعي			تقييم بعدي	قياس قبلي	نتائج القياس والتقييم المقاييس المطبقة	
شهرين	شهر	15 يوم				
14	12	14	14	24	الاكتئاب CDI	الحالة
38	40	44	46	72	القلق حالة STAIC-S قائمة السلوك المضطرب لبيركس	
20	24	28	32	38	الاكتئاب BDI-II	الأم
26	30	30	32	44	القلق حالة STAIY-S	

ي

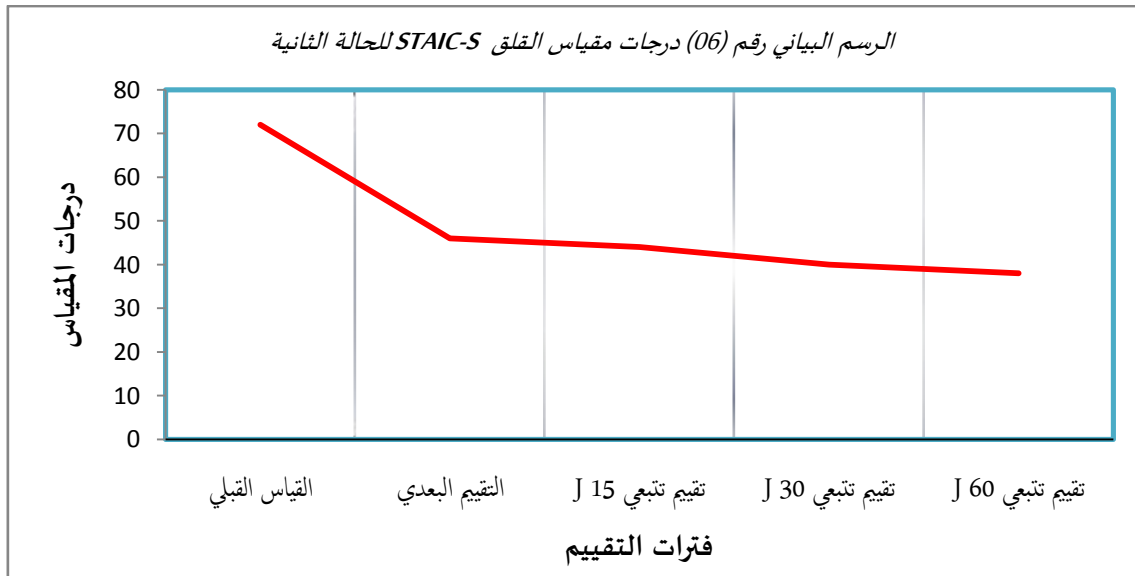
يبين الجدول رقم (13) درجات القياس القاعدية قبل عملية التدخل ودرجات القياس بعد عملية التدخل ودرجات القياس خلال عملية المتابعة للحالة الثانية مهدي ولأم سعاد على مختلف المقاييس السيكومترية المطبقة . ومن خلال الدرجات المحصل عليها والمبرزة في الجدول يمكننا ملاحظة التحسن الواضح بشكل عام للحالة النفسية والمزاجية للحالة والأم بعد عملية التدخل العلاجية الموجهة للأطفال والإرشادية الموجهة للآباء، واستمرارية اثر هذه العملية عموما سواء بالاستقرار أو بزيادة مستويات التحسن خلال فترات المتابعة التالية لعملية التكفل والإرشاد .



من خلال الرسم البياني رقم (05) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس

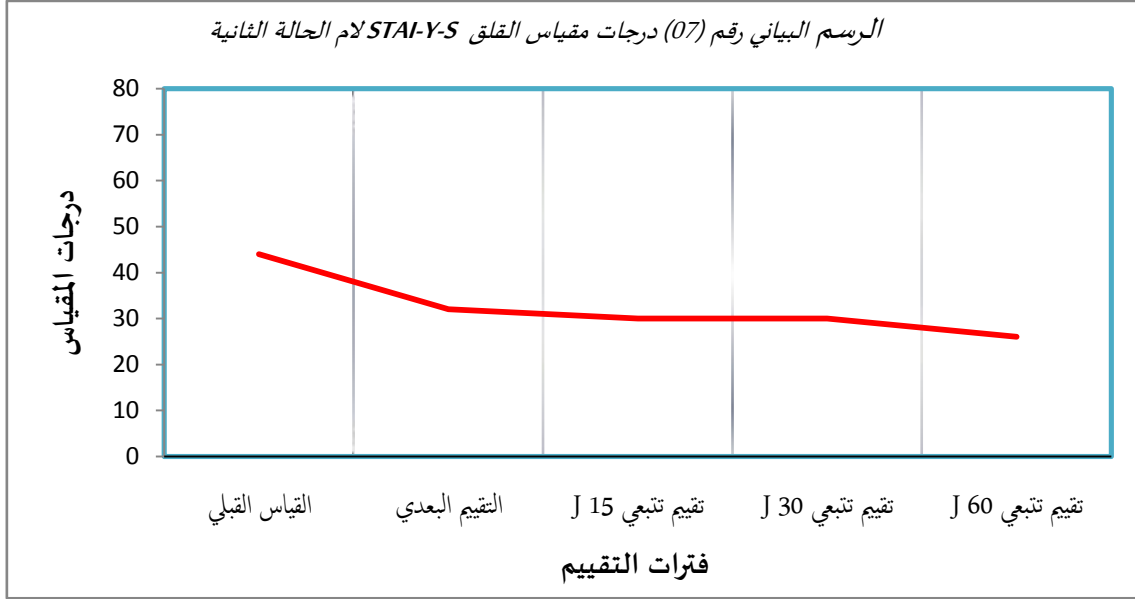
الاكتئاب CDI خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصل الحالة مهدي على الدرجة 24 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جد يندرج ضمن الفئة 16 فأكثر التي تعبر عن الاكتئاب الشديد لتتخفف إلى درجات اقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصل على الدرجة 14 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي باعتبار الدرجة 14 تندرج ضمن الفئة (12-15) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على نفس الدرجة بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج وعلى الدرجة 12 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 14 بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات المقياس عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية من خلال الحصول على الدرجة 24 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 14 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسين مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 14 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 12 بعد شهر ونفس الدرجة 14 بعد نهاية عملية المتابعة .



من خلال الرسم البياني رقم (06) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAIC-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصل الحالة مهدي على الدرجة 72 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر جد عال يندرج ضمن الفئة (61-80) التي تعبر عن القلق الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصل على الدرجة 46 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر جد دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل لافت باعتبار الدرجة 46 تندرج ضمن الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 44 بعد 15 يوم وعلى الدرجة 40 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 38 بعد شهرين من تطبيق البرنامج وكلها درجات تندرج ضمن الفئة (21-40) التي تشير لمستوى طبيعي للقلق وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل.

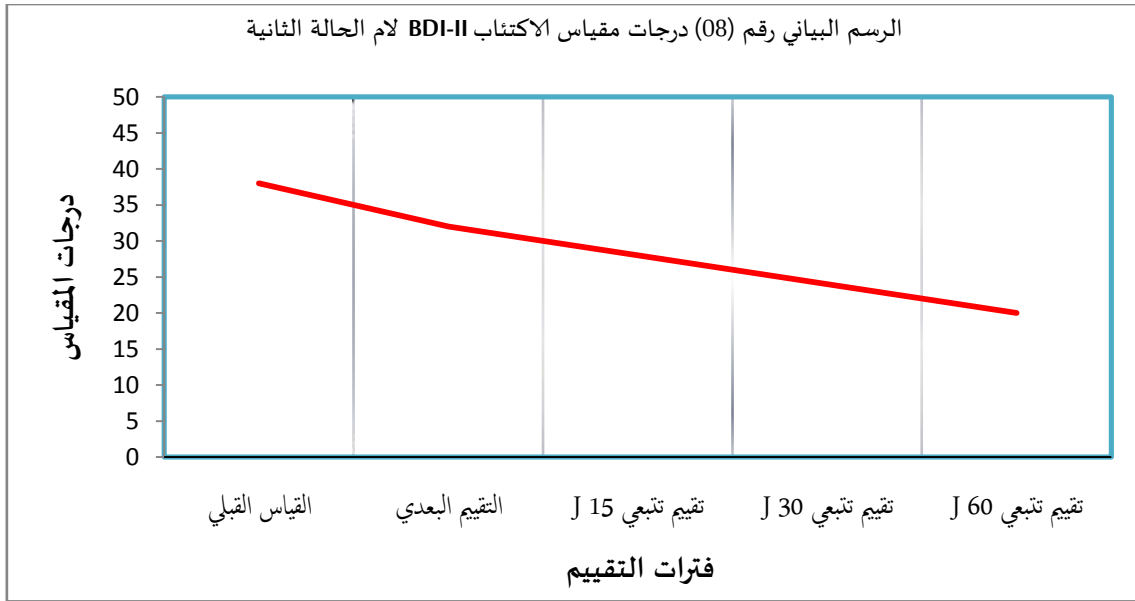
ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIC-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 72 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 46 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 46 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 44 بعد 15 يوم ، والدرجة 40 بعد شهر وعلى الدرجة 38 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل والى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد تطبيق البرنامج .



من خلال الرسم البياني رقم (07) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAI -Y-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم سعاد على الدرجة 44 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع نوع ما يندرج ضمن الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة 32 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ باعتبار الدرجة 32 تندرج ضمن الفئة (21-40) التي تشير إلى مستوى طبيعي للقلق وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 30 بعد 15 يوم وبعد شهر لتستقر عند الدرجة 26 بعد شهرين من تطبيق البروتوكول وهي كلها درجات تندرج ضمن نفس الفئة (21-40) قلق طبيعي ، إلا انه يمكننا الإشارة هنا إلى إن الدرجة 26 المحصل عليها بعد شهرين من التكفل تقترب من الفئة التشخيصية (20 فأقل) التي تعبر عن عدم وجود قلق وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIY-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة لبروتوكول التوجيه الأبوي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 44 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 32 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح

كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 32 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 30 بعد 15 يوم ، وعلى الدرجة 26 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البروتوكول ككل والى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد تطبيق البروتوكول.



من خلال الرسم البياني رقم (08) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب BDI-II خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم سعاد على الدرجة 38 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جدا يندرج ضمن الفئة التشخيصية (30-38) التي تشير إلى وجود اكتئاب فوق الطبيعي (مرض). لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة 32 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتابي باعتبار الدرجة 32 تندرج ضمن نفس الفئة (30-38) السابقة إلا أنها تقترب من حدود الفئة (21-29) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 28 بعد 15 يوم من تطبيق البروتوكول وعلى الدرجة 24 بعد شهر وكلها درجات تندرج ضمن الفئة (21-29) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف لتستقر عند الدرجة 20 ضمن الفئة (0-20) التي تشير إلى انعدام

الوضعية الاكتئابية وهذا بعد شهرين من تطبيق البرتوكول ، ما يعبر عن التحسن المستمر .
ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية من خلال الحصول على الدرجة 38 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 32 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسين مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 32 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 24 بعد شهر وعلى الدرجة 20 بعد نهاية عملية المتابعة أي بعد شهرين .

1.5 . الحالة الثالثة : (محمد)

A. المعطيات الأولية للحالات :

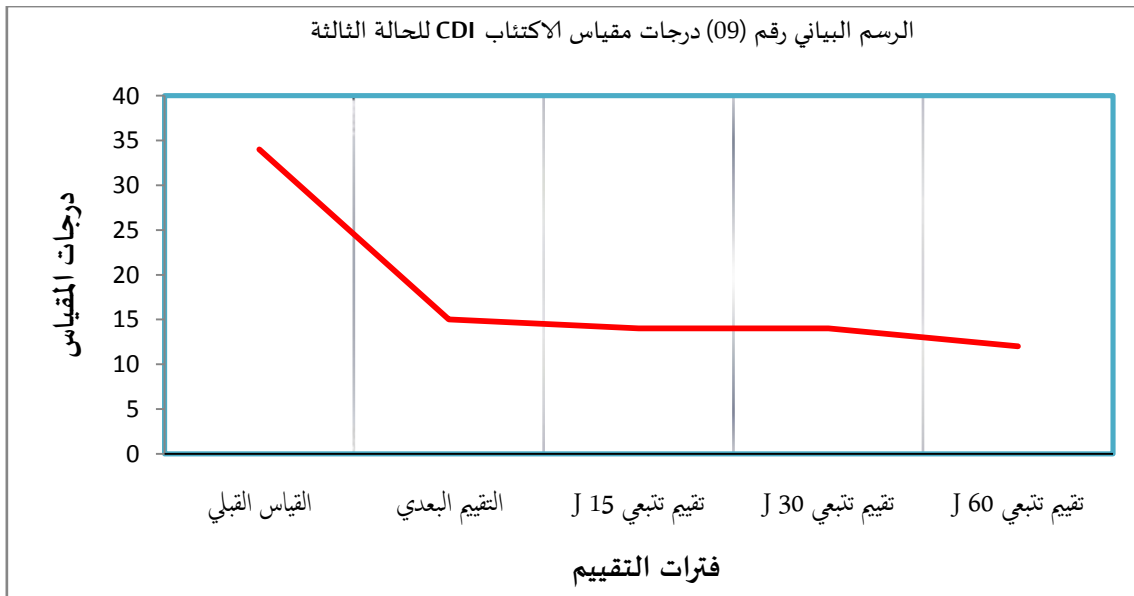
" محمد " الطفل المحبوب من الوالدين والمقرب من كل أعضاء الأسرة ، لديه صعوبات في التعبير عن الحدث وإيجاد الكلمات المناسبة للتعبير ويتضايق عند الحديث عليه ويتجنب تذكر تفاصيله ، يمر بفترات تحجر وغياب عن الوعي (سهو)، يحمل انطباعات بمعاودة حدوث الحادث ، يخشى السيارات عند قطع الطريق ولا يحبذ ركوبها ويربطها بهواجس تنذر بالخطر والسوء ، يمر بفترات خوف وبكاء وتعلق بالأب ، يحمل أفكار متعلقة بالخوف من موت الأب والأم ، تقديره لذاته وصورته عنها سلبي إذ يربط كل ما حدث به ، انخفضت ثقته بالأنفس وأصبحت ضعيفة فهو يشكك في كل ما يرتبط بقدراته ، يعيش في ضيق نفسي في أغلب أوقاته لا يحمل أي توقعات مستقبلية ، يتميز سلوكه بفرط التيقظ وتوقع حصول أشياء سيئة ، يميل إلى الانطواء والعزلة ، قليل اللعب، يبدي اضطرابات متعلقة بالنوم (الأرق ، الأحلام المزعجة ، تقطع فترات النوم) شهيته للطعام ضعيفة ، علاقتها بالأصدقاء محصورة ، يفضل البقاء بالمنزل من خلال قربه من الأم والأب والإخوة ، لديه صعوبات في التركيز والانتباه ، واضطرابات الذاكرة وصعوبات في الحفظ وأداء الواجبات ، نتائج المدرسية تدنت إلى متوسطة وهو يتمتع بقدرات عالية ، تظهر عليه أعراض فسيولوجية تتعلق بصعوبات التنفس والإسهال والرجفان ويروود الأطراف من وقت لآخر وعند التعرض للمثيرات .

B. معطيات التشخيص :

الجدول رقم (14) درجات المقاييس للحالة الثالثة

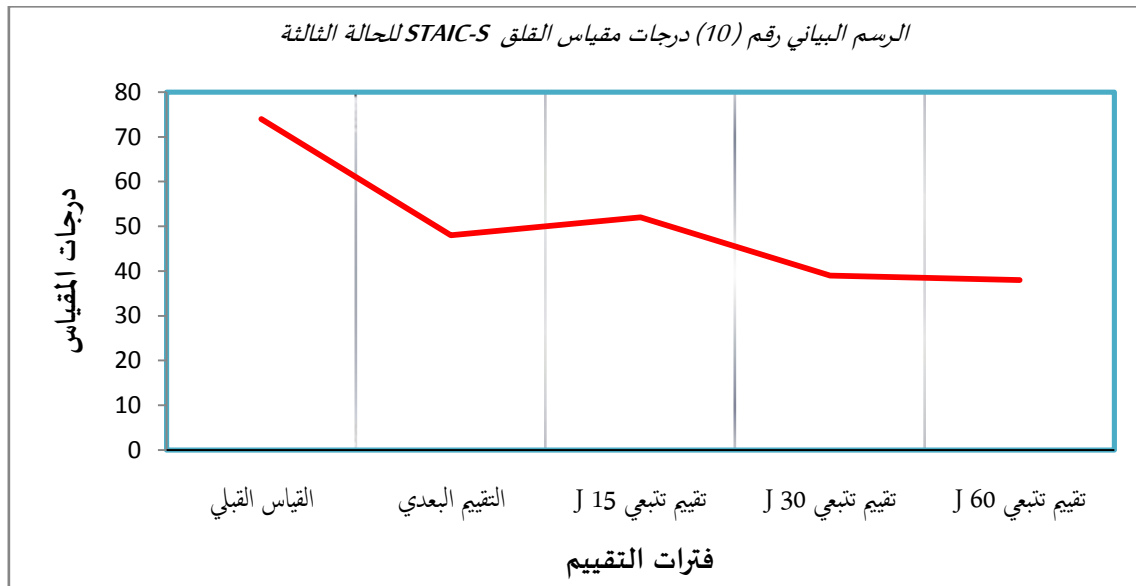
نتائج القياس والتقييم		قياس قبلي	تقييم بعدي	تقييم تتبعي		المقاييس المطبقة	
				15 يوم	شهر		
34	CDI الاكثاب	34	15	14	14	الحالة	
74	القلق حالة STAIC-S	74	48	39	38		
	قائمة السلوك المضطرب لبيركس						
32	BDI-II الاكثاب	32	28	22	22	الأم	
58	القلق حالة STAIY-S	58	44	42	38		

يبين الجدول رقم (14) درجات القياس القاعدية قبل عملية التدخل ودرجات القياس بعد عملية التدخل ودرجات القياس خلال عملية المتابعة للحالة الثالثة محمد وللأم خديجة على مختلف المقاييس السيكومترية المطبقة. ومن خلال الدرجات المحصل عليها والمبرزة في الجدول يمكننا ملاحظة التحسن الواضح بشكل عام للحالة النفسية والمزاجية للحالة وللأم بعد عملية التدخل العلاجية الموجهة للأطفال والإرشادية الموجهة للآباء، واستمرارية اثر هذه العملية عموماً سواء بالاستقرار أو بزيادة مستويات التحسن خلال فترات المتابعة التالية .



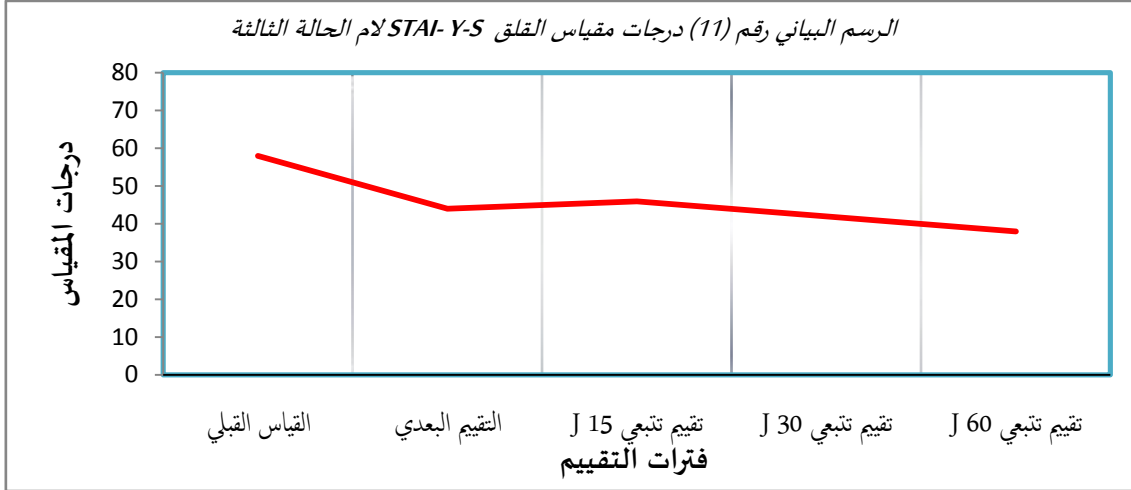
من خلال الرسم البياني رقم (09) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب CDI خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصل الحالة محمد على الدرجة 34 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جد يندرج ضمن الفئة 16 فأكثر التي تعبر عن الاكتئاب الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصل على الدرجة 15 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي باعتبار الدرجة 15 تندرج ضمن الفئة (12-15) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 14 بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج وعلى نفس الدرجة بعد شهر لتستقر عند الدرجة 12 بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس الاكتئاب CDI عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 34 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 15 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح وملفت بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسين مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 15 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 14 بعد شهر وعلى الدرجة 12 بعد نهاية عملية المتابعة .



من خلل الرسم البياني رقم (10) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAIC-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصل الحالة محمد على الدرجة 74 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر جد عالي يندرج ضمن الفئة (61-80) التي تعبر عن القلق الشديد لتتخفف إلى درجات اقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصل على الدرجة 48 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ باعتبار الدرجة 48 تندرج ضمن الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط إلا انه خلال عملية المتابعة فقد حصلت الحالة على الدرجة 52 بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج وهي درجة مرتفعة نوعا ما عن الدرجة المحصل عليها خلال التقييم البعدي يمكن عزوها إلى ظروف أخرى عاشتها الحالة خلال الأسبوعين التاليين لتطبيق البرنامج باعتبار أن الدرجة المحصل عليها خلال التقييم البعدي منخفضة جدا مقارنة بالدرجة التي حصل عليها قبل تطبيق البرنامج إلا أنها تبقى ضمن نفس الفئة السابقة (41-60) وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة بعد شهر من عملية المتابعة على الدرجة 39 لتستقر عند الدرجة 38 بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهي درجات تندرج ضمن الفئة (21-40) التي تشير إلى مستوى طبيعي للقلق وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

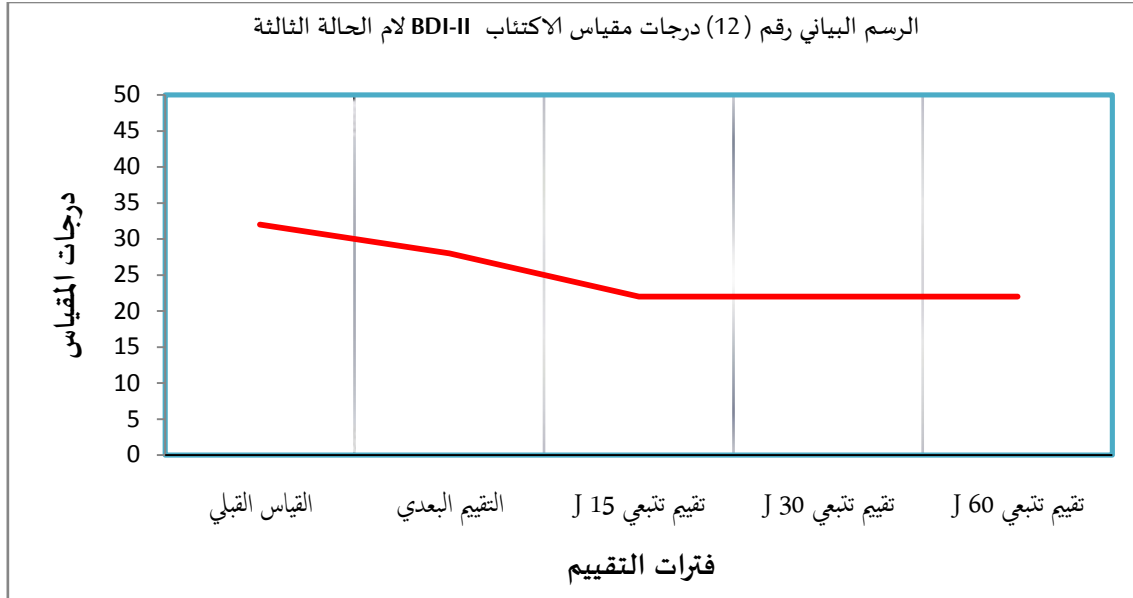
ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIC-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 74 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 48 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 48 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 39 بعد شهر وعلى الدرجة 38 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل وإلى فعالية تقنيات تسبير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد تطبيق البرنامج .



من خلال الرسم البياني رقم (11) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAI -Y-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم خديجة على الدرجة 58 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر جد عالي يندرج ضمن الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط الذي يقترب من الفئة التشخيصية (61-80) التي تشير للقلق الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التوجيه الأبوي حيث حصلت على الدرجة 44 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ على الرغم من بقاء الحالة ضمن نفس الفئة السابقة وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 46 بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج وعلى الدرجة 42 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 38 بعد شهرين من تطبيق البروتوكول التي تندرج ضمن الفئة (21-40) قلق طبيعي ، وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIY-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة لبروتوكول التوجيه الأبوي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 58 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 44 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 44 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 42 بعد شهر ، وعلى الدرجة 38 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية

البروتوكول ككل والى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد تطبيق البروتوكول .



من خلال الرسم البياني رقم (12) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب BDI-II خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم خديجة على الدرجة 32 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جد يندرج ضمن الفئة التشخيصية (30-38) التي تشير إلى وجود اكتئاب فوق الطبيعي(مرضي). لتتخفف إلى درجات اقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة 28 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي باعتبار الدرجة 28 تندرج ضمن الفئة (21-29) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على درجة ثابتة في مرات القياس المتتالية بعد 15 يوم ، بعد شهر وبعد شهرين من تطبيق البرنامج لتستقر عند الدرجة 22 التي تندرج ضمن نفس الفئة السابقة (21-29) إلا أنها تقترب من حدود الفئة التشخيصية (0-20) التي تشير إلى انعدام الوضعية الاكتئابية وهذا خلال كامل مرحلة المتابعة وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر والثابت بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبروتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية من خلال الحصول على الدرجة 32 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 28 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسين مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 28 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 22 خلال كامل عملية المتابعة .

