

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تعديل سلوك أطفال

ضحايا الاعتداء الجنسي

(دراسة ميدانية لـ (10) حالات بالشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل "تدي")

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إشراف البروفيسور:

ناصر ميزاب

إعداد الطالبة:

طاوس هاشيم

السنة الجامعية: 2015 - 2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَفِلُهُ هَوْسَالَةً

ثَلَاثُونَ هَمْرًا حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنًا قَالَ رَبِّ اجْعَلْ لِي آيَةً

نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَخْلَجْ فِي

حُزْنِي إِنَّي مُتْرَكٌ لَّكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾

صدق الله العظيم

(سورة الأحقاف، الآية 15)

كلمة شكر

أحمد الله سبحانه وتعالى على كل ما وهبني من نعم لا تحصى وأسأل الله القدير أن يغفر عن خطاياي فكل بني آدم خطاء وخير الخطائين التوابون وأرجو من الله دوماً أن يثبتني على دينه أما بعد:

الشكر الأول لوالدي الكريمين خاصة " أمي الحبيبة " أرجو من الله تعالى أن يدوم صحتهما ووجودهما معي في الحياة

الشكر الثاني إلى أستاذي الدكتور "ناصر ميزاب" الذي وجهني وساندني بإرشاداته ونصائحه القيمة لإتمام هذا البحث الذي أتمنى أن يكون بداية لبحوث عميقة في ميدان تعديل السلوك عند أطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية " لك مني كل الفضل والتقدير وبارك الله فيك على جهدك وانضباطك معي "

أوجه شكري الكبير إلى كل من الأستاذة الكريمة "برزوان حسيبة" و"قهار صبرينة" على الملاحظات التي قدمها لي فيما يخص البرنامج العلاجي دون أن أنسى كل الأساتذة المحكمين لكم مني كل الشكر والتقدير

أوجه شكري للجنة التي ستناقش هذا البحث المتواضع متمنية لهم الصحة و الهناء والقناعة التي هي كنز في هذه الحياة، بدون أن أنسى الراحل والفقيه الذي كان مرشحا لمناقشة عملي "واحد عبد المجيد" لم يكتب له القدر أن يكون ضمن اللجنة "رحمك الله واسكنك فسيح جنانه، كل نفس ذائقة الموت، خلقنا من التراب وسنعود يوما ما إليها"

اشكر كذلك مديرية الأمن الوطني التابعة للشرطة القضائية بباب الواد وبوزريعة خاصة السيدة "خيرة مسعودان" على الإيضاحات التي قدمتها لي فيما يخص حالات أطفال الاعتداءات الجنسية بالجزائر

وأخيرا أشكر زملائي في الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل "ندى" على رأسهم "السيد عبد الرحمان عرعار" والمختصة النفسية "إيناس" التي وفرت لي ظروف العمل معهم دون أن أنسى أطفال مجموعة البحث وأمهاتهم متمنية لهم مستقبل آمن.

طاوس هاشيم

إهداء

إلى أعز إنسان في هذه الحياة أُمي الغالية.

إلى والدي الكريم.

إلى إخوتي الأربعة.

إلى أمير حياتي المستقبلي.

إلى كل من يحبني بصدق.

وإلى كل شخص يعشق الحريّة والسلام

طاوس هاشيم

فهرس المحتويات

- كلمة شكر
- إهداء
- ملخص البحث
- قائمة الجداول
- قائمة الأشكال
- قائمة الملاحق
- مقدمة

الجانف النظرى

الفصل الأول الإطار العام للإشكالية

- 1- إشكالية البحث.....24
- 2- صياغة الفرضيات34
- 3- أهداف البحث35
- 4- أهمية البحث.....35
- 5- أسباب اختيار الموضوع36
- 6- تحديد مفاهيم البحث إجرائيا.....36

الفصل الثاني

الاعتداء الجنسي على الطفل .

تمهيد..... 40

أولاً: الطفولة

- 1-تعريف الطفولة ومراحلها..... 40
- 2- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة..... 42
- 3- النظريات المفسرة لمرحلة الطفولة المتأخرة..... 44
- 4- حاجات الطفولة المتأخرة..... 46
- 5- اضطرابات الطفولة المتأخرة..... 49
- 6- اتفاقية حقوق الطفل..... 50

ثانياً: الاعتداء الجنسي على الطفل

- 1 - تعريف الاعتداء وأشكاله 53
- 2- مراحل الاعتداء..... 57
- 3- علامات ومؤشرات الاعتداء على الطفل..... 63
- 4- الأسباب المؤدية إلى الوقوع في الاعتداء على الطفل..... 67
- 5- حاجات الطفل الضحية 74
- 6- آثار وعواقب الاعتداء على الطفل..... 76
- 7- هوية المعتدي والضحية..... 83

ثالثاً: الضغط ما بعد الصدمة عند الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي

- 1 - الضغط ما بعد الصدمة وبعض المفاهيم المتعلقة به..... 86
- 2- أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة..... 94
- 3- نظريات الضغط ما بعد الصدمة 97
- خلاصة..... 100

الفصل الثالث

العلاج السلوكي المعرفي.

تمهيد.....	103
1 - مفهوم العلاج السلوكي المعرفي	103
2 - العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي.....	104
3 - الاستراتيجيات المتبعة في العلاج السلوكي المعرفي	105
3-1- المقابلات التشخيصية.....	105
3-1-1- التحليل الوظيفي ومراحله.....	106
3-1-2- نموذج سिका	107
3-2- المقابلات العلاجية.....	109
3-3- المقابلات التقييمية.....	109
3-4- مقابلات المتابعة.....	110
4 - التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج السلوكي المعرفي	110
4-1 التقنيات السلوكية.....	110
4-2 التقنيات المعرفية.....	117
خلاصة	130

الفصل الرابع

تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي على ضوء العلاج السلوكي المعرفي.

تمهيد.....133

أولاً: السلوك

1 - مفهوم السلوك.....133

2 - تعريف السلوك.....133

3 - أنواع السلوك.....135

ثانياً: تعديل السلوك

1 - مفهوم تعديل السلوك.....136

2 - تعريف تعديل السلوك.....136

3 - أهمية وأهداف تعديل السلوك.....139

4 - نظريات تعديل السلوك.....140

5 - المبادئ الأساسية لتعديل السلوك.....144

6 - الخصائص العامة لمنحى تعديل السلوك.....152

7 - التحليل السلوكي التطبيقي155

8 - خطوات تعديل السلوك.....157

9 - مجالات تعديل السلوك159

خلاصة.....160

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

164.....	تمهيد.....
165.....	1 -التذكير بالفرضيات.....
165.....	2 -المنهج المتبع في البحث.....
166.....	3 -الدراسة الاستطلاعية.....
167.....	4 -تقديم التصميم التجريبي المتبع.....
168.....	5 -تقديم مجموعة البحث وخصائصها.....
171.....	6 -تقديم مكان وزمان إجراء البحث.....
175.....	7- تقديم أدوات البحث
175.....	7-1- الملاحظة السلوكية المباشرة.....
177.....	7-2- المراقبة الذاتية.....
178.....	7-3-المقابلة العيادية نصف الموجهة.....
198.....	7-4- المقاييس النفسية.....
198.....	7-4-1- مقياس الضغط ما بعد الصدمة للأطفال
199.....	7-4-2- مقياس الاكتئاب للأطفال.....
200.....	7-4-3- مقياس تقدير الذات للأطفال.....
206.....	7-5- البرنامج العلاجي.....
206.....	7-5-1- الخلفية النظرية للبرنامج.....
207.....	7-5-2- مصادر بناء البرنامج.....
208.....	7-5-4- خطوات بناء البرنامج.....
215.....	7-5-3- آليات تنفيذ البرنامج.....
217.....	خلاصة.....

الفصل السادس

عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشتها

تمهيد.....219

أولاً: الحالة النموذجية

- الحالة الأولى " مريم "219
- 1- عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي)219
- 2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي)224
- 4 - المقابلات العلاجية.....229
- 4 - مقابلات التقييم والمتابعة236
- 5- مدى تحقق فرضيات البحث.....237..

ثانياً: الحالات المختصرة

- الحالة الثانية " وليد "244
- الحالة الثالثة " عمران "257
- الحالة الرابعة " خديجة "273
- الحالة الخامسة " مجيد "287
- الحالة السادسة " زكريا "299
- الحالة السابعة " إياد "310
- الحالة الثامنة " سارة "323
- الحالة التاسعة " كريم "334
- الحالة العاشرة " مراد "345
- ثالثاً: الاستنتاج العام ومناقشة نتائج البحث.....357
- رابعاً: اقتراحات للوقاية من الاعتداء الجنسي على الأطفال.....365
- خلاصة البحث.....367
- قائمة المراجع.....368

الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	معطيات الأمن الوطني حول الاعتداء الجنسي 2010-2015	19
02	البرنامج العلاجي المطبق في البحث	126
03	الأشكال الرئيسية التي يأخذها كل من الثواب والعقاب	148
04	المبادئ الأساسية لتعديل السلوك	152
05	مجموعة البحث و خصائصها	170
06	جوانب السلوك المستهدف والتقنيات العلاجية	182
07	سجل الأفكار المختلة وظيفيا	194
08	درجات مقياس الضغط ما بعد الصدمة	195
09	درجات مقياس الاكتئاب بيرلسون	195
10	المقاييس الفرعية لمقياس تقدير الذات	199
11	مستويات تقدير الذات	199
12	صدق وثبات المقاييس بطريقة التجزئة النصفية	201
13	البرنامج العلاجي المطبق	202
14	نتائج الاختبارات النفسية للحالة الأولى قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	
15	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة الأولى	
16	نتائج الاختبارات النفسية للحالة الثانية قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	238
17	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة الثانية	239
18	نتائج الاختبارات النفسية للحالة الثالثة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	254
19	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة الثالثة	255
20	نتائج الاختبارات النفسية للحالة الرابعة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء	269

	المتابعة	
270	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة الرابعة	21
291	نتائج الاختبارات النفسية للحالة الخامسة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	22
292	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة الخامسة	23
291	نتائج الاختبارات النفسية للحالة السادسة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	24
292	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة السادسة	25
304	نتائج الاختبارات النفسية للحالة السابعة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	26
305	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة السابعة	27
316	نتائج الاختبارات النفسية للحالة الثامنة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	28
317	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة الثامنة	29
328	نتائج الاختبارات النفسية للحالة التاسعة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	30
329	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة التاسعة	31
340	نتائج الاختبارات النفسية للحالة العاشرة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة	32
341	نوع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالة العاشرة	33

21	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الأولى	229
22	شبكة سيكا للحالة الثانية	234
23	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثانية	242
24	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثانية	242
25	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثانية	242
26	شبكة سيكا للحالة الثالثة	248
27	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثالثة	258
28	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثالثة	258
29	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثالثة	258
30	شبكة سيكا للحالة الرابعة	263
31	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الرابعة	273
32	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الرابعة	273
33	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الرابعة	273
34	شبكة سيكا للحالة الخامسة	276
35	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الخامسة	284
36	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الخامسة	284
37	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الخامسة	284
38	شبكة سيكا للحالة السادسة	288
39	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة السادسة	295
40	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة السادسة	295
41	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة السادسة	295

300	شبكة سيكا للحالة السابعة	42
308	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة السابعة.	43
308	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة السابعة	44
308	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة السابعة	45
312	شبكة سيكا للحالة الثامنة	46
320	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثامنة	47
320	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثامنة	48
320	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة الثامنة	49
324	شبكة سيكا للحالة التاسعة	50
332	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة التاسعة	51
332	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة التاسعة	52
332	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة التاسعة	53
337	شبكة سيكا للحالة العاشرة	54
344	درجة الضغط ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة العاشرة	55
344	درجة الاكتئاب قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة العاشرة	56
344	درجة تقدير الذات قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة للحالة العاشرة	57

ملخص البحث

يهدف هذا البحث إلى التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية الذين يتابعون علاجهم على مستوى الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل ندى، بالإضافة إلى التخفيض من درجة الاضطرابات النفسية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال. يتمثل منهج البحث في المنهج شبه التجريبي قياس الحالة الواحدة قبل التجربة وبعدها ، حيث تكونت مجموعة البحث من 10 حالات ذكور وإناث من 9 - 12 سنة، تعرضوا لاعتداءات جنسية أغلبها متكررة يدرسون في المرحلة الابتدائية.

الأدوات المستخدمة:

مقياس الضغط ما بعد الصدمة لعمات شعبان علوان (2009)، مقياس الاكتئاب بيرلسون (1987) ترجمة عبد العزيز ثابت، مقياس تقدير الذات كوبر سميث (1967) ترجمة ليلي عبد الحميد، البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي (إعداد الباحثة)

أهم النتائج المتوصل إليها ما يلي:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، بالإضافة إلى أن محتوى البرنامج العلاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي يساعد في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب، كما يساعد في الرفع من درجة تقدير الذات عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

Résumé de la recherche:

Cette recherche a pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental qui contient 21 séances faites sur les enfants qui présentent des troubles de comportement suite à l'agression sexuelle qu'ils ont vécue.

On a eu recours à la méthode expérimentale pré-test et post-test.

Echantillon de recherche : a été menée sur 10 enfants scolarisés, victimes de l'agression sexuelle âgés de 09 à 12 ans.

Outils de l'étude:

Test de stress post traumatique : élaboré Naimet Chabane Alouane (2009). Test de Dépression élaboré : Birleson (1987). Test d'estime de soi élaboré : Cooper Smith (1967). le programme thérapeutique

Résultats de recherche:

Le programme thérapeutique cognitivo-comportemental est efficace pour modifier le comportement des enfants victimes d'agressions sexuelles.

Le programme thérapeutique cognitivo-comportemental a réduit le degré du stress post traumatique et de la dépression chez les enfants victimes d'agressions sexuelles, mais aussi il a augmenté le degré de l'estime de soi chez ces victimes.

مقدمة:

تعتبر الطفولة أهم المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان في حياته، والتي لها تأثير كبير في البناء النفسي وتشكيل شخصيته من جميع النواحي.

إن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الطفل في حياته هي معاشته لأحداث صدمية كالتعرض للاعتداء الجنسي، الشيء الذي يحطم أسس نموهم السليم وتتعدم ثقتهم بمن حولهم لاسيما إذا ما كان المعتدي من العائلة كالأب الذي من المفروض أن يعمل على توفير الحماية والرعاية لهم. يترتب عن هذه المعانات صراعات نفسية، صدمات مؤلمة وضغوطات نفسية لعدم استعمال الطفل وسائل تمكنه من الدفاع عن النفس، ولعدم فهمه لما يدور حوله نظرا للبنية النفسية التي لم تكتمل لديه.

فالاعتداء الجنسي جريمة في حق الإنسانية مهما كانت، حيث يستعمل المعتدي خلالها سلوكه الجنسي كوسيلة لفرض سيطرته وتسلطه على الضحية دون أخذ موافقتها، فأغلب الاعتداءات التي يتعرض إليها الطفل هي من قبل أشخاص معروفين لديه سواء في العائلة أو في المدرسة، لاسيما إن صاحب الاعتداء تهديد وقوة بالضرب الذي يترك جروح عميقة في حياة الطفل، فآثار الصدمة الناتجة من أحد أقارب الطفل يفوق بكثير الضرر الذي يحدث من الغرباء نظرا لفقدان الثقة بالذات التي تنشأ أولا من أهل الطفل مما يعني فقدان الطمأنينة والاستقرار النفسي للطفل الضحية.

إن تكرار الاعتداء على الأطفال يزيد من تراكم انفعالات داخلية لديهم، لاسيما إن صاحب هذه المعانات تهديد المعتدي للضحية كي لا تتكشف هويته، ليس أمام الطفل سوى التعبير عن معاناته من خلال سلوكيات مرضية وأفكار سلبية نتيجة لحرمانه من الأمان ولغياب الطمأنينة في حياته.

هذا النوع من الاعتداء على الأطفال لا يصرح كثيرا به في مجتمعنا خوفا من الفضائح، حتى الإحصائيات المتوفرة عند مصالح الدرك الوطني أو مستشفيات الطب الشرعي لا تعبر عن الحجم الحقيقي لهذه الظاهرة التي أصبحت شبح يهدد كثير من العائلات.

ونظرا لعدم اكتمال النضج النفسي والاجتماعي للطفل، فإن صدمة الإغتصاب تكون فوق طاقاته بقدراته في تحمل تلك الصدمة، بحيث تسبب له اهتزاز للثقة بالنفس وبالأخرين، إذ أن شعور الطفل بالخطر الذي يهدد حياته والخوف والقلق المتزايد الذي يؤثر في سلوكه ومزاجه، بالتالي نجد ردود أفعال الطفل متعددة سواء على الصعيد النفسي والاجتماعي والفيسيولوجي، فيكون الطفل ضحية

الخوف الشديد والكوابيس الليلية التي تطارده والكثير من الاضطرابات النفسية والانفعالية والفيسيولوجية كالتبول اللاإرادي...، من هنا يصبح الطفل بأمس الحاجة إلى من يسانده ويدعمه من أجل إعادة ثقته بالنفس بالتالي إرجاعه لحالة التوازن النفسي.

بناء على هذا قررنا البحث في هذا الموضوع نظرا للأهمية التي يعطيها التكفل النفسي لهذه الشريحة في مجتمعنا، من خلال محاولة بناء برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي والكشف عن مدى فعالية التقنيات العلاجية الموظفة في البحث، بغية التخفيف من الاضطرابات النفسية عند الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي، والتمكن من تعديل سلوكياته المرضية.

استجابة لمتطلبات الموضوع قسمنا هذا البحث إلى: جانب نظري وجانب تطبيقي اللذان مهدنا لهما بمقدمة.

ضم الجانب النظري الإطار العام للإشكالية، تم فيها ذكر إشكالية البحث وفرضياته، والوقوف على أسباب اختيار الموضوع وذكر أهمية موضوع البحث والهدف منه ثم تحديد المفاهيم الأساسية في البحث إجرائيا.

واهتم الفصل الثاني: خاص بـ الاعتداء الجنسي على الطفل عرضنا فيه مفهوم الطفولة المتأخرة وحاجاتها، الاعتداء الجنسي على الطفل وأهم مؤشرات والآثار التي يتركها في حياة الضحية، في الأخير تطرقنا إلى صدمة الاعتداء و أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الطفل الضحية. بينما تناولنا في الفصل الثالث: العلاج السلوكي المعرفي: عرضنا فيه مفهوم هذا العلاج واستراتيجياته، التحليل الوظيفي للسلوك حيث تم اختيار نموذج SECCA، لنختم الفصل بملخص

في الفصل الرابع: اهتمنا بتعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي عرضنا فيه مفهوم السلوك وأنواعه، ثم عرض مفصل لمبادئ تعديل السلوك والمراحل المتبعة في عملية تعديل السلوك. ضم الجانب التطبيقي (الميداني) الفصل الخامس: واهتم بالإجراءات المنهجية، تم التذكير بفرضيات البحث وفيه تعرضنا إلى وصف منهج البحث المتمثل في المنهج التجريبي ذو المفحوص الواحد الذي يعتمد على الملاحظة قبلية وبعديّة، إنطلاقا بالخطوط القاعدية إلى نهاية العلاج، والهدف منه هو الوقوف على تشخيص دقيق للأعراض المرضية التي تظهر عند ا لطفل ضحية الاعتداء الجنسي ومقارنتها في نهاية العلاج بالخطوط القاعدية بعد إدخال العامل التجريبي الذي هو البرنامج العلاجي، كما ذكرنا ميدان البحث المتمثل في " الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل

"ندى"، أين اخترنا مجموعة البحث المتمثلة في عشرة أطفال تعرضوا للاعتداء الجنسي، يعانون من الاضطرابات النفسية، طبقنا عليهم المقابلة العيادية نصف الموجهة لمعرفة الحالة النفسية للمفحوص، كما تم تطبيق تقنية الملاحظة السلوكية المباشرة والمراقبة الذاتية، وتدعيما لهذه التقنيات تم تطبيق بطارية من الاختبارات النفسية على كل الحالات المدروسة وهي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان
 - مقياس الاكتئاب للأطفال لبييرلسون ترجمة: عبد العزيز ثابت
 - مقياس تقدير الذات لكوبر سميث ترجمة: ليلي عبد الحميد
- وهذا لمعرفة شدة الاضطراب لدى هذه الحالات بالتالي التوصل لأحسن الطرق العلاجية للتخفيف منه أو القضاء عليه إن أمكن ، كما تناولنا البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المتكون من 21 جلسة مع ذكر خطوات بناء البرنامج العلاجي و تقنياته الموظفة في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي. بينما اهتم الفصل السادس: بعرض الحالات وتحليلها ومناقشة النتائج انطلاقا لما أسفرت عنه المقابلات العيادية من عرض المعطيات العامة وسوابق حول الاعتداء الجنسي لكل حالة، والوقوف على المقابلات التشخيصية أين تم رسم الخط القاعدي لكل حالة استنادا لنموذج سيكا، وتحليل ما جاء في المقابلات العلاجية و استراتيجيات التقويم والمتابعة لكل حالة، والوقوف على مدى تحقق فرضيات البحث لكل حالة من بداية العلاج إلى نهايته، ثم عرضنا الاستنتاج العام ومناقشة النتائج على ضوء الإطار النظري وأهم ما جاء فيه من دراسات سابقة تدعم عملنا، أنهينا البحث بتقديم بعض الاقتراحات للوقاية من ظاهرة الاعتداء الجنسي على الأطفال وبذكر قائمة المراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

- 1- إشكالية البحث
- 2- صياغة الفرضيات
- 3- أهداف البحث
- 4- أهمية البحث
- 5- أسباب اختيار الموضوع
- 6- تحديد مفاهيم البحث إجرائيا

إشكالية البحث :

انصب الاهتمام في الآونة الأخيرة على البحث في موضوع الاعتداءات على الأطفال القصر دون 18 سنة، سواء أكان يتعلق الأمر بظاهرة خطف الأطفال أو الاتجار بهم أو الاعتداء عليهم جنسيا لقضايا ثار أو استفزاز عائلاتهم، الشيء الذي يؤثر في حياتهم وصحتهم النفسية والجسمية، وقد يصل بالبعض منهم إلى حالات الوفاة.

لقد أصبح موضوع الاعتداءات الجنسية على الأطفال شبح يهدد كثيرا من العائلات، فقد يأتي من أي مكان أو زاوية سواء داخل العائلة التي يعيش فيها الطفل أو خارج نطاق عائلته، مما يستدعي التدخل الفوري لإيقاف أو الحد من هذه الظاهرة التي تتفاقم يوم بعد يوم، حتى الجهات الحكومية لازالت لم تتخذ الإجراءات القانونية الصارمة في معاقبة مرتكبي الجريمة في حق الطفولة الجزائية. الطفولة تعتبر مرحلة ذات أهمية كبرى في تكوين شخصية الفرد ففيها توضع البذور الأولى لشخصيته، وعلي ضوء ما يلقي الفرد من خبرات في هذه المرحلة يتحدد إطار شخصيته لأنه مازال كائن قابل للتشكيل مما يسهل من تعديل سلوكياته غير التوافقية، ولذلك ينبغي الاهتمام بالطفل خلال هذه المرحلة على وجه الخصوص وتوفير البيئة الصحية للطفل وتقديم الرعاية اللازمة له والعمل على إشباع حاجاته وتعديل سلوكياته. (عبد الرحمن العيسوي، 1999، ص162)

تشير فيوليت فؤاد إبراهيم (1986) بأن هناك إجماعا بين علماء النفس والتربية على أن الخبرات الاجتماعية والعلاقات المبكرة التي تتوفر للطفل في الأسرة خاصة في السنوات الأولى من حياته تقوم بدور هام في تشكيل سلوكه وتكوين شخصيته وتوافقه وصحته النفسية بوجه عام. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص 7) غير أن الطفل قد يتعرض لأخطار تهدد أمنه واستقراره النفسي، منها الاعتداءات الجنسية على الطفولة.

يعتبر الاعتداء الجنسي ظاهرة عالمية تخلف ملايين الضحايا بمختلف القارات: حيث تفيد المنظمة العالمية للصحة أن 150 مليون من الفتيات و 73 مليون من الفتيان الذين لا يقل عمرهم عن 18 سنة قد يكونوا تعرضوا لعلاقة جنسية قسرية، أو لأشكال أخرى من العنف الجنسي. (جمعية أمان، 2002، ص 06)

هذا الموضوع يثير الكثير من المشاعر المختلطة. صدمة..ذهول...خوف..اشمئزاز...حزن وألم عميق بما يجري لطفل صغير لا ذنب له في الحياة. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 41)

وهو أكثر انتشارا مما يعتقد الناس، تقرر الإحصائيات أن واحدة من كل خمس نساء قرّن أنهن تعرضن للاعتداء الجنسي في الطفولة مقارنة مع واحد من كل عشر (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 179)

كما لا يقتصر الاعتداء الجنسي للطفل كما يبدو على بيئات ثقافية اجتماعية أو اقتصادية معينة (huyer, 2005) أقرت دراستان سكانيتان لتثبيت عدم وجود أي فرق في المستوى العلمي بين الضحايا وغيرهم من الأطفال (finkelhor 1990, vogeltanz 1999)، لقد أظهرت الدراسات أن الأطفال يكونون أكثر عرضة بين 8 و 12 سنة (finkelhor 1986) وأن متوسط العمر عند الإساءة الأولى هو 9,9 سنوات للذكور و 9,6 سنوات للإناث. (NRCCSA 1994 ; Andrews 2002) كما أشارت التقارير أيضا إلى حدوث الإساءة قبل عمر 08 سنوات في أكثر من (20%) من الحالات وأن (24%) من الضحايا الإناث تعرضن للإساءة في المرة الأولى بعمر 5 سنوات أو أقل (BOYER , 1992). (جنان أسطا، 2008، ص 12)

خلصت دراسة أولية حول الاعتداءات الجنسية للطفل في لبنان تهدف إلى تحديد العوامل التي تزيد من خطر التعرض لهذا النوع من الاعتداء إلى أن العوامل العائلية (التفكك، غياب الدور الحامي، الإدمان والأمراض النفسية)، والعوامل الاجتماعية الاقتصادية (الفقر، غياب المراكز الترفيهية عمل الأطفال، التسرب المدرسي)، والعوامل البيئية (المناطق المكتظة بالسكان...) كانت مؤشرا للاستغلال الجنسي للطفل. (Chemaly 1996). (جنان أسطا، 2008، ص 17)

في عام (2001) نص الإعلان النهائي للمؤتمر الإفريقي العربي الأول حول الاستغلال والعنف والاعتداء الجنسي على الأطفال الرباط المغرب بمشاركة 65 بلد على أهمية هذه المسألة التي يجب معالجتها بكيفية جدية وشاملة في إطار إستراتيجية إقليمية مندمجة توفر أفضل وسائل الوقاية من هذه الظاهرة ومحاربتها.

وفي (2004) انعقد المؤتمر الإفريقي العربي الثاني بالرباط بمشاركة 40 بلدا من أجل دراسة التقدم الحاصل في تجسيد الالتزامات المتخذة بستوكهولم وياكوهاما. (جمعية أمان، 2002، ص 09)

ولقد أعلنت الأمم المتحدة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أن للطفولة الحق في الرعاية وتقر بأنه كي تترعرع شخصيته ترعرعا كاملا ومتناسقا ينبغي أن ينشأ في بيئة عائلية في جو من السعادة والمحبة والتفاهم وإذ تضع في اعتبارها أن الحاجة إلى توفير رعاية خاصة للطفل قد ذكرت في إعلان جنيف لحقوق الطفل لعام (1924) .