1.6. الحالة الرابعة : (دعاء)

A. المعطيات الأولية للحالة :

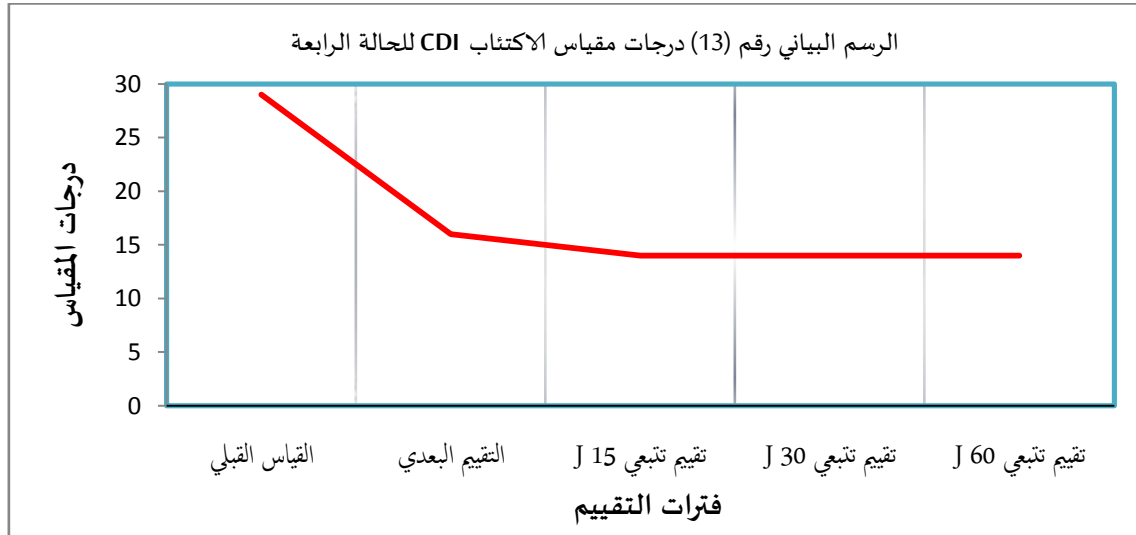
" دعاء " الطفلة الأخيرة المدللة والمفضلة ، لديها صعوبات في التعبير وإيجاد الكلمات المناسبة للتعبير حتى تخشى أن لا يفهمها أفراد أسرتها ، تقديرها لذاتها متدني وصورتها عن الذات والجسم سلبية ، ثقتها بنفس ضعيفة ، توقعاتها المستقبلية سيئة ولديها هواجس مرتبطة بالخطر والسوء ، يتميز سلوكها بفرط التيقظ وتوقع حصول أشياء سيئة ، تميل إلى الانطواء والعزلة، ينتابها الخوف والبكاء أحيانا ودون مثير ، قليلة اللعب ، تحمل رغبات تدميرية نحو الذات من خلال تمنى الموت بنفس الوضعية الصدمية (حادث السيارة) وحمل السكين لإيذاء الذات ، تبدي اضطرابات متعلقة بالنوم (النوم الكثير ، تقطع فترات النوم) شهيتها للطعم عادية إلى ضعيفة ، علاقتها بالأصدقاء محصورة ، وبالزملاء والمحيط سيئة ، فهي ترفض المدرسة عموما وتكرها معلمتها التي تصرخ كثير كونها تخاف من الصراخ وتنبذه حتى من المقربين منها كالأُم ، تفضل البقاء بالمنزل الذي تجده مكان امن من خلال قربها من الأم ، لديها صعوبات في التركيز والانتباه ، وصعوبات في الحفظ وأداء الواجبات ، نتائجها المدرسية تدنت من جيدة إلى متوسطة وضعيفة ، تظهر أعراض فسيولوجية تتعلق بالفزع وحالة الانضغاط وصعوبات التنفس والإحساس بالموت ، حيث تشتد هذه الأعراض مع قرب الغروب ، وهو وقت وقوع الحادث .

B. معطيات التشخيص :

الجدول رقم (15) درجات المقاييس للحالة الرابعة

المقاييس المطبقة	نتائج القياس والتقييم			قياس قبلي	تقييم بعدي	تقييم تنبئي	
	15 يوم	شهر	شهرين				
الحالة	الاكتئاب CDI	14	14	29	16	14	14
	القلق حالة STAIC-S	42	42	72	48	46	42
	قائمة السلوك المضطرب لبيركس						
الأم	الاكتئاب BDI-II	28	27	42	30	28	27
	القلق حالة STAIY-S	34	35	64	44	36	35

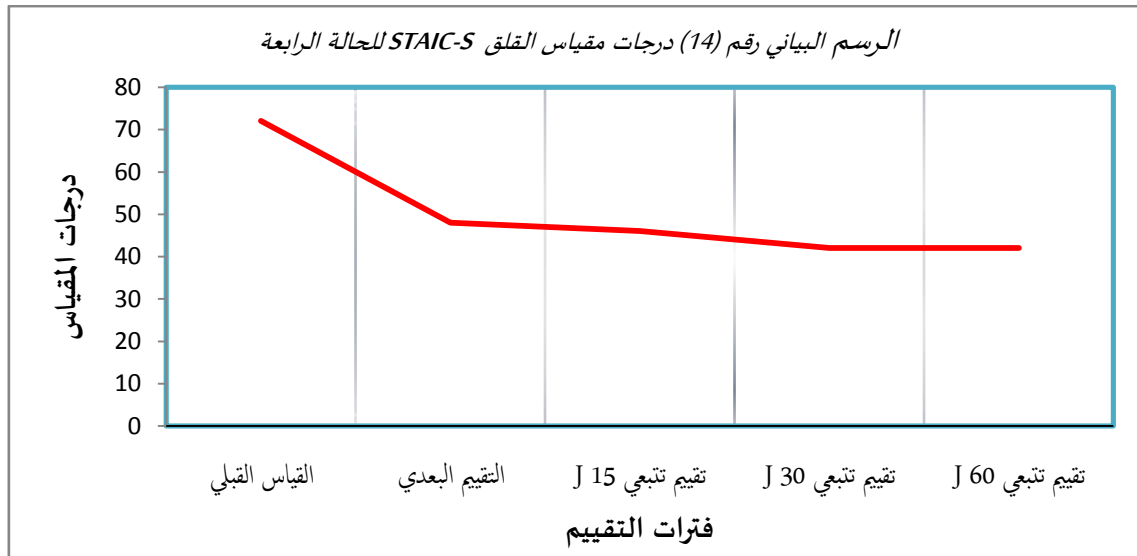
يبين الجدول رقم (15) درجات القياس القاعدية قبل عملية التدخل ودرجات القياس بعد عملية التدخل ودرجات القياس خلال عملية المتابعة للحالة الرابعة دعاء وللأم فتيحة على مختلف المقاييس السيكومترية المطبقة. ومن خلال الدرجات المحصل عليها والمبرزة في الجدول يمكننا ملاحظة التحسن الواضح بشكل عام للحالة النفسية والمزاجية للحالة والأم بعد عملية التدخل العلاجية الموجهة للأطفال والإرشادية الموجهة للآباء، واستمرارية اثر هذه العملية عموماً سواء بالاستقرار أو بزيادة مستويات التحسن خلال فترات المتابعة التالية لعملية التكفل والإرشاد .



من خلال الرسم البياني رقم (13) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب CDI خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصلت الحالة دعاء على الدرجة 29 على المقياس

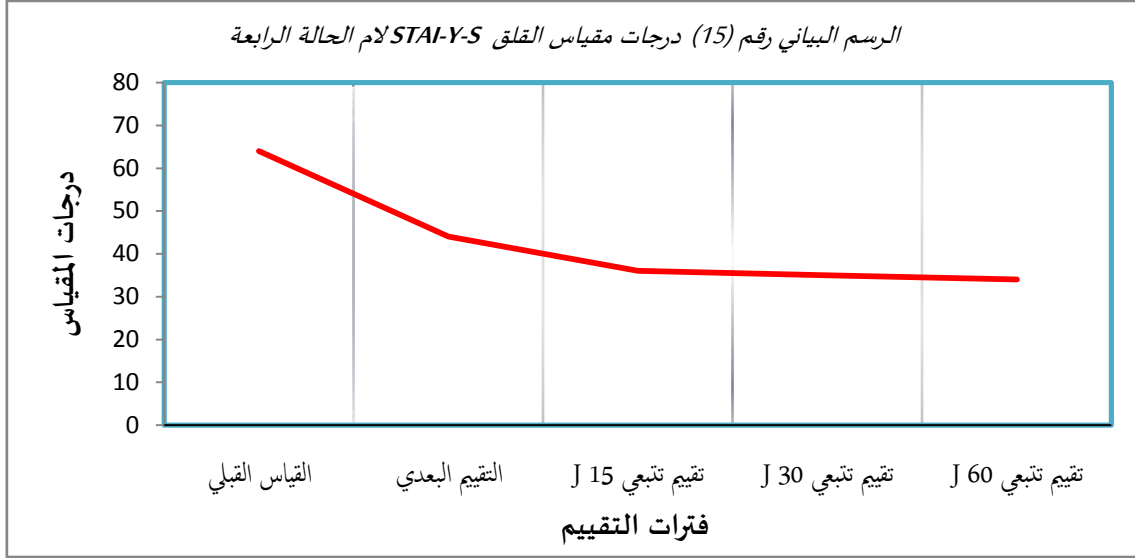
كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جد وهو مؤشر مرتفع جد يندرج ضمن الفئة 16 فأكثر التي تعبر عن الاكتئاب الشديد لتتخفص إلى درجات اقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة 16 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي على الرغم من أن الدرجة 16 تندرج ضمن نفس الفئة للاكتئاب الشديد إلا أن الفارق يعتبر كبير بين الدرجة القاعدية 29 والدرجة 16 بعد تطبيق البرنامج كما أنها تقترب من الفئة (12-15) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة على درجة 14 الثابتة خلال مرات القياس المتتالية لعملية المتابعة بعد 15 يوم ، بعد شهر وبعد شهرين من تطبيق البرنامج وكلها درجات تنحصر ضمن الفئة (12-15) الدالة على الاكتئاب الخفيف وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر والثابت بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية من خلال الحصول على الدرجة 29 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 16 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح وملفت بشكل كبير رغم بقائها في نفس الفئة التشخيصية اكتئاب شديد كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسین مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 16 خلال القياس البعدي نحو نفس الدرجة 14 إلى غاية نهاية عملية المتابعة .



من خلال الرسم البياني رقم (14) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAIC-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصلت الحالة دعاء على الدرجة 72 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر جد عالي يندرج ضمن الفئة (61-80) التي تعبر عن القلق الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة 48 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ باعتبار الدرجة 48 تندرج ضمن الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 46 بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج وعلى الدرجة 42 في القياسين الأخيرين لعملية المتابعة بعد شهر ، بعد شهرين من تطبيق البرنامج والتي تندرج ضمن نفس الفئة السابقة (41-60) وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر والثابت بعد عملية التكفل .

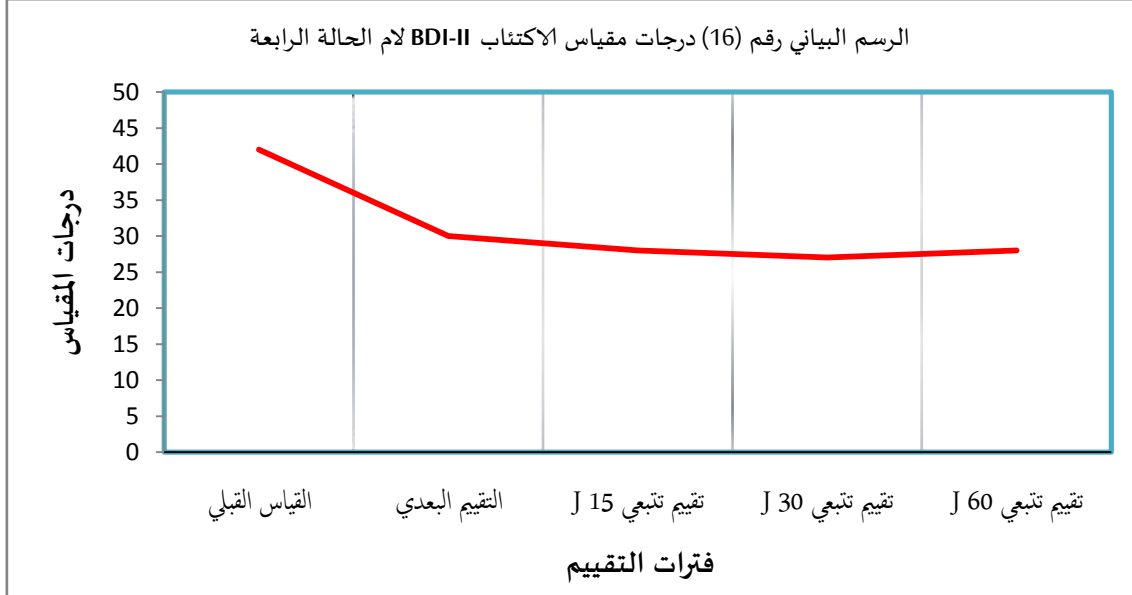
ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIC-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 72 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 48 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك ثبات واستمرارية لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 48 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 46 بعد 15 يوم ، والدرجة 42 بعد شهر وبعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل وإلى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد التدخل.



من خلال الرسم البياني رقم (15) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAI -Y-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم فتحة على الدرجة 64 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر جد عالي يندرج ضمن الفئة (61-80) التي تعبر عن قلق شديد لتتخفف إلى درجات اقل بعد عملية التوجيه الأبوي حيث حصلت على الدرجة 44 خلال التقييم البعدي التي تندرج ضمن الفئة (41-60) التي تشير إلى قلق فوق المتوسط وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ باعتبار الدرجة 44 تقترب من حدود الفئة (21-40) مستوى طبيعي للقلق وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 36 بعد 15 يوم من تطبيق البروتوكول وعلى الدرجة 34 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 34 بعد شهرين من تطبيق البروتوكول وكلها درجات تندرج ضمن نفس الفئة (21-40) قلق طبيعي وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIY-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة لبروتوكول التوجيه الأبوي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 64 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 44 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة

خلال القياس البعدي نحو الدرجة 36 بعد 15 يوم ، وعلى الدرجة 34 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البروتوكول ككل والى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد تطبيق البروتوكول.



من خلال الرسم البياني رقم (16) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب BDI-II خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم فتيحة على الدرجة 42 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر جد عالي يندرج ضمن الفئة التشخيصية (39-63) التي تشير إلى الاكتئاب شديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التوجيه الأبوي حيث حصلت على الدرجة 30 خلال التقييم البعدي التي تندرج ضمن الفئة (30-38) التي تعبر عن وجود اكتئاب متوسط وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي باعتبار الدرجة 30 تقترب من حدود الفئة (21-29) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 28 بعد 15 يوم من تطبيق البروتوكول وعلى الدرجة 27 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 28 بعد شهرين من تطبيق البروتوكول وكلها درجات تندرج ضمن الفئة (21-29) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس الاكتئاب BDI-II عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية من خلال الحصول على الدرجة 42 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 30 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسين مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 30 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 27 بعد شهر وعلى الدرجة 28 بعد نهاية عملية المتابعة أي بعد شهرين .

1.7. الحالة الخامسة : (مريم)

A. المعطيات الأولية للحالات :

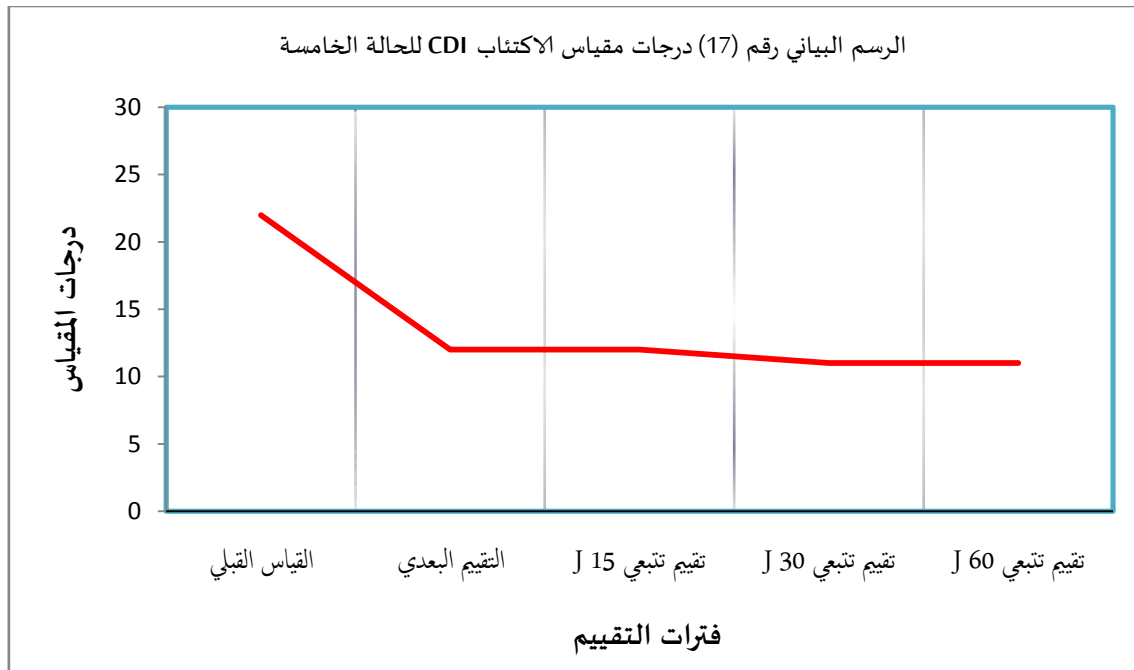
" مريم " الطفلة التي ترى نفسها غير محبوبة ، لديها صعوبات في التعبير وإيجاد الكلمات المناسبة للتعبير ، تقديرها لذاتها متدني وصورتها عن الذات والجسم سلبية ، تثقتها بالنفس متواضعة فهي لا تثق في إمكانياتها كما أنها لا تثق في الآخرين حتى المقربين ، توقعاتها المستقبلية محدودة ومبهمة ما عدا رغبتها في أن تكون طبيبة في المستقبل ولديها هواجس مرتبطة بالخطر والسوء دائما ، تكره نبج الكلاب وتتحاشي كل يمد لهم بصلة ، يتميز سلوكها بفرط التيقظ وتوقع حصول أشياء سيئة ، تميل إلى الانطواء والعزلة، ينتابها الخوف والذعر أحيانا كما أنها تمر بلحظات من اجترار الذكرى تتصلب خلالها الحالة وتفقد علاقتها بالواقع ، قليلة اللعب وانحصاره في الدمى ، تحمل رغبات تدميرية نحو الآخر (الجيران) من خلال تمني الموت لهم ولابنهم الذي تقول عنه انه هو من " حرش الكلب فيها " ، تبدي اضطرابات متعلقة بالنوم (النوم القليل ، تقطع فترات النوم) تعاني من كوابيس في أحلامها ، شهيتها للطعام ضعيفة ، علاقتها بالأصدقاء محصورة ، وبالزملاء والمحيط انسحابية ، فهي لا تستمتع بالمدرسة ولا مع زميلاتها عموما ، تخاف من النباح والكلاب حتى في التلفاز وترفض الذهاب عند الأهل الذين يربون الكلاب كالأخالة ، تفضل البقاء بالمنزل الذي تجده مكان امن من خلال لعبها بالدمى ، تظهر بعض السلوكيات الطفلية النكوصية ، لديها صعوبات في التركيز والانتباه ، وصعوبات في الحفظ ، نتائجها المدرسية متوسطة إلى ضعيفة ، أعادت السنة الخامسة تظهر أعراض فسيولوجية تتعلق بالفزع وحالة الانضغاط والتعرق والارتجاف والإحساس بالاختناق .

B. معطيات التشخيص :

الجدول رقم (16) درجات المقاييس للحالة الخامسة

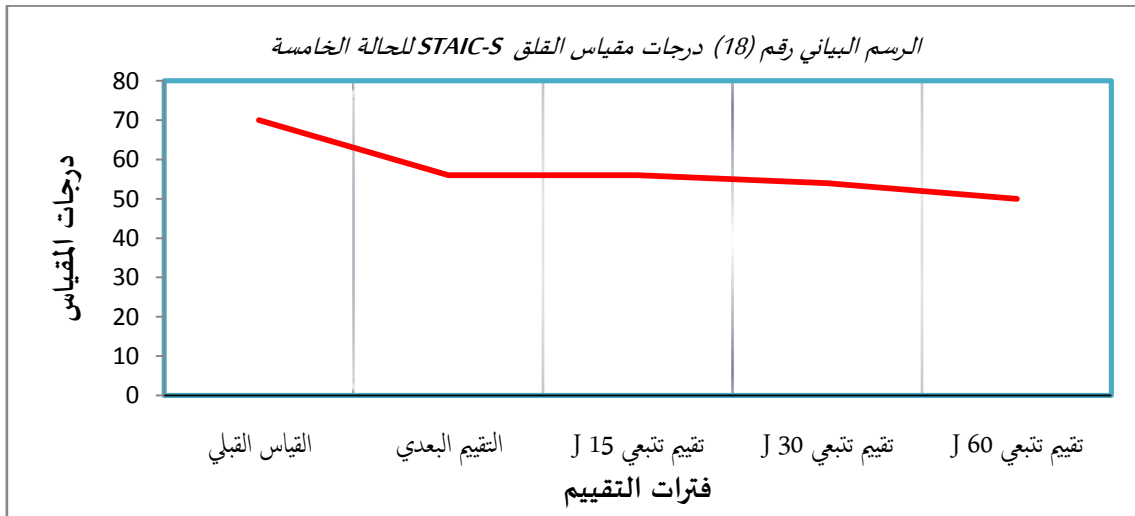
تقييم تنبعي			تقييم بعدي	قياس قبلي	نتائج القياس والتقييم	المقاييس المطبقة
شهرين	شهر	15 يوم				
11	11	12	12	22	الاكتئاب CDI	الحالة
50	54	56	56	70	القلق حالة STAIC-S قائمة السلوك المضطرب لبيركس	
20	20	20	22	35	الاكتئاب BDI-II	الأم
30	32	32	34	58	القلق حالة STAIY-S	

يبين الجدول رقم (16) درجات القياس القاعدية قبل عملية التدخل ودرجات القياس بعد عملية التدخل ودرجات القياس خلال عملية المتابعة للحالة الخامسة مريم وللأم رشيدة على مختلف المقاييس السيكومترية المطبقة. ومن خلال الدرجات المحصل عليها والمبرزة في الجدول يمكننا ملاحظة التحسن الواضح بشكل عام للحالة النفسية والمزاجية للحالة والأم بعد عملية التدخل العلاجية الموجهة للأطفال والإرشادية الموجهة للآباء، واستمرارية اثر هذه العملية عموماً سواء بالاستقرار أو بزيادة مستويات التحسن خلال فترات المتابعة التالية لعملية التكفل والإرشاد .



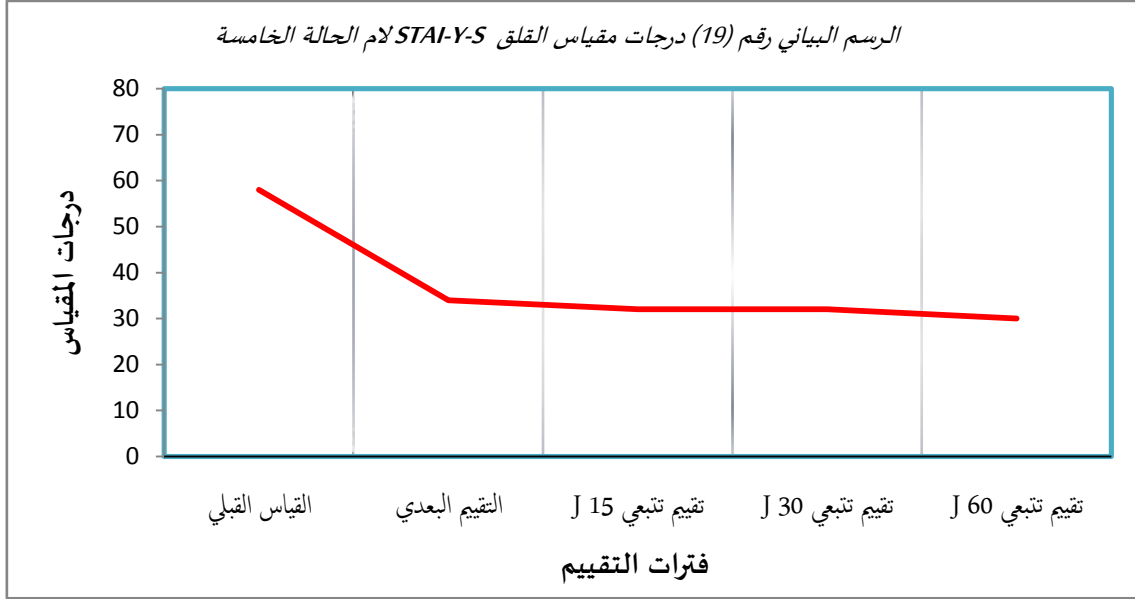
من خلال الرسم البياني رقم (17) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب CDI خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصلت الحالة مريم على الدرجة 22 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جد يندرج ضمن الفئة 16 فأكثر التي تعبر عن الاكتئاب الشديد لتتخفض بشكل واضح إلى درجات اقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة 12 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي باعتبار الدرجة 15 تندرج ضمن الفئة (12-15) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على نفس الدرجة 12 بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج وعلى الدرجة 11 بعد شهر لتستقر عند نفس الدرجة 11 بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس الاكتئاب CDI عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 22 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 12 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسين مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 12 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 11 بعد شهر وبعد نهاية عملية المتابعة .



من خلال الرسم البياني رقم (18) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAIC-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل العلاجي ، حيث حصلت الحالة مريم على الدرجة 70 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر جد مرتفع يندرج ضمن الفئة (61-80) التي تعبر عن القلق الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التكفل النفسي حيث حصلت على الدرجة 56 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ باعتبار الدرجة 56 تندرج ضمن الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على نفس الدرجة بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج وعلى الدرجة 54 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 50 بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهي درجات تندرج كلها ضمن الفئة السابقة (41-60) وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

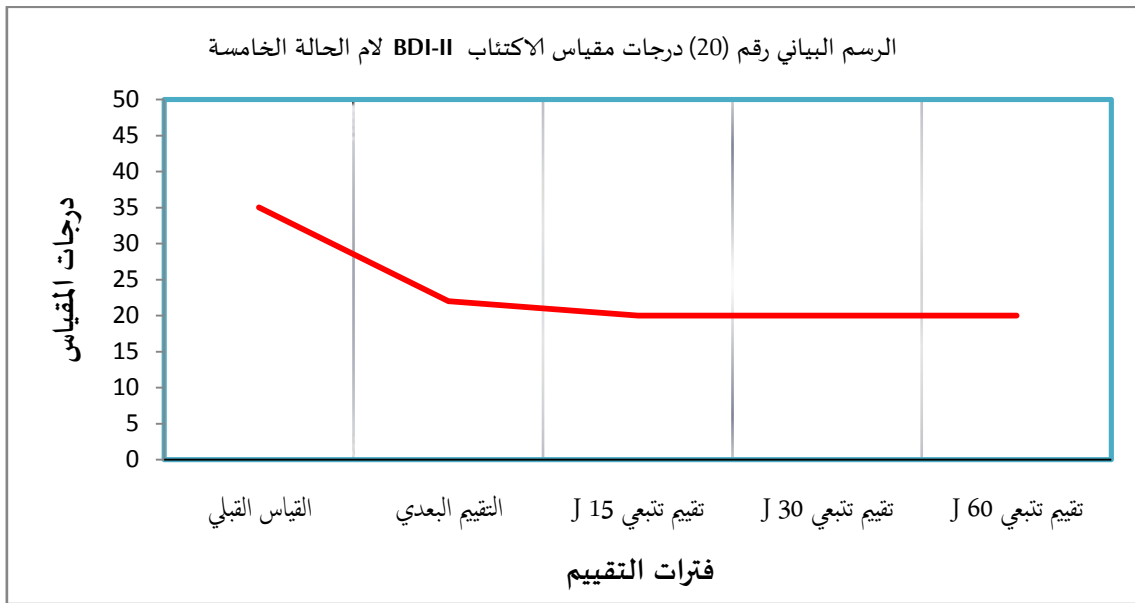
ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIC-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول على الدرجة 70 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 56 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استقرار لأثر هذا البرنامج في تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 56 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 54 بعد شهر وعلى الدرجة 50 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل وإلى تقنيات تسيير القلق المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها والعمل بها بعد عملية التدخل ما مكن الحالة من تحقيق درجات منخفضة من القلق بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالدرجة القاعدية بالرغم من بقاء هذه الدرجات ضمن نفس الفئة (41-60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط ويمكن عزو ذلك إلى سمات الشخصية التي تتميز بالقلق والاستثارة وهذا ما نلاحظه من خلال مستوى القلق في مقياس القلق سمة .