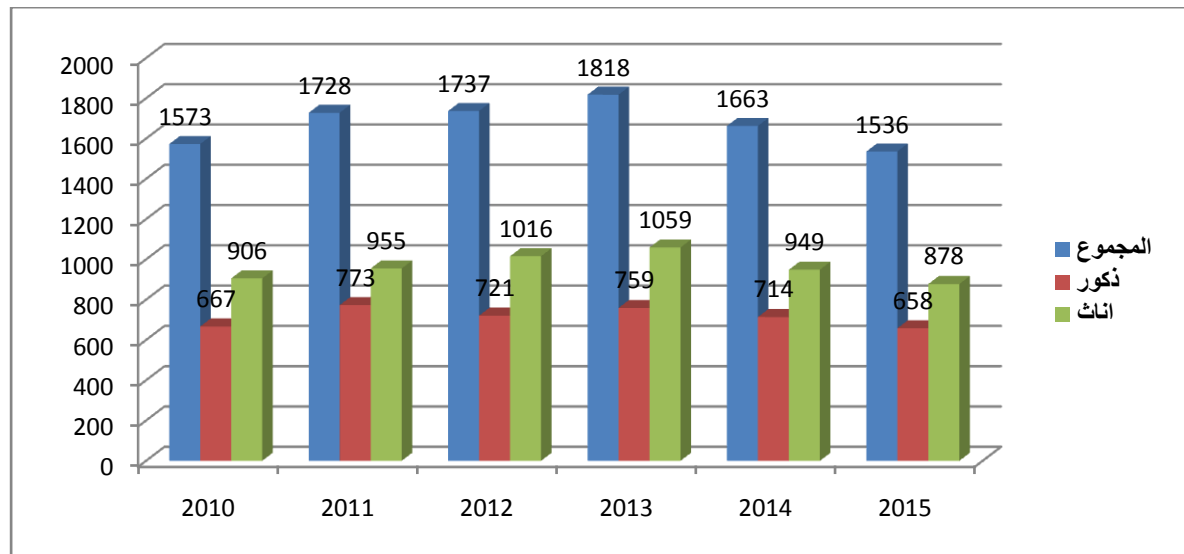
كما تشير اتفاقية حقوق الإنسان في بندها الثالث " لكل فرد الحق بالحياة والحرية والسلامة الشخصية" وفي بندها الخامس على انه " لا يجوز أن يتعرض احد للتعذيب أو المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو الإحاطة بالكرامة" وفي بندها التاسع على وجوب " ضمان الوقاية للطفل من كافة ضروب الإهمال والقسوة والاستغلال " (جليل وديع شكور، 1998، ص 109)

حسب إحصائيات المرصد الوطني المغربي لحقوق الطفل بالرباط تمثل حالات الاعتداء الجنسي نسبة مهمة جدا من الحالات التي يتم استقبالها بحيث قدرت هذه النسبة بـ (51%) حالة من الحالات الإجمالية. ودائما حسب نفس المصدر فإن المعتدين هم أشخاص تربطهم علاقة قرابة أو معرفة بالأطفال المعتدي عليهم في أواخر جانفي (2005) وقعت جمعية أمانة للدفاع عن النساء وأطفال ضحايا العنف عقد شراكة مع المنظمة الدولية SAVE THE CHILDREN التي تشتغل أساسا في مجال حماية حقوق الطفل لخلق مشروع لحماية الأطفال ضد الاعتداء والاستغلال الجنسي وذلك لكسر الصمت الذي يطوق هذه الآفة وتعتبر المغرب ضمن الدول المصادقة لمحاربة هذه الآفة الاجتماعية التي أصبحت تهدد حياة الطفل النفسية والاجتماعية والصحية . (نقلا عن حنيفة الهرشامي وآخرون ص1)

فحسب الإحصائيات التي سجلتها مديرية الشرطة القضائية التابعة لمديرية الأمن الوطني بباب الواد، فقد تبين أن عدد الاعتداءات الجنسية على الأطفال يتزايد سنة بعد أخرى والجدول التالي يسمح لنا بملاحظة هذه الأرقام.

جدول رقم (01) : معطيات الأمن الوطني حول الاعتداءات الجنسية من 2010-2015.

السنة	الذكور	الإناث	المجموع
2010	667	906	1573
2011	773	955	1728
2012	721	1016	1737
2013	759	1059	1818
2014	714	949	1663
2015	658	878	1536
المجموع	4292	5763	10055



شكل رقم (01) : عدد أطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية بالجزائر خلال الفترة ما بين 2010-

2015 حسب إحصائيات مديرية الأمن الوطني والشرطة القضائية

نلاحظ ارتفاع متزايد في الأرقام المسجلة منذ 2010-2013

في 2014 إلى 2015 انخفضت نوعا ما، مع العلم أن الإحصائيات الحقيقية لهذه الظاهرة في مجتمعنا تفوق بكثير هذا العدد، يرجع هذا لكون أن أغلب الحالات تستتر على هذه القضايا ولا تلتجئ إلى مراكز الشرطة خوفا من الفضائح وتكتفي باللجوء إلى جمعيات للتكفل بالضحايا، ولا ننسى الدور الذي لعبته الحملات التحسيسية التي تقوم بها بعض الجمعيات التي تهتم بحماية الطفولة ودور وسائل الإعلام التي تسعى إلى توعية المجتمع الجزائري، بالإضافة إلى انعقاد المؤتمرات التي تهدف إلى وضع استراتيجيات هادفة للحد من هذه الظاهرة لعبت دور مهم في تخفيض عدد الضحايا وهذا ما صرحت به مديرية الشرطة القضائية أثناء استفسارنا حول سبب هذا الانخفاض في عدد الضحايا ما بين 2014-2015.

كما نلاحظ أن الإناث هن أكثر تضررا من هذه الظاهرة مقارنة بالذكور إلى يومنا هذا تبقى الأنثى هي الضحية الأولى في مجتمعنا و التي تسجل أعلى نسبة مقارنة بالذكر.

يعتبر الاعتداء الجنسي على الطفل من أصعب المشكلات، ذلك بسبب صعوبة تقدير عدد الأشخاص الذين تعرضوا لشكل من أشكال الاعتداء الجنسي في طفولتهم، فالأطفال والكبار على حد سواء يبدون الكثير من التردد في الإفادة بتعرضهم للاعتداء الجنسي ولأسباب عديدة قد يكون أهمها السرية التقليدية النابعة عن الشعور بالخزي الملازم عادة لمثل هذه التجارب الأليمة، ومن الأسباب الأخرى صلة النسب التي قد تربط المعتدي جنسيا بالضحية ومن ثم الرغبة في حمايته من الملاحقة القضائية أو الفضيحة التي قد تستتبع الإفادة بجرمه ، إن أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي هم مستغلون جسديا، مجبرون على الصمت خوفا من تعرضهم للضرب أو الأذية أو تعريض عائلاتهم للمشاكل أو تجنباً للتوبيخ واللوم. (جليل وديع شكور، 1998، ص 105)

عدد حالات التبليغ يضل محدودا بفعل الحذر والخوف من تعرض الطفل وأسرته للوصم بالعار، غالبا ما تكون المعطيات المتوفرة لدى الشرطة والقضاء محدودة، لأنها تعتمد فقط على الحالات المبلغ عنها لديهما، إضافة إلى أن الحصول على تلك المعلومات لا يكون دائما ممكنا. (جمعية أمان، 2002، ص 08)

كما أن ضحايا الاعتداء الجنسي للطفل في الوطن العربي، خاصة عندما يكون المعتدي من أفراد الأسرة، يجدون أنفسهم مضطرين لتحمل عواقب الاعتداء بصمت لاجتتاب تلوّث شرفهم أو المس بوحدة العائلة. (جنان أسطا، 2008، ص16)

لقد أظهرت الدراسات أن معظم ضحايا الأطفال لا يفشون سرّ تعرضهم إلى الاعتداء الجنسي، وحتى عندما يفعلون، فإنهم قد يواجهون عقبات إضافية، ونفس الأسباب التي تجعل الأطفال يخفون نكبتهم هي التي تجعل معظم الأسر لا تسعى للحصول على دعم خارجي لحل هذه المشكلة، وحتى عندما تفعل فإنها قد تواجه بدورها مصاعب إضافية في الحصول على الدعم اللائم. (خليفة الهر شامي وآخرون ص1)

تكون حوادث الاعتداء لكلا الجنسين من أكبر الصدمات التي يمكن أن تفاجئ الشخص الذي تعرض لهذا الموقف من الخوف والذعر والشعور بالتهديد الكبير من خلال التناول على جسده وانتهاك حرمة هذا الجسد. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص169)

وقد أكدت بعض الدراسات أن مصدر الاضطرابات النفسية في مرحلة الرشد ما هي إلا امتداد لأعراض نفسية في مرحلة الطفولة. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص11)

دراسة كلارك (Clark, 2008) حول تحديد ووصف الخصائص النفسية والسلوكية والاجتماعية لدى الأحداث العدوانيين جنسيا والذين ظهر لديهم الانحراف بدرجات عالية في السلوك اللاتوافقي والانحراف الجنسي والعجز الاجتماعي والسلوك الاعتمادي، واتضح وجود علاقة بين سلوك المعتدي الجنسي وتاريخ الإساءة التي تعرض لها في الطفولة، أي أن هناك علاقة بين التعرض للإساءة في مرحلة الطفولة وبين جنوح الأحداث وخصائصهم الاجتماعية والنفسية والسلوكية، حيث ظهر عدم توافقهم النفسي والاجتماعي والسلوكي على المقاييس المستخدمة. (Clark, Susan, 2008, P. 1946)

إن خوف الطفل من الاعتداء الذي تعرض إليه يجعله يعيش دائما في أفكار سوداء، اضطرابات في الشخصية ونفسية وسلوكية مما يخلق لديهم نوع من احتقار الذات، انعدام الثقة بالنفس، أفكار انتحارية، صدمات نفسية متكررة وضغوط نفسية حادة .

فالطفل المعتدي عليه خاصة إن كان بأساليب عنيفة يتبدل الحس لديه، ويصبح قليل التأثر بالأحداث التي يعيشها، كما يتولد عنده الإحساس بالدونية الذي يترسخ فيه ويصبح متأصلا في شخصيته وفي سلوكه، ويخشى بعدئذ من أن يمارس هو لاحقا ما عانى منه سابقا، إنما بأساليب يختارها هو انتقاما لذاته وانتقاما للمجتمع (جليل وديع شكور، 1998، ص110)

يختلف القلق عن الخوف الذي يكون استجابة لخطر واضح ماثل، في أنه استجابة لتهديد غير محدد ينم عن شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، وكثيرا ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية أو مشاعر عدم الإحساس بالأمن النفسي، فيهيأ الجسم إمكانية لمواجهة هذا التهديد. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص9)

دراسة ديبيراه ورفاقه (Deberah et al, 1996) وجدوا أن (41%) ممن لديهم تاريخ سابق للاعتداء عليهم أثناء الطفولة لديهم اضطرابات وجدانية و (30,7%) لديهم اضطرابات القلق و (13,3%) اضطرابات فصامية و (7,3%) قاموا باستخدام المواد المؤثرة نفسيا المخدرات، كما يرى ماكيلر وآخرون (Macleer et al, 1988) أن (48,4%) لديهم اضطراب ما بعد الصدمة ترتفع في حالة إذا كان الأب هو القائم بالاعتداء. (علي إسماعيل عبد الرحمان، 2006، ص8)

أشار كل من سوثوم جيرو وآخرون إلى أن (Southaum Gerow et al 1997-) 1162 القلق في مرحلة الطفولة يعد بناء متعدد الأبعاد، يتضح في صورة أعراض جسمية وسلوكية ومعرفية، فتبدو أعراضه الجسمية في سرعة ضربات القلب، والشعور بألم المعدة والصداع وغير ذلك، بينما تبدو أعراضه السلوكية غالبا في التجنب والبكاء وقضم الأظافر ومص الأصابع وغير ذلك، في حين تبدو أعراضه المعرفية في الميل أكثر نحو تفسير الإشارات الاجتماعية، والبيئية بطريقة خاطئة، والتركيز على فكرة تقييم الذات من قبل الآخرين، وتوقع النتائج السلبية القاسية، والتحدث إلى الذات بطريقة انهزامية والنظرة السلبية للمستقبل. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص10)

كما أن الفتيات اللواتي تعرضن للاعتداء الجنسي هن أكثر عرضة من غيرهن للإصابة بالاكتئاب، كما أنهن يعانين من تدهور صورة الذات ويتجهن نحو السلوك المدمر أو الانتحاري، بالإضافة إلى الاضطرابات الغذائية والإسراف في تعاطي الكحول والنشاط الجنسي المبكر.

(Finkelhor 1986, Mullem 1988)

بالإضافة إلى ذلك، ثمة ارتباط قائم ومثبت بين الاعتداء الجنسي والجسدي في مرحلة الطفولة وانخفاض مستوى الأداء المدرسي (Erickson 1991) والحمل في فترة المراهقة (BOYER 1992) والفرار من المنزل وممارسة البغاء (WIDOM 1996) والإدمان على المواد المخدرة (KENDHER, 2000).

(جنان أسطا، 2008، ص14)

خلص البحث الذي قامت به كيندال تاكيت مع مجموعة من المؤلفين (1993) والذي تناول 45 دراسة تجريبية أجريت في التسعينات إلى أن آثار الاعتداء الجنسي للطفل تختلف وفقا للعمر، بالنسبة إلى الأطفال ما قبل سن المدرسة ، أكثر الأعراض شيوعا هي القلق والكوابيس والخلل في السلوك الجنسي، أما لدى الأطفال في سن المدرسة، ف أبرز الأعراض تشمل الخوف، والأمراض العقلية والعدائية والكوابيس والمشاكل في المدرسة وفرط النشاط والسلوك التراجعي، يعاني المراهقون بدورهم من الاكتئاب والسلوك الانسحابي والانتحاري المؤذي للذات، الآلام الجسدية، الأعمال المخلة بالقانون، الفرار من المنزل، والإدمان على المواد المخدرة. (جنان أسطا، 2008، ص15)

يعد القلق أحد الخصائص المضمرة في نفسية الطفل، أو المصاحبة لاضطرابات الشخصية لديه، والذي يمتد في شدته من عدم الشعور بالارتياح حيال المستقبل إلى الشعور بالفزع غير المحدد من شيء ما قد سيحدث وقد يصل به هذا الشعور أحيانا إلى مرحلة تعوقه عن ممارسة الحياة بصورة عادية فيطراً تأثيره السلبي في بعض الأحيان على العديد من جوانب الحياة النفسية للطفل والتي تشمل التوافق الشخصي والاجتماعي له، فيؤثر على علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين فيبدو عليه سوء التوافق وعدم القدرة على التكيف والانطواء والانسحاب والنشاط الزائد وتشتت الانتباه وسرعة الاستثارة الانفعالية وبعض الأعراض النفسجسمية مما يؤثر على توافقه النفسي. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص9)

أمام هذه الوضعية سعت مختلف الجمعيات والمراكز التي تعمل على محاربة الاعتداء الجنسي ضد الأطفال والاهتمام بهذه القضية، وتقديم التكفل النفسي اللازم لهذه الفئة التي تعتبر ضحية قصد التخفيف من معاناتها ومحاولة التخفيف من شدة الاضطرابات التي يعيشها الطفل في الحياة ، ولعل

للعلاج المعرفي السلوكي دور في مساعدة هؤلاء الضحايا بحكم أنه يهتم بالأسس الثلاث: الأفكار، انفعالات وسلوكيات المرضى ويعمل على تعديلها.

نجد دراسة (Wolfe et al 2003) التي هدفت إلى التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطرابات القلق وتكونت عينة الدراسة من (110 طفلاً) من الذكور والإناث ممن تراوحت أعمارهم الزمنية من (8 - 11) سنة، وقد طبق على الأطفال ووالديهم بطاريات اختبارات القلق العام والقلق الاجتماعي والاكتئاب ونقص احترام الذات ونقص التحكم وضعف المهارات الاجتماعية، أسفرت نتائج الدراسة على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض هذه الاضطرابات .
(نقلا عن أسماء عبد الله عطية، 2008، ص126)

وفي دراسة مارش (March 1998) استخدم العلاج المعرفي في مساعدة خمسة عشر طفلاً من الإناث والذكور تراوح أعمارهم بين عشرة أعوام إلى خمسة عشر عاماً، ممن تعرضوا إلى حدث صادم أدى إلى ظهور أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لديهم، والذين تعرضوا لحادث سيارة، أو مرض خطير، أو حريق ومن الفنيات التي استخدمت في هذه الدراسة التدريب على أسلوب حل المشكلات للتحكم بالغضب، ومساعدة الطفل على تنمية الحديث الإيجابي مع الذات، ومواجهة الأفكار اللاعقلانية، والواجبات المنزلية، أثبتت النتائج فعالية العلاج المعرفي في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في فترة البرنامج التي استمرت ثمانية عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وقد استمر التحسن في فترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر.