من خلال الرسم البياني رقم (19) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس القلق حالة STAI -Y-S خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم رشيدة على الدرجة 58 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جدا يندرج ضمن الفئة (60) التي تعبر عن قلق فوق المتوسط الذي يمكن أن يرتقي إلى القلق الشديد باعتبار أن الدرجة 58 تقترب من حدود الفئة هذه الفئة التشخيصية (61-80) التي تشير إلى القلق الشديد لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التوجيه الأبوي حيث حصلت على الدرجة 34 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار مستوى القلق بشكل ملحوظ باعتبار الدرجة 34 تندرج ضمن الفئة (21-40) التي تشير إلى مستوى طبيعي للقلق وتتواصل عملية التحسن لتحصل الحالة خلال عملية المتابعة على الدرجة 32 بعد 15 يوم من تطبيق البروتوكول وعلى الدرجة 32 بعد شهر لتستقر عند الدرجة 30 بعد شهرين من تطبيق البروتوكول وهي كلها درجات منخفضة عن سابقتها بالرغم من أنها تندرج ضمن نفس الفئة السابقة (21-40) قلق طبيعي وهذا ما يعبر عن التحسن المستمر بعد عملية التكفل .

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس القلق حالة STAIY-S عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة لبروتوكول التوجيه الأبوي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة من خلال الحصول

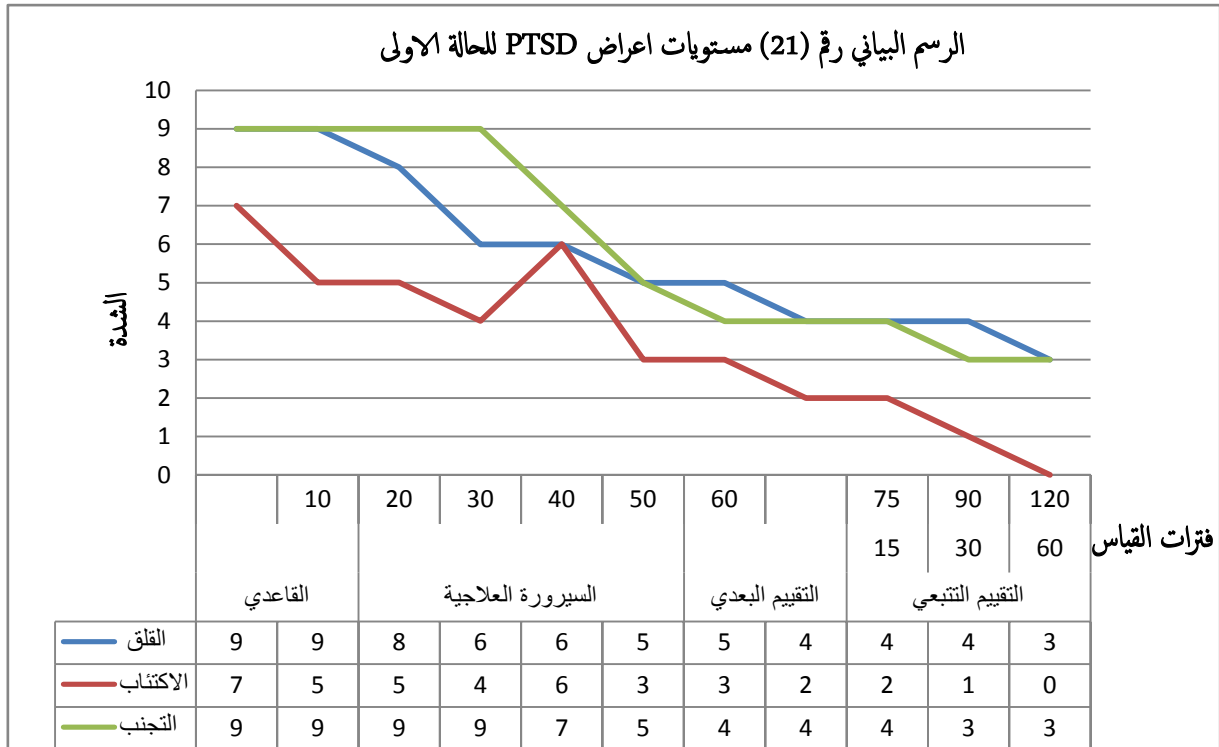
على الدرجة 58 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 34 خلال التقييم البعدي وهو انخفاض واضح كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 34 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 32 بعد 15 يوم ، وعلى الدرجة 30 بعد شهرين ويعزى ذلك لفعالية البروتوكول ككل والى تقنيات تسيير القلق المعتمدة ومدى التحكم فيها ومواصلة العمل بها ما مكن الحالة من تحقيق مستويات منخفضة من القلق بعد البروتوكول.



من خلال الرسم البياني رقم (20) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي بين درجات مقياس الاكتئاب BDI-II خلال القياس القبلي السابق لعملية إخضاع الحالة للبروتوكول الإرشادي ودرجات المقياس بعد عملية التدخل الإرشادي ، حيث حصلت الأم رشيدة على الدرجة 35 على المقياس كخط قاعدي خلال التقييم القبلي وهو مؤشر مرتفع جدا يندرج ضمن الفئة التشخيصية (30-38) التي تشير إلى وجود اكتئاب فوق الطبيعي (مرض) لتتخفف إلى درجات أقل بعد عملية التوجيه الأبوي حيث حصلت على الدرجة 22 خلال التقييم البعدي وهو مؤشر دال على تحسن الحالة نحو انحصار المزاج الاكتئابي بشكل كبير باعتبار الدرجة 22 تندرج ضمن الفئة (21-29) التي تعبر عن الاكتئاب الخفيف كما أنها تقترب من حدود الفئة (0-20) التي تعبر عن عدم وجود الوضعية الاكتئابية وتتواصل عملية التحسن لتستقر الحالة خلال عملية المتابعة عند الدرجة 20 بعد 15 يوم ، بعد شهر ، بعد شهرين من تطبيق

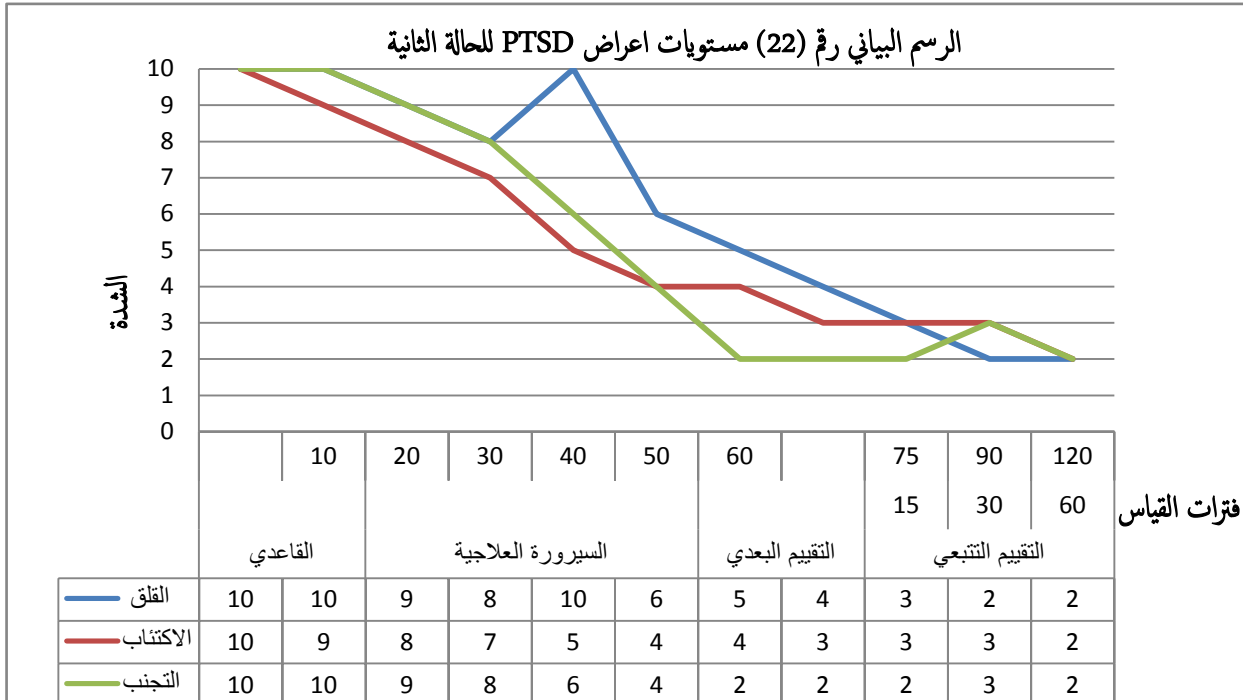
البروتوكول التي تندرج ضمن الفئة (0-20) التي تشير إلى انعدام الوضعية الاكتئابية وهذا خلال كامل فترة المتابعة ، ما يعبر عن التحسن المستمر والثبات الملحوظ بعد عملية التكفل . ومن خلال النتائج السابقة لدرجات مقياس الاكتئاب BDI-II عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبروتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسن مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية من خلال الحصول على الدرجة 35 كمستوى قاعدي نحو الدرجة 22 خلال التقييم البعدي وهو تحسن واضح بشكل كبير كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة بعد تطبيقه ويظهر ذلك من خلال حصول الحالة على الدرجة 22 خلال القياس البعدي نحو الدرجة 20 خلال كامل عملية المتابعة.

النتائج التفصيلية للتقييم الذاتي لمستويات أعراض الـ PTSD لكل حالة:



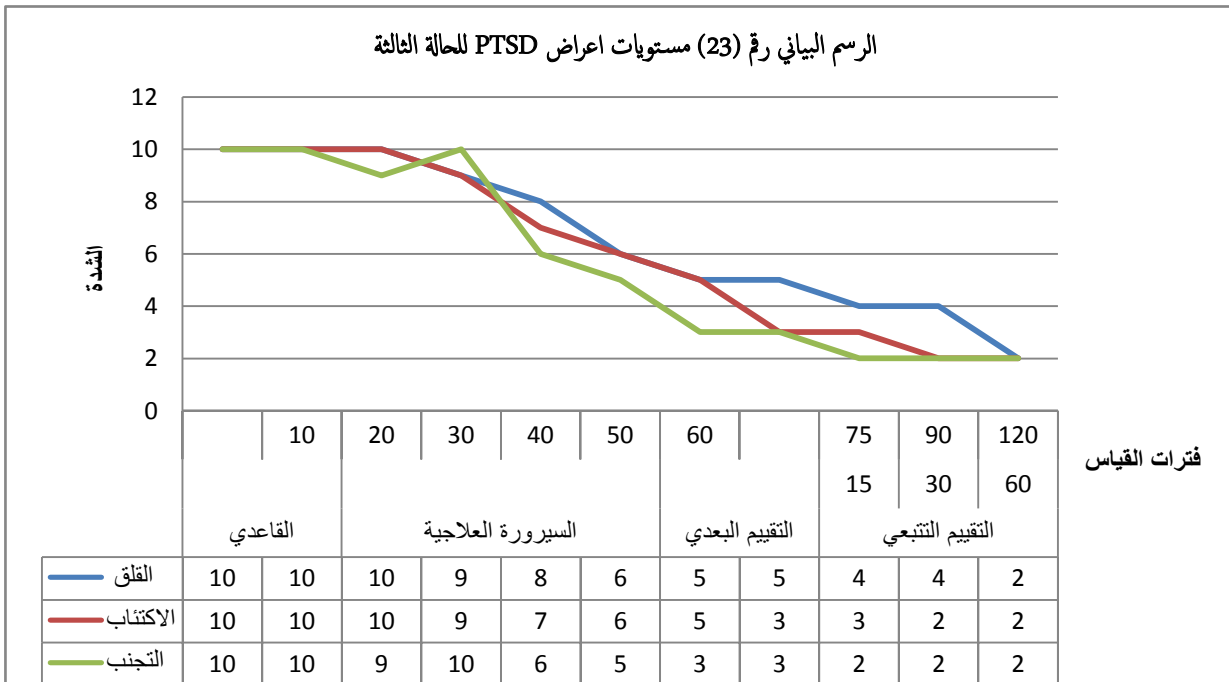
من خلال الرسم البياني رقم (21) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الحالة وائل لشدة أعراضه الصدمية (القلق ، الاكتئاب والتجنب) على السلم العشري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعه للبرنامج العلاجي ودرجات التقييم (خلال وبعد

(عملية التدخل العلاجي وأيضا خلال فترات المتابعة حيث سجل 10/09 و 10/09 على سلم القلق ، 10/07 و 10/05 على سلم الاكتئاب ، 10/09 و 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جد لتخفيض درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/08 على سلم القلق ، 10/05 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب في بداية عملية التكفل وسجلت 10/06 ، 10/06 على سلم القلق ، 10/04 و 10/06 على سلم الاكتئاب ، 10/09 و 10/07 بالنسبة لأعراض التجنب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية حصص البرنامج العلاجي على 10/05 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/05 بالنسبة لأعراض التجنب وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/05 و 10/04 على سلم القلق ، 10/03 و 10/02 على سلم الاكتئاب ، 10/04 و 10/04 بالنسبة لأعراض التجنب أما خلال عملية المتابعة فسجلت الحالة 10/04 على سلم القلق ، 10/02 على سلم الاكتئاب ، 10/04 بالنسبة لأعراض التجنب بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج و 10/04 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب ، 10/03 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهر لتستقر عند 10/03 على سلم القلق ، 10/00 على سلم الاكتئاب ، 10/03 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات سلاسل القلق والاكتئاب وأعراض التجنب عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وفي انخفاض أعراض التجنب عند الحالة ، ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل من خلال فنيات إعادة البناء المعرفي وتقنيات تسيير القلق والتقنيات السلوكية الأخرى المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن الحالة بعد عملية التكفل ويتعلق ذلك بمواصلة الحالة العمل بها بعد عملية التدخل ما مكنها من تحقيق درجات منخفضة من القلق والاكتئاب والتجنب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالدرجات القاعدية.



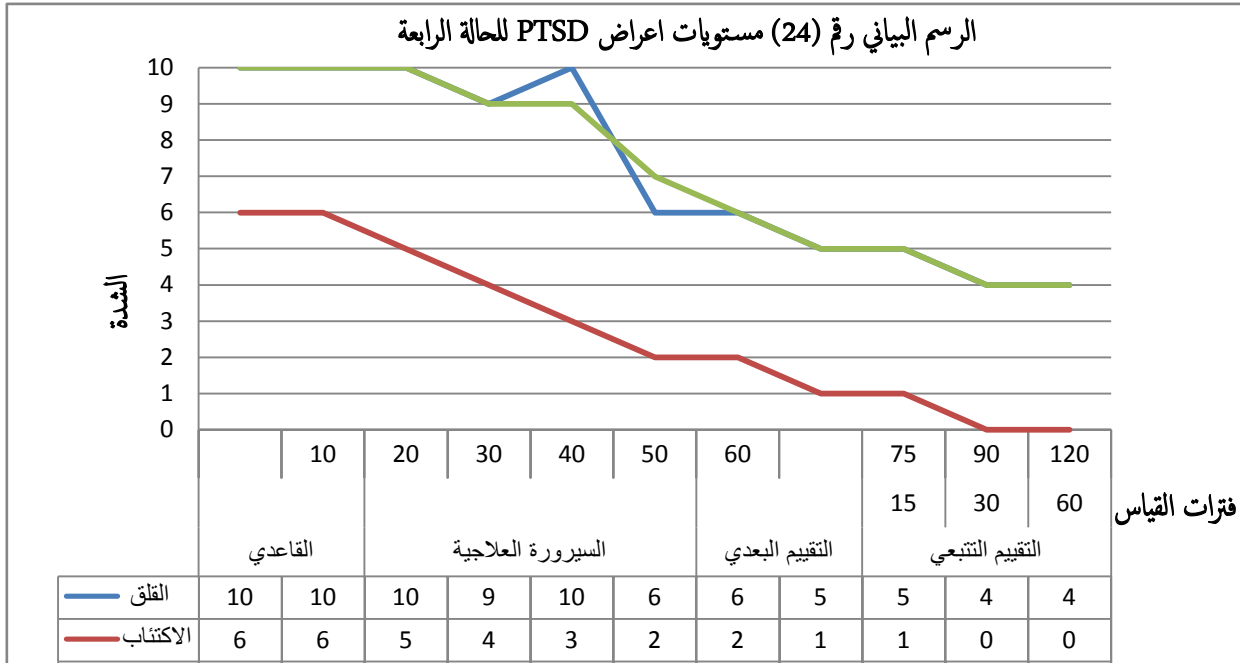
من خلال الرسم البياني رقم (22) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الحالة مهدي لشدة أعراضه الصدمية (القلق ، الاكتئاب والتجنب) على السلم العشاري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعه للبرنامج العلاجي ودرجات التقييم (خلال وبعد عملية التدخل العلاجي وأيضاً خلال فترات المتابعة حيث سجل 10/10 و 10/10 على سلم القلق ، 10/10 و 10/09 على سلم الاكتئاب ، 10/10 و 10/10 بالنسبة لأعراض التجنب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جد لتخفيض درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/09 على سلم القلق ، 10/08 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب في بداية عملية التكفل وسجلت 10/08 ، 10/10 على سلم القلق ، 10/07 و 10/05 على سلم الاكتئاب ، 10/08 و 10/06 بالنسبة لأعراض التجنب في متوسط العملية التكيفية لتحصل مع نهاية حصص البرنامج العلاجي على 10/06 على سلم القلق ، 10/04 على سلم الاكتئاب ، 10/04 بالنسبة لأعراض التجنب وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/05 و 10/04 على سلم القلق ، 10/04 و 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/02 و 10/02 بالنسبة لأعراض التجنب أما خلال عملية المتابعة فسجلت الحالة 10/03

على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/02 بالنسبة لأعراض التجنب بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج و 10/02 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/03 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهر لتستقر عند 10/02 على سلم القلق ، والاكتئاب وأعراض التجنب بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات سلاام القلق والاكتئاب وأعراض التجنب عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وفي انخفاض أعراض التجنب عند الحالة ، ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل من خلال فنيات إعادة البناء المعرفي وتقنيات تسيير القلق والتقنيات السلوكية الأخرى المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن الحالة بعد عملية التكفل ويتعلق ذلك بمواصلة الحالة العمل بها بعد عملية التدخل ما مكنها من تحقيق درجات منخفضة من القلق والاكتئاب والتجنب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالدرجات القاعدية.



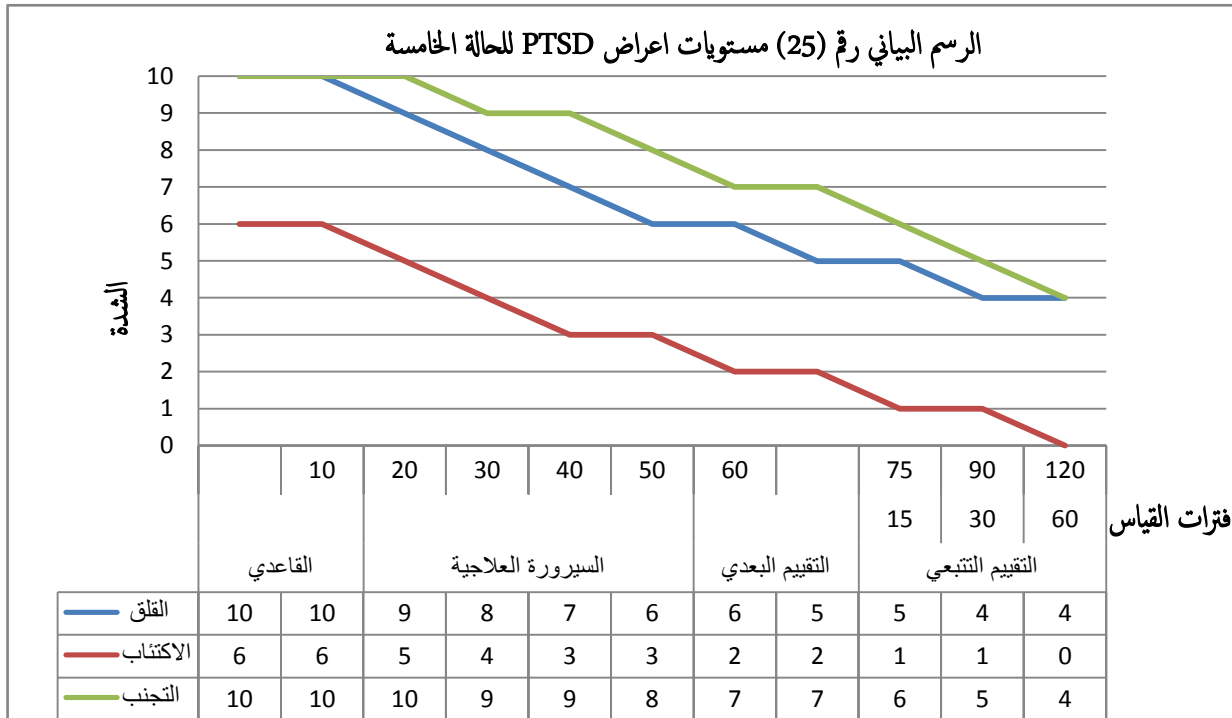
من خلال الرسم البياني رقم (23) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الحالة محمد لشدة أعراضه الصدمية (القلق ، الاكتئاب والتجنب) على السلم العشاري

(10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعه للبرنامج العلاجي ودرجات التقييم (خلال وبعد عملية التدخل العلاجي وأيضا خلال فترات المتابعة حيث سجل 10/10 و 10/10 على سلم القلق ، 10/10 و 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/10 و 10/10 بالنسبة لأعراض التجنب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي كلها مؤشرات مرتفعة جدا لتتخفف درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/10 على سلم القلق ، 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب في بداية عملية التكفل وسجلت 10/09 ، 10/08 على سلم القلق ، 10/09 و 10/07 على سلم الاكتئاب ، 10/10 و 10/06 بالنسبة لأعراض التجنب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية حصص البرنامج العلاجي على 10/06 على سلم القلق ، 10/06 على سلم الاكتئاب ، 10/05 بالنسبة لأعراض التجنب وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/05 و 10/05 على سلم القلق ، 10/05 و 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/03 و 10/03 بالنسبة لأعراض التجنب أما خلال عملية المتابعة فسجلت الحالة 10/04 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/02 بالنسبة لأعراض التجنب بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج و 10/04 على سلم القلق ، 10/02 على سلم الاكتئاب ، 10/02 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهر لتستقر عند 10/02 على سلم القلق ، الاكتئاب ، أعراض التجنب بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات سلالم القلق والاكتئاب وأعراض التجنب عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وفي انخفاض أعراض التجنب عند الحالة ، ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل من خلال فنيات إعادة البناء المعرفي وتقنيات تسيير القلق والتقنيات السلوكية الأخرى المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن الحالة بعد عملية التكفل ويتعلق ذلك بمواصلة الحالة العمل بها بعد عملية التدخل ما مكنها من تحقيق درجات منخفضة من القلق والاكتئاب والتجنب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالدرجات القاعدية.



من خلال الرسم البياني رقم (24) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الحالة دعاء لشدة أعراضها الصدمية (القلق ، الاكتئاب والتجنب) على السلم العشاري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعها للبرنامج العلاجي ودرجات التقييم (خلال وبعد) عملية التدخل العلاجي وأيضا خلال فترات المتابعة حيث سجلت 10/10 و 10/10 على سلم القلق ، 10/10 و 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/10 و 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جد لتتخفص درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/09 على سلم القلق ، 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب في بداية عملية التكفل وسجلت 10/10 ، 10/09 على سلم القلق ، 10/10 و 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/09 و 10/10 بالنسبة لأعراض التجنب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية حصص البرنامج العلاجي على 10/09 على سلم القلق ، 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/10 و 10/09 على سلم القلق ، 10/10 و 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/10 و 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب أما خلال عملية المتابعة فسجلت الحالة 10/09 على سلم القلق ، 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب بعد 15 يوم

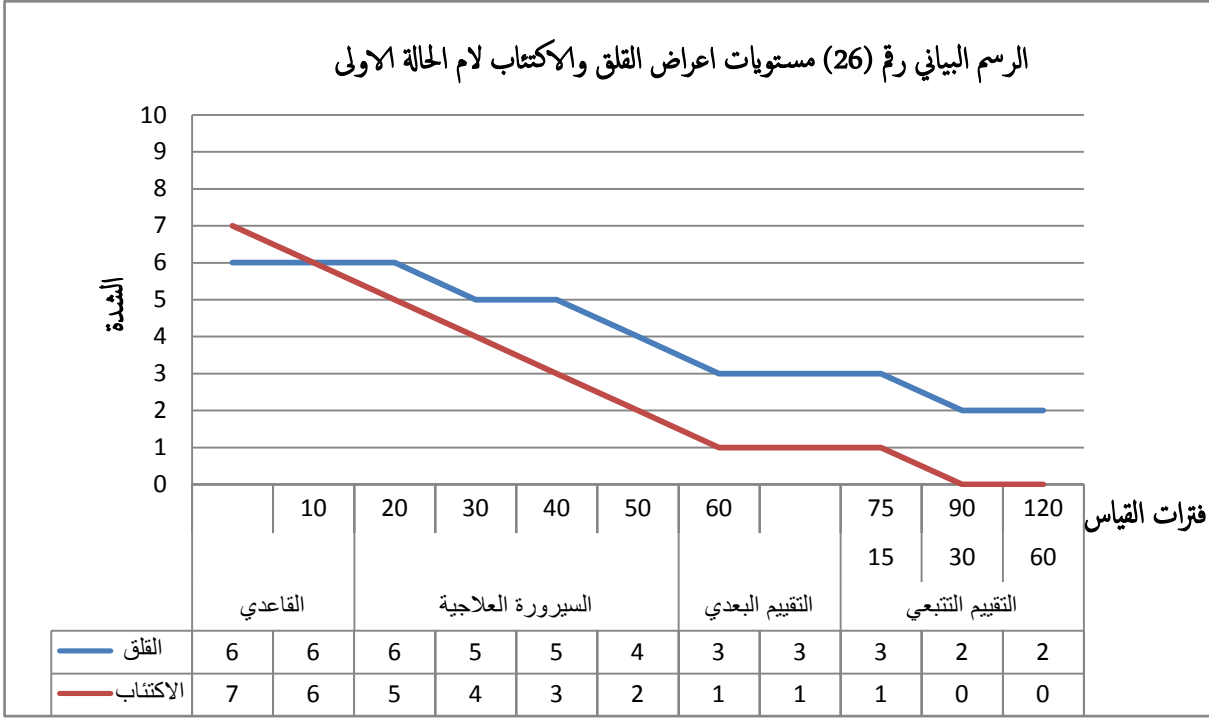
من تطبيق البرنامج و 10/09 على سلم القلق ، 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهر لتستقر عند 10/09 على سلم القلق ، 10/10 على سلم الاكتئاب ، 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات سلاّم القلق والاكتئاب وأعراض التجنب عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وفي انخفاض أعراض التجنب عند الحالة ، ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل من خلال فنيات إعادة البناء المعرفي وتقنيات تسيير القلق والتقنيات السلوكية الأخرى المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن الحالة بعد عملية التكفل ويتعلق ذلك بمواصلة الحالة العمل بها بعد عملية التدخل ما مكنها من تحقيق درجات منخفضة من القلق والاكتئاب والتجنب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالدرجات القاعدية.