وقام كنج (King, 2000) بدراسة هدفت إلى تقويم فعالية العلاج السلوكي المعرفي على عينة من الأطفال المساء إليهم جنسياً، الذين يعانون من ضغوط ما بعد الصدمة، تكونت عينة الدراسة من ستة وثلاثين طفلاً تتراوح أعمارهم بين خمسة عشر إلى سبعة عشر عاماً وزعوا عشوائياً على ثلاث مجموعات هي المجموعة الضابطة، ومجموعتان تجريبيتان تلقت الأولى علاجاً معرفياً للأطفال المشاركين أنفسهم، أما الثانية فكان الإرشاد للأسرة ككل، وتضمن البرنامج العلاجي عشرين جلسة تم فيها الاسترخاء، والحديث مع الذات، ومناقشة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، ولعب الدور، والتدريب على أساليب توكيد الذات، أظهرت النتائج أن أفراد المجموعتين التجريبيتين أبدوا تحسناً ذا دلالة لأعراض ضغوط ما بعد الصدمة، وقد كان الاحتفاظ بالتحسن واضحاً عند تقويم المتابعة بعد اثني عشر أسبوعاً.

(نقلا عن محمد أحمد شاهين و محمد نزيه حمدي، بدون تاريخ، ص 15)

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من المداخل العلمية الحديثة في خدمة الفرد والذي أثبت فاعليته في التعامل مع الأفكار غير المنطقية والانفعالات غير المنضبطة والسلوكيات الخاطئة وفي هذا تصحيح لفكر العميل ومشاعره وربطه بالواقع والحاضر وتدعيم لمسئوليته عن نفسه وقراراته مما يجعله قادراً على الضبط الداخلي ولا يلقي بالمسؤولية على الآخرين، ومساعدته على أن يكون شخص يتفاعل بإيجابية مع الأحداث في ضوء انفعالات رشيدة وأفكار عقلية وسلوك سوي. (نفين صابر عبد الحكيم السيد، 2009، ص 703)

ومن الدراسات المشهورة في مجال توظيف التعزيز السلبي في علاج مشكلات الأطفال اليومية كالخوف والانسحاب الاجتماعي وحالات تبلبل الفراش، تلك الدراسة التي أجراها أزرن (Azrin Foxx, 1971) و يذكرها هلهان وزميله (Hallhan Kaufman, 1994) والتي هدفت إلى معالجة حالات التبول اللاإرادي للأطفال العاديين وغير العاديين، إذ استخدم أسلوب التعزيز السلبي في تعديل ذلك السلوك وقد تم تصميم التجربة بحيث يعمل صوت الجرس الكهربائي كمثير شرطي لتجنب الصدمة الكهربائية إذا لم يستجب الطفل لصوت الجرس في الوقت المناسب، وعلى ذلك يتلقى الصدمة الكهربائية، ومن أجل إيقاف ذلك المثير المؤلم صوت الجرس وتجنب المثير المؤلم (الصدمة الكهربائية) فعلى الطفل الاستيقاظ في الوقت المناسب. (فاروق الروسان، 2000، ص 188)

من الدراسات التي استخدمت أسلوب النمذجة، تلك الدراسة التي أجراها باندورا (Bandura et al, 1963) والتي هدفت إلى دراسة فاعلية أسلوب النمذجة في تعلم أشكال السلوك المقبولة اجتماعياً، وأشكال السلوك غير المقبولة اجتماعياً، حيث تم تقديم نماذج للسلوك العدواني، والسلوك غير العدواني، ومراقبة تلك النماذج من قبل مجموعات الأطفال، وأشارت النتائج إلى تأثير المجموعة بالنموذج الذي شاهده

(نقلا عن فاروق الروسان، 2000، ص 190)

ويذكر كازدين (Kazdin, 1980) تطبيقات أخرى لأسلوب النمذجة تتمثل في القيام بلعب الأدوار (role-playing)، حيث يقيم ذلك السلوك من قبل مجموعة من الأطفال الملاحظين للدور الذي يقوم به الطفل أمام الآخرين، وذلك بهدف تعديل سلوك الأطفال الذين يقومون بلعب الأدوار. (فاروق الروسان، 2000، ص 191)

في بحثنا هذا سنحاول التعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي كوسيلة للمساعدة من أجل تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي من خلال القضاء أو التخفيف من حدة الاضطرابات التي يعيشها الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي باستخدام تقنيات وأساليب العلاج السلوكي المعرفي حيث قمنا بطرح مجموعة من التساؤلات وهي كالتالي:

التساؤل العام:

- هل للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي؟

التساؤلات الجزئية:

- 1 - هل يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي؟
- 2 - هل يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي؟
- 3 - هل يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي؟

وكإجابة مؤقتة على هذه الأسئلة نقترح الفرضيات التالية:

2- الفرضيات:

الفرضية العامة:

- للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

الفرضيات الجزئية:

- 1 - يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 - يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

3-أسباب اختيار الموضوع:

موضوع الاعتداء الجنسي على الأطفال، من المواضيع التي يصعب التحدث عنها لاقتراحه بكلمة الحشمة التي كرسها الثقافة العربية، على إثر تواجدي بجمعية نساء وأطفال ضحايا العنف، استقبلت الكثير من الضحايا أطفالا وفي سن الرشد يعانون من اضطرابات نفسية شديدة كانت سببها الصدمة النفسية التي تعرضوا لها في طفولتهم، مما أثر بشكل سلبي على حياتهم مع الآخرين خاصة مع الشريك، تأثرت كثيرا بهذا الموضوع، وقد حالفني الحظ أن ادرس العنف ضد المرأة أولا ثم أكمل الجانب الآخر المتبقي الذي هو الاعتداء الجنسي على الطفل لأنجز كتاب تحت عنوان: أطفال ونساء ضحايا العنف الزوجي.

4 أهمية موضوع البحث: تظهر أهمية الموضوع في عدة نقاط منها:

❖ زيادة نسبة أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي:

يعد البحث الحالي ذو أهمية خاصة لتناوله موضوع تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي نظرا لزيادة عدد أطفال الضحايا في المجتمع الجزائري، حيث تشير الإحصائيات العامة إلى تزايد هذه النسبة من عام إلى آخر، وما ينتج عن هذه الظاهرة من تهديد للأمن الاجتماعي للطفل وزيادة الانحراف وانتشار الجريمة والإدمان والسرقة والتشرد في المجتمع.

❖ قيمة الموضوع الذي يتناوله البحث:

أنه ظاهرة عالمية ووطنية تتطلب إيجاد حلول للحد من آثارها ولكونه يمس أكثر الفئات الضعيفة والحساسة في المجتمع وهم الأطفال ، بالإضافة إلى ما سبق فهو يتناول موضوع فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تعديل سلوك الأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، كمحاولة للكشف عن مدى مساهمة البرنامج العلاجي ذو توجه سلوكي معرفي في مساعدة الضحايا على تعديل سلوكياتهم السلبية من خلال التخفيف عن شدة الاضطرابات التي يعانون منها.

❖ قلة وانعدام الدراسات المحلية في هذا المجال:

تعد الدراسات التي تناولت تعديل السلوك للطفل ضحية الاعتداء الجنسي منعدمة في بلادنا ناهيك عن قلة الدراسات التي تناولت فعالية برامج العلاج المعرفي السلوكي في تعديل سلوك هؤلاء الضحايا، بالتالي فإن البحث الحالي يسد الثغرة في الدراسات العلمية في هذا المجال.

5 أهداف البحث:

- 1 - اختبار مدى فعالية برنامج التدخل العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 - التخفيف من درجة الاضطرابات النفسية السائدة عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي من خلال إعطائهم برنامج علاجي سلوكي معرفي.
- 3 - التقليل من السلوك المرضي الذي يظهر عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي ومساعدتهم على التكيف والتوافق مع الظروف البيئية المحيطة بهم داخل الأسرة والمجتمع وإكسابهم مهارات السلوك السوي.

6 تحديد مفاهيم البحث إجرائيا:

❖ الطفل :

هو الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي البالغ من العمر بين 09- 12 سنة .

❖ الاعتداء الجنسي:

الاعتداء الجنسي على الطفل فعل مقصود إرادي يتمثل في ممارسة علاقة جنسية أو سلوك جنسي مع الطفل لهدف إشباع رغبات جنسية من قبل الشخص البالغ ، قد يكون مصحوب بالقوة والتهديد والعنف بحيث تترك هذه العلاقات الجنسية أثر سلبي على الصحة النفسية للطفل مثل: زنا المحارم الذي يعني إقامة علاقة جنسية محرمة على الطفل من قبل أحد أفراد عائلته كالأب، الأخ، العم، الخال أو الجد...وتحدد هنا الأطفال المقبلين على الاستشارة النفسية بالشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل "ندى"

الملامسات الجنسية التي قد تكون على شكل تقبيل، ضم، مداعبات جنسية...

الاغتصاب الذي هو اتصال جنسي فعلى من غير رغبة الطفل، يقوم به أحد الكبار اتجاه الطفل.

❖ تعديل السلوك:

أسلوب أو طريقة يستخدم مع أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، وذلك لإكسابهم المهارات اللازمة للسلوك السوي، و نعني به استخدام مختلف التقنيات العلاجية التي تهدف إلى تغيير السلوك السلبي، وتغييره إلى أشكال السلوك الايجابي، بحيث تهدف إلى تثبيت السلوك المرغوب فيه عند الطفل للمحافظة على استمرار يته، وذلك بالاعتماد على مبادئ واستراتيجيات نظريات التعلم المتمثلة في التعزيز، العقاب، المحو، ضبط المثير، التمييز والتعميم، ويشتمل على السلوكات التالية:

✓ السلوك العدواني: أذى جسمي، مادي، نفسي على الطفل نفسه أو الغير.

✓ السلوك التمردى: كالهروب من المدرسة.

✓ السلوك الانسحابي: كالخجل، الانعزال عن الآخرين.

✓ السلوك المنحرف: تعاطي المخدرات، السرقة، انحرافات جنسية مختلفة.

❖ برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

يعني مساعدة الطفل الذي تعرض إلى الاعتداء الجنسي من خلال توظيف برنامج علاجي اعتمادا على تقنيات علاجية سلوكية تتمثل في التدريب على بعض التقنيات (الاسترخاء، سرد القصص، المهارات الاجتماعية، لعب الدور، النمذجة، التحصين التدريجي) وعلى تقنيات معرفية تتمثل في (إعادة البناء المعرفي لبيك وتغيير الأفكار السلبية وحل محلها أفكار أكثر ايجابية ، مهارات حل المشكل، الواجبات المنزلية)، وهذا بالاعتماد على استراتيجيات المقابلات التشخيصية والعلاجية والتقويمية والمتابعة من بداية العلاج إلى نهايته انطلاقا من القياس القبلي والبعدي عن طريق استخدام التحليل الوظيفي نموذج سिका و تحديد الخط القاعدي لكل مرحلة.

الفصل الثاني الاعتداء الجنسي على الطفل.

تمهيد

أولاً: الطفولة

- 1-تعريف الطفولة ومراحلها.
- 2- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة.
- 3- النظريات المفسرة لمرحلة الطفولة المتأخرة.
- 4- حاجات الطفولة المتأخرة.
- 5- اضطرابات الطفولة المتأخرة.
- 6- اتفاقية حقوق الطفل

ثانياً: الاعتداء الجنسي على الطفل

- 1 - تعريف الاعتداء وأشكاله
- 2- مراحل الاعتداء
- 3- علامات ومؤشرات الاعتداء على الطفل
- 4-الأسباب المؤدية إلى الوقوع في الاعتداء على الطفل
- 5- حاجات الطفل الضحية
- 6- آثار وعواقب الاعتداء على الطفل
- 7- هوية المعتدي والضحية

ثالثاً:الضغط ما بعد الصدمة عند الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي

- 1 الضغط ما بعد الصدمة وبعض المفاهيم المتعلقة به
- 2- أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
- 3- نظريات الضغط ما بعد الصدمة

خلاصة

تمهيد:

الاعتداء الجنسي على الطفل ظاهرة شائعة سواء على الصعيد الوطني والعالمي، حيث تكتسي الظاهرة خفايا وأسرار يصعب على الضحية التصريح بها، نظرا لتهديد المعتدي للضحية، خصوصا لما تكون في مرحلة الطفولة المتأخرة التي تعتبر مرحلة أساسية في نمو الفرد والتي عبرها يتم الانتقال إلى مرحلة المراهقة، حيث يتم خلالها بناء الدعائم الجوهرية لحياة الفرد، وتترسخ معالم الشخصية لديه.

يشكل الاعتداء الجنسي صدمة قوية بالنسبة للطفل الشيء الذي يترك آثاره السلبية على أفكاره وانفعالاته وسلوكاته سواء أثناء وجوده في العائلة كالعوانية مع الإخوة أو التلفظ بكلمات جنسية أو أثناء وجوده في المدرسة كصعوبة التركيز والسرمان.

في هذا الفصل سنتناول الطفولة المتأخرة وأهم مظاهر النمو فيها والنظريات التي فسرت هذه المرحلة بالإضافة إلى التطرق إلى الحدث الصدمي المتمثل في الاعتداء الجنسي على الطفل، الشيء الذي يؤثر على توازنه النفسي، لنختم الفصل بذكر أهم الأعراض المرضية والاضطرابات النفسية المصاحبة للاعتداء الجنسي في الطفولة المتأخرة والمتمثل في أعراض الضغط ما بعد الصدمة الناتج عن صدمة الاعتداء الجنسي على الطفل.

أولا: الطفولة:

1 تعريف الطفولة ومراحلها:

جاء في اتفاقية حقوق الطفل في البند الأول يعني الطفل كل شخص لم يبلغ الثامنة عشر من العمر ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المطبق *على اتفاقية حقوق الطفل 2015، ص*

الطفولة مرحلة من مراحل السنوات التطورية التي تبدأ من الوضع وتستمر حتى سن البلوغ، فهي مرحلة حتمية طويلة يمر بها كل مولود بشري، ينمو ويتكون وينشأ فيه (جسميا، عقليا لغويا، نفسيا، حركيا، اجتماعيا) في أسرته وفي محيطه الاجتماعي، الذي يعيش فيه *عبد الرحمان الوافي 2007، ص 135*

يعرف علماء النفس الطفولة أنها الفترة الممتدة ما بين الميلاد و سن البلوغ، وهي مرحلة أساسية وهامة في مراحل النمو، وتعتبر هذه الفترة هي بداية مراحل تكوين الشخصية. (أحمد محمد النرغبى، 2001، ص139).

تبدأ الطفولة من لحظة وجود الجنين في بطن أمه وهذه الفترة تعتبر من أهم وأخطر مراحل عمره على الإطلاق، وعلى هذا فطور الطفولة يبدأ من المرحلة الجنينية و ينتهي ببداية البلوغ الجنسي، الذي يتحدد عند الذكور بحدوث أول قذف وظهور الخصائص الجنسية الثانوية، وعند الإناث بحدوث أو طمث وظهور العلامات الجنسية الثانوية أيضا. (علي إسماعيل عبد الرحمن، 2006، ص 22)

تتمثل مراحل الطفولة فيما يلي :

❖ الطفولة المبكرة (من 2 إلى 6 سنوات):

هي المرحلة التي يكتسب فيها الطفل العادات الانفعالية و العلاقات الاجتماعية بالتدرج و تتجمع الانفعالات والعلاقات العاطفية حول الموضوعات والأشخاص وخاصة الأم ، أو من يقوم مقامه. (عودة الرماوي، 1998، ص22) كما تسمى بمرحلة ما قبل المدرسة والحضانة تمتد من نهاية الرضاعة حتى دخول الطفل إلى المدرسة وتتميز بما يلي :

- ✓ استمرار النمو الجسمي ولكن بمعدل أقل من مرحلة الرضاعة.
- ✓ الاتزان الفسيولوجي، التحكم في عملية الإخراج وزيارة النضج الحركي.
- ✓ بداية نمو الذات وتكوين الأنا الأعلى وإمكانية التميز بين الخطأ والصواب.
- ✓ النمو السريع في اللغة والقدرة على تكوين المفاهيم.
- ❖ الطفولة الوسطى (من 6 إلى 9 سنوات) : تتمثل في المرحلة الابتدائية (السنوات الثلاثة الأولى)، يدخل الطفل في هذه المرحلة المدرسة الابتدائية، وتتميز هذه المراحل بما يلي:
- ✓ اتساع الأفق العقلية المعرفية.
- ✓ تعلم المهارات الأكاديمية في القراءة و الكتابة.

❖ الطفولة المتأخرة (من 9 إلى 12 سنة):

تتمثل في المرحلة الابتدائية أي الصفوف الثلاثة الأخيرة ، يطلق البعض على هذه المرحلة ما قبل المراهقة فهنا يصبح السلوك بصفة عامة أكثر جدية. (محمد عاطف غيث، بدون سنة، ص55)

تبدأ هذه المرحلة من بداية العام 9 من ميلاد الطفل إلى نهاية العام 12 من عمره، وهي الفترة التي تسبق البلوغ مباشرة، ومن ثم يمكن أن نطلق على هذه المرحلة بمرحلة انتقالية من الطفولة إلى المراهقة وإذا كانت خصائص الطفولة هي الغالبة في هذه المرحلة إلا أنه يظهر النمو الاجتماعي للطفل ويزداد النشاط والاهتمام باكتساب المهارات والمعلومات والاجتهادات . (عبد الفتاح دويدار، 1996، ص6)

2 مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة:

تعد عملية النمو عند الطفل وحدة متكاملة ومتفاعلة فيما بينها، بحيث لا يمكن فصل المظهر عن الآخر، فقط لتسهيل الدراسة سوف نعرض عملية النمو بمظاهرها كل على حدى.

❖ النمو الجسمي:

ينمو النمو الجسم في هذه المرحلة نموا تدريجيا ؛بحيث يزداد الطول والوزن زيادة ملحوظة؛ فالجسم يقترب من نموه الكامل؛ كما يلاحظ ازدياد المهارة اليدوية فتزداد طاقة النشاط، غير أن الأطفال يميلون هنا إلى تفريغ شحنات نشاطاتهم في أعمال هادفة ومواجهة تسمح لهم طاقاتهم بالاستمرار في العمل دون الملل .

❖ النمو العقلي:

يمكن القول أن النمو العقلي في هذه المرحلة يتميز بالخصائص الآتية:

- ✓ زيادة القدرة على الملاحظة ، التذكر، الإدراك، التفكير والتخيل كما تزداد القدرة على الاستنتاج وحل المشكلات.
- ✓ ازدياد القدرة على الانتباه للأشياء والموضوعات لمدة معقولة من الزمن .

✓ ازدياد النشاط العقلي حيث يستطيع الطفل أن يتقبل معلومات نظرية وأن يحفظ كثيرا مما يطلب.

✓ يصبح خيال الطفل يعمل في دائرة الحقيقة والواقع (محمد حسونة ، 2003 ، ص176)

❖ النمو اللغوي: تتطور لغة الطفل من مرحلة إلى أخرى ويظهر هذا التطور في مظاهر عديدة:

✓ ازدياد عدد المفردات ويزداد فهمها ويدرك الاختلاف والتشابه بين الكلمات ويدرك معاني المجردات.

✓ يزداد استخدامه للجمل المركبة وتزداد دقته باستخدام الكلمات واختيار العبارات التي تؤدي إلى المعنى ويقل كلامه عن ذاته.

✓ يميل الطفل إلى القراءة أكثر من الكتابة لأنها معقدة أو متشابكة العوامل ويستطيع أن يفهم ويلخص ما يقرأ. (رمضان محمد القدافي، 1989، ص312)

❖ النمو النفسي:

يطلق فرويد على هذه المرحلة بمرحلة الكمون (période de latence) بحيث يصبح الطفل أقل اهتماما بجسمه ويصرف اهتمامه لاكتساب الخبرات والمهارات الضرورية للتكيف مع المحيط، ففي هذه المرحلة يحدث هدوء وكمون للحياة الجنسية التي ما تلبث أن تنشط في المرحلة الموالية ، ويتمكن الطفل من أن يكيف نفسه بطريقة يستطيع من خلالها أداء العديد من المهارات والمهام، وذلك بتطوير إحساسه بالعمل والجد والمثابرة ويصبح فردا منتجا قادرا على التحصيل والإنتاج . (مصطفى زيدان، 1972، ص55)

❖ النمو الانفعالي:

هي مرحلة ثبوت واستقرار انفعالي، فهي طفولة هادئة كما أن الطفل في هذه المرحلة يجب أن يسيطر على انفعالاته ليشعر من حوله أنه قد تخلص من الطفولة، والطفل يميل إلى روح المرح، يجب أن ينجح في عمله، ويتحمل شيئا من المسؤولية لإثبات ذاته (عبد الفتاح دويدار، 2004، ص233)

❖ النمو الاجتماعي :

يميل الطفل في هذه المرحلة إلى الاندماج مع أقرانه والتعاون معهم وتنمو في الطفل روح المنافسة بين الجماعات . (رمضان محمد القدافي ، 1989، ص 313) ومن الملامح الأساسية للنمو الاجتماعي موقف الطفل من الثقافة المحيطة به المتمثلة في العادات والآداب والالتزام بها . (سهير كامل أحمد، 1994، ص 120)

❖ النمو الخلفي:

يعيش الطفل الحاضر ولا يملك من بعد النظر وضبط النفس وتوجيهها، ما يجعله يكيف سلوكه بحسب مثل عليا أو معيار خلقي معين، فتلك مدركات كلية ومعان عامة لا تبرر ظاهرة في تفكير الأحداث في هذه المرحلة ، فسلوكه إما نتيجة نزعاته الفطرية والتقليد والمحاكاة أو ثمرة التدريب الآلي لا نتيجة التأمل والتفكير، فهو لا يستند إلى مثل عليا أو قانون أخلاقي، فإكثارنا من النصيحة له ومن قولنا " يجب أن تفعل كذا وتكف عن كذا "لا يأتي بثمره تذكر، فعلى أن ندرجه على الأخلاق الحسنة عمليا، فالأولاد في هذا الدور يكونون خاضعين لإشراف والديهم و سيطرة ذويهم . (عبد العزيز جادو، 2001، ص 140)

من خلال ما تم تقديمه من مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة تبين لنا أنها تتميز بخصائص تتفرد بها عن باقي المراحل الأخرى للنمو.

3 النظريات المفسرة لمرحلة الطفولة المتأخرة:

❖ نظرية التحليل النفسي: (Freud)

وصف فرويد (Freud) مرحلة الطفولة المتأخرة بأنها فترة كمون، حيث يرى الأحداث والصدمات الانفعالية التي يواجهها الطفل، وفي مرحلته الأولى وهو وليد لا يمكنه من الاستمرار في نموه الطبيعي لأن وظائفه التناسلية عطلت مؤقتا، ليتمتع باستقرار نسبي وهدوء انفعالي، ويتوقف النشاط الجنسي ويتعلم الأخذ والعطاء وتحصيل المهارات والتوافق مع الأشخاص المحيطين به.

في هذه المرحلة يكون الأنا الأعلى للطفل خارج عن سيطرة الأسرة وهذا بكونه يخطو خطوات الإنضمام إلى جماعات جديدة أهمها المدرسة، فيتعلم النشاط الحركي والتفكير وترسيخ القيم الأخلاقية

والجمالية وتوجه الغريزة الجنسية إلى أعمال بناءة، كما يرتبط بعالم الرفاق والجنس وينفصل عن الجنس الآخر. (محمد السعيد فرح، 1993، ص 76).

❖ نظرية النمو المعرفي (جون بياجى):

قسم جون بياجى مرحلة الطفولة المتأخرة إلى عدة مراحل و ذلك تبعا للنمو المعرفي للطفل، واعتبر مرحلة الطفولة المتأخرة هي المرحلة الفرعية الأخيرة من مرحلة العملية العيانية والتي تبدأ من حوالي الثامنة من العمر أي نهاية المرحلة ما قبل الإجرائية حتى سن الحادية عشر أو الثانية عشر من العمر، حيث يكتسب الطفل مفهوما أوليا عن الزمان والمكان والعدد والمنطق، وعلى ضوء هذه المفاهيم تصبح أفكاره عن الأشياء والحوادث أكثر وضوحا، وهذا يعني أن الطفل قادر على التعامل مع الأشياء التي تقع ضمن البيئة المحيطة به، كما أنه بوسعه أن يفهم الكثير من العلاقات البسيطة من الأشياء المصنفة ضمن نوع واحد، وهذا يدعونا إلى القول بأن الطفل في هذه المرحلة يعمل نسبيا ضمن نظام معرفي متكامل، بحيث أنه وصل إلى مستوى من الثبات والتنظيم كما بوسعه أن يفهم العمليات المرتبطة بمفهوم الزمان والمكان وكذلك النوع أو الصنف. (توما جورج، 2000، ص 86)

❖ نظرية النمو النفسي الانفعالي: (إريك إريكسون)

جاءت هذه النظرية كمعارضة لنظرية التحليل النفسي، وقد قسم إريك إريكسون هذه المرحلة إلى عدة مراحل كانت المرحلة الرابعة هي مرحلة الطفولة المتأخرة والتي سماها "مرحلة الانتاجية"، حيث يبدأ الطفل بالدخول في مرحلة يشعر فيها بالثقة والتفاني وهمه الوحيد هو أن يرى من طرف الآخرين إنسان يستحق الوثوق به وفي أعماله، وبذلك يكتسب رغباته الطفولية كالرغبات السلبية تجاه الوالدين، ويندمج بالعالم الخارجي ويصبح منتجا يحس ذاته. (أمال محمد حسيونة، 2004، ص 70)

أما عن عملية التطبيع الاجتماعي يشير إريكسون إلى أن الطفولة المتأخرة تمر بثماني أزمات، ولقد افترض هذه المراحل بناء على عمله المطول بالعلاج النفسي وخاصة مع الأطفال أبناء الطبقات الاجتماعية، واعتبر أن كل مرحلة عبارة عن أزمة نفسية تتطلب الحل قبل الوصول إلى المراحل اللاحقة وهذه المراحل هي:

✓ مرحلة الثقة مقابل عدم الثقة.

✓ تعلم الذاتية أو الاستقلالية مقابل الشعور بالعار.

- ✓ تعلم المبادرة مقابل الشعور بالذنب.
- ✓ تعلم الهوية مقابل اضطرابات الهوية.
- ✓ تعلم الصداقة مقابل العزلة.
- ✓ تعلم الإنتاجية مقابل الاستغراق في الذات.
- ✓ تعلم التكامل مقابل اليأس (توما جورج، 2000، ص 111).

4 حاجات الطفولة المتأخرة:

إن لكل مرحلة من مراحل النمو متطلباته وحاجياته ومن أهم الحاجيات والحقوق التي يجب إشباعها الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة ليكون نموه كاملاً ومتزناً ما يلي :

❖ **الحاجات النفسية:** تتمثل فيما يلي:

- **الحاجة إلى الأمن والطمأنينة :**

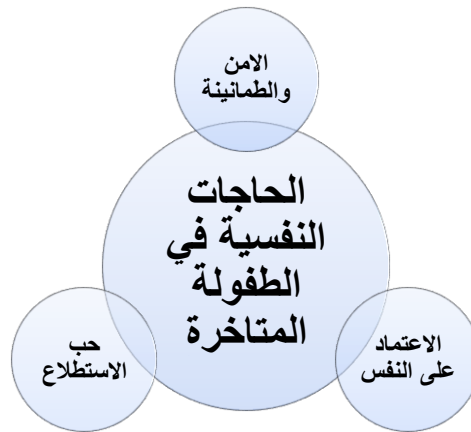
إشباع الحاجة إلى الأمن والطمأنينة ضرورية للنمو النفسي السليم في جميع مراحل الحياة ، فقد بينت الدراسات أن الأشخاص الأمنين متفائلون سعداء متوافقون مع مجتمعاتهم ناجحون في حياتهم ،بينما الأفراد غير الأمنين قلقين متشائمين معرضين لاضطرابات نفسية وأمراض سيكوسوماتية، فإذا ما أحدث الحرمان من الأمن في مرحلة الطفولة فهذا يعوق النمو النفسي ويؤثر تأثيراً سلبياً على الصحة النفسية في جميع مراحل حياته.

- **الحاجة إلى الاعتماد على النفس :**

يشعر الطفل بحاجة إلى الاعتماد على النفس في العام الثاني عشر تقريباً عندما يحس بذاته وبقدرته على التصرف بنفسه، وتدريبه على الاعتماد على نفسه من الصغر يساعد على توافقه وتمتعته بالصحة النفسية في المراهقة والرشد .

- الحاجة إلى حب الاستطلاع :

إشباع حب الاستطلاع يساعد على تنمية الرغبة في التعليم والتحصيل كما يساعد على تنمية الذكاء والقدرات الإبداعية والثقة بالنفس والنضج الاجتماعي والتمتع بالصحة النفسية في المراهقة والرشد ..