من خلال الرسم البياني رقم (25) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الحالة مريم لشدّة أعراضها الصدمية (القلق ، الاكتئاب والتجنب) على السلم العشري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعها للبرنامج العلاجي ودرجات التقييم (خلال وبعد

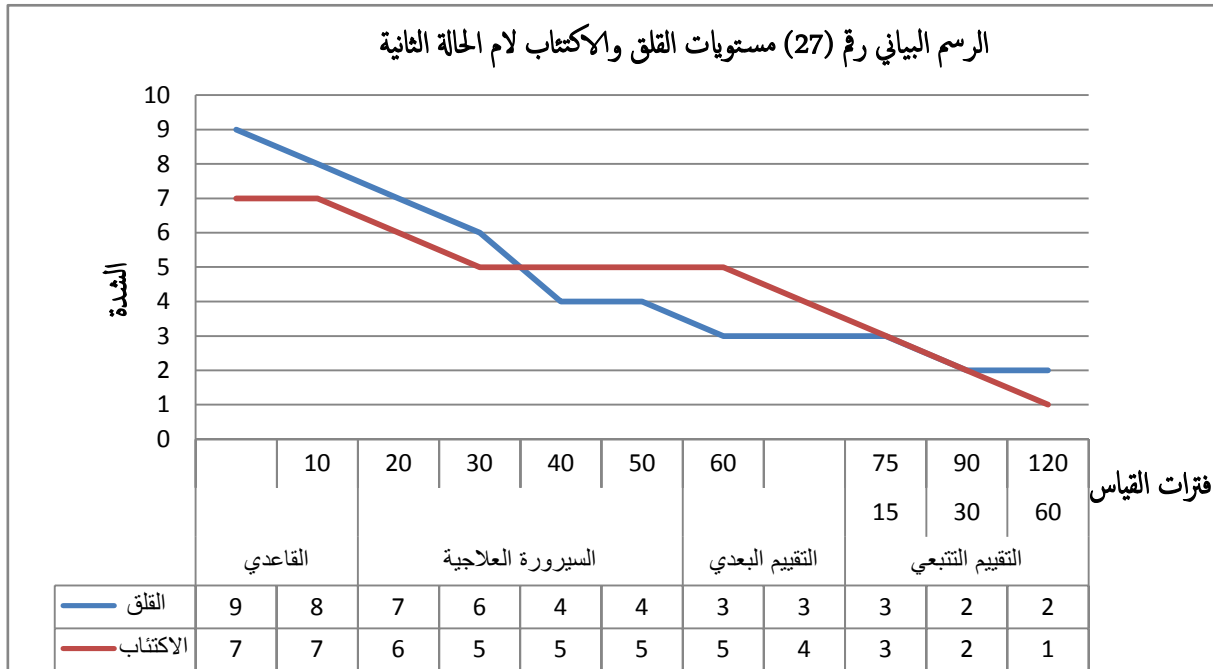
(عملية التدخل العلاجي وأيضاً خلال فترات المتابعة حيث سجلت 10/10 و 10/10 على سلم القلق ، 10/06 و 10/06 على سلم الاكتئاب ، 10/10 و 10/10 بالنسبة لأعراض التجنب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جداً لتتخفيض درجات التقييم إلى مستوى أقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/09 على سلم القلق ، 10/05 على سلم الاكتئاب ، 10/10 بالنسبة لأعراض التجنب في بداية عملية التكفل وسجلت 10/08 ، 10/07 على سلم القلق ، 10/04 و 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/09 و 10/09 بالنسبة لأعراض التجنب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية حصص البرنامج العلاجي على 10/06 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب ، 10/08 بالنسبة لأعراض التجنب وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/06 و 10/05 على سلم القلق ، 10/02 و 10/02 على سلم الاكتئاب ، 10/07 و 10/07 بالنسبة لأعراض التجنب أما خلال عملية المتابعة فسجلت الحالة 10/05 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب ، 10/06 بالنسبة لأعراض التجنب بعد 15 يوم من تطبيق البرنامج و 10/04 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب ، 10/05 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهر لتستقر عند 10/04 على سلم القلق ، 10/00 على سلم الاكتئاب ، 10/04 بالنسبة لأعراض التجنب بعد شهرين من تطبيق البرنامج وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات سلاسل القلق والاكتئاب وأعراض التجنب عند الحالة خلال مختلف مراحل القياس يمكن القول أن خضوع الحالة للبرنامج العلاجي قد ساهم بشكل كبير في تحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وفي انخفاض أعراض التجنب عند الحالة ، ويعزى ذلك لفعالية البرنامج ككل من خلال فنيات إعادة البناء المعرفي وتقنيات تسيير القلق والتقنيات السلوكية الأخرى المعتمدة فيه ومدى التحكم فيها كما يمكننا القول أن هناك استمرارية وثبات لأثر هذا البرنامج في زيادة تحسن الحالة بعد عملية التكفل ويتعلق ذلك بمواصلة الحالة العمل بها بعد عملية التدخل ما مكنها من تحقيق درجات منخفضة من القلق والاكتئاب والتجنب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالدرجات القاعدية.

النتائج التفصيلية للتقييم الذاتي لمستويات القلق والاكتئاب لام كل حالة:



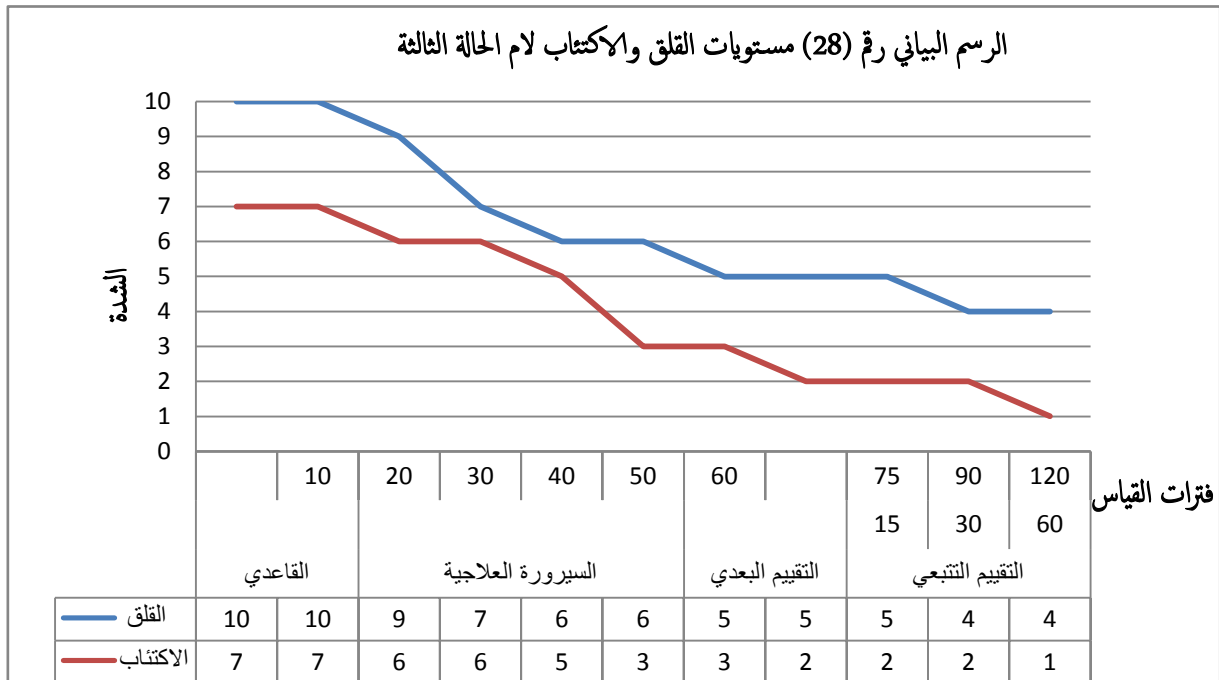
من خلال الرسم البياني رقم (26) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الأم فاطمة لحالتها النفسية (القلق ، الاكتئاب) على السلم العشري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعها للبرتوكول الإرشادي ودرجات التقييم (خلال وبعد) عملية التدخل الإرشادي وأيضا خلال فترات المتابعة حيث سجلت 10/06 و 10/06 على سلم القلق ، 10/07 و 10/06 على سلم الاكتئاب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جد لتتخفص درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/06 على سلم القلق ، 10/05 على سلم الاكتئاب في بداية عملية التكفل. وسجلت 10/05 ، 10/05 على سلم القلق ، 10/04 و 10/03 على سلم الاكتئاب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية جلسات البرتوكول الإرشادي على 10/04 على سلم القلق ، 10/02 على سلم الاكتئاب . وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/03 و 10/03 على سلم القلق ، 10/01 و 10/01 على سلم الاكتئاب. أما خلال عملية المتابعة فسجلت الأم 10/03 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب بعد 15 يوم من تطبيق البرتوكول و 10/02 على سلم القلق ، 10/00 على سلم الاكتئاب بعد شهر لتستقر عند نفس الدرجة 10/02 على سلم القلق ، 10/00 على سلم

الاكتئاب بعد شهرين من تطبيق البرتوكول وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات التقييم المستمر لام الحالة وفاء خلال مختلف المراحل يمكن القول أن خضوع الحالة للبرتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسين معاشها النفسي من خلال تعديل مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وتحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة . كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب بعد تطبيقه .

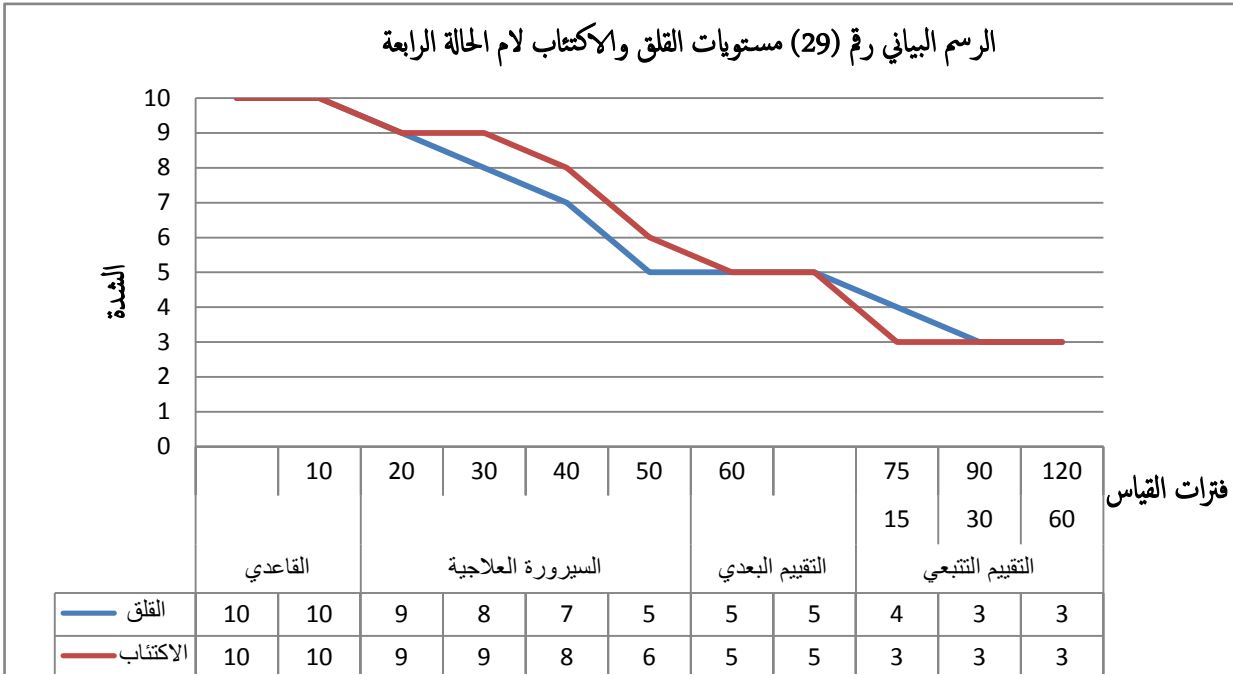


من خلال الرسم البياني رقم (27) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الأم سعاد لحالتها النفسية (القلق ، الاكتئاب) على السلم العشري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعها للبرتوكول الإرشادي ودرجات التقييم (خلال وبعد) عملية التدخل الإرشادي وأيضا خلال فترات المتابعة حيث سجلت 10/09 و 10/08 على سلم القلق ، 10/07 و 10/07 على سلم الاكتئاب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جدا لتتخفف درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/07 على سلم القلق ، 10/06

على سلم الاكتئاب في بداية عملية التكفل. وسجلت 10/06 ، 10/04 على سلم القلق ، 10/05 و 10/05 على سلم الاكتئاب في متوسط العملية التكميلية لتحصل مع نهاية جلسات البرتوكول الإرشادي على 10/04 على سلم القلق ، 10/05 على سلم الاكتئاب . وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/03 و 10/03 على سلم القلق ، 10/05 و 10/04 على سلم الاكتئاب. أما خلال عملية المتابعة فسجلت الأم 10/03 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب بعد 15 يوم من تطبيق البرتوكول و 10/02 على سلم القلق ، 10/02 على سلم الاكتئاب بعد شهر لتستقر عند 10/02 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب بعد شهرين من تطبيق البرتوكول وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات التقييم المستمر لام الحالة وفاء خلال مختلف المراحل يمكن القول أن خضوع الحالة للبرتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسين معاشها النفسي من خلال تعديل مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وتحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة . كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البروتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب بعد تطبيقه .

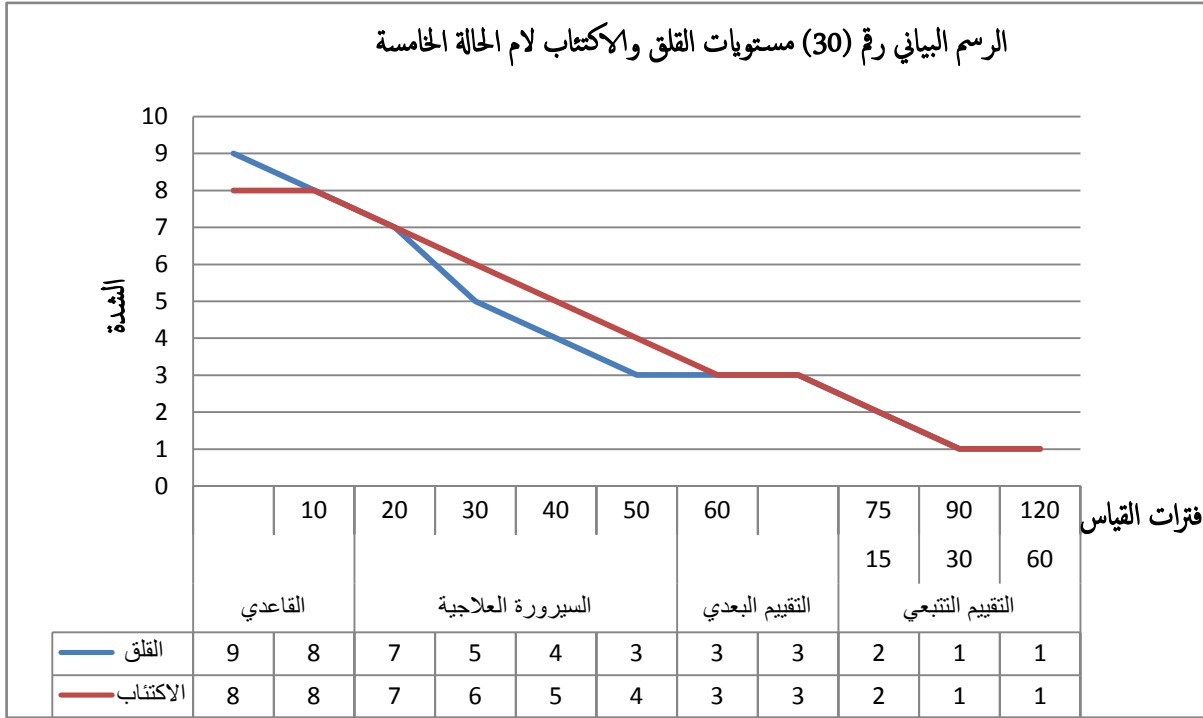


من خلال الرسم البياني رقم (28) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الأم خديجة لحالتها النفسية (القلق ، الاكتئاب) على السلم العشاري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعها للبرتوكول الإرشادي ودرجات التقييم (خلال وبعد) عملية التدخل الإرشادي وأيضا خلال فترات المتابعة حيث سجلت 10/10 و 10/10 على سلم القلق ، 10/07 و 10/07 على سلم الاكتئاب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جدا لتتخفف درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقبل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/09 على سلم القلق ، 10/06 على سلم الاكتئاب في بداية عملية التكفل. وسجلت 10/07 ، 10/06 على سلم القلق ، 10/06 و 10/05 على سلم الاكتئاب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية جلسات البرتوكول الإرشادي على 10/06 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب . وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/05 و 10/05 على سلم القلق ، 10/03 و 10/02 على سلم الاكتئاب. أما خلال عملية المتابعة فسجلت الأم 10/05 على سلم القلق ، 10/02 على سلم الاكتئاب بعد 15 يوم من تطبيق البرتوكول و 10/04 على سلم القلق ، 10/02 على سلم الاكتئاب بعد شهر لتستقر عند 10/04 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب بعد شهرين من تطبيق البرتوكول وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات التقييم المستمر لام الحالة وفاء خلال مختلف المراحل يمكن القول أن خضوع الحالة للبرتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسين معاشها النفسي من خلال تعديل مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وتحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة . كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب بعد تطبيقه .



من خلال الرسم البياني رقم (29) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الأم فنتيجة لحالتها النفسية (القلق ، الاكتئاب) على السلم العشاري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعها للبرتوكول الإرشادي ودرجات التقييم (خلال وبعد) عملية التدخل الإرشادي وأيضا خلال فترات المتابعة حيث سجلت 10/10 و 10/10 على سلم القلق ، 10/10 و 10/10 على سلم الاكتئاب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جدا لتتخفص درجات التقييم إلى مستوى اقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/09 على سلم القلق ، 10/09 على سلم الاكتئاب في بداية عملية التكفل. وسجلت 10/08 ، 10/07 على سلم القلق ، 10/09 و 10/08 على سلم الاكتئاب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية جلسات البرتوكول الإرشادي على 10/05 على سلم القلق ، 10/06 على سلم الاكتئاب . وتتواصل عملية التحسن لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/05 و 10/05 على سلم القلق ، 10/05 و 10/05 على سلم الاكتئاب. أما خلال عملية المتابعة فسجلت الأم 10/04 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب بعد 15 يوم من تطبيق البرتوكول و 10/03 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب بعد شهر لتستقر عند نفس الدرجات 10/03 على سلم القلق ، 10/03 على سلم الاكتئاب بعد شهرين من تطبيق البرتوكول وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة

ومن خلال النتائج السابقة لدرجات التقييم المستمر لام الحالة وفاء خلال مختلف المراحل يمكن القول أن خضوع الحالة للبرتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسين معاشها النفسي من خلال تعديل مزاجها الاكتئابي والتخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وتحسن الحالة النفسية وفي انخفاض مستويات القلق. كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرتوكول في زيادة تحسن الحالة وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب.



من خلال الرسم البياني رقم (30) يمكننا أن نلاحظ التناسب العكسي للتقييم المستمر من طرف الأم رشيدة لحالتها النفسية (القلق ، الاكتئاب) على السلم العشري (10 درجات) بين درجات التقييم قبل خضوعها للبرتوكول الإرشادي ودرجات التقييم (خلال وبعد) عملية التدخل الإرشادي وأيضاً خلال فترات المتابعة حيث سجلت 10/09 و 10/08 على سلم القلق ، 10/08 و 10/08 على سلم الاكتئاب كمستويات قاعدية خلال التقييم القبلي السابق لعملية التدخل وهي مؤشرات مرتفعة جداً لتتخفف درجات التقييم إلى مستوى أقل فاقل خلال وبعد عملية التدخل ككل وفي فترات المتابعة حيث سجلت الحالة 10/07 على سلم القلق ، 10/06 على سلم الاكتئاب في بداية عملية التكفل. وسجلت 10/05 ، 10/04 على سلم القلق ، 10/05 و 10/05 على سلم الاكتئاب في متوسط العملية التكفلية لتحصل مع نهاية جلسات البرتوكول الإرشادي على 10/03 على سلم القلق ، 10/04 على سلم الاكتئاب . وتتواصل عملية التحسن

لتسجل الحالة بعد نهاية عملية التدخل 10/03 و 10/03 على سلم القلق ، 10/03 و 10/03 على سلم الاكتئاب. أما خلال عملية المتابعة فسجلت الأم 10/02 على سلم القلق ، 10/02 على سلم الاكتئاب بعد 15 يوم من تطبيق البرتوكول و 10/01 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب بعد شهر لتستقر عند نفس الدرجة 10/01 على سلم القلق ، 10/01 على سلم الاكتئاب بعد شهرين من تطبيق البرتوكول وهي مؤشرات دالة على عملية التحسن المستمرة ومن خلال النتائج السابقة لدرجات التقييم المستمر لام الحالة وفاء خلال مختلف المراحل يمكن القول أن خضوع الحالة للبرتوكول الإرشادي قد ساهم بشكل كبير في تحسين معاشها النفسي من خلال تعديل مزاجها الاكتئابي وفي التخفيف من وطأة الوضعية الاكتئابية وتحسن الحالة النفسية والمزاجية وفي انخفاض مستويات القلق عند الحالة . كما يمكننا القول أن هناك استمرارية لأثر هذا البرتوكول في زيادة تحسن مزاج الحالة وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب بعد تطبيقه .

2. مناقشة نتائج الدراسة والتحقق من الفرضيات :

يتضح من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة الحالية مدى فاعلية البرنامج العلاجي والبرتوكول الإرشادي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال وتحسين المعاش النفسي بالنسبة للآباء حيث يمكننا القول أن التحسن الذي طرأ على أفراد العينة ككل يرجع إلى فاعلية وجدوى البرنامج العلاجي وبرتوكول التوجيه المستخدمين في هذه الدراسة ، حيث استهدفا مختلف الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية عند الحالات ، إذ تضمننا مجموعة منتقاة من الاستراتيجيات المشتملة على مجموعة واسعة من الفنيات ضمن كل إستراتيجية وذلك من أجل الكشف عن أفكار ومعتقدات المريض الخاطئة واللاعقلانية التي أثرت على الجانب الوجداني الانفعالي والسلوكي وأدت للاضطراب والعمل على دحضها وتصحيحها وإعادة بناء الجوانب المعرفية المشوهة وهذا لتعديل الجوانب الانفعالية وتغيير السلوكات المضطربة . وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها يمكننا مناقشة فرضيات هذه الدراسة بهدف نفيها أو إثباتها للوصول إلى الإجابة على تساؤلات البحث الفرعية وبتالي الإجابة على إشكالية الدراسة.

مناقشة الفرض الأول : يتضح من خلال نتيجة الفرض الأول وجود فاعلية ملموسة

وواضحة للبرنامج العلاجي المقترح في التصدي لمختلف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الحالات ويبرز ذلك من خلال الفارق بين المقابلات التشخيصية القبلية والبعديّة ، ومن خلال الفرق الواضح في الدرجات المحصل عليها على المقاييس السيكومترية في القياس القبلي ، ودرجات هذه المقاييس بعد خضوع الحالات للبرنامج المقترح ، إذ لاحظنا انخفاض في أعراض الزمل الإكلينيكية التي يتضمنها هذا الاضطراب ، بحيث سجلنا انخفاض في كل من أعراض زملة استعادة الخبرة ، أعراض زملة التجنب ، أعراض زملة الاكتئاب والأفكار والمشاعر السلبية وأعراض زملة القلق والاستثارة وفرط التيقظ ، ويرجع ذلك إلى فعالية التقنيات والفنيات المنتقاة في البرنامج ، للتكفل بأعراض كل زملة .

كما مكنتنا ممارستنا العيادية خلال الدراسة من ملاحظة وتفصي أثر برتوكول التوجيه الأبوي الذي ساهم في دعم هذا البرنامج وزيادة فعالية هذه التقنيات والفنيات ، من خلال محصلات خضوع الآباء لهذا البرتوكول موازاة مع ذلك في الاستفادة من الدور الفعال والنشط للآباء ، في عملية التعليم والتدريب والإشراف على التقنيات المصممة للتكفل بالأطفال . وعلى هذا الأساس يمكننا إثبات الفرض الأول الذي ينص على أن : البرنامج التكفلي المقترح فعال في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ولجلسات التوجيه الأبوي دور في دعم وتعزيز هذه الفعالية

ومن خلال إثباتنا لهذا الفرض نكون قد اجبنا على التساؤلين التاليين :

- ما مدى فعالية البرنامج التكفلي المقترح في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل؟
- كيف يدعم التوجيه الأبوي فعالية برنامج العلاج المقترح؟

كما يمكن الإشارة إلى أن نتيجة هذه الفرض تتفق مع ما جاءت به غالبية الدراسات السابقة التي اتفقت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل.

كما انه بالنسبة للدراسة الحالية فقد زوجت بين العلاج المعرفي السلوكي والتوجيه الأبوي بينما بعض الدراسات السابقة فصلت بينهم وجعلت العلاج المعرفي السلوكي برنامجاً مستقلاً والدعم الاجتماعي والمساندة والتوجيه الأبوي برامج أخرى للتصدي لاضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل .

وعلى ضوء الفرض الأول وما وافقه من نتائج دراسات سابقة تؤكد أهمية هذا النوع من التدخل العلاجي بهدف تصحيح وتعديل الأفكار الخاطئة والمعتقدات اللاعقلانية ، واستبدالها بأفكار إيجابية ومخططات ومعتقدات أكثر عقلانية ، فالعلاج المعرفي السلوكي يشير إلى أهمية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، إذ يقول أرون بيك في هذا الصدد أن النموذج العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله تعد جميعا بمثابة أمور هامة ، وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو الخاطئ. فالأفكار السلبية تكون السبب في الانفعال غير الصحيح وبالتالي توقع نتيجة غير سارة في النهاية أو إلى سلوك غير سوي . وأن العلاج المعرفي السلوكي غني بفنياته المتعددة التي يستطيع المعالج السلوكي المعرفي انتقاء ما يناسب طبيعة السلوك المطلوب تعديله .

مناقشة الفرض الثاني : يتضح من خلال نتيجة الفرض الثاني وجود فعالية ملموسة

وواضحة للبرتوكول الإرشادي بحيث اثبت هذا البرتوكول فعاليته في تحسين المعاش النفسي للآباء الذين اشتملتهم الدراسة ، والذي بدا جليا من خلال المقابلات الإكلينيكية والفرق الواضح في الدرجات المحصل عليها على المقاييس السيكمترية في القياس القبلي ، والدرجات على هذه المقاييس بعد خضوع الآباء لهذا البرتوكول الإرشادي ، بحيث لاحظنا انخفاض في أعراض الاكتئاب والأفكار والمشاعر السلبية وأعراض القلق والاستثارة عند الآباء ، ويرجع ذلك إلى فعالية التقنيات المنتقاة في هذا البرتوكول للتكفل بالآباء وتحسين معاشهم النفسي .