شكل رقم (02) الحاجات النفسية في مرحلة الطفولة المتأخرة إعداد الباحثة

❖ الحاجات الاجتماعية:

- الحاجة إلى الوسط العائلي :

إن العائلة عنصر رئيسي لكونها الفضاء الأول للعلاقات الاجتماعية فهي الواسطة بين الطفل والعالم الخارجي، وإن طبيعة واستقرار العلاقات داخل الأسرة تتوقف على الأشخاص المكونين لها.

- الحاجة إلى الوسط المدرسي :

إن التنظيم الحالي للمجتمعات يعطي مكانة هامة للمؤسسات التربوية فالمدة التي يقضيها الطفل فيها تشكل معظم وقته في النهار وتعد المدرسة بذلك ثاني مؤسسة للتنشئة الاجتماعية، يلعب المعلم في القسم دور السلطة وتبليغ المعارف وتنشيط أعمال الطفل وتقييم نتائجه .

- الحاجة إلى الحب :

الحب المتبادل حاجة غريزية لنمو الشخصية السوية والتمتع بالصحة النفسية ، ويختلف موضوع الحب ومصدره عند الإنسان حسب نموه ، ففي الطفولة المتأخرة يحتاج الطفل إلى أن يحبه والده ومدرسه وأصدقائه.

- الحاجة إلى التقدير والاستحسان :

إن الإنسان عندما يعمل صالحا ينتظر كلمة الشكر خاصة من عند الناس المهتمين في حياته فالطفل الصغير يميل إلى العمل الذي يرضي والده ويصارحه ، فهو يذاكر دروسه ويؤدي واجباته ليحصل على استحسان والديه وتقدير المدرسة وزملائه ، فهذا كله يجعل الطفل يشعر بالأمن وبأنه مرغوب فيه أما الحرمان من تقدير الآخرين يشعره بعدم التقبل والدونية وتضطرب علاقته بنفسه وبغيره وينطوي على نفسه (فاطمة الزهراء مشتاوي، 1999، ص226-228).

- الحاجة إلى الصحبة والانتماء: اختلف الباحثون في تحديد هذه الحاجة ووضوحها في مسميات

كثيرة منها :

✓ الحاجة إلى الجماعة.

✓ الحاجة إلى السند.

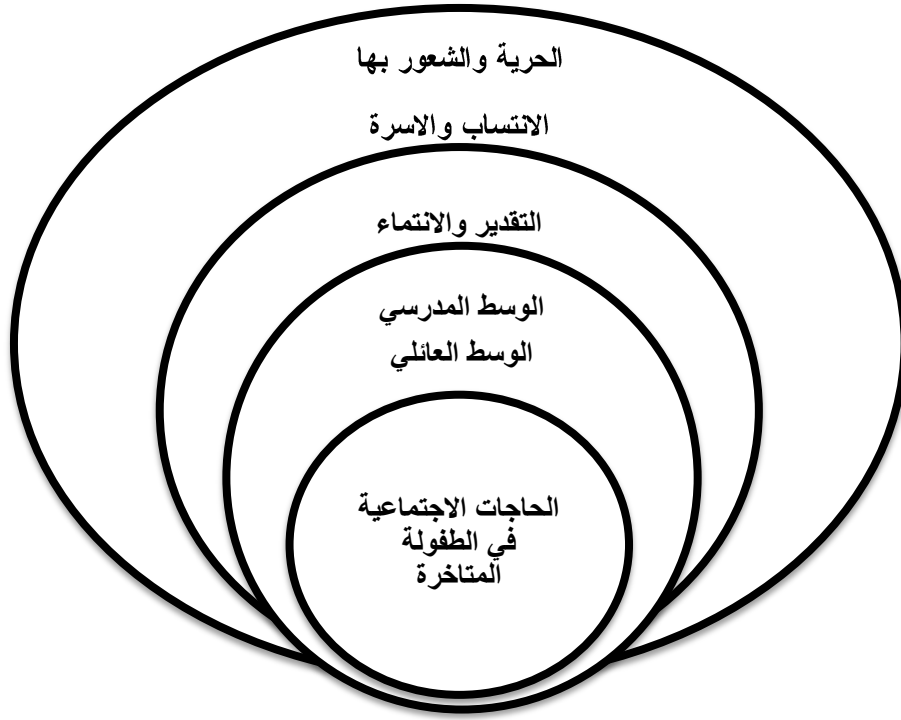
ومع هذا فهم متفقون على أنها من الحاجات الأساسية التي تدفع الإنسان إلى الارتباط بجماعة يحبها وتحبه، ويجد عندها الأمن والتقدير والمكانة الاجتماعية.

- الحاجة للانتساب والأسرة :

أكبر أمنية للطفل أن يكون منتسبا للأسرة يعمها الإخاء والحنان، فالأسرة هي التي ترعى الطفل وهذه الرعاية لاغنا عنها، فالطفل الذي يفتقد لحنن العائلة سواء كان أبواه مجهولين أو متوفين فإنه يصاب بالإحباط والانفعالات الشديدة لأنفه الأسباب ، وذلك راجع لوضعيته المزرية . (فاطمة الزهراء مشتاوي، 1999، ص228)

- الحاجة إلى الحرية والشعور بها :

تبرز هذه الحاجة في رغبة الطفل في حرية الكلام والحركة والتفكير والتغيير، فالطفل بحاجة إلى تحمل بعض المسؤوليات كاملة، كما يحتاج إلى الحرية ووجهة نظر خاصة.



شكل رقم (03) الحاجات الاجتماعية في الطفولة المتأخرة (إعداد الباحثة)

5- اضطرابات الطفولة المتأخرة :

❖ الاضطرابات السلوكية: تتمثل فيما يلي:

- ✓ التوتر والخل وال خوف والحساسية المفرطة.
- ✓ الانسحاب والميل إلى العزلة.
- ✓ الاستثارة والحركات المفرطة.
- ✓ عدم القدرة على الانتباه، مثل صعوبة التركيز انتباهه واستمراره والاحتفاظ به والتناسق الحركي.
- ✓ العدوانية: يظهر على الطفل السلوك العدواني الذي يكون غير مرغوب اجتماعيا.

(السيد إبراهيم السمادوني، بدون سنة، ص163)

❖ الاضطرابات الاجتماعية :

- ✓ أسبابها عديدة منها: صحية، عقلية، نفسية، اجتماعية، ومنها ما يرجع للمدرسة، وما يرجع للظروف الاقتصادية للأسرة، التي تؤدي إلى فشل مدرسي لعدم توفر الشروط الأساسية للدراسة الحسنة أو لعدم المبالاة بالنتائج الدراسية للطفل.
- ✓ عدم الاستقرار الاجتماعي من الأسباب التي تدفع الطفل لهذا التوتر منها: البيئة الأسرية المضطربة، مثل الشجار الدائم داخل الأسرة، طلاق الوالدين، انفصال الطفل عن والديه، غياب أحدهم أو كلاهم، أسلوب التربية الخاطئة الذي يتمثل في التفرقة بين الإخوة . (كامل الفرخ شعبان، 1990، ص 173)

❖ الاضطرابات النفسية :

- ✓ الإرهاق : يحدث عند مطالبة الطفل بالقيام ما يفوق قدراته العقلية والبدنية.
- ✓ الإحباط والاكنتئاب : يحدثان لعدم توفير الحاجات المادية والنفسية .
- ✓ الغيرة: وذلك بسبب قدرته على التميز بين أقرانه من حيث الذكاء أو نظرا لتفرقة بين أطفال الأسرة الواحدة وتفضيل أحد الإخوة على الآخر، كما يمكن أن تظهر لمتنع غيره بالمزايا المراكز الاجتماعية .
- ✓ الخوف : وذلك لعدم الشعور بالأمن والطمأنينة في الوسط الذي يعيش فيه.
- ✓ الكذب : لجذب انتباه الآخرين والرغبة في تأكيد وإثبات قيمته.
- ✓ الإحساس بالنقص أو الدونية والانسحاب. (السيد إبراهيم السمادوني، بدون سنة، ص 162)

6-حقوق الطفولة 1989: منذ متى هذه الحقوق متواجدة؟

- إلى حين العصور الحديثة كان يعتبر الطفل ملكية خاصة لوالديه خاصة الأب اللذان كانا يقرران مصيره، تعليمه وعمله. وما كان للطفل إلا الحق في الطاعة.
- ✓ بعد التصنيع وجعل التعليم إلزامي، بدأ المجتمع البرجوازي يفرق بين عالم الأطفال وعالم الراشدين

✓ مع ظهور حقوق الإنسان أثناء الثورات في أمريكا وفرنسا في أواخر القرن 18، بدأ الناس يفكرون في حقوق الطفل.

✓ كان عمل الأطفال الصغار في انكلترا ممنوعا في بداية القرن 19. في نهاية هذا القرن ألمانيا تحذر سوء المعاملة أو الإهمال والولايات المتحدة تنشأ محاكم الأحداث.

القرن 20: أعلن أنه قرن الطفل من قبل المربية "إلين كاي" وهو يعتبر من أهم العصور فيما يخص حقوق الطفل.

1913: إنشاء الرابطة الدولية لحماية الطفل.

1919: إنشاء لجنة حماية الطفل من طرف عصبة الأمم في جنيف.

1923: السيدة Eglantyne جيب دونت إعلان عالمي لحقوق الطفل "ميثاق للطفولة" والذي أصبح الميثاق الأساسي للجمعية الدولية لإغاثة الطفل وهي التي أسستها. الميثاق المعتمد في 23 ماي 1923 من قبل اللجنة التوجيهية "للجمعية الدولية لإغاثة الطفل" يعلن في خمس نقاط المبادئ الأساسية لحماية الطفل.

1924: في 24 سبتمبر عصبة الأمم اعتمدت هذا الإعلان والمسمى "إعلان جنيف".

1945: إنشاء الأمم المتحدة.

1946: استأنفت الأمم المتحدة إعلان جنيف وأنشأت منظمة الأمم المتحدة للطفولة "اليونيسف"، من أهدافها تشجيع "احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية للجميع".

1948: اعتماد الأمم المتحدة للإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والذي ينص في مادته 25 على أن "الأمومة والطفولة لها الحق في رعاية خاصة".

1959: الأمم المتحدة تتبنى بالإجماع 78 دولة عضو للمنظمة "إعلان حقوق الطفل". وهو يتعلق بإعلان مبدئي في عشر نقاط في إطار أخلاقي وغير ملزم للدول، بل هو الاعتراف الحقيقي لحقوق الطفل. ومنذ ذلك الحين كل عام تحتفل الأمم المتحدة بـ 20 نوفمبر يوم حقوق الطفل.

1966: الأمم المتحدة تعتمد العهدين (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية)، و (العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية) التي تجسد الإعلان العالمي- وتشمل القواعد المتعلقة بحماية الطفل.

❖ مبادرة بلونية لإنشاء اتفاقية حقوق الطفل.

1978: اقترحت بلونيا على الأمم المتحدة مشروع اتفاقية لحقوق الطفل.

الطريقة التي اتخذتها الحكومة البولونية أخذت بعين الاعتبار إشغاليين: منحة الأطفال في هذا البلد بعد الحرب العالمية الثانية والاعتراف عمل الدكتور **KORCZAK** الذي كان أول من أكد على الحقوق الخاصة للأطفال سنة 1920 وطلب من عصبة الأمم ميثاق يحدد هذه الحقوق، كتبه الملك ماتياس 1 في عام 1923، وحق الأطفال في الاحترام 1929، هذا ما ساعده في تطوير تجربته وأفكاره كطبيب أطفال.

1979: السنة الدولية للطفل، فكرة الحكومة البولونية لدمج مبادئ إعلان حقوق الطفل في نص ملزم (على الدول الموقعة) في مجال حقوق الإنسان يثير مشروع اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الطفل. لجنة حقوق الإنسان للأمم المتحدة قامت بتشكيل فريق مخصص لإعداد اتفاقية.

1983: العديد من المنظمات الغير حكومية انضمت معا للمساهمة في أعمال الفريق التابع للأمم المتحدة. الأمانة الدائمة مقرها كائن في جنيف، المسيرة من طرف الدفاع عن حقوق الأطفال الدولية (DEI)

❖ اتفاقية مقبولة من قبل جميع البلدان باستثناء الصومال والولايات المتحدة.

1989: قدم الفريق العامل مشروع الاتفاقية النهائي إلى لجنة حقوق الإنسان.

في 20 نوفمبر اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة بالإجماع الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل، التي تلزم الدول المصادقة عليها أن تحترم المواد 54 التي تتناول حق الطفل في التعليم، والأسرة، والتعليم الديني، والصحة، والترفيه والسلامة والضمان الاجتماعي والحماية من الاستغلال الاقتصادي

والجنسي هناك حقوق خاصة بالأحداث المتابعين قضائيا فضلا عن الحماية ضد التجنيد اقل من 15 سنة في القوات المسلحة. لأغراض هذه الاتفاقية، يعني الطفل كل إنسان لم يتجاوز سن 18.

1990: في 26 جانفي، وقعت 60 دولة على النص.

في 3 أوت، 20 دولة صادقت على الاتفاقية.

في 2 سبتمبر، دخلت الاتفاقية حيز التنفيذ: لها قوة قانونية في البلدان الموقعة.

وقد صادقت عليها جميع البلدان 191 ما عدا الصومال والولايات المتحدة.

و الجزائر قد صادقت عليها عام 1992

بناء على مبادرة من اليونسيف، خلال انعقاد مؤتمر القمة العالمي من اجل الطفل في نيويورك، 71 من رؤساء الدول والحكومات اعتمدوا إعلان وخطة العمل التي تعطي الأولوية لتحسين حالة الأطفال في جميع أنحاء العالم.

1999: 20 نوفمبر: الذكرى 10 لاعتماد الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة.

2000: 11 جويلية: اعتمدت منظمة الوحدة الإفريقية (الاتحاد الإفريقي اليوم) والميثاق الإفريقي لحقوق ورفاهية الطفل.

2000: في ماي: جاء في البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن اشترك القاصرين في النزاعات المسلحة قد صودق عليها، ودخلت حيز التنفيذ في عام 2002. ويحذر مشاركة القاصرين في النزاعات المسلحة.