كما مكنتنا ممارستنا العيادية خلال الدراسة من ملاحظة وتقصي اثر برتوكول التوجيه الأبوي ومدى مساهمته في دعم البرنامج العلاجي والتخفيف من اضطرابات ما بعد الصدمة عند الأطفال ، من خلال الدور الفعال والنشط للآباء ، في عملية التعليم والتدريب والإشراف على التقنيات والفنيات الموجهة للأطفال خلال عملية التكفل التي تخلق نوع من المشاركة الوجدانية وتعزز مكانة الطفل بالانتماء والى الشعور بالأمن وكذا الاهتمام والمساندة الوالدية التي تعتبر كعوامل دعم نفسية هامة تخفف أعراض هذا الاضطراب وأيضا من خلال تحسين المعاش النفسي للآباء وخفض مستوى التهويل الوالدي ، الذي يشكل عبئ نفسي يثقل كاهل الطفل ويعيق تحسنه وتقدمه وبالتالي خفض أعراض هذا الاضطراب التي تعززها طبيعة العلاقات والاستجابات وردود الفعل الوالدية تجاه الطفل.

وعلى هذا الأساس يمكننا إثبات الفرض الثاني الذي ينص على أنه : اعتبار إلى أن الآباء يتأثرون بوضعية أطفالهم فهم بحاجة لجلسات التوجيه الأبوي لتحسين معاشهم النفسي ما يساهم في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل .

ومن خلال إثباتنا لهذا الفرض نكون قد اجبنا على التساؤلين التاليين :

- هل يمكن لجلسات التوجيه الأبوي أن تحسن المعاش النفسي للآباء ؟
- هل تساهم جلسات التوجيه الأبوي في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل ؟

مناقشة الفرض الثالث : تشير نتيجة الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق في الدرجات

المحصل عليها على المقاييس السيكومترية في القياسين البعدي والتتبعي وكذا من خلال المقابلات التشخيصية سواء بالنسبة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال أو بالنسبة للمعاش النفسي عند الآباء بمعنى ثبات الأثر العلاجي والإرشادي عند بعض الحالات وعند حالات أخرى يمكننا الإشارة إلى فروق ايجابية بمعنى زيادة انخفاض في الدرجات المحصل عليها ، ما يعنى استمرار التأثير الإيجابي والفعال للبرنامج العلاجي وبرتوكول الإرشاد نحو زيادة التحسن وهذا يرجع لطبيعة التوجه المعرفي السلوكي لعملية التكفل بالأطفال والآباء ومدى مواصلة الحالات العمل بمختلف التقنيات الفنيات العلاجية الملقنة خلال التكفل وتحكمهم فيها إذ يهدف هذا التوجه العلاجي إلى إكساب المريض البصيرة وكيفية التفكير وتغيير الأفكار السلبية ، فطبيعة هذا النموذج لا تتعامل مع الأعراض فقط ، وإنما تتعامل أيضا مع الأفكار الأكثر عمومية ، ومع نظرة المريض للحياة، وبذلك فهذا التوجه يعد المريض لتجنب الوقوع في الاضطراب الانفعالي مرة أخرى بسبب أفكاره الخاطئة، وبالتالي يكون قادر على التعامل مع الصعوبات التي تواجهه مستقبلا نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، فكما يرى المنظرين في العلاج المعرفي السلوكي بأنه يحدث تغييرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطرابا في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطرابات في المستقبل، وأن ثبات التحسن واستمراريته إلى حد ما بعد 15 يوم ، شهر ، شهرين من انتهاء البرنامج العلاجي (فترة المتابعة) وعدم حدوث انتكاسه يؤكد فعالية هذا الأسلوب العلاجي بعد انتهاء البرنامج، وبعد الانتهاء من فترة المتابعة.

وعلى هذا الأساس يمكننا إثبات الفرض الثاني الذي ينص على أنه : توجد استمرارية لأثر البرنامج العلاجي وبرتوكول الإرشاد الأبوي بعد عملية التكفل .

ومن خلال إثباتنا لهذا الفرض نكون قد اجبنا على التساؤل :

- ما مدى استمرارية اثر البرنامج العلاجي بعد فترة العلاج ؟

ومن خلال دراستنا هذه ، وعلى ضوء النتائج العامة المتوصل إليها ضمنها ، والتي أثبتت فعالية البرنامج العلاجي المقترح المرافق بالتوجيه الأبوي في معالجة وتخفيف اضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل وتحسين المعاش النفسي للآباء ، نكون قد تمكنا من معالجة الإشكالية التي بنيت عليها هذه الدراسة ، والإجابة على تساؤل البحث الرئيسي :

1. ما مدى فعالية البرنامج التكفلي المقترح المرافق بالتوجيه الأبوي في معالجة وتخفيف

اضطرابات ما بعد الصدمة عند الطفل وتحسين المعاش النفسي للآباء ؟

3. الاستنتاج العام :

وفي ضوء ما سبق يمكننا القول بأن النتائج قد جاءت متسقة مع الكتابات والأبحاث النفسية السابقة ، وهذا ما أكده الباحثين والعاملين في التوجه العلاجي المعرفي السلوكي، حيث أكدوا على قدرة الإنسان على فهم ما يحدث له من الاضطراب وما يعانيه من مشكلات ، إذ أن الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الفرد ما هو إلا نتيجة سوء تفسيره وتأويله للموقف الذي يحدث له.

ويذكر بيك Beck أن الاضطرابات النفسية تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير، فالعلاج المعرفي السلوكي يقوم بتقديم المساعدة للمريض للتغلب على عجز المريض عن الفهم والتمييز، وعلى ادراكاته المشوهة ، وطرائقه في خداع ذاته .¹

فالعلاج المعرفي السلوكي يتضمن مختلف الاتجاهات والمدائل التي تخفف حدة الضيق النفسي والانزعاج وتعطي مشاعر ايجابية عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة ،

، ص 172.2000. بيروت والنشر، للطباعة العربية النهضة دار الانفعالية، المعرفي والاضطرابات ، العلاج يعقوب وغسان مصطفى عادل ترجمة أرون، - بيك، 1

والإشارات الذاتية المغلوطة ، إضافة إلى التركيز على الاستجابات الانفعالية خلال عملية إعادة البناء المعرفي التي هي المصدر المباشر للضيق أو الكرب النفسي ، وبالتالي الوصول للسلوك السوي. وهناك أساليب وتوجهات عديدة لمساعدة المريض على أن يقيم نفسه وعالمه تقييماً أكثر واقعية ضمن هذا النوع من العلاجات النفسية ، فهناك الاتجاه العقلاني الذي يساعد على كشف المفاهيم الخاطئة واختبار صحتها وإحلال مفاهيم أكثر ملائمة ، وعندها يعرف المريض أن القواعد التي استند إليها في توجيه فكره وسلوكه قد أضلته وخذعته ، وهناك الاتجاه الخبراتي الذي يعتمد إلى تعويض المريض بخبرات تكون في نفسه قوة كافية لتغيير مفاهيمه الخاطئة ، فالتفاعل مع الآخرين في مواقف منظمة مثل جماعات المواجهة ، أو عن طريق لعب الدور ، قد يساعد المريض على أن يدرك الآخرين إدراكاً أكثر واقعية ، ومن ثم يعدل المريض استجاباته غير التكيفية وغير الملائمة تجاههم ، ففي جماعات المواجهة فإن الخبرات البين شخصيه قد تخترق التوجهات غير التكيفية التي تعوق المريض عن المشاعر الصادقة فكثيراً ما يستجيب المريض للدفع والقبول الذي يمنحه إياه المعالج بأن يعدل مفهومه الخاطيء. وأحياناً يمكن تحقيق فاعلية العلاج النفسي عن طريق حث المريض على أن يدخل في مواقف كان يتجنبها سابقاً بسبب مفاهيمه الخاطئة عنها. وهناك الاتجاه السلوكي الذي يحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك هدفها تغيير نظرتة إلى نفسه وإلى العالم الواقعي. والتوجه المعرفي السلوكي الذي يجمع بين السابقين حيث يركز على الحوار الداخلي من خلال أسلوب التوجيه الذاتي القائم على افتراض أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد سلوكهم .

ورغم الاختلافات التي قد نجدها بين مختلف الأساليب العلاجية ضمن هذا التوجه العلاجي إلا انه يمكننا القول أن التمييز بين مختلف هذه الأساليب مجرد وهم فكلها ذات طبيعة تقيفية سواء بشكل واضح أو ضمنى كما تهدف كلها إلى تغيير معرفيات المتعالج والتأثير في سلوكه .

توصيات الدراسة الحالية واقتراحات الدراسات المستقبلية :

1. توصيات الدراسة الحالية : على ضوء نتائج دارستنا الحالية يمكننا طرح مجموعة من

التوصيات نستعرضها كالتالي :

▪ على الباحثين في مجال الاضطرابات النفسية القيام بتقديم برامج مماثلة وتصميم المزيد من البرامج العلاجية المعرفية والسلوكية للتعرف على أثرها في تخفيض الأعراض النفسية المرضية الأخرى وكذا إجراء المزيد من الدراسات العلمية وبرامج للعلاجات النفسية الأخرى المركزة على الصدمة النفسية وكذا الأطفال المتعرضين للحوادث وللإساءة حتى يستفيد منها الأخصائيين النفسيين الممارسين العاملين في المستشفيات النفسية والعيادات ، والعاملين في برامج التكفل بالصددمات .

▪ ضرورة تخصيص مراكز أو خلايا تهتم بالعلاج النفسي بصفة عامه والعلاج المعرفي السلوكي بصفة خاصة في المستشفيات النفسية ، والعيادات ، حتى يكون المريض مهياً نفسياً للعلاج النفسي وتجنب العملاء تبعات قصد المستشفيات النفسية والمصحات التي ترتبط بمفاهيم سلبية وخاطئة في ثقافة مجتمعاتنا .

▪ إنشاء مراكز متخصصة في التكفل بالصددمات النفسية ، يكون فيه طاقم مدرب على هذا النوع من برامج التدخل ذات اتصال بشبكة خلايا الاستماع بالمؤسسات الصحية لتلقي الحالات وعلى جاهزية جيدة للتدخل الفوري والسريع ، وكذلك مركز أبحاث متخصص في أبحاث الصدمة، يضم الباحثين المتخصصين في هذا المجال مثل ما هو معمول به في الدول .

▪ يجب على العاملين والمتخصصين في الصحة النفسية ، من أطباء نفسيين، وأخصائيين نفسيين واجتماعيين، ومرشدين نفسيين وتربويين، العمل ضمن إستراتيجية الوقاية من الاضطرابات النفسية التي تهدد صحة الأطفال النفسية عموماً ، وذلك من خلال بناء برامج متنوعة بما يخدم الأطفال نفسياً، ويحد من انتشار الأمراض النفسية .

▪ إشراك الأطفال في برامج وأنشطة ترفيهية داخل المدارس وكذا في مؤسسات التنشئة الأخرى (دور الثقافة ، المسرح) تهدف إلى إعادة التوازن النفسي للأطفال وتقوي ثقتهم بأنفسهم عن طريق إعادة الشعور بالأمان الذي فقد .

▪ يوصى الآباء وذوى المريض والأصدقاء والأشخاص المحيطين به الاهتمام ب المريض وإعطاءهم القدر الكاف من الاهتمام والمساندة وتتهيئ الجو المناسب حتى يتمكنوا من التغلب على مشاكلهم النفسية والأحداث الضاغطة التي قد تواجههم في حياتهم العملية وإبعادهم عن الصراعات النفسية المسببة لآلامهم وانفعالاتهم.

▪ زيادة الاهتمام بموضوع التوجيه الأبوي وإيلائه الأهمية الأساسية في التعامل مع اضطرابات الطفل ومشكلاته إذ تعتبر عملي ة الإرشاد والتوجيه الأبوي نوع من أنواع التدخلات العلاجية النفسية لها مكانتها وخصوصيتها التي تميزها والتي لا يمكن لأي تدخل أو علاقة علاجية أخرى أن تشاركها فيه ويمكن عزو هذه الأهمية إلى الضغوط النفسية التي يواجهها الآباء وافتقارهم إلى كفايات التعامل معها وإدارتها بشكل طبيعي لتجنب الطفل تبعات ردود أفعالهم واستجاباتهم الحادة .

▪ ضرورة العمل مع آباء الأطفال خلال عمليات التدخل العلاجي من خلال ا لنماذج متعددة ضمن هذا الإطار سواء : التدخل العلاجي بمشاركة الآباء ، المقابلات مع الآباء وحدهم ، العلاجات النفسية أم - طفل ، العلاج العائلي ، العلاج النفسي الفردي للآباء باعتبار عملية إرشاد الآباء مهمة جدا في علاج مشكلات الأطفال السلوكية ، إذ يعتبر من الصعب جدا لمساعدة الطفل على تطوير مشاعره ، من خلال العلاج النفسي فقط ما لم يتم رفع الحواجز الخاصة بالآباء موازاة مع ذلك ، فالمربي عندما يحاول التغيير في سلوك غير مرغوب في الطفل ، عليه أن يغير في اتجاهات وتفاعل أسرته معه ، إذ انه بدون ذلك لا ينجح العلاج كما أن الكثير من الآباء يظهرون اختلال في تربية أطفالهم وفي كيفية التعامل معهم ، نتيجة نقص الخبرة أو جهلهم بأصول التربية أو لاعتقادات قديمة موروثة. وكذا إدراك دور التوجيه الأبوي في تخفيف هذه الاضطرابات عند الطفل وفي تحسين المعاش النفسي للآباء ، وفي زيادة فعالية البرامج العلاجية والمساهمة في إنجاحها .

▪ أن تتضمن أهداف التربية الأساسية وبرامج التعليم المسطرة من قبل وزارتنا الاهتمام بالتربية العقلانية ، وتوجيه الأطفال ليكون لديهم قدرة على تحصين أنفسهم ضد الضغوط.

▪ ضرورة الاهتمام وزارة التربية والتعليم بالصحة المدرسية من خلال العمل على وجود أخصائيين نفسيين متخصصين في المدارس العمومية ، خاصة في مرحلة التعليم الأساسية ،

لمواجهة وحل مشاكل الأطفال قبل تطورها ، والعمل على التخفيف من شدة القلق والضغط النفسية والخبرات اليومية التي يمر بها ويشاهدها، ويسمعها الطفل يومياً وضرورة اللجوء إلى الأخصائي النفسي عند ملاحظة الاضطرابات النفسية والسلوكية، والتأخر الدراسي، والتركيز على التحصيل لمتابعة الحالات والوقوف على الأسباب لوضع العلاج المناسب.

■ ضرورة إعداد و تدريب متخصص للأخصائيين العامل في ف ي العيادات النفسية والمستشفيات ، وبناء القدرات في مجالات تقديم الخدمات النفسية والعلاجية في هذه المؤسسات من خلال التقليل وعلاج الآثار السلبية للصدمة النفسية لدى الأطفال ، بحيث تتضمن هذه البرامج مفاهيم أساسية عن طبيعة كل برنامج مع أمثلة و نماذج حيه توضح س ي البرنامج وهذه بهدف الاستفادة الكاملة من هذه البرامج والتماس أثرها في الواقع .

■ إعداد برامج عبر وسائل الإعلام (الإذاعة والتلفزيون) تسلط الضوء علي الآليات الإرشادية والعلاجية وتعنى بلوش اد أباء الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النفسية وضحايا التعرض للخبرات الصادمة من خلال توعية جماهيرية ممنهجة حول دور برامج التدخل لمنع الآثار الكارثية للصدمة. وحثهم على مراجعة مراكز العلاج النفسي والعيادات النفسية والبعد عن المشعوذين والعمل وربطهم بذلك من خلال العناوين وأرقام الهواتف .

2. اقتراحات للدراسات المستقبلية :

بناء على نتائج الدراسة وتوصياتها ، واستكمالاً لموضوع الدراسة يمكننا هنا الإشارة إلى مجموعة من المقترحات المختلفة المتعلقة بعملية البحث المستقبلية على الرغم من أن الحالة الراهنة للمعرفة قد تحدد مظاهر معينة من اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال الصغار وفي سن الدراسة ، إلا أن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات المستقبلية لوضع تصور محدد ونهائي لهذا الاضطراب عند هذه الفئة العمرية ، وتفادي التضارب والاختلاف الذي لاحظناه من خلال اطلاعنا على مختلف الدراسات . فمن خلال احتكاكنا بهذه الحالات ، وكذا البيانات التجريبية المحصل عليها ضمن دراستنا ، يمكننا التأكيد على أن مرحلة ما قبل المدرسة وسن المدرسة والمرافقين في الواقع تشكل فئات متميزة بالفعل. ولذلك ينبغي على الدراسات المستقبلية تفحص سيرورة النمو وايلائها أهميتها ، عن طريق التحقق من فعالية العلاج وفقاً لاحتياجات الأطفال حسب كل فئة عمرية. بالإضافة إلى ذلك، فإن المعايير

التشخيصية الجديدة للـ DSM-V والتغييرات المحدثة فيه تعتبر جيدة وقد وجدت بهدف تحسين الكشف عن اضطراب ما بعد الصدمة وفقا لسن الفرد. وأصبحت عملية تشخيص هذا الاضطراب وعزله عن بقية الاضطرابات أكثر دقة خصوصا بالنسبة للأطفال من خلال استحداث معايير تشخيص جديدة لفئة الأطفال التي لم تكن موجودة في DSM IV TR وكذا تقسيم هذه المعايير إلى قسمين : بالنسبة للأطفال الكبار وبالنسبة للأطفال الصغار (قبل التمدرس) ، إضافة إلى تبيان وفرز أعراض المراهقين والأطفال الكبار ضمن معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة عند الراشدين وإضافة زملة الأعراض التفككية الشبه فصامية وزملة التغييرات الفكرية والوجدانية السلبية وهذا كله بهدف تسريع الوصول إلى العلاج إلا أن هذه العملية مازلت يحيطها الغموض وجديرة بالبحث حيث :

▪ إذ ينبغي أن تشمل الدراسات المستقبلية ، عينة الأطفال الذين يظهرون اضطرابات إكلينيكية فرعية أخرى ، من الاضطرابات التي تخلفها الصدمات النفسية ، كاضطراب الضغط الحاد ، لمعرفة مدى الاستجابة للعلاج . وكذا الأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية ولكن لم يطوروا PTSD ، ولم يظهروا أية اضطرابات أخرى ، كبعض الحالات التي صادفناها في دراستنا الاستطلاعية ، الأمر الذي يسمح لنا بالتعرف على العوامل الوقائية الأخرى التي ساهمت في ذلك (كالمرونة ، استراتيجيات المواجهة والدعم الاجتماعي) ، التي يمكن التركيز عليها في تصميم برامج التكفل المستقبلية .

▪ إجراء مزيد من الدراسات الإكلينيكية ، التي تبحث في التعرف على مدى فعالية أنواع أخرى من العلاجات النفسية في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة ، كالعلاج بالرسم والتمثيل (سيكودراما) ... ومقارنة فعاليتها بالأنواع الأخرى التي أثبتت فعاليتها ، كالعلاج المعرفي السلوكي في دراستنا .

▪ كذلك إجراء دراسات تبحث في خصائص الأطفال الذين يستفيدون من جلسات العلاج المعرفي السلوكي الجماعية ، وجلسات العلاج المعرفية السلوكية الفردية بصفة أكبر من غيرهم ، اعتبار إلى أن دراستنا جمعت بين الجلسات الفردية والجماعية .

▪ كما يمكن اقتراح دراسات تستهدف أطفال طوروا PTSD بعد التعرض المباشر لحدث صادم ، مع أولئك الأطفال الذين تعرضوا بشكل غير مباشر ، لمعرفة فعالية هذا

النوع من العلاجات تجاه مختلف الحالات ، سواء التي تعرضت بصفة مباشرة أو بصفة غير مباشرة ، باعتبار أن دراستنا تضمنت أطفال تعرضوا بشكل مباشر .

▪ ويمكن أيضا إجراء المزيد من الدراسات ، التي تتناول بشكل جزئي الاستجابة للعلاج بإحدى التقنيات المعتمدة في هذه الدراسة مع عملية التوجيه الأبوي لتحديد التأثير العلاجي الحقيقي لكل تقنية تضمنها برنامج .

▪ على الدراسات المستقبلية ، خاصة الوبائية منها ، إيلاء الاهتمام لدور برامج التدخل المبكرة كتلك التي تركز على التفريغ الانفعالي في عدم تطور ردود الفعل الصدمية إلى اضطراب ما بعد الصدمة .

▪ كما تعتبر المشاركة الفعالة من جانب الآباء في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال ضرورية بتأكيد الخبراء في هذا المجال ، إلا أن هناك حاجة لدراسات إضافية لإنشاء إطار معين للآباء ، ووضع طريقة يمكنهم من خلالها المشاركة في العلاج وزيادة فعاليته . إذ انه على سبيل المثال ، يمكن اقتراح دراسات تعنى بالتوجيه الأبوي كتقنية أساسية في التكفل باضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال ، من خلال دراسة أثر مختلف أنماط المشاركة الفعالة للوالدين ، لتحديد الكيفية الإرشادية الأبوية المناسبة التي تساهم في الامتثال للعلاج ، وخفض الأعراض عند الطفل ، وكذا دراسة اثر تخفيض درجة شدة الأعراض عند الآباء ، ومساهمتها في علاج الطفل .

▪ وأخيرا يمكن القول أن عملية البحث والدراسة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال واسعة ممتدة يمكن إثراءها من خلال التمحيص الدقيق والبحث المستمر لتكون قادرة على توفر لهم وسائل للتدخل أكثر فعالية. ولزيادة البحوث في مجال المساهمة في تعميم برامج العلاج في الثقافات المختلفة ، وعلى الفئات العمرية المختلفة عند الأطفال والمستويات المختلفة (الإكلينيكية والمدرسة والمجتمعية).

قائمة المراجع

(1) المرجع العربية :

1. إبراهيم عبد الستار ، عين العقل ، دار الكاتب ، القاهرة ، 2008.
2. إبراهيم عبد الستار ، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 1994.
3. أبو نجيله، سفيان محمد ، مقالات في الشخصية والصحة النفسية ، مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية ، مطبعة منصور، غزة ، 2001.
4. أحمد محمد الحواجري، الصدمة النفسية، دائرة التربية والتعليم وكالة الغوث غزة ، 2003.
5. آمال باظة ، بحوث وقراءات في الصحة النفسية، الأنجلو مصرية ، القاهرة ، 1999 .
6. امنطانيوس ميخائيل ، دراسة لمقياس القلق بوصفه حالة سمة على عينات من طلبة الجامعات السورية ، جامعة بيروت ، 2003 .
7. باترسون، س.ه ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت ، 1990 .
8. بالمرس ، كوروين ب ، رودل ب ، العلاج المعرفي-السلوكي المختصر ، ترجمة محمود مصطفى ، دار إيتراك ، القاهرة ، 2008 .
9. بطرس بطرس ، فاعلية برنامج لتدريب على الخيال في خفض حدة بعض اضطرابات القلق لدى أطفال ما قبل المدرسة ، مركز الإرشاد، المؤتمر السنوي 11 ، جامعة عين شمس، القاهرة ، 2004 .
10. بشير صالح الرشيدى وآخرون ، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، المجلد 02، اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، مكتب الإنماء الاجتماعي ، الديوان الأميري ، الكويت ، 2000 .
11. بيك، آرون، ترجمة عادل مصطفى وغسان يعقوب ، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 2000.
12. بيرل س.بيرمان ، قواعد التشخيص والعلاج النفسي، دار إيتراك، القاهرة، 2004 .
13. التصنيف الدولي العاشر للأمراض والاضطرابات (ICD-10) منظمة الصحة العالمية، 1996
14. تيموثي ج. ترول ، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي طعيمة ، جنان زين الدين، دار الشروق، عمان ، 2007 .

15. ثابت، عبد العزيز، الخبرات الصادمة وتأثيراتها النفسية والاجتماعية على الأطفال الفلسطينيين"، مقدم لبرنامج غزة للصحة النفسية، غزة ، 1998
16. جليلية مرسي ، فعالية برنامج تدريبي لإكساب بعض المهارات الاجتماعية لتخفيف حدة الضغوط النفسية لدى الطالبات، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، م 16 ، ع 51 ، القاهرة ، 2006.
17. الحجار، محمد حمدي ، الحقيبة التدريبية -البرنامج العلمي لتتقيف المدمن المراهق ضد الإدمان على المسكرات والمواد المخدرة والإرشاد الأسري، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض 1992.
18. الحجار، محمد حمدي ، الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي-السلوكي، دار النفائس بيروت ، 1999.
19. حمصي أنطوان ، أصول البحث في علم النفس ، مطبعة الإتحاد ، جامعة دمشق ، 1991.
20. حسين فايد ، علم النفس المرضي ، حورس الدولية، الإسكندرية، 2008.
21. ديلاي، ستيفاني ، حماية الأطفال ضد الاستغلال الجنسي والانتهاكات الجنسية في أوضاع الكوارث والأحداث الطارئة" ، ترجمة : مؤسسة ايكبات الدولية ، الملكية الفكرية، استراليا ، 2006 .
22. رجاء وحيد دويدري ، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العلمية ، دار الفكر المعاصر ، بيروت ، ط 2 ، 2002.
23. روبرت ليهي ، العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية ، ترجمة جمعة يوسف محمد الصبوة ، دار ايتراك ، القاهرة ، 2006.
24. الزعبي، أسعد، ، سلسلة مهارات الاتصال، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن 1999.
25. طه عبد العظيم ، العلاج النفسي المعرفي، دار الوفاء، الإسكندرية ، 2007 .
26. عبد الواحد حميد الكبيسي ، لإرشاد و التوجيه التربوي : دراسات و بحوث ، مركز دبيونو لتعليم التفكير ، جامعة الانبار ، العراق ، 1998.
27. كمال علي ، العلاج النفسي قديما وحديثا سلسلة أبواب العقل الموصدة ، المؤسسة العربية للدراسات والتسيير، بيروت ، 1994 .
28. ماهر محمود عمر ، المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي ، دار المعرفة الجامعة ، الازايطة ، الاسكندرية ، 1987 .

29. مجموعة من الباحثين ، التدخل في حالات الأزمات والطوارئ، برنامج التنمية الاجتماعية والأسرية، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان -الأردن ، 2009 .
30. مخيمر، عماد ، إدراك القبول /الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة ، مجلة دراسات نفسية ، المجلد السادس ، ع 02 ، 1996 .
31. مروة شيخ الأرض ، الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجها (اضطراب الشدة بعد الصدمة مراجعة لأعراضه وأسبابه ، دمشق ، دراسة نظرية منشورة على الانترنت ، 2009 .
32. مليكة، لويس كامل ، العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت ، 1990 .
33. مليكة، لويس كامل ، العلاج السلوكي و تعديل السلوك ، ط2 ، بدون ناشر، 1994 .
34. المنجد في اللغة والإعلام ط 2 دار الشرق بيروت لبنان 1992 .
35. منصور وآخرون ، الدورة التدريبية الإرشادية الأولى، جامعة دمشق، كلية التربية، دمشق ، 2000 .
36. منظمة الصحة العالمية ، التصنيف الدولي العاشر للأمراض والاضطرابات (ICD-10) ، 1996 ،
37. . النابلسي، محمد أحمد ، نحو سيكولوجية عربية، دار الطليعة، بيروت لبنان ، 1995 .
38. النابلسي محمد أحمد وآخرون ، الصدمة النفسية ، علم نفس الحرب والكوارث ، بيروت ، دار النهضة العربية ، 1991 .
39. ناصر المحارب ، العلاج الاستعرافي السلوكي ، دار الزهراء ، جامعة الزقازيق ، الرياض ، السعودية ، 2000 .
40. نايفة الشوبكي ، فاعلية برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم ، جامعة البلقاء التطبيقية-كلية الأميرة عالية الجامعية الأردن ، 2006 .
41. صالح، قاسم حسين ، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .مكتبة الجيل الجديد، صنعاء، 2000 .
42. صالح، قاسم حسين ، الشخصية بين التنظير والقياس .مكتبة الجيل الجديد، صنعاء ، 1997 .
43. عادل محمد ، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات ، دار الرشاد، القاهرة ، 2000 .
44. عباس فيصل، أضواء على المعالجة النفسية، ط1، دار الكندي للنشر، 1999 .
45. عبد الخالق احمد محمد ، الأبعاد الأساسية للشخصية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 1987 .
46. عبد الرحمن، محمد السيد ، دراسات في الصحة النفسية ، الجزء الأول ، دار قباء ، القاهرة ، 1998 .