2010: في سبتمبر: الذكرى العشرون لتطبيق الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة. (مركز الإعلام والتوثيق لحقوق الطفل، 2011، ص6)

ثانيا: الاعتداء الجنسي على الطفل:

1 تعريف الاعتداء الجنسي على الطفل وأشكاله:

هو اشتراك الطفل في أنشطة جنسية لا يستطيع فهمها بعد، لا تتناسب مع سنه ونموه النفسي والجنسي، يخضع لها مكرها بواسطة العنف أو الإغواء، كما أنها لا تحترم الطابوهات الاجتماعية، ويستعمل الطفل في أنشطة جنسية من أجل إشباع الرغبات الجنسية لشخص (راشد أو قاصر هو الآخر) يثق به أو أي شخص آخر في موقع قوة أو سلطة أو سيطرة عليه . (جمعية آمان، بدون سنة، ص10)

هو أي فعل جنسي موجه لطفل بواسطة شخص بالغ أو طفل أكبر، ذلك الطفل قد يكون تحسس الأعضاء الجنسية للطفل أو جعل الطفل يلمس الأعضاء الجنسية لرجل بالغ أو امرأة بالغة. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 170)، والأطفال الصغار خاصة من هم في سن العاشرة هم أكثر تعرضا للاعتداء الجنسي سواء كانوا ذكورا أو إناثا. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 172)

الاعتداء بالابن الصغير يعد جريمة بشعة بكل ما تعنيه الكلمة، بل تعد أكثر شناعة وفضاعة حينما يتم استغلال الابن البريء، لأنه انتهاك للمبادئ وكسر لكل القواعد الأخلاقية التي تعارف عليها البشر، فالذئب البشري يستغل سذاجة الابن وينفذ من خلال الثقة البريئة التي يتعامل بموجبها مع الغير، لكي يشبع رغباته القذرة ويرضي نزواته الوحشية، إنه عدوان على أبسط حقوق الابن الذي مازال يتفتح على الدنيا. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 22)

الاعتداء الجنسي بالابن هو قتل مع سبق الإصرار والترصد للنبيل والشفافية والطهر والصفاء وقبلها قتل للإنسانية الصغيرة التي لم تدرك الحياة بعد. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 23)

التحرش الجنسي كل إثارة يتعرض لها الابن عن عمد، وذلك عبر عدة ممارسات . (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 37) أهمها:

- ✓ كشف الأعضاء التناسلية.
- ✓ إزالة الملابس والثياب عن الابن.
- ✓ ملامسة أو ملاطفة جسدية خاصة.
- ✓ التلصص على طفل.

- ✓ تعريضه للمشاهد الفاضحة أو الصور الجنسية أو العارية، أو أفلام إباحية.
- ✓ أعمال شائنة، غير أخلاقية كإجباره على التلفظ بألفاظ فاضحة.
- ✓ اغتصابه بشكل مباشر في صورته المعروفة، الطبيعي منها والشاذ.
- ✓ تعمد ملامسة أعضائه التناسلية.
- ✓ حثه على لمس أعضاء شخص آخر.
- ✓ تعليمه عادات سيئة كالاستمناء مثلاً.
- ✓ حمله على ملامسة المتحرش جنسيا ووضعها بشكل متعمد على الأعضاء التناسلية لإثارتها.

خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 74)

يمثل الاعتداء الجنسي جميع الأفعال الجنسية التي تمارس على الطفل بالقوة أو الإكراه أو التهديد أو المباغلة، وإلى جانب القوة البدنية يمكن أن يلجأ المعتدي إلى أسلوب الترهيب النفسي أو الابتزاز أو غيرها من أنواع التهديد. (جمعية أمان، 2012، ص 8)

هو كل استغلال أو استخدام أو إقناع أو إغراء أو استمالة أو إكراه لأي طفل على المشاركة أو مساعدة أي شخص آخر على المشاركة في أي سلوك جنسي صريح أو التظاهر بسلوك من هذا النوع لهدف تصويره والاعتصاب أو التحرش أو البغاء أو أي شكل من أشكال الاستغلال الجنسي للطفل وممارسة سفاح القربى مع الأطفال. (جنان. أسطا، 2008، ص 11)

من خلال هذا التعريف نستخلص أن الاعتداء الجنسي يمكن أن يكون:

- ✓ جسدي: (اللمس، المداعبة، التقبيل، التحرش، الاعتصاب)
 - ✓ بصري: (عرض الأعضاء التناسلية، إظهار ممارسات جنسية، عرض أفلام أو صور إباحية تظهر أفعالاً جنسية).
 - ✓ شفهي: (مخاطبة الطفل بطريقة جنسية أو بكلمات ذات طابع إحياءات ومدلولات جنسية).
- فيما يلي سنتطرق إلى أشكال الاعتداء: يتخذ الاعتداء الجنسي أشكالاً مختلفة ويمكن أن نميز ما يلي:

❖ الاعتداء عبر اتصال مباشر بين المعتدي والطفل:

أمثلة:

✓ يقوم المعتدي بلمس الأعضاء الجنسية للطفل (ملامسة جنسية) أو يقوم المعتدي بمداعبة الأعضاء الحميمة للطفل (الصدر، الفخذان، الأعضاء الجنسية...) أو يغتصب المعتدي الطفل أو يحاول اغتصابه.

❖ الاعتداء بدون اتصال مباشر بين المعتدي والطفل:

أمثلة:

✓ يجد المعتدي لذة في إظهار أعضائه التناسلية للطفل (الإستعرائية).

✓ يجد المعتدي لذة في مشاهدة الطفل أثناء استحمام هذا الأخير (البصبة أو التلصص).

✓ يقوم المعتدي بإجبار الطفل على مشاهدة عمليات الاستمناء.

✓ يقوم المعتدي بإجبار الطفل على رؤية مشاهد إباحية.

✓ يكره المعتدي الطفل على إقامة علاقات جنسية، مع شخص آخر ويقوم بمشاهدة أو بتصوير تلك الأفعال (جمعية آمان، بدون سنة، ص 11).

بإمكان المعتدي أن يستغل سلطته التي يعطيها له منصبه ليمارس ضغوطا متكررة على الطفل والحصول على تحرش جنسي ويمكن أن يتضمن شكل الاعتداء الجنسي هذا النظرات، العبارات، الإشارات والإيماءات الجنسية والنكت... (جمعية آمان، بدون سنة، ص 11).

غالبا ما يتم الاعتداء على الأطفال عن طريق شخص بالغ، يعرفونه ، ولديه سلطة عليهم، وغالبا ما يجعل الطفل (الضحية) يتعلق به عن طريق الرشوة أو حيل لإجبار الطفل على الاشتراك في العملية الجنسية، أو قد يكون المعتدي قد أقنع الطفل إما بالتهديد أو الإرهاب أو الرشوة بعدم إجبار أحد بما يحدث.

قد تكون أول عبارات الطفل عن الاعتداء مبهمة وغير واضحة وقد يشير فقط إلى ما يحدث، كما قد يحدث أن يخبروا أصدقائهم والذين يخبرون بدورهم أحد البالغين أو بعد مشاهدة برنامج يتناول السلامة من ذلك الموضوع. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص170)

أكثر أنواع الاعتداء الجنسية تحدث للأطفال تكون من شخص تثق فيه الأسرة أو من الأصدقاء أو ممن يقدمون الرعاية للأطفال. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص171)

2 مراحل الاعتداء:



شكل رقم (04) مأخوذ من (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 77)

عادة ما يتم التمهيد لعملية الاعتداء عبر وسائل بسيطة جدا ينخدع خلالها الابن بكل سهولة ويسر، وينساق إلى مصيره المظلم دون وعي بما يدور حوله من مؤامرة دنيئة قذرة تحاك حول طفولته، فعادة ما تكون طريقة استدراج الطفل إما عن طريق التودد أو الترغيب من خلال استخدام الرشوة، والملاطفة وتقديم الهدايا، أو عن طريق التهديد والتخويف من إفشاء السر أو الكشف عن الاعتداء، وذلك عن طريق الضرب، التهديد بالتوقف عن منح أشياء للطفل اعتاد عليها كالخروج للنزهة أو شراء حلويات.

تقع المصيبة الكبرى عندما يصدر الاعتداء من أحد أفراد العائلة كالأخ أو أبناء العم أو أي قريب آخر لأن الإبن يسهل اصطياده عدة مرات وبشكل لا يدعو إلى الارتياح أو الشك في الأمر من الوهلة الأولى. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص76)

هناك 4 مراحل أساسية يتم بها استدراج الإبن حتى يقع الاعتداء به:

2 1 - الاختلاء بالابن:

لتحقيق هذه الخلوة عادة ما يغري المعتدي الابن بدعوته إلى ممارسة نشاط معين كالمشاركة في لعبة مثلا، فمعظم المعتدين جنسيا على الأبناء هم أشخاص ذوو صلة بهم ، وحتى في حالات الاعتداء الجنسي من أجنبان فان المعتدي عادة ما يسعى إلى إنشاء صلة بأب الطفل أو أحد ذويه قبل أن يعرض الاعتداء بالابن أو مرافقته إلى مكان ظاهره بريء للغاية كساحة اللعب. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 78)

تبدأ محاولات الاعتداء عادة بمداعبة المعتدي للطفل بعد ضمان الاختلاء به دون وعي الآباء بما يجري مع ابنهم في تلك اللحظة، أو أن يطلب منه أن يلمس أعضاءه الخاصة بصورة غير مباشرة، محاولا إقناعه بأن الأمر مجرد لعبة مسلية، وأنهما سيشتريان بعض الحلوى حينما تنتهي اللعبة أو إغراء الطفل بشيء يستهويه، وفيما يخص الطريقة التي تعتمد على العنف والتهديد يقوم المعتدي بتهديد الابن بفضحه أو ضربه أو أحد أفراد أسرته ما لم يستجيب لنزواته ورغباته، ومن هنا يستجيب الابن تحت ضغط هذا التهديد، ويضل الأمر سرا يحتفظ به الإبن. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 77)

2 2 - التهديد والإجبار:

الخطر في الأمر هو أن هذا الاعتداء يتم بسرية كاملة حيث يلجأ المعتدي بإقناع أو ترهيب الإبن بضرورة إخفاء الموضوع وعدم الكشف عنه، ونادرا ما يستخدم المعتدي القوة مع الطفل خوفا من ترك آثار على جسمه، الأمر الذي يثير شكوكا حول ذلك، وهو في الغالب يلجأ إلى ذلك خوفا من افتضاح أمره.

2 3 - استمرار السرية:

المحافظة على السر هو أمر بالغ الأهمية بالنسبة للمعتدي، لتجنب العواقب من جهة ولضمان استمرار السطوة على ضحيته من جهة أخرى ، فكلما ضل السر في طي الكتمان، كلما أمكنه مواصلة سلوكه المنحرف إزاء الطفل، ولأن المعتدي يعلم أن سلوكه مخالف للقانون فإنه يبذل كل ما بوسعه لإقناع الطفل بالعواقب الوخيمة التي ستقع إذا انكشف السر، وقد يستخدم المعتدون الأكثر عنفا تهديدات شخصية ضد الطفل أو يهددونه بإلحاق الضرر بمن يحب كأخيه أو أخته أو أمه.

2 4 حبت المعاناة:

الإبن عادة يحتفظ بالسر دفينا في داخله إلا حين يبلغ الحيرة والألم درجة لا يطيق احتمالها ، أو إذا انكشف السر لا عمدا، والكثير من الأبناء لا يفشون السر طيلة حياتهم أو بعد سنين طويلة جدا بل إن التجربة بالنسبة لبعضهم تبلغ من الخزي والألم درجة تدفع الابن إلى نسيانها في اللاشعور ، ولا تتكشف المشكلة إلا بعد أعوام طويلة عندما يكبر الابن المعتدي عليه ، ويكتشف طبيبه النفسي مثلا إن تلك التجارب الطفولية الأليمة هي أصل المشاكل النفسية العديدة التي يعانيها في كبره. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص78)

حسب (Doyle1994) عملية الإساءة الجنسية للطفل تحدث من خلال عدة مراحل هي:

❖ الرعب المتجمد (Frozen fright):

هذه المرحلة تحدث في بداية عملية الإساءة الجنسية حيث يكون الرعب والخوف متجمدا لدى الطفل، ويشعر الطفل بالعجز واليأس وانعدام القوة والحيلة خلال هذه المرحلة ، لهذا فإن الطفل لا يستطيع أن يقاوم ومن ثم ينفذ ما يمليه عليه المعتدي فلا يستطيع حماية نفسه منه ، فالطفل هنا قبل أن يعاني حالة الخوف والرعب المتجمد قد يكون أمامه خيارات إما أن يهرب أو يخاف ، وإذا كانت استجابة الخوف والهروب معاقة لديه فإنه يلجأ إلى ميكانيزم الإنكار كوسيلة نفسية دفاعية لا شعورية تستخدم لخفض التوتر والخوف الناتج عن هذه الإساءة.

❖ الإنكار:

الأسلوب الدفاعي الذي يلجأ إليه الضحية بعد حدوث الإساءة الجنسية له، حيث يرفض الاعتراف بالإساءة وينكرها على المدى القصير ، يكون وسيلة فعالة ومفيدة ضد هذه الخبرة الجنسية

المؤلمة التي تعرض لها الطفل ، فهو يستهدف حماية و وقاية الطفل الضحية من الأذى الذي يأتيه من الداخل نتيجة لشعوره بالذنب ، ومن الأذى الذي قد يأتيه من الخارج من أفراد المجتمع إذا وجهوا اللوم على الطفل .

❖ الخوف والغضب:

خلال هذه المرحلة لم يستمر الإنكار طويلا ، بل يحل محله الخوف والغضب والهيّاج والحدق والاستياء، حيث ينتاب الضحية حالة من الخوف لأنه يدرك خطر هذه الإساءة ، و يخاف أيضا لأنه يدرك أنه ارتكب خطأ وأن أسرته سوف تنبذه و تطرده من المنزل إذا ما كشف عن هذه الإساءة، من جهة أخرى يكون الأطفال خائفين من المعتدي وكذلك من تهديداته ضدهم و ضد أسرهم ، وبالتالي فإن الخوف الذي يشعر به الطفل الضحية قد يجعله خاضعا لسيطرة المعتدي ، وهذا بدوره يساعد على استمرارية الإساءة وبالتالي فإن مشاعر الخوف والغضب التي تعتري الضحية قد يتم إسقاطها على الناس الآخرين الذين يحاولون حمايته من الإساءة أو الذين يحاولون خلق آمان انفعالي للطفل.

❖ الرباط الإيجابي:

لا شك أن الرغبة في العيش على قيد الحياة عامة تؤدي بالناس إلى إعادة الأمل والبحث عن أساليب تدعمها وتساندها وهنا يؤكد **دويلي (Doyle)** على هذا من خلال الإشارة إلى أن الإسقاط الخارجي لمشاعر الخوف والغضب لدى الضحية قد يربط بين الضحية المعتدي في رباط عام وغالبا يكون هذا الرباط إيجابيا إذ أن الضحية عادة تحاول إقناع نفسها أن المعتدي لم يكن سيئا كما هو ظاهر، حيث أن المعتدي في كل وقت يظهر سلوك المودة و الحب نحو الضحية مثل: شراء هدايا للضحية، وترى الضحية في ذلك أن هذا يدل على عطف المعتدي وحنانه وعلى أنه شخص جيد.

وطبقا لرأي **دويلي (Doyle)** فإن هذا يعد جزء من عملية التهيئة و الترويض.