47. عبد الرقيب أحمد البحيري ، اختبار القلق حالة وسمة ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، 1984.
48. عبد المجيد، هشام سيد ، دراسة تقييميه لدور الأخصائى الاجتماعى مع الحالات الفردية فى المجال الطبى فى إطار العمل الفريقى، المؤتمر العلمي السابع ، كلية الخدمة الاجتماعية ، القاهرة، 1994.
49. عبد العزيز ، مفتاح محمد ، علم النفس العلاجي، اتجاهات حديثة، دار قباء ، القاهرة ، 2001.
50. عثمان نجاتي، الدراسات النفسية عند العلماء المسلمين ، دار الشروق ، القاهرة ، ط 1 ، بدون سنة.
51. العزة، سعيد حسني، عبد الهادي، جودت ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
52. على عبد النبي حنفي ، العمل مع أسر نوى الاحتياجات الخاصة ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع - دسوق - جمهورية مصر العربية ، دون سنة .
53. عمار بوحوش وآخرون ، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1995 .
54. غراوه وآخرون ، مستقبل العلاج النفسي ترجمة سامر رضوان، منشورات وزارة الثقافة دمشق ، 1999 .
55. سري ، اجلال ، محمد ، علم النفس العلاجي ، عالم الكتب، القاهرة ، 1999.
56. السيد صالح ، إساءة معاملة الأطفال دراسات نفسية ، العدد السابع ، القاهرة ، 1993 .
57. سعد علي ، علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق ، سوريا ، 1994.
58. شارلوت كامل ، اضطراب ما بعد الصدمة بين الأعراض الاولية والثانويه ، مجلة الوقت ، 2006.
59. الشناوي، محمد محروس ، نظريات الإرشاد والعلاج، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، 1994 ،
60. هوفمان إ س جي ، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد عيسى ، دار الفجر، القاهرة ، 2012 .
61. هول، ك. ج. لندزي ، نظريات الشخصية ، ترجمة : فرج أحمد فرج وآخرون، دار الفكر العربي ، 1969.
62. وصفي عصفور، المنحى العقلاني والمعرفي في التوجيه والإرشاد، معهد التربية- الأونروا - ، عمان ، 1994 .
63. يعقوب غسان، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، دار الفارابي ، بيروت ، 1999،

64. يوسف القربوتي - جلال محمد جرار ، مقياس بيركس لتقدير السلوك ، مطبعة مكتب التربية العربي لدول الخليج ، الرياض ، 1987 .

(2) الرسائل الجامعية :

65. أيمن عليان ، أثر إستراتيجية التخيل الموجه لتدريس التعبير في تكوين الصور الفنية الكتابية وتنمية مهارات التفكير الإبداعي لدى طلبة المرحلة الأساسية في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية ، 2004.

66. أسامه عمر خليل فريته ، القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ، رسالة لنيل شهادة ماجستير ، الجامعة الإسلامية غزة ، 2011 .

67. بكيري نجبية ، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للمراهقين السكريين ، أطروحة لنيل شهادة دكتوراة في علم النفس العيادي ، جامعة الحاج لخضر باتنة ، 2012 .

68. بالحسيني وردة ، برنامج معرفي سلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي ، رسالة دكتوراه ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، 2011.

69. بغيجة الياس ، استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية الكوبين وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا ، دراسة لنيل شهادة ماجستير علم النفس الاجتماعي ، جامعة الجزائر ، 2006/2005.

70. ريم محمود يوسف ابو فايد ، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، 2010.

71. رفيقة بلهوشات ، طبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة ، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي ، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية / جامعة الجزائر السنة الجامعية ، 2008/2007 .

72. محذب رزيقة ، الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس وعلاقته بظهور القلق ، رسالة لنيل شهادة ماجستير علم النفس المدرسي ، جامعة مولود معمري ، تيزي وزو ، 2011/2010 .

73. ضمرة، جلال ، أثر برنامج إشرافي قائم على اكتساب المهارة على الفعالية الذاتية والقلق عند المرشدين المبتدئين، رسالة دكتوراه الجامعة الأردنية، عمان، الأردن 2004.

74. عائدة عبد الهادي حسنين ، الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة لنيل شهادة ماجستير ، الجامعة الإسلامية غزة ، 2004 ،

75. علي موسى دباش ، فعالية برنامج إرشادي لتخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة الثانوية وأثره على تقدير الذات ، رسالة ماجستير ، جامعة الأزهر غزة ، 2011 .
76. شعت، ناضل، تأثير الصدمة النفسية في تطور كرب ما بعد الصدمة والحزن بين الأطفال، رسالة ماجستير ، جامعة القدس بالتعاون مع كلية الصحة العامة ، فلسطين ، 2005 .

3) المجالات والدوريات :

81. أحمد عبد الخالق و حياة البناء ، الخوف من الأماكن المتسعة وعلاقته بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي التلقائي ، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة ، ع 4 ، 2006 .
82. باسم الدحادحة، سعاد سليمان ، فعالية إستراتيجية تقليل الحساسية التدريجي في خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى طلاب جامعة السلطان قابوس، مجلة دراسات عربية في علم النفس، م 7، ع1 ، القاهرة ، 2008 .
83. بشير معمريه ، تقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب في البيئة الجزائرية ، مجلة شبكة العلوم النفسية ، العدد 25 ، 2010
84. رضوان، سامر جميل ، الآثار النفسية للخبرات الصادمة، مجلة العلوم النفسية العربية ، 12 ، 2006
85. ماهر سكران ، استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، مجلة كلية التربية، م 1، ع ، 35 ، 2007 .
86. عرين هواري ، الصدمة النفسية عند نساء ضحايا الاعتداءات الجنسية ، مجلة الحركة العربية النسوية لدعم ضحايا الاعتداءات الجنسية ، نشرة فصلية ، السوار ، العدد 34، 2008.
87. قاسم حسين صالح ، اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، ع 2 ، 2012
88. قدرى حفني ، الوجه السياسي للعلاج العقلاني : اللاعقلانية في المجتمع العربي ، مجلة الخدمة النفسية ، جامعة عين شمس، 2005 .
89. سامر جميل رضوان ، الآثار النفسية للخبرات الصادمة (الارهاقات المتطرفة والذبح النفسي)، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 2 ، 2012 .
90. سليمان جار الله ، مزور بركو ، المقاربة البيولوجية المعرفية لاضطرابات ما بعد الصدمة ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 2 ، 2012 .
91. هنادي الشوا ، الحداد عند الأطفال السوريين ضحايا العنف (الرسم من التشخيص إلى العلاج) ، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية ، ع 11 ، 2012 .

92. American psychiatric association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: APA, (*DSM-III 1980*).
93. American psychiatric association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: APA, (*DSM-III-TR 1987*).
94. American psychiatric association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: APA, (*DSM-IV 1994*).
95. American psychiatric association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: APA, (*DSM-IV-TR 2003*).
96. American psychiatric association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: APA, (*DSM-V 2013*).
97. Andrews, D.W., Soberman, L.H., & Dishion, T.J, The Adolescent Transitions Program for High-Risk Teen and their Parents: Toward a School-Based Intervention. Education and Treatment of Children, 1995.
98. Barlow. D & Cerny , Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, Guilford, New York, 1988.
99. BAILLY (L) , les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant, ESF, Paris, 1986.
100. Becky, 2002,
101. BERGERET (J) : La psychologie pathologique, MASSON, Paris, 1982
102. Brette (f) , pour introduire la question de traumatisme narcissique », in rev, Soc, psychanal , paris, n° 12, 1987,
103. Brett, E. A, Psychoanalytic Contribution to a Theory of Traumatic Stress. IN Wilson, J., Raphael, B. International Handbook of Traumatic Stress, London & New York: Plenum Press, 1993.
104. Beck, A.T , Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, international Universities Press, New York. 1976
105. Beck, A. et al, Cognitive therapy of depression, the Guilford press New York, 1979.
106. Beck, A.T , Beck Depression Inventory: annual, Harcourt Brace Jovanovich, INC, New York. 1987.
107. Beck. A, cognitive therapy, basics and beyond new York Guil for press, 1995.
108. Bettelheim B. La forteresse vide. Paris: Gallimard; 1969.
109. Burns D , Feeling Good, William Morrow, New York, 1991.
110. Burns. D. The Feeling Good Hand Book, penguin books, New York, 1999.

- 111.** Chantal de may Guillard, inition aux thérapies cognitives et comportementales , cornique sociale , France , 2008.
- 112.** Christiane Robert-Tissot , La guidance interactive , une thérapie des interactions , l'Institut d'Orthophonie Céline Schwab.
- 113.** Christine, E. et al, A Cognitive Approach to understanding and Treating Anxiety. Human Psycho-pharmacology.Clinical, John Wiley Sons,V14 , 1999.
- 114.** Christine Mirable sarron, l'entretien en thérapie cognitives et comportementales , donod , 2 eme ed , paris, 2004.
- 115.** Clayton, E & Ladd, Tucker, Psychological Self-Help. Mental Health Net , 2000
- 116.** Cormier S,Nurius PS,Interviewing and change strategies for Helpers Fundamental Skills and Cognitive Behavioral interventions, Thomas Books/cole.Canada, 1999.
- 117.** Cottraux. J , Les thérapies comportementales et cognitives, 2ème édition, Masson, 1995.
- 118.** Crocq .I. Stresse, Trauma et Syndrome psycho traumatique », dans Soins psychiatrie, 188, 1997
- 119.** DAMIANI (C) : les victimes, violences publiques et crimes privés, BAYARD, Paris 1997
- 120.** Dyregrov. A, Psychological Debriefing: A leader's for Guide small Crisis Intervention. Cheveron Publishing Corporation ,2003
- 121.** Dattilio, F and Freeman. A, Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, The Guilford press, New York, 2000.
- 122.** Dobson K.S (ED) Hand book of cognitive Behamoral therapies New York Guilford press, 1988.
- 123.** Ellis, A , Reason and emotion in psychotherapy, New York, Lyle stuar , 1962 .
- 124.** Ellis, A. , Rational – emotive therapy in Corsini , Current Psychotherapies. Itasca, ill, Peacock Publishers, 1973 .
- 125.** .Ellis, A , The basic clinical theory of rational emotive therapy, In A. Ellis & M.M. Whitelay (EDS), Theoretical and Empirical Foundations, 1979.
- 126.** Ellis, A, the Evolution of Rational - Emotive Therapy,(RET) and Cognitive Behavior Therapy, In, J,k Zeig (Ed) , the Evolution of Psychotherapy ,New York, Bernad/ Mazel, 1987.
- 127.** Ellis. A & Dryden . W, the practice of rational –Emotive Therapy, New York, Springer, 1987.
- 128.** Ellis, A, Rational psychotherapy and individual psychology. Journal of Individual Psychology, Vol 13, 1997.
- 129.** Eysenck , M. W. Psychology . Astudent's handbook . Psychology Press Ltd, Publishers , UK .2000

- 130.** Fericelli-Broun , Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence , éditions scientifiques et médicales Elsevier sas , 2002.
- 131.** Ferenczi(s) : psychanalyse, oeuvres complètes,t : iv, payot,france, 1978,
- 132.** Fontaine .o et Philippe fontaine , guide clinique de therapie cognitives et comportementales , France , 2007.
- 133.** Freeman, A & Lurie. M, Depression A Cognitive Therapy Approach, New Bridge Communications, New York, 1994.
- 134.** Freud .s. Le Moi et le Ca, PUF, Paris, 1968.
- 135.** FREUD .S. , *Inhibition symptôme et angoisse Presses universitaires de France, Paris ,1975.*
- 136.** Gecas, V. & Schwalbe, M., Parental Behavior and Adolescent Self-Esteem. Journal of Marriage and the Family, N48, 1986.
- 137.** Glass et Shea , Cognitive Therapy and Pharmacological Treatments for Shyness and Social Anxiety, In W. H. yens, Imcheak; S.R Briggs and Treatment, New York, 1986.
- 138.** Gleitman , M. , Stress-response syndromes . (2nd. Edn) . New Jersey : Jason Aronson , 1995
- 139.** Hales RE, et al, Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press, 1999.
- 140.** Horowitz , M.J. (1985) disasters and psychological responses to stress. Psychiatric annals
- 141.** Jean Cottrau, les thérapie comportementales et cognitive, Masson, paris,1990.
- 142.** Jean.Cottraux , Les thérapies comportementales et cognitives, 2ème édition, Masson. ,1995 .
- 143.** Jean laplanche et jean-bertrand: vocabulaire de psychanalyse, puf, paris.,1967,
- 144.** Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, Dictionnaire de psychanalyse sous la directions de Daniel Lagache.- 1^{ère} ED- Buenos Aires : Raidos.2004.
- 145.** Jean-Yves Hayez ,*La guidance parentale , L'accompagnement des parents dans l'aide educative et therapique, Privat, France, 1988.*
- 146.** Kaiser, P. & Hancock , Teaching Parents New Skills to Support their Young Children Development. Infants and Young Children, Vol. 16, Issue 1 ,2003.
- 147.** Kaplan, H., Sadock, B, Synopsis of Psychiatry, behavioral science/clinical psychiatry, eight edition. Egypt: Mass Publishing Co, 1998
- 148.** KARINE GRENIERCOMME, L'EFFET DE LA DEPRESSION MATERNELLE SUR LE COPING DE L'ENFANT, MEMOIRE PRESENTE A L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES, EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE, MARS 2000.

- 149.** Kelly, M. , Clinical Snapshot, Chronic Renal Failure, *Journal of Sociology* , London Vol 1, 1996.
- 150.** Kleber, R. J., Figley, C. R., Gersons, B. P , Beyond Trauma: cultural and societal dynamics. New York, Plenum Press, 1995
- 151.** MacMillan, V, Olson, R, & Hansen, D, Low and High Deviance Analogue Assessment of Parent-Training with Physically Abusive Parents, *Journal of Family Violence*, 1991.
- 152.** Macksoud, M., Dyregrov. A., Raundalen, M. Traumatic War Experience and Their Effect on Children. In Wilson, J., Raphael, B. *International Handbook of Traumatic Stress*. London & New York: Plenum Press, 1993
- 153.** Meichenbaum, Donald, *Cognitive Behavioral modification*, Morristown, N.J: General Learning Press, 1974.
- 154.** Meichenbaum, Donald, *Cognitive Behavioral modification*, Plenum Press, New York. 1979.
- 155.** Meichenbaum, D. A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder. Ontario, Canada: Institute Press, 1994 .
- 156.** Newman, Cory F, Hypothetical in Cognitive Psychotherapy Creative Question, Novel Answer, and Therapeutic Change, *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, V.14,N2, 2000.
- 157.** O'Hara, M.w, & Rehm, L, *Self control Therapy of Depression*, New York, Plenum, 1983.
- 158.** Robb, H. and Warren, R. Irrational belief tests: new insights, new directions, special issue problem solving, and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1990.
- 159.** *Roger misés, classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – r , presses de l'école des hautes études en santé publique, 5e édition, 2012.*
- 160.** Ruby Villar , trouble anxieux, trouble de stress post traumatique : sites et document francophones
- 161.** Rush, J.&beek, cognitive therapy in Kaplan & sa dock's comprehensive, text book of psychiatry, lippicott, 2004.
- 162.** Soulé M. Essai de compréhension de la mère d'un enfant autistique, ou « L'enfant qui venait du froid ». Actes du Congrès des psychanalystes de langues romanes, Paris. 1977.
- 163.** Strayhorn, J. & Weidman, C, Follow-up One Year After Parent-Child Interaction Training, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n 30, 1991.

- 164.** Thabet, Abdel Aziz, Post Traumatic Stress Reactions in Children of War, Health & Human Rights conference ,1997.
- 165.** Turner, F, "Adult Psychopathology, second edition", the free press, New York, 1999.
- 166.** Trower, Peter, et al , Cognitive- Behavioral Counelling action, SAGE Publications, London, 1999.
- 167.** Wallen.Di Giuseppe, & Dryden, A, Practitioners Guide: Rational Emotive Therapy. N. T.: Oxford University press, Oxford, 1992.
- 168.** Weiten , W, Psychology . Themes and Variations . Brooks / Cole Publishing Company, 2004
- 169.** Wenar,C. & Kerig, , Developmental Psychopathology: from infancy through adolescence", fourth ed, New York: Mc Graw- hill, Inc.,2000
- 170.** Wilson & Krauss,1985,
- 171.** World health organization . The icd-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva : oxford university press .1992 .

5) Les revues :

- 172.** GUIDE DE MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS EPIDEMIOLOGIQUES APRES UNE CATASTROPHE D'ORIGINE NATURELLE OU HUMAINE – MARS 2004.
- 173.** la revue Rivista di Psicoterapia Relazionale, numéro spécial «Terapia sistemica con la famiglia e l'individuo » n.11, , F. Angeli Ed. Avec l'aimable autorisation de l'éditeur. juin 2000.
- 174.** L'éducation précoce en orthophonie , Revue éditée par la Fédération Nationale des Orthophonistes, Directeur de la publication : le Président de la F.N.O, N 202, Juin 2000.

(6) المواقع :

- www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=9016
- www.traumaweb.org/content.asp?pageid=115&lang=ar.
- www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&artcat=3&id=868
- www.bafree.net/alhisn/showthread.php?t=75745
- www.laguidanceparentale.com
- www.library.iugaza.edu.ps/thesis/61547.pd
- faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=41234
- faculty.ksu.edu.sa/m_abushaira/Doc Lib

ملاحق الدراسة

الملحق رقم (01) مقياس القلق عند الأطفال لكوفكس

اسم الطفل : السن : الصف :
اسم الأب : اسم الأم : ملاحظات :

جملة اختيار منك نرجو مجموعات ، في وضعت وآراء مشاعر على القائمة هذه **عزيزي الطفل** : تحتوي الماضيين الأخيرين الأسبوعين في شكل أفضل على أحوالك تصف بحيث كل مجموعة من واحدة أمامها (x) إشارة ضع وصف أحسن أحوالك تصف فقط واحدة هناك جملة . جمل ثلاث فقرة كل في الماضيين الأخيرين الأسبوعين في وأفكارك مشاعرك تصف التي الجمل اختر : **تذكر**

1	قليلة أوقات في حزين أنني أشعر - كثيرة أوقات في حزين أنني أشعر - الأوقات كل في حزين أنني أشعر -
2	يرام ما على أبداً أموري تسير لا - لي بالنسبة جيد بشكل ستسير الأمور أن من متأكد غير إنني - لي بالنسبة يرام ما على الأمور ستسير -
3	جيد بشكل الأشياء معظم أعمل - خاطئ بشكل الأشياء معظم أعمل - خاطئة بطريقة الأشياء كل أعمل -
4	كثيرة أشياء في بالمتعة أشعر - الأشياء بعض في بالمتعة أشعر - الإطلاق على ممتع لاشيء -
5	الأوقات كل في سيء أنا - الأوقات بعض في سيء أنا - لآخر وقت من سيء أنا -
6	لآخر وقت من لي ستحدث سيئة بأشياء أفكر - لي ستحدث سيئة أشياء لأن مزعج أنا - لي تحدث سوف فظيعة أشياء أن من متأكد أنا -
7	نفسي أكره أنا - نفسي أحب لا أنا - نفسي أحب أنا -
8	أخطائي نتيجة هي السيئة الأشياء كل - أخطائي نتيجة هي السيئة الأشياء معظم - أخطائي نتيجة دائماً ليست السيئة الأشياء -
9	نفسي قتل في أفكر لا - ذلك أفعال لن لكنني نفسي قتل في أفكر - نفسي قتل أريد -
10	يوم كل للبكاء بحاجة أنني أشعر - الأوقات معظم في للبكاء بحاجة أنني أشعر - لآخر وقت من للبكاء بحاجة أنني اشعر -
11	الأوقات كل في أشياء تضايقتني - الأوقات بعض في أشياء تضايقتني - لآخر وقت من أشياء تضايقتني -
12	الناس مع أكون أن أحب - الناس مع أكون أن أحب لا الأوقات معظم في - إطلاقاً الناس مع أكون أن أريد لا أنا -

13	<p>قراراتي اتخذ أن أستطيع لا -</p> <p>قراراتي اتخذ علي الصعب من -</p> <p>بسهولة قراراتي اتخذ أستطيع -</p>
14	<p>جيد مذهري -</p> <p>مذهري في سيئة أشياء هناك -</p> <p>بشع شكلي -</p>
15	<p>المدرسية بواجباتي أقوم لكي الأوقات كل في نفسي أجبر أن علي -</p> <p>المدرسية بواجباتي أقوم لكي كثيرة أوقات في نفسي أجبر إن علي -</p> <p>كبيرة مشكلة ليس المدرسية واجبات عمل -</p>
16	<p>الليالي بعض في النوم علي يصعب -</p> <p>ليلة كل النوم علي يصعب -</p> <p>هادئ بشكل أنام -</p>
17	<p>لآخر وقت من بالتعب أشعر -</p> <p>الأحيان معظم في بالتعب أشعر -</p> <p>الأوقات كل في بالتعب أشعر -</p>
18	<p>الأيام معظم في للأكل شهية لدي ليس -</p> <p>كثيرة أيام في للأكل شهية لدي ليس -</p> <p>جيد بشكل أكل -</p>
19	<p>والأوجاع الألام بالي تشغل لا -</p> <p>كثيرة أوقات في والأوجاع الألام تقلقني -</p> <p>الأوقات كل في والأوجاع الألام تقلقني -</p>
20	<p>أبدأ بالوحدة أشعر لا -</p> <p>الأوقات معظم بالوحدة أشعر -</p> <p>الأوقات كل في بالوحدة أشعر -</p>
21	<p>المدرسة في أبدأ أستمتع لا -</p> <p>الأوقات بعض في المدرسة في أستمتع -</p> <p>الأوقات كل في المدرسة في أستمتع -</p>
22	<p>جيدة المدرسة في علاماتي -</p> <p>السابق في كانت كما جيدة ليست المدرسة في علاماتي -</p> <p>جيداً فيها أكون أن تعودت مواد في سيء أنا -</p>
23	<p>كثيرون أصدقائي -</p> <p>أكثر أصدقاء لدي يكون أن أتمنى لكن الأصدقاء بعض عندي -</p> <p>أصدقاء لدي ليس -</p>
24	<p>الناس باقي مثل جيداً أكون أن أبدأ أستطيع لا -</p> <p>الناس باقي مثل جيداً أكون أن أستطيع -</p> <p>الناس باقي مثل جيد أنا -</p>
25	<p>يحبني أحد يوجد لا -</p> <p>يحبني من هنالك أن من متأكد لست أنا -</p> <p>يحبونني أشخاصا هناك من متأكد أنا -</p>
26	<p>مني يطلب ما أفعل عادة -</p> <p>الأوقات معظم في مني يطلب ما أفعل لا -</p> <p>إطلاقاً مني يطلب ما أفعل لا -</p>
27	<p>الناس بعض مع اتفق أن أستطيع -</p> <p>كثيرة أوقات في الناس مع مشاجرات في أقع -</p> <p>الأوقات معظم في الناس مع أتشاجر -</p>

الملحق رقم 02 (أ) مقياس حالة القلق لسبيلبيرجر (للاشدين)

الاسم : السن : التاريخ :

ملاحظات :

تعليمات الإجابة : في ما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الناس في وصف أنفسهم ، يرجى قراءة كل عبارة بعناية ووضع علامة X في المربع المناسب الموجود مقابلها ، لتشير بذلك إلى ما تشعر به الآن ، أي في هذه اللحظة بالذات . لا وجود لإجابات صحيحة أو خاطئة هنا ، يرجى ألا تقضي وقتاً طويلاً في العبارة الواحدة ، حاول أن تعطي الجواب الذي يقدم الوصف الأفضل لمشاعرك الحالية .

العبارات	مطلقاً	قليلاً	أحياناً	كثيراً
أشعر بالهدوء				
أشعر بالأمان				
أنا متوتر				
أشعر بأنني مجهد				
أشعر بالطمأنينة وراحة البال				
أشعر بالانزعاج				
أشعر بالقلق في الوقت الحاضر من احتمال التعرض للمحن التعرض				
أشعر بالرضا				
أشعر بالرعب				
أشعر بالارتياح				
أشعر بالثقة بالنفس				
أشعر بالنرفزة والعصبية				
أنا شديد الاهتمام				
أشعر بأنني متردد				
أنا في حالة استرخاء				
أشعر بالقناعة				
أنا قلق				
أشعر بأنني مشوش				
أشعر بأنني شخص موثوق وثابت على حاله لا يتغير عن حاله				
أشعر بأنني مصدر بهجة وسرور				

الملحق رقم 02 (ب) مقياس سمة القلق (للراشدين)

الاسم : السن : التاريخ :

ملاحظات :

تعليقات الإجابة : في ما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الناس في وصف أنفسهم ، يرجى قراءة كل عبارة بعناية ، ووضع علامة X في المربع المناسب الموجود مقابلها ، لتشير بذلك إلى ما تشعر به بشكل عام . لا وجود لإجابات صحيحة أو خاطئة هنا ، يرجى ألا تقضي وقتا طويلا في العبارة الواحدة ، ولكن حاول أن تعطي الجواب الذي يقدم الوصف الأفضل لما تشعر به بشكل عام .

دائما	غالباً	أحياناً	مطلقاً	العبارات
				أشعر بأنني مصدر بهجة وسرور
				أشعر بأنني عصبي وقلق
				أشعر بالرضا عن نفسي
				أتمنى لو استطعت أن أكون سعيد كما يبدو الآخرون
				أشعر وكأنني فاشل
				أشعر بالراحة والطمأنينة
				أنا هادئ الأعصاب رابط الجأش
				أشعر بأن المصاعب تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب
				ينشغل بالي كثيراً بأمور لا تستحق الاهتمام
				أنا سعيد
				لدي أفكار مقاظة
				افتقر إلى الثقة بالنفس
				أشعر بالأمان
				أأخذ قراراتي بسهولة
				أشعر بأنني غير كفؤ لا أفي بالمراد
				أنا قنوع
				تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني
				تؤثر في بقوة الأشياء المخبية للأمل لدرجة لا أستطيع
				أنا شخص موثوق به وثابت على حاله لا يتغير
				أصبح في حالة من التوتر والاهتياج حين أفكر بشؤوني الحالية واهتماماتي

ملحق رقم (04) مقياس بيركس لتقدير السلوك

اسم الطفل : الجنس : ذكر أنثى

عمر الطفل : تاريخ التطبيق :

مصدر المعلومات : أب أم معلم شخص آخر يحدد

نوع الإعاقة :

درجة الإعاقة : بسيطة متوسطة شديدة

					1 - يبدو مشتتاً وغير مستقر فسرعان ما ينتقل من موضوع إلى آخر
					2 - يسأل أسئلة تظهر قلقاً على المستقبل
					3 - دائم الشكوى من أن الأطفال الآخرين يضايقونه
					4 - لا يسأل أسئلة
					5 - يزعج جداً إذا اخطأ
					6 - لا يستطيع أن ينوع في استجاباته
					7 - غير مثابر وسريعاً ما يشتت انتباهه
					8 - يدعي بأنه مظلوم وحقوقه مهضومة
					9 - يقوم باستجابات (ردود فعل) غير ملائمة للموقف
					10- يبالغ في تأنيب الضمير إذا اخطأ
					11- فترة انتباهه لا تتأثر سواء عوقب أم أتيب
					12- لا يبدي خيلاً (ضيق الأفق)
					13- لا يغفر للآخرين إذا أساءوا إليه
					14- يزعج إذا لم يكن كل شيء في غاية الكمال
					15- فترة انتباهه قصيرة
					16- يجد صعوبة في تذكر الأشياء أو الأحداث
					17- يتهم الآخرين بأشياء لم يفعلوها معه حقيقة
					18- يبدو الضعف واضحاً في مفرداته اللغوية
					19- يشكو من أن الآخرين لا يحبونه
					20- لا يتم عملاً إذ يستمر في التنقل من عمل إلى آخر
					21- يلوم نفسه إذا لم تسر الأمور كما يجب
					22- غير منطقي في حكمه على الأشياء

8 16 1 10

					23- يظهر مخاوف كثيرة
					24- يحكي قصصاً غريبة ولا معني لها
					25- يظهر ضعفاً في القراءة
					26- يتهيج بسرعة
					27- لغته غير مفهومة
					28- لايهتم بردود فعل الآخرين ويفعل ما يحلو له
					29- يقع في أخطاء إملائية عندما يكتب
					30- يكذب
					31- حركته زائدة
					32- يبدو شارد الذهن مستغرقاً في أحلام اليقظة
					33- يبدو متوتراً ومتضارباً
					34- لا يفي بوعوده
					35- يثور بسرعة ويقوم بأعمال غير متوقعة
					36- يظهر على وجهه حركات لا إرادية دون سبب ظاهر
					37- يعنّيه القلق كثيراً
					38- يستولي على ممتلكات غيره
					39- يبدو ضعيفاً في اتباع التعليمات الأكاديمية
					40- يضحك في سره ويكلم نفسه
					41- قليل الاحترام للسلطة والمسؤولين
					42- يحمر (يتورد) وجهه بسهولة
					43- يداوم على هز جسمه باتجاه معين
					44- يكتب مهماته المدرسية بشكل غير منتظم
					45- يتأخر عن الدوام المدرسي
					46- متهور ولا يضبط نفسه
					47- رسوماته لا تتفق مع الواقع
					48- يقوم بأعمال طائشة وغير مقبولة
					49- يبدو عصبياً
					50- لا يعي ما يدور حوله
					51- لا يقوم بأداء واجباته المدرسية أو يؤديها غير مكتملة
					52- عندما ينفعل لا يضبط نفسه (كأن يصرخ أو يقفز من كرسيه)
					53- يتغيب عن المدرسة دون عذر مقبول

12 19 11 9 2

					54- يتحاشى الاحتكاك الجسمي أثناء اللعب ويتجنب الألعاب الخشنة
					55- سريع الغضب
					56- يعتمد أن يكون معارضاً
					57- عنيد وغير متعاون
					58- يواجه صعوبة في حمل الأشياء
					59- يتعرض للإصابة (يؤذي نفسه) أثناء اللعب
					60- يرفض اتباع التعليمات والقواعد ويتمرد لدى محاولة ضبطه
					61- يغضب إذا طاب منه القيام بعمل ما
					62- يظهر عدم تناسق في أداء النشاطات والحركات العضلية الكبيرة
					63- يميل إلى ألعاب الجنس الآخر
					64- يتعب بسرعة
					65- خطه ضعيف وغير متناسق
					66- ينكر مسؤوليته عن أفعال قام بها
					67- يحبط ويفقد القدرة على ضبط انفعالاته بسرعة
					68- يفضل أن يكون وحيداً
					69- رسوماته غير متناسقة وتلوينه للأشكال غير متقن
					70- لا يقبل توجيهات الآخرين ويصر على استخدام أسلوبه لدى القيام بعمل ما
					71- لا يشارك الآخرين في الألعاب الخشنة
					72- متعثر في مشيه إذ يصطدم بالآخرين أو بالأشياء من حوله
					73- ينفجر غضباً تحت تأثير الضغوطات
					74- لا يتقبل زملاءه ويعبر عن ذلك بطريقة عدائية
					75- يبدو خاملاً وثقيل الحركة
					76- لا يتقبل اقتراحات من الآخرين
					77- ينفجر غضباً على زملائه إذا ضايقوه في مزاحهم أو دفعوه بأيديهم
					78- يعتمد أن يكون سلوكه مختلفاً عن الآخرين

15 13 18 7 6

					79- عبوس الوجه مقطب الجبين
					80- يصعب فهمه أو التودد إليه
					81- لا يثق بقدراته ويقلل من شأنه
					82- يسرّ عندما يرى غيره في مأزق
					83- يعتمد على الآخرين وينقاد لهم
					84- يضرب ويدفع الآخرين
					85- يبدو غير سعيد
					86- لا يتعاطف مع الآخرين في حزنهم
					87- خنوع ، مبالغ في الطاعة
					88- يشعر بالرضى تجاه أدائه الضعيف
					89- يرغب في عقاب الآخرين له
					90- ينسحب بسرعة من النشاطات الجماعية حيث يفضل أن يعمل بمفرده
					91- يتجنب المواقف التي تتضمن منافسة
					92- لا يرضى إلا أن يقوم بدور القائد للآخرين
					93- يقاد ويزعن لغيره بسهولة
					94- خجول
					95- يعتمد وضع نفسه في مواقف تستدعي الانتقاد
					96- يسخر من الآخرين
					97- إذا فشل فمن السهل أن يحبط ولا يحاول مرة أخرى
					98- يصعب التعرف على مشاعره لكونه لا يظهر مشاعره نحو الآخرين
					99- يظهر نفسه بمظهر المغلوب على أمره (يتمسكن)
					100- يغيظ ويضايق الآخرين
					101- يتصرف بسخافة
					102- يتكل على غيره في أداء الأعمال التي يفترض أن يقوم هو بها
					103- شديد الحساسية ، تؤذي مشاعره بسهولة
					104- يبدو قليل الثقة بنفسه
					105- شديد التعلق بالكبار (الراشدين) إذ من الصعب أن يفارقهم
					106- يخدع الأطفال الآخرين ويحتال عليهم
					107- لا يظهر اهتماماً بأعمال غيره من الأطفال
					108- يبدو مكتئباً
					109- يبحث عن التشجيع والمدح باستمرار
					110- يحاول جلب انتباه زملائه عن طريق التهريج

3 14 4 5 17

الملحق (05) قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتتاب BDI-II 1996

الاسم : العمر : الجنس : المهنة :

المستوى التحصيلي : التخصص التعليمي :

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3 أو 4 إذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائماً عبارة واحدة فقط من كل مجموعة ، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة ب (تغيرات في الشهية) :

1	الحزن	1. لا اشعر بالحزن. 2. أشعر بالحزن معظم الوقت. 3. أشعر بالحزن طول الوقت. 4. أشعر بالحزن إلى درجة لا أس تطيع تحمل ذلك.
2	التشاؤم	1. لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. 2. أشعر بضعف هم تي فيما يتعلق بم ستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. 3. أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 4. أشعر بأنه لا أمل لي في المس تقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا .
3	الفشل السابق	1. لا أشعر بأني شخص فاشل. 2. لقد فشلت أك ثو مما ينبغي. 3. كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الك ثير من الفشل. 4. أشعر بأني شخص فاشل تماما .
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	1. استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 2. لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 3. أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبلي. 4. لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما ت عدت أن اس تمتع من قبل .
5	مشاعر الإثم أو تأنيب الضمير	1. لا اشعر بال ذنب . 2. اشعر بالذنب عن كثير من الأشياء ال تي قمت بها , أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها . 3. أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 4. أشعر بالذنب في كل الأوقات.

6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	<p>1. لا أشعر بانني ممكن أن أتعرض لل عقاب أو للأذى.</p> <p>2. أشعر بانني ممكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى.</p> <p>3. أشعر بانني سوف أتعرض كثير للعقاب أو للأذى.</p> <p>4. أشعر بانني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.</p>
7	عدم حب الذات	<p>1. شعوري نحو نفسي عادي.</p> <p>2. فقدت الثقة في نفسي .</p> <p>3. أصريت بخيبة أمل في نفسي .</p> <p>4. لا أحب نفسي.</p>
8	نقد الذات ولومها	<p>1. لا انتقد ولا ألوم نفسي.</p> <p>2. أنقد وألوم نفسي أكثر مما ت عودت .</p> <p>3. أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي.</p> <p>4. أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة .</p>
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	<p>1. ليس لدى أي أفكار للانتحار .</p> <p>2. لدى أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها .</p> <p>3. أري أن أنتحر.</p> <p>4. قد انتحر لو سمحت لي الفرصة.</p>
10	البكاء	<p>1. لا أبكي أكثر مما تعودت .</p> <p>2. اشعر بالرغبة في البكاء.</p> <p>3. أبكي أكثر مما تعودت .</p> <p>4. أبكي يكثره جدا.</p>
11	الهيجان والإثارة أو عدم الاستقرار	<p>1. أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية.</p> <p>2. أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت.</p> <p>3. أنهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقر را.</p> <p>4. أنهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما .</p>
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	<p>1. لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.</p> <p>2. أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.</p> <p>3. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.</p> <p>4. من الصعب علي أن اهتم بأي شيء.</p>
13	التردد في اتخاذ القرارات	<p>1. أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها .</p> <p>2. أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.</p> <p>3. لدى صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه.</p> <p>4. لا أستطيع اتخاذ القرارات.</p>
14	انعدام القيمة	<p>1. لا أشعر أنني عديم القيمة.</p> <p>2. أنا لست ذات قيمة كما تعودت أن أكون .</p> <p>3. أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين .</p> <p>4. أشعر أنني عديم القيمة تماما .</p>

<p>1. لدى نفس ال قدر من الطاقة كما تعودت. 2. لدى قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 3. ليس لدى طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 4. ليس لدى طاقة لعمل أي شيء .</p>	<p>15 فقدان الطاقة على العمل</p>
<p>1. لم يحدث لي أي تغيير في نظام نومي. (a) أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. (b) أنام أقل مما تعودت إلى حد ما . (a) أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير . (b) أنام أقل مما تعودت بشكل كبير . (a) أنام مع ظم اليوم. (b) أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو أكثر ولا أس تطيع أن أعود للنوم مرة أخرى.</p>	<p>16 تغيرات في نظام النوم</p>
<p>1. أغضب بدرجة عادية. 2. أغضب أكبر مما تعودت. 3. أغضبي أكبر بكثير مما تعودت. 4. أكون في حالة غضب طول الوقت.</p>	<p>17 القابلية ل غضب أو الانزعاج</p>
<p>1. لم يحدث أي تغيير في شهيتي . 2. a. شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما . b. شهيتي اكبر مما تعودت إلى حد ما . 3. a. شهيتي أقل كثيرا مما تعودت. b. شهيتي اكبر كثيرا مما تعودت. 4. a. ليست لدى شهية على الإطلاق. b. لدى رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.</p>	<p>18 تغيرات في الشهية</p>
<p>1. أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 2. لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. 3. من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 4. أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء</p>	<p>19 صعوبة التركيز</p>
<p>1. لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت. 2. أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 3. يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 4. أنا مرهق ومجهد جدا حيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي أعدت عليها.</p>	<p>20 الإرهاق أو الإجهاد</p>
<p>1. إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 2. أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 3. أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 4. فقدت الاهتمام بالجنس تماما .</p>	<p>21 فقدان الاهتمام بالجنس</p>

الملحق رقم (06) الصورة الأولية للمقابلة التشخيصية المدارة من طرف الآباء

اسم الطفل :	السن :	السنة الدراسية :
اسم الوالد (ة) :	التاريخ :	ملاحظات :

في ما يلي مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بابتكم والموجهة إليكم قصد تشخيص أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الرجاء قراءة الأسئلة بتمعن والتحري عن الكل الأسئلة التي لم تستوعبها أو تفهمها قصد توضيحها لكم

أولا : وجود اضطراب ما بعد الصدمة :

A. الخبرة الصادمة :

- هل طفلك خبر أو عاش أو شاهد من قبل حادث شعر من خلاله بضيق شديد ؟ () نعم () لا
- إذا كان نعم ماذا حدث بالضبط ؟

.....

.....

● في أي تاريخ كان ذلك ؟

- حدد إذا كان حدث وحيد أو أحداث متعددة (اذكرها) :

.....

.....

B. استعادة الخبرة الصادمة :

- هل طفلك يخاف من أن يعاوده الحادث الصدمي من جديد ؟ () نعم () لا
- هل عنده ذكريات متكررة عن الحدث الصدمي تسبب له الشعور بالضيق والحزن ؟ () نعم () لا

إذا كان نعم حدد ذلك :

- () ذكريات متكررة عن الحادث
- () ألعاب أو رسومات تعبر عن الحدث أو ترمز له
- () أحلام مزعجة تعبر عن الحادث أو كوابيس أخرى
- () انطباعات بان الحادث سيحدث له من جديد
- () استجابات فسيولوجية عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تذكره بما حدث له
- () الضيق النفسي الشديد عند التعرض للمثيرات الداخلية او الخارجية تذكره بالخبرة الصادمة
- () غياب عن الوعي وتحجر
- () ذكريات مجتررة في كل ما يشعر أو يتصرف فيه طفلك
- () يتضايق بالحديث عن الحادث أو عند ملاحظة كل ما يذكره بالحدث
- () أمور أخرى لم تذكر هنا اذكرها :

.....

.....

C. تجنب الخبرة الصادمة :

هل طفلك يبذل جهود من اجل تجنب التفكير في الحدث الصدمي ؟
إذا كان نعم حدد ذلك :

نعم () لا ()

- () جهود من اجل تجنب الأفكار والمشاعر والحديث
 - () جهود لتجنب الأنشطة ، الأماكن والأشخاص وكل ما يذكره بالحدث
- D. التغييرات الفكرية والوجدانية السلبية :

هل لاحظت تغيرات في تفكير ابنك وعواطفه واهتماماته بعد الحدث الصدمي ؟
إذا كان نعم حدد ذلك :

نعم () لا ()

- () انخفاض الاهتمام بالأنشطة التي كان يحب القيام بها من قبل
- () عدم القدرة عل تذكر جانب من الحدث الصدمي
- () مشاعر الانسحاب والانعزال
- () المشاعر والعواطف السلبية المستمرة (الحزن ، الخوف ، مشاعر الذنب ، الخجل ، الانزعاج)
- () الشعور بالضيق أو النفور من الآخرين
- () الاعتقادات السلبية والمبالغ فيها عن الذات وعن الآخرين
- () الأفكار السوداء أو المشوهة
- () مشاعر الذنب ولوم الذات أو الآخرين
- () التبدل وفقدان الإحساس بمشاعر الحب أو السعادة أو الرضا
- () نقص في اللعب و انحصاره في أماكن محدودة فقط

E. فرط الاستثارة والتيقظ :

هل ظهرت على طفلك منذ وقوع الحادث الأعراض التالية :

- () صعوبات في النوم أو البقاء نائما
- () التهيج ونوبات الغضب الشديد
- () صعوبات في التركيز أو تشتت الانتباه بسهولة
- () التيقظ والحذر و التأهب للرد
- () السلوكيات المتهورة والخطيرة المؤذية للذات
- () الاستجابات الانفعالية المبالغ فيها
- () التعارك أو السب والشتم

- ثانيا : وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة :
- زيادة على الأعراض السابقة هل يظهر طفلك صعوبات أو أعراض أخرى يمكنك الاستشارة عنها ؟

لا () إذا كان لا مر إلى القسم الثالث

نعم () إذا كان نعم حدد ما هي في الأسفل وأكمل الإجابة على الأسئلة :

- هل ترى أن هذه الصعوبات لم تكن موجودة قبل الحادث ؟ نعم () لا ()
- ما هي الأعراض التي يبدو لك أنها أكثر إزعاج في الحياة اليومية للطفل هل هي :

() الأعراض والصعوبات المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة السابقة

() الصعوبات والأعراض التي ذكرتها أخيرا

ثالثا : عدم وجود تأخر في النمو أو مشكل فسيولوجي يصعب عملية العلاج :

التأخر في النمو :

- هل يوجد أي تأخر في النمو العام لطفلك ؟ نعم () لا ()

إذا كان نعم ما هو :

مشكل صحي عام :

- هل يوجد عند طفلك أية مشاكل صحية أو أمراض أو عاهات ؟ نعم () لا ()

إذا كان نعم ما هي :

رابعا : العلاجات والتكفل النفسي :

الاستشارات والعلاجات السابقة :

- هل طلبت من قبل استشارات أو علاجات حول ما يعانيه طفلك ؟ نعم () لا ()

إذا كان نعم متى لظن ذلك :

نوع العلاج :

مدة العلاج :

الاستشارة والعلاج الحالي :

- هل تود حقيقة أن يكون طفلك ضمن هذا البرنامج العلاجي ؟ نعم () لا ()

خامسا : العلاجات الطبية والأدوية هل يعالج طفلك مشاكل صحية أخرى :

- هل يأخذ طفلك أدوية خلال الفترة الحالية ؟ نعم () لا ()

إذا كان نعم ما هي :

.....4.....3.....2.....1
.....6.....5.....

..... من وصفها له (تحديد الطبيب) :

..... منذ متى يتناولها :

سادسا : معلومات أخرى :

• هل توجد أشياء أخرى ترى أننا نسيناها يمكنك أن تضيفها () نعم () لا ()

إذا كان نعم فصلها هنا :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ملحق رقم (07) الصورة النهائية للمقابلة المدارة من طرف الآباء

اسم الطفل : السن : السنة الدراسية :

اسم الوالد (ة) : التاريخ : ملاحظات :

في ما يلي مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بابتكم والموجهة إليكم قصد تشخيص أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الرجاء قراءة الأسئلة بتمعن والتحري عن كل الأسئلة التي لم تستوعبها أو لم تفهمها قصد توضيحها لكم

أولا : وجود اضطراب ما بعد الصدمة :

A. الخبرة الصادمة :

- هل طفلك خبر أو عاش أو شاهد من قبل حادث شعر من خلاله بضيق شديد ؟
- إذا كان نعم ماذا حدث بالضبط ؟

.....

- في أي تاريخ كان ذلك ؟
- حدد إذا كان حدث وحيد أو أحداث متعددة (اذكرها) :

.....

B. استعادة الخبرة الصادمة :

- هل أصبح طفلك يخاف من أن يعاوده الحادث الصدمي من جديد ؟
- هل لطفلك ذكريات متكررة عن الحادث الصدمي تسبب له الشعور بالضيق والحزن ؟

إذا كان نعم حدد ذلك :

- () ذكريات متكررة عن الحادث .
- () ألعاب أو رسومات تعبر عن الحادث أو ترمز له .
- () أحلام مزعجة تعبر عن الحادث أو كوابيس أخرى .
- () انطباعات بان الحادث سيحدث له من جديد .
- () استجابات فسيولوجية عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تذكره بما حدث له .
- () الضيق النفسي الشديد عند التعرض للمثيرات الداخلية او الخارجية تذكره بالخبرة الصادمة .
- () غياب عن الوعي وتحجر .
- () عدم الوعي بما يقوم به أو ما يفعل .
- () ذكريات معاودة في كل ما يشعر أو يتصرف فيه طفلك .
- () يتضايق بالحديث عن الحادث أو عند ملاحظة كل ما يذكره بالحادث .
- () ألعاب أو رسومات (تتضمن جوانب الصدمة أو ترمز لها) دائما وتكرر بنفس الكيفية ؟
- () أمور أخرى لم تذكر هنا اذكرها :

.....

C. تجنب الخبرة الصادمة :

- هل يبذل طفلك جهود من اجل تجنب التفكير في الحدث الصدمي ؟ نعم () لا ()
- إذا كان نعم حدد ذلك :
- () جهود من اجل تجنب الأفكار والمشاعر والحديث .
- () جهود لتجنب الأنشطة ، الأماكن والأشخاص وكل ما يذكره بالحدث .

D. التغيرات الفكرية والوجدانية السلبية :

- هل لاحظت تغيرات في تفكير ابنك وعواطفه واهتماماته بعد الحدث الصدمي ؟ نعم () لا ()
- إذا كان نعم حدد ذلك :
- () انخفاض الاهتمام بالأنشطة التي كان يحب القيام بها من قبل .
- () عدم القدرة عل تذكر جانب من الحدث الصدمي .
- () أحلام مخيفة لا يتذكرها كلها ولا يميز محتواها .
- () مشاعر الانسحاب والانعزال .
- () المشاعر والعواطف السلبية المستمرة (الحزن ، الخوف ، مشاعر الذنب ، الخجل ، الانزعاج) .
- () الشعور بالضيق أو النفور من الآخرين .
- () الاعتقادات السلبية والمبالغ فيها عن الذات وعن الآخرين .
- () الأفكار السلبية أو المشوهة .
- () أفكار سوداوية وأفكار اليأس و الموت .
- () أفكار أو محاولات عن إيذاء الذات أو الانتحار .
- () مشاعر الذنب ولوم الذات أو الآخرين .
- () التبدل وفقدان الإحساس بمشاعر الحب أو السعادة أو الرضا .
- () اللامبالاة و اللاتعاطف مع أي احد .
- () نقص في اللعب و انحصاره في أماكن محدودة فقط .
- () أمور أخرى لم تذكر هنا اذكرها :

E. فرط الاستثارة والتيقظ :

- هل ظهرت على طفلك منذ وقوع الحادث الأعراض التالية :
- () اضطرابات في النوم .
- () التهيج ونوبات الغضب الشديد .
- () ضعف التركيز وتشتت الانتباه بسهولة .
- () التيقظ و الحذر والتأهب للرد .
- () السلوكات المتهورة والخطيرة المؤذية للذات .
- () الاستجابات الانفعالية المبالغ فيها .
- () التعارك أو السب والشتيم .
- () أمور أخرى لم تذكر هنا اذكرها :

ثانيا : وجود أعراض أخرى قد تدعم السيرة التشخيصية خصوصا عند الأطفال الصغار

حدد الأعراض التي أصبحت تظهر على طفلك وحدد إذا ما كانت قبل أو بعد الحادث :

الملاحظات	قبل الحادث	بعد الحادث
يخاف من الظلام .		
ينزعج من الأصوات والارتطامات التي تحدث أصوات شديدة .		
شهيته للطعام ضعيفة .		
يشتكي من دوخة أو دوار .		
يشتكي من تخذ راو تنمل أو وخز .		
يشتكي من ألم في البطن أو المعدة أو القولون .		
يبدو لك طفلك متعبا ومرهقا في الغالب .		
يعانى من نوبات ضغط دم .		
كثير النسيان (الناس ، الأشياء ، الأحلام ، الكلام ...) .		
حدث وان مشى ابنك أثناء النوم .		
يتكلم ابنك وهو نائم .		
يصعب على ابنك إيجاد الكلمات للتعبير .		
نتائج ابنك الدراسية ضعيفة .		
يخاف ابنك من أمور أخرى .		
يستعمل كلام أو يسلك سلوكا تطفلية لا تتناسب وعمره .		
يبكي كثير .		
يخاف أو يرتبك في وجود الغرباء .		
لاحظت أن ابنك صار خجول .		
يتصرف بعدوانية مع الآخرين .		
سبق لابنك أن شاهد أو سمع أصوات غير موجودة أصلا		

أمور أخرى اذكرها :

ثالثا: وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة

- زيادة على الأعراض السابقة هل يظهر طفلك صعوبات أو أعراض أخرى يمكنك الاستشارة عنها ؟
لا () إذا كان لا مر إلى القسم الثالث
نعم () إذا كان نعم حدد ما هي في الأسفل وأكمل الإجابة على الأسئلة :

- ❖ هل ترى أن هذه الصعوبات والأعراض كانت موجودة قبل الحادث ؟ نعم () لا ()
• ما هي الأعراض التي تبدوا لك أنها أكثر إزعاج في الحياة اليومية للطفل هل هي :
() الأعراض والصعوبات المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة السابقة
() الصعوبات والأعراض التي ذكرتها أخيرا

رابعا: وجود تأخر في النمو ، تخلف عقلي أو مشكل فسيولوجي يصعب عملية العلاج

1. التأخر في النمو:

- هل يبدو لك أن طفلك يعاني تأخر في إحدى جوانب النمو العام ؟ نعم () لا ()
إذا كان نعم ما هو :

2. مشكل صحي عام:

- هل يظهر على طفلك مشاكل صحية أو أمراض أو عاهات أخرى ؟ نعم () لا ()
إذا كان نعم ما هي :

خامسا : العلاجات والتكفل النفسي

1. الاستشارات والعلاجات السابقة :

- هل طلبت استشارات أو علاجات حول ما يعانيه طفلك من قبل ؟
إذا كان نعم متى كان ذلك :
نعم () لا ()

.....
نوع العلاج :
.....

.....
مدة العلاج :
.....

2. الاستشارة والعلاج الحالي :

- هل تود حقيقة أن يكون طفلك ضمن هذا البرنامج العلاجي ؟
سادسا : العلاجات الطبية والأدوية :
نعم () لا ()
- هل يعالج طفلك مشاكل صحية أخرى :
إذا كان نعم ما هي هذه المشاكل الصحية ؟
نعم () لا ()

.....
.....
.....
.....

- هل يأخذ طفلك أدوية خلال الفترة الحالية ؟
إذا كان نعم ما هي :
نعم () لا ()

..... 1 2 3

..... 4 5 6

.....
من وصفها له (تحديد الطبيب) :
.....

.....
منذ متى يتناولها :
.....

سابعاً : معلومات أخرى

- هل توجد أشياء أخرى ترى أننا نسيناها يمكنك أن تضيفها فصلها هنا

.....
.....

ملحق رقم (08) المقابلة التشخيصية المدارة من طرف الأطفال في صورتها الأولية

الاسم : السن : المستوى الدراسي :

هل سبق لك وان تضايقت أو فزعت أو قالقت بسبب حادث قد وقع لك أو وقع لشخص عزيز عليك أو شهدته يقع لأشخاص آخرين؟

نعم لا

إذا كان نعم اكتب هذا الحادث في الأسفل وأكمل الإجابة على الأسئلة الباقية :

وان لم يكن هناك أي حادث قد عشته أو شاهدته فليست مجبر للإجابة على باقي الأسئلة :

العلوات	ع	ج	ن
01	هل ترى أن ما حدث لك يمكن أن يقلق ويفزع باقي الأطفال من هم في سنك؟		
02	هل تتخيل صور أو ذكريات وأفكار عن هذا الحادث المفزع؟		
03	هل مازال بإمكانك مشاهدة الصور في راسك أو تسمع أصوات تذكرك بما حدث لك؟		
04	هل تفكر في ما حدث لك حتى لو كنت لا ترغب التفكير فيه؟		
05	هل تحلم أحلام مزعجة تذكرك بما حدث لك		
06	هل تحلم أحلام مزعجة أو كوابيس		
07	هل تحلم أحلام لا يمكنك أن تتذكرها أو لا تستطيع أن تتعرف على محتواها		
08	هل هناك أشياء تجعلك تعتقد انه من الممكن أن يتكرر ما حدث لك		
09	هل تشعر أو تتذكر فجأة أن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى		
10	هل تزعجك أو تخيفك وتقلقك أمور لا تريد أن تشعر بها		
11	هل تنتابك أحاسيس كأنك تفقد عقلك أو لا تعي ما تفعله		
12	هل تحس بنوبات من فقدان السيطرة والتحكم في الذات		
13	هل تحس بتخدر أو تنمل أو وخز في جسمك		
14	هل تفكر كثير في الموت		
15	هل يزعجك التفكير في الموت		
16	عندما تخاف أو تقلق أو تحزن حزن شديد لا تستطيع التحدث أو البكاء		
17	هل يضايقك أو يحزنك التفكير في ما حدث لك		
18	هل يضايقك أو تحزنك الأشياء التي تذكرك بما حدث لك		
19	هل التفكير في ما حدث لك يسبب لك رعشة أو ضيق تنفس أو تتعرق وتزيد دقات القلب		

			هل تحس بنوبات من الدوار والدوخة	20
			هل الأشياء والأشخاص والأماكن التي تذكرك بما حدث لك تسبب لك الأعراض السابقة	21
			هل تحب أن تكون بعيد عن كل الأشياء والأشخاص والأماكن التي تذكرك بما حدث لك	22
			هل تتجنب التفكير والشعور بما حدث لك	23
			هل تستمتع بتبادل الحديث مع أفراد أسرتك وأصدقائك	24
			هل تحب أن تشارك أصدقائك في نشاطاتهم أو ألعابهم	25
			هل تشعر بالراحة مع الناس الذين من حولك	26
			هل تشعر أنك وحدك وان لا احد يفهم ما حدث لك	27
			هل تحس أن أفراد أسرتك تخلو عنك	28
			هل تشعر أن لا احد يهتم ويشعر بك	29
			هل تشعر أن الآخرين ينفرون منك	30
			هل يضايقونك الآخرين	31
			هل تنسى كثير ولا تتذكر إلا القليل	32
			هل يتعذر عليك تذكر أشياء تعلمتها بالمدرسة أو بالبيت بسبب ما حدث لك	33
			هل يصعب عليك تذكر ما حدث لك بالضبط	34
			هل تعتقد أن ما حدث لك لم يحدث لك في الواقع	35
			هل تحس أنك مذنب لأنك لم تفعل أشياء كنت تستطيع فعلها	36
			هل تحس أنك مذنب لأنك فعلت أشياء كان لا يحق لك أن تفعلها	37
			هل تنتابك نوبات من التوتر والقلق	38
			هل تنزعج أو تفرع من الأصوات والارتطامات التي تحدث أصوات شديدة ؟	39
			هل تشعر أنك حزين	40
			هل ترغب في أن تبكي	41
			هل تحس أنك متهيج وغازب أكثر من قبل وقوع الحادث	42
			هل ينتابك الخوف	43
			هل تخجل كثير	44
			هل تشعر بالقلق مما يعتقده الآخرين عنك	45
			هل ترتبك أو تخشى الغرباء	46
			هل تسعد بالنشاطات التي تحبها كالعب أو الرياضة أو الذهاب للمدرسة	47
			هل تبدو لك الأنشطة اليومية التي تقوم بها تافهة وغير مهمة	48
			هل تسعد بالخروج أو بالذهاب عند الأقارب	49
			هل لديك أشخاص تحبهم وتسعد أن تكون معهم	50
			هل تتعاطف مع من حولك	51
			هل فقدت الشعور بأي شيء	52
			هل تعتقد انه لا يمكن الوثوق بأحد	53
			هل ترى أن الحدث سبب لك اثر بالغ في جسمك	54

			هل ترى أن العالم مليء بالمخاطر	55
			هل تعتقد أن الآخرين لا يستحقون محبتك	56
			هل تعتقد أنك على حافة الانهيار	57
			هل ترى أن المستقبل غامض ومخيف	58
			هل تتوقع الأسوء	59
			هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لمدة من أجل تحقيق تمنياتك وأحلامك	60
			هل تحب نفسك	61
			هل ترى أنك عديم القيمة ولا تصلح لشيء	62
			هل تغضب وتقلق بسهولة	63
			هل تثور وتغضب في وجه كل من لم يعجبك	64
			هل تتشاجر وتتعارك كثير مع أصدقائك أو إخوانك	65
			هل قمت بتكسير بعض الأشياء أو مزقتها أو رميت بها	66
			هل تسب وتشتتم غيرك عندما تغضب	67
			هل تنام جيد	68
			هل تجد صعوبة في النوم أو البقاء نائم	69
			هل لديك صعوبات في التركيز ومن السهل أن يتشتت انتباهك	70
			هل أنت مستعد دائما لوقوع الأسوء	71
			هل أنت في حيلة وحذر من أجل تقادي وقوع الأسوء	72
			أتحس أنك متيقظ وحذر أكثر من ذي قبل	73
			هل يصعب عليك الامتناع عن أشياء لم تكن تفعلها من قبل كالتمرد أو التعارك	74
			هل تركب الدراجة بطريقة خطيرة أو تتسلق الأسطح أو ترتكب أعمال خطيرة يمكنها أن تؤذي بحياتك	75
			هل تنتبه وتحناط عند اجتيازك للطريق	76
			هل قمت بأشياء تخليت عليها من قبل مثل مص الأصابع أو التدبول في السرير	77
			هل أصبحت لا تستطيع انم تنام وحدك	78
			هل تقضم أظافرك	79
			هل لديك الأم في البطن أو الرأس	80
			هل تحس بالتعب والإرهاق	81
			هل هناك أشياء مهمة نسيناها تريد أن تضيفها أو تود التحدث عنها اذكرها هنا :	82

الملحق (09) الصورة النهائية للمقابلة التشخيصية المدارة من طرف الأطفال

الاسم : السن : المستوى الدراسي :

هل سبق لك وان تضايقت أو فزعت أو قلقت بسبب حادث وقع لك أو وقع لشخص عزيز عليك
أو شهدته يقع لأشخاص آخرين؟

نعم لا

إذا كان نعم اكتب هذا الحادث في الأسفل وأكمل الإجابة على الأسئلة الباقية :

وان لم يكن هناك أي حادث قد عشته أو شاهدته فليست مجبر للإجابة على باقي الأسئلة .

رقم	العبارة	نعم	لا
01	هل تتخيل صور أو ذكريات وأفكار عن هذا الحادث المفزع؟		
02	هل مازال بإمكانك مشاهدة الصور في راسك أو تسمع أصوات تذكرك بما حدث لك؟		
03	هل تحلم أحلام مزعجة تذكرك بما حدث لك؟		
04	هل تحلم أحلام مزعجة أو كوابيس؟		
05	هل هناك أشياء تجعلك تعتقد انه من الممكن أن يتكرر ما حدث لك؟		
06	هل تفكر في ما حدث لك حتى لو كنت لا ترغب التفكير فيه؟		
07	هل تشعر أو تتذكر فجأة أن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟		
08	هل تتأبك أحاسيس كأنك تفقد عقلك أو لا تعي ما تفعله؟		
09	هل التفكير في ما حدث لك يسبب لك رعشة أو ضيق تنفس أو تتعرق وتزيد دقات القلب؟		
10	هل الأشياء والأشخاص والأماكن التي تذكرك بما حدث لك تسبب لك الأعراض السابقة؟		
11	هل عندما تخاف أو تقلق أو تحزن حزن شديد لا تستطيع التحدث أو البكاء؟		
12	هل يضايقك أو تحزنك الأشياء التي تذكرك بما حدث لك؟		
13	هل يضايقك أو يحزنك التفكير في ما حدث لك؟		

			هل تتجنب التفكير والشعور بما حدث لك ؟	14
			هل تزعجك أو تخيفك وتقلقك أمور لا تريد أن تشعر بها ؟	15
			هل تحب أن تكون بعيد عن كل الأشياء والأشخاص والأماكن التي تذكرك بما حدث لك ؟	16
			هل تحلم أحلام لا يمكنك أن تتذكرها أو لا تستطيع أن تتعرف على محتواها ؟	17
			هل يصعب عليك تذكر ما حدث لك بالضبط ؟	18
			هل تنسى كثير ولا تتذكر إلا القليل ؟	19
			هل يتعذر عليك تذكر أشياء تعلمتها بالمدرسة أو بالبيت بسبب ما حدث لك ؟	20
			هل تستمتع بتبادل الحديث مع أفراد أسرتك وأصدقائك ؟	21
			هل تحب أن تشارك أصدقائك في نشاطاتهم أو ألعابهم ؟	22
			هل تشعر بالراحة مع الناس الذين من حولك ؟	23
			هل لديك أشخاص تحبهم وتسعد أن تكون معهم ؟	24
			هل تشعر أنك وحدك وان لا احد يفهم ما حدث لك ؟	25
			هل تحس أن أفراد أسرتك تخلو عنك ؟	26
			هل تشعر أن لا احد يحبك أو يهتم ويشعر بك ؟	27
			هل تشعر أن الآخرين ينفرون منك ؟	28
			هل يضايقونك الآخرين ؟	29
			هل تحس أنك مذنب لأنك لم تفعل أشياء كنت تستطيع فعلها ؟	30
			هل تحس أنك مذنب لأنك فعلت أشياء كان لا يحق لك أن تفعلها ؟	31
			هل تنتابك نوبات من التوتر والقلق ؟	32
			هل تشعر أنك حزين ؟	33
			هل ترغب في أن تبكي ؟	34
			هل تفكر كثير في الموت ؟	35
			هل يزعجك التفكير في الموت ؟	36
			هل ينتابك الخوف ؟	37
			هل تخجل كثير ؟	38
			هل تشعر بالقلق مما يعتقد الآخرون عنك ؟	39
			هل تسعد بالنشاطات التي تحبها كالعب أو الرياضة أو الذهاب للمدرسة ؟	40
			هل تبدو لك الأنشطة اليومية التي تقوم بها تافهة وغير مهمة ؟	41
			هل ترى أنك عديم القيمة ولا تصلح لشيء ؟	42
			هل تتعاطف مع من حولك ؟	43

			هل فقدت الشعور بأي شيء؟	44
			هل تعتقد انه لا يمكن الوثوق بأحد؟	45
			هل ترى أن العالم مليء بالمخاطر؟	46
			هل ترى أن الحدث سبب لك اثر بالغ في جسمك؟	47
			هل تعتقد أن الآخرين لا يستحقون محبتك؟	48
			هل تعتقد انك على حافة الانهيار؟	49
			هل ترى أن المستقبل غامض ومخيف؟	50
			هل تتوقع الاسوء؟	51
			هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لمدة من اجل تحقيق تمنياتك وأحلامك؟	52
			هل تحب نفسك؟	53
			هل تسعد بالخروج أو بالذهاب عند الأقارب؟	54
			هل تحس بنوبات من فقدان السيطرة والتحكم في الذات؟	55
			هل تغضب وتقلق بسهولة؟	56
			هل تنتبه وتحتاط عند اجتيازك للطريق؟	57
			هل تتشاجر وتتعارك كثير مع أصدقائك أو إخوانك؟	58
			هل قمت بتكسير بعض الأشياء أو مزقتها أو رميت بها؟	59
			هل تسب وتشتم غيرك عندما تغضب؟	60
			هل تنام جيد؟	61
			هل تجد صعوبة في النوم أو البقاء نائم؟	62
			هل لديك صعوبات في التركيز ومن السهل أن يتشتت انتباهك؟	63
			هل أنت مستعد دائما لوقوع الاسوء؟	64
			هل أنت في حيلة وحذر من اجل تفادي وقوع الاسوء؟	65
			أتحس انك متيقظ وحذر أكثر من ذي قبل؟	66
			هل يصعب عليك الامتناع عن أشياء لم تكن تفعلها من قبل كالتمرد أو التعارك؟	67
			هل تركب الدراجة بطريقة خطيرة أو تتسلق الأسطح الصعبة أو تتركب أعمال خطيرة؟	68
			هل تثور وتغضب في وجه كل من لم يعجبك؟	69
			هل تثور وتغضب وتقلقك أتفه الأسباب والأشياء؟	70
			هل تحس انك متهيج وغازب أكثر من قبل وقوع الحادث؟	71
			هل تتوقع الاسوء؟	72
			هل تحس بتخذر أو تنمل أو وخز في جسمك؟	73

			هل تحس بنوبات من الدوار والدوخة؟	74
			هل تنزعج أو تفرع من الأصوات والارتطامات التي تحدث أصوات شديدة؟	75
			هل ترتبك أو تخشى الغرباء؟	76
			هل قمت بأشياء تخليت عليها من قبل مثل مص الأصابع أو التبول في السرير؟	77
			هل تحس بالتعب والإرهاق؟	78
			هل تقضم أظفرك؟	79
			هل لديك الأم في البطن أو الرأس؟	80
			هل أصبحت لا تستطيع انم تنام وحدك؟	81
			اسرح أثناء استماعي إلى الآخرين؟	82
			أجد نفسي في أماكن لا اعرف كيف وصلت إليها؟	83
			ارتدي ملابس لا أتذكر باني قمت بارتدائها؟	84
			أجد معي أشياء لا أتذكر باني أخذتها؟	85
			أقابل أشخاص لا اعرفهم؟	86
			لا اعرف أصدقائي أحيانا؟	87
			لا أتذكر أشياء مهمة في حياتي؟	88
			اتهم باني اكذب؟	89
			لا اعرف نفسي عند النظر للمرأة؟	90
			يبدو لي أن الأشخاص الذين من حولي غير حقيقيين؟	91
			اشعر أن جسدي لا ينتمي لذاتي؟	92
			لا أتذكر أشياء حقيقية حدثت معي؟	93
			تبدوا لي الأماكن المعتادة غريبة؟	94
			انشغل كثيرا بمتابعة التلفاز كثير؟	95
			انشغل كثيرا في التخيلات؟	96
			أستطيع أن أهمل الألم الذي حدث لي؟	97
			أنضر إلى السماء والفراغ بصورة دائمة؟	98
			أتكلم عندما أكون لوحدي؟	99
			أتصرف مع أشخاص كثيرون بغرابة؟	100
			اندهش بسهولة في مواقف مألوفة لي؟	101
			لا أدرك الأحداث التي حصلت لي؟	102
			افعل أشياء ولا أتذكر أنني فعلتها؟	103

			أجد أشياء مرسومة أو مكتوبة ولا اذكر أنني فعلتها ؟	104
			اسمع أصوات صادرة من راسي ؟	105
			أنضر إلى العالم بضبابية ؟	106
			اشعر وكأنني احلم ؟	107
			اشعر أن الوقت يمضي ببطء ؟	108
			أرى الأشياء من حولي غير حقيقية ؟	109
			لا أتذكر ما فعلت خلال اليوم ؟	110
			اسرح عندما اركب السيارة ؟	111
			هل ترى وتحس نفسك انك عاجز بسبب هذا الاضطراب	112
			هل ترى أن أعراض هذا الاضطراب تؤثر على مستوى فهمك وتركيزك في المدرسة؟	113
			هل ترى أن هذا الاضطراب قد اثر على علاقتك بزملائك	114
			هل هناك أشياء مهمة نسيناها تريد أن تضيفها أو تود التحدث عنها اذكرها هنا :	115

الملحق رقم (10) شبكة المعلومات الخاصة بأم الطفل

الدراسي : الصف الطفل : العمر : اسم
الأم : عملها : ملاحظات : اسم

- كم عدد الأولاد الذكور والإناث اذكرهم بالترتيب حسب ميلاد كل واحد منهم :

أسماء الأبناء	الجنس	العمل / المستوى الدراسي	الميلاد	ملاحظات

- هل تعرضت لأيّة أمراض حادة أثناء حملك بهذا الطفل؟ () نعم () لا
- هل كان الحمل بهذا الطفل مرغوبًا من قبلك ومن قبل الوالد؟ () نعم () لا
- هل جاء الحمل بهذا الطفل بعد عقم طويل؟ () نعم () لا
- كيف كانت طبيعة الولادة بهذا الطفل؟ () طبيعية () قيصرية
- أين تمت الولادة؟ () المنزل () المستشفى
- هل مررت بأية مشكلات صحية بعد الولادة؟ () نعم () لا
- كيف تمت رضاعة هذا الطفل؟ () طبيعية () صناعية.
- ما المدة التي استمرت خلالها الرضاعة؟
- ما الطريقة التي تم بها فطام الطفل؟ () بشكل تدريجي () بشكل سريع.
- هل هناك من الأقارب يسكن معكم في المنزل؟ () نعم () لا
- إذا كانت الإجابة بنعم اذكرهم :
- هل عانى الطفل من أية أمراض أو حوادث مؤلمة أثناء فترة الرضاعة؟ () نعم () لا

- هل عانى هذا الطفل من أية مشكلات في الأمور التالية : التسنين ، الحبو ، المشي ، الكلام

إذا كان قد عانى الطفل من أي من المشكلات السابقة الرجاء الحديث عن هذه المشكلة بالتفصيل :

- كيف كان يتسم سلوك الطفل في السنوات الأولى من حياته؟
 - ثورات الغضب.
 - البكاء الشديد لأتفه الأسباب.
 - الحركة الزائدة (النشاط الزائد).
 - الخجل والانطواء.
 - الخوف الشديد من الأشياء الغريبة.
 - الجلوس دائماً بقرب من يحبهم.
- إذا كان قد عانى من أية سلوكيات السابقة، الرجاء ذكر ذلك بالتفصيل :

- هل التحق الطفل بالحضانة؟ () نعم () لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، كم كان عمره؟
- كم كان عمره عند دخوله إلى المدرسة الابتدائية؟
- كيف كانت استجابته للمدرسة؟
- كيف كانت علاقته بزملائه ومعلميه في المدرسة؟
- كيف كان مستواه الدراسي قبل الحدث الصدمي؟
- هل تأثر مستواه الدراسي بعد الحدث الصدمي؟ صفه ذلك :

- هل يعاني الطفل من صعوبات في الدراسة؟ () نعم () لا
- متى بدأت الاضطرابات تظهر عند طفلك ؟
- ما هي الأعراض التي كانت تظهر عليه؟ صفها بدقة :

- هل أصبح الطفل انطوائياً يحب العزلة؟ () نعم () لا
- هل كان يستمتع بالمدرسة وبعد ظهور الاضطراب أصبح يكره المدرسة؟ () نعم () لا

■ كيف واجهت الأسرة هذه المشكلة؟

■ ما هي الأوقات التي تظهر فيها الأعراض بشكل حاد خلال كامل اليوم؟

■ هل هناك أحد من أقارب الطفل أو من عائلته أصيب باضطرابات مماثلة؟ () نعم () لا
فصل ذلك هنا :

■ هل عانى الطفل من أية أمراض قبل ظهور هذه الاضطرابات؟ () نعم () لا
■ إذا كان نعم اذكرني تلك الأمراض :

■ هل حدثت مشكلات على الصعيد الأسري ترى أنها عقدت وضع الطفل؟ () نعم () لا
■ إذا كانت الإجابة بنعم اذكرني تلك المشكلات والأحداث بشيء من التفصيل :

■ هل يفضل البقاء في المنزل بعيدًا عن الآخرين؟ () نعم () لا
■ من هو الشخص القريب من الطفل والمتعلق به في المنزل؟ ولماذا؟

■ كيف انتبهت إلى ظهور هذه الاضطرابات لديه؟
■ كيف هي علاقته بأصدقائه سيئة - عادية - جيدة؟
حدثيني عن المناخ الأسري الذي يعيشه الطفل فيه (الاقتصادي ، الاجتماعي ، العلاقات داخل الأسرة)

■ هل توجد صراعات وخلافات بينك وبين والده داخل المنزل؟ () نعم () لا
■ هل يكون ذلك أمام الطفل؟ () نعم () لا
■ كيف يمكن وصف علاقة الطفل بوالده؟

- كيف علاقته بإخوته؟
- كيف يمكن وصف علاقته بأقرانه خارج المدرسة؟
- كيف ينظر الطفل إليك، لأبيه، لإخوته؟
- كيف ينظر إلى مدرسته، أساتذته، رفاقه؟

- هل يوجد أحد في الأسرة يعاني من أمراض (معينة) مزمنة؟
- إذا كانت الإجابة بنعم فصل ذلك : () نعم () لا

- كيف ينظر الطفل إلى نفسه؟

- هل لاحظت في بعض الأوقات أن لديه رغبة بالموت؟

- ما هي المشكلة الرئيسية التي يعاني منها الطفل برأيك؟

- من المسؤول عن هذه الاضطرابات عند الطفل برأيك؟

- ما هي الحلول المقترحة التي قدمتها الأسرة للطفل للتخلص من هذه المشكلة؟

- كيف كان تجاوب الطفل مع هذه الحلول؟

- ملاحظات أخرى :

الملحق رقم (11) شبكة المعلومات الخاصة بالطفل

اسم الطفل : العمر : الصف :

ملاحظات :

هل تعيش مع والديك في نفس المنزل؟ () نعم () لا

ماذا يعمل والدك؟

كيف هي صحته؟

هل يغيب عن البيت لفترات طويلة؟ () نعم () لا

إذا كان الجواب نعم لماذا؟

هل يعاملك أبوك معاملة فيها دلال - رعايتي عادية - إهمال

قسوة - بين القسوة واللين - تساهل ولين

هل يتابع أمورك ويهتم بدراستك؟

ما هي العقوبات التي يستخدمها والدك؟ التأنيب - الضرب الخفيف

الضرب المبرح - الحرمان

كيف ترى صورة والدك؟ قوي - عصبي - مخيف - مرح

ذكي - حنون - هادئ - متسامح

هل يميزك أبوك عن باقي إخوتك؟

كيف تشعر نحو أبيك؟ حب - الاحترام - كره - احتقار - لامبالاة

هل لأبوك عادات سيئة؟ تدخين ، شراب ، مخدرات ،

كيف يتعامل أبوك مع الآخرين؟

ماذا تعمل أمك؟

كيف صحتها؟

كيف هي علاقتك مع أمك فهل تعاملك أمك معاملة فيها دلال - رعايتي عادية - إهمال

قسوة - بين القسوة واللين - تساهل ولين

هل تتابع أمورك وتهتم بدراستك؟

- ما هي العقوبات التي تستخدمها أمك؟ التأييب - الضرب الخفيف
- الضرب المبرح - الحرمان
- كيف ترى صورة أمك؟ قوية ، عصبية ، مخيفة ، ذكية ،
- حنونة ، مرحة ، هادئة ، متسامحة
- هل تميزك أمك عن باقي إخوتك؟
- كيف تشعر نحو أمك؟ حب - الاحترام - كره - احتقار - لامبالاة
- كيف تتعامل أمك مع الآخرين؟
- يا ترى من تشعر أنك قريب منه أكثر من الآخر أبوك أم أمك ولماذا؟
- يا ترى من هو القاسي عليك من الآخر، أبوك أم أمك ولماذا؟
- هل أنت طفل جيد في نظر والدك وأمك؟
- كم عدد إخوتك الأولاد والبنات؟
- اذكرهم بالترتيب :

أسماء الأبناء	الجنس	العمل / المستوى الدراسي	الميلاد	ملاحظات

- هل يوجد احد من إخوتك الأولاد أو البنات يمرض كثيراً؟ () نعم () لا

- كيف علاقتك مع إخوتك في المنزل؟ كيف يعاملوك وكيف تعاملهم؟

- هل تخاف من ألا يفهمك أفراد عائلتك أو الآخرين؟ () نعم () لا

- هل تجد صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير أو التحدث؟ () نعم () لا

- هل تثق في عائلتك ؟ () نعم () لا
- هل تشعر أنك مبسوط مع أهلك في البيت؟ () نعم () لا
- هل يحدث مشاجرات بين والديك؟ () نعم () لا
- حدث وتركت المنزل؟ () نعم () لا
- إذا كان الجواب نعم إلى أين ذهبت؟ ولماذا؟

-
- هل يعتدي والديك على الآخرين بالضرب، أو بالكلام الجارح؟ () نعم () لا
 - في حالة شجار الوالدين مع من تتعاطف؟ الأم - الأب - كليهما - لا أحد
 - لماذا؟

-
- كيف ترى نفسك بالنسبة لأصدقائك؟ هل أنت مثلهم - أفضل منهم - أنت أقل منهم.
 - هل تشعر أن جسمك قوي مثل بقية الأطفال؟ () نعم () لا
 - هل ترى أنك ولد جيد؟ () نعم () لا
 - هل تحب نفسك؟ () نعم () لا
 - هل تقول الصدق دائماً؟ () نعم () لا
 - هل تثق في نفسك وفي ما تتخذه من قرارات؟ () نعم () لا
 - هل تعبر عن رأيك ولا تعير أهمية للآخرين؟ () نعم () لا
 - ماذا تحب أن تكون عندما تكبر؟

-
- هل حدثت لك أمور سيئة كثيرة في حياتك؟ () نعم () لا

-
- هل حدث أن مرضت ودخلت المستشفى؟ () نعم () لا
 - ما الشيء الذي جعلك متوتر ومتضايق طول الوقت؟

-
- هل تخاف من الظلام؟ () نعم () لا
 - هل هناك أشياء أخرى تخاف منها؟ ما هي؟

هل تعاني من آلام جسدية؟ () نعم () لا

هل تفكر بأنك ستصاب بمرض وأنك ستمر بظروف سيئة؟ () نعم () لا
بماذا تهتم؟ القراءة - الرسم - الموسيقى - الرحلات - الرياضة - التلفزيون.
عندما تكون في المنزل ما الأشياء التي تحب اللعب بها؟

ما الذي تشعر انه ينقصك؟ المحبة - اهتمام الوالدين - النجاح - الأمن
هل تحب أن تلعب مع أصدقائك؟ () نعم () لا
من الذي ترغب أن تلعب معه من أصحابك أكثر الوقت؟ ولماذا؟

اخبرني عن نومك؟
هل تنام كثيرا - قليلا - نومك عادي - يصعب عليك النوم - نوم متقطع - كلام أثناء النوم
هل تستيقظ أحيانا من النوم خائفاً؟ () نعم () لا
هل هناك أشياء دائماً تحلم بها؟ () نعم () لا

كم كان عمرك لما ذهبت أول إلى المدرسة؟
كيف كان شعورك وأنت ذاهب أو مرة إلى المدرسة؟

هل تحب أن تذهب إلى المدرسة؟ () نعم () لا
هل عندك زملاء في المدرسة؟ () نعم () لا
كيف هي علاقتك مع زملائك في المدرسة؟ جيدة - سيئة
هل تفكر كثير في البيت لما تكون بالمدرسة؟ () نعم () لا
كلمني عن علاقتك بمعلميك؟

ما هي الأشياء التي تستمتع بها بالمدرسة؟

■ ما هي المواد التي لا تحبها؟ ولماذا؟

-
- هل تجد صعوبة في التركيز وانتباه مع شرح الأستاذ؟ () نعم () لا
- هل تجد صعوبة في حفظ دروسك وكتابة وظائفك؟ () نعم () لا
- كيف هي نتائجك المدرسية؟
-

■ ملاحظات أخرى :

.....

.....

.....

.....

إذا كان طفل كبير أو مراهق تضاف الأسئلة التالية :

- هل سبق أن تناولت المخدرات؟
- هل سبق وان شربت الكحول؟
- هل تراودك أفكار عن الانتحار؟
- هل حاولت الانتحار؟