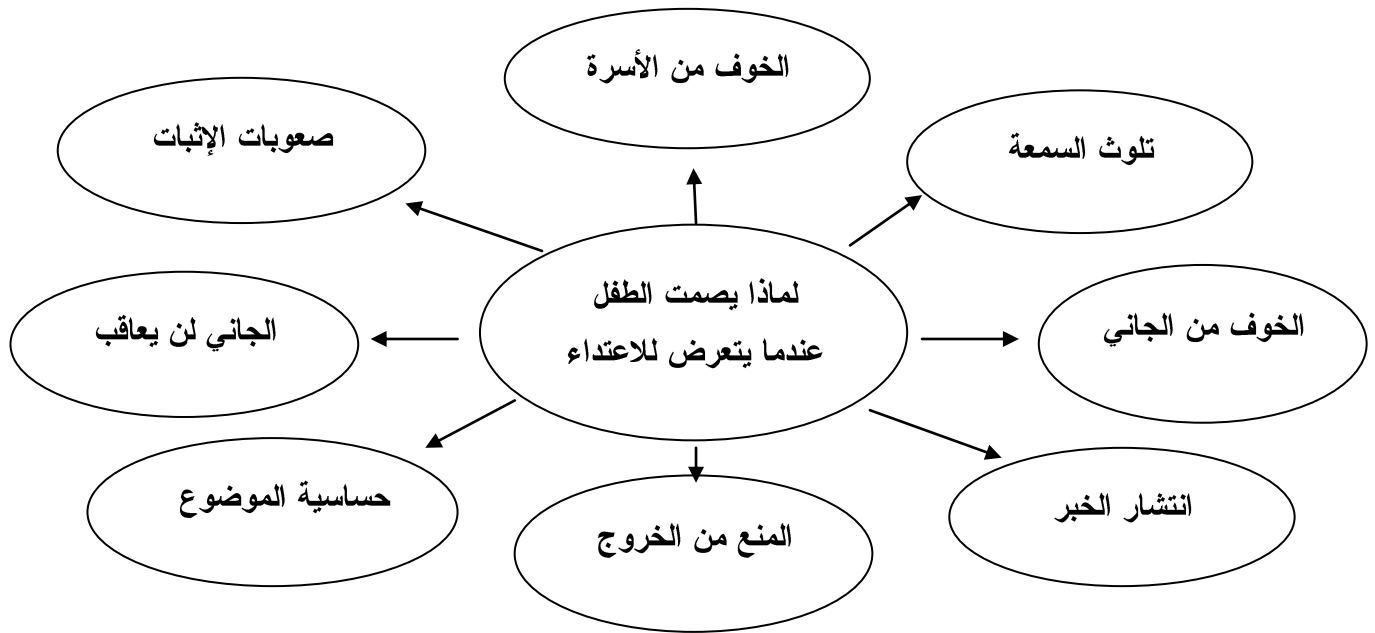
❖ الاكتئاب واليأس:

خلال هذه المرحلة يتم توجيه الغضب الذي تشعر به الضحية نحو الذات بدلا من توجيهه نحو الآخرين، كما كان من قبل ومن ثم يشعر بالاكتئاب واليأس ويشعر بلوم الذات عن الإساءة ، ولعل مما يزيد من شعور هؤلاء الأطفال الضحايا بالاكتئاب اعتقادهم أن كل واحد من الأشخاص الآخرين

يعرفون عن هذه الإساءة وربما يشعرون بالاكنتاب أيضا من واقع حقيقة أنهم يدركون أنفسهم بوصفهم مختلفين عن الأطفال الآخرين بسبب هذه الإساءة الجنسية التي حدثت لهم.

❖ التقبل والاندماج:

في هذه المرحلة قد يدفع الاكنتاب واليأس بالطفل الضحية إلى أن يصل إلى مرحلة التقبل التي من خلالها يتقبل الإساءة وهذا التقبل يحرم الطفل من حقه في أن ينمو نموا انفعاليا سويا ويعاني الكثير من النتائج السلبية النفسية والسلوكية. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 195-197)



شكل رقم (05): سبب صمت الطفل عندما يعتدي عليه مأخوذ من (خليفة محمد المحرزي، 2010،

ص 82)

ومن الأسباب التي تجعل الطفل يصمت ما يلي:

1- الخوف:

- ✓ الخوف من المعتدي.
- ✓ الخوف من الأم والأب وردة فعلهم كأنه هو المذنب.
- ✓ الخوف من الاستهزاء به.
- ✓ الخوف من الاختلاف الذي صار بحياته.
- ✓ الخوف من وجود مشاكل جديدة لو تكلم.
- ✓ الخوف من فقد من يحبهم.

2 الحزن:

- ✓ الحزن على شيء أخذ منه بالقوة.
- ✓ الحزن على فقدان طفولته.
- ✓ الحزن الخيانة من شخص كان يثق به.

3 تأنيب الضمير:

- ✓ لأنه وافق من البداية على الاستسلام.
- ✓ لأنه لم يستطع إيقاف ما حدث.
- ✓ لأنه حافظ على ما حدث سرا.

4 الإحساس بالعار:

- ✓ لأنه شارك في هذا السلوك.

لأنه ربما لازال يحب من اعتدى عليه لقربه من قلبه كالوالد مثلا. (خليفة محمد المحرزي،

2010، ص 84)

الاعتداء الجنسي على الإبن هي مشكلة مستترة، وهذا هو سبب الصعوبة في تقدير عدد الأشخاص الذين تعرضوا لشكل من أشكال الاعتداء الجنسي في طفولتهم ، فالأبناء والكبار على حد سواء يبدون الكثير من التردد في الإفادة بتعرضهم للاعتداء الجنسي ولأسباب عديدة قد يكون أهمها السرية التقليدية النابعة عن الشعور بالخزي الملازم عادة لمثل هذه التجارب الأليمة وانعكاسها على شخصيته في المجتمع ، ناهيك عن سبب آخر يزيد من ألمه وهو صلة النسب التي قد تربط المعتدي جنسيا بالطفل ومن ثم الرغبة في حمايته من الملاحقة القضائية أو الفضيحة التي قد تستتبع الإفادة بجرمه.

وأخيرا فان حقيقة كون معظم الضحايا صغارا ومعتمدين على ذويهم ماديا تلعب دورا كبيرا أيضا في السرية التي تكتنف هذه المشكلة ، ويعتقد معظم الخبراء أن الاعتداء الجنسي هو أقل أنواع الاعتداء انكشافا بسبب السرية أو مؤامرة الصمت التي تغلب على هذا النوع من القضايا . (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 83)

عندما يتعرض الطفل لحدث أو أحداث تسبب له صدمات نفسية، فإنه ينسحب من الحياة العامة التي يعيشها الأطفال ممن هم في مثل سنه، ويشعر ب أن ليس لديه أي رغبة في خوض أي تجربة حياتية جديدة، ويكتفي بالانطواء على نفسه وبالمخاوف الشديدة من الع الم الخارجي، هذا ما يجعله طفل منطوي، خائف يخشى الاختلاط حتى بمن هم في مثل سنه من الأطفال، ويشعر بلأن الحياة خارج المنزل مهددة بالنسبة له مما يجعله لا يكتسب خبرات جديدة في حياته.

الطفل الذي يمر بصدمات نفسية قد تحدث لديه اضطرابات في الإحساس خاصة الشعور بالزمن والرؤيا، فلا يعرف الأوقات مثل هل هو بالنهار أم بالليل ولا يميز الأوقات بشكل صحيح ، وقد تضطرب لديه حاسة البصر ك أن يرى أشياء بصورة غير ما هي عليه أو بصورة مخيفة بينما هي ليست كذلك. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 139)

إن الأطفال الذين يمرون بصدمات نفسية قد يعانون بشكل كبير من اضطراب الاكتئاب وكذلك اضطرابات القلق المتعددة، والتي تقود إلى ضعف التركيز عندهم، هذا ما يؤدي إلى تدهور قدراتهم في المدرسة، الشيء الذي يجعلهم لا يستوعبون الدروس ولا يستطيعون النجاح في الدراسة. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 140)

إن ردات الفعل تختلف حسب عمر الطفل، فالأطفال الذين يتجاوز أعمارهم الخمس سنوات ربما لا يستطيعون الحديث وصف الحادث، أو الأحداث بطريقة دقيقة، ولكن قد لا يستطيع تذكر الزمن بدقة، نظرا للتشويش الذي يحدثه الحدث في نفسية الطفل.

الأطفال الصغار الذين تقل أعمارهم عن الأربع سنوات قد لا يستطيعون الحديث عن الحدث المؤلم وكذلك لا يستطيعون الكلام عنه، ولكنهم قد يستطيعون التعبير عن هذه الأحداث باللعب أو بالأحلام اليقظة أو بالتذكر غير المباشر لهذه الأحداث، و بذلك يمكنهم التعبير عن هذه الأحداث بطريقة غير مباشرة. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 150)

3- أعراض مؤشرات وعلامات الاعتداء الجنسي على الطفل:

الطفل ضحية الاعتداء الجنسي لا يتحدث دائما عما حدث له، نظرا لصعوبة البوح وسرد ما حدث بسبب الشعور بالعار أو الخوف من رد فعل الأسرة، ولكنه يبحث إشارات، عبارات عن إنذارات بأن شيئا ما ليس على ما يرام، وتقابل تلك الإشارات سلوكيات لا يجب أن تصدر عن طفل في سنه، أو تغيرا في سلوكه المعتاد. من بين المؤشرات نجد:

3-1- مؤشرات سلوكية:

- ✓ العدوانية المفرطة، حيث يتعارك الطفل مع زملائه على عكس عاداته.
- ✓ سلوك تدميري حيث يلحق الطفل الأذى بذاته.
- ✓ الإنعزال على مستوى العلاقات والتواصل (الطفل لا يشارك في أنشطة التسلية ولا يربط علاقات مع غيره من الأطفال)
- ✓ الطفل يتوفر على مبالغ مالية كبيرة بانتظام (جمعية أمان، بدون سنة، ص22)

3 2 مؤشرات نفسية:

- ✓ الطفل يعاني من الذعر.
- ✓ انزعاج وخوف أو رفض الذهاب إلى مكان معين أو البقاء رفقة شخص وبعينه.
- ✓ الشكوى من بعض الآلام (آلام في البطن) مع عدم إمكانية تفسيرها طبيا.

- ✓ مص الأصابع بعد أن توقف عن ذلك.
- ✓ معاودة التبول في الفراش.
- ✓ تغير مفاجئ في شخصية الطفل.
- ✓ اضطرابات في النوم، قلق، أرق، كوابيس. (جمعية أمان، بدون سنة، ص23).
- ✓ تدهور مفاجئ في سلوكياته أو مستواه الدراسي.
- ✓ صعوبة في التركيز والتعامل، لا تفسرها أي حالة جسدية أو مشكلة صحية يمر بها.
- ✓ دائما مترقب وحذر كأنه يتوقع حدوث شيء.
- ✓ يمثل للأوامر بصورة مبالغ فيها، وغير متفاعل.
- ✓ يحب الذهاب مبكرا للمدرسة، ويظل لفترة طويلة ولا يبدو عليه الرغبة في العودة للبيت (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص179).
- ✓ تأرجح حالته المزاجية.
- ✓ البكاء العنيف.
- ✓ رؤية كوابيس مزعجة تجعله يخاف من النوم في السرير.
- ✓ يقوم بسلوكات جنسية غير لائقة، سواء بيده أو بأعضائه الحساسة.
- ✓ يهتم اهتمام غير عادي بالأمور الجنسية ويتحدث عنها باستمرار.
- ✓ يظهر حركات عاطفية مفاجئة أو عنيفة كأن يقوم بتقبيلك على حين عزة أو يكشف عن أعضائه الحساسة.
- ✓ يتصرف كأنه أصغر من سنه.
- ✓ يطلب أشياء لا تتناسب مع من هم في عمره.
- ✓ يمتلكه الخوف من أشخاص محددين، وأماكن معينة ومن القيام بأنشطة بعينها ليس لها تفسير. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص177).

عادة الاعتداء الجنسي على الطفل يبدأ تدريجياً، ويزداد معدله مع الوقت ونادراً ما يستخدم العنف مع الطفل، وغالباً يطلب المعتدي من الطفل طاعته وعدم مناقشته الأمر ، لذلك يمارس الاعتداء عادة على أكثر الأطفال طاعة، ولا تظهر آثار جسدية لهذا العدوان إلا نادراً، ولكن يمكن اكتشاف الاعتداء من الشكوى من أعراض جسمانية غير مبررة، أو آلام بدون سبب في الأماكن الجنسية والشرح وكثرة البكاء، والشعور بالخوف وعدم الرغبة في رؤية أشخاص معينين وأماكن معينة وحوادث اضطرابات في النوم، وأحياناً شكوى من الصداع إلى جانب الانسحاب بعيداً عن الأسرة والأصدقاء والأنشطة، والميل لإيذاء الذات والعدوانية والاندفاع، وفي بعض الأحيان قد يصل الأمر إلى ممارسة هؤلاء الأطفال الجنس مع أطفال آخرين بالقوة، أو يتحدثون عن الجنس ويمارسونه أمام الأسرة (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص174).

3-3- مؤشرات تظهر أثناء التشخيص:

- ✓ صعوبات في المشي والجلوس.
- ✓ رفض الذهاب إلى صالة الألعاب أو المشاركة في أي نشاط جسدي.
- ✓ يعترف بوجود اعتداء جنسي بواسطة أحد الكبار أو أحد الوالدين.
- ✓ تغير كامل في الشهية.
- ✓ يظهر معرفة جنسية لغوية أو سلوكية غريبة، معقدة غير معتادة في سنه.
- ✓ الحمل أو الإصابة بمرض جنسي عند البنات أقل من 14 سنة.
- ✓ الهروب من المنزل.

3-4- مؤشرات على وجود عنف جسدي:

- ✓ علامات حروق غير مبررة، آثار عض، كدمات، كسور، عين سوداء.
- ✓ يقرر أن تلك الإصابات ناتجة عن ضرب الوالدين له (مرسلين حسين شعبان، 2013، ص180)

✓ وجود كدمات لا يعرف أصلها على أجزاء من الجسم عادة ما تكون مغطاة (جمعية أمان، بدون سنة، ص23)

✓ يكره وقت الذهاب للبيت ويخاف من ذكر سيرة الوالدين.

✓ يخاف من الكبار.

3-5- مؤشرات الإهمال عند الطفل:

✓ غالبا ما يتغيب عن المدرسة.

✓ يتسول أو يسرق نقود، حلوى، طعام من زملائه.

✓ يفقد الرعاية الصحية الواجبة مثل: تطعيمات، رعاية أسنان...

✓ غالبا ما يبدو قذرا ورائحته سيئة .

✓ لا تتناسب ملابس مع الطقس.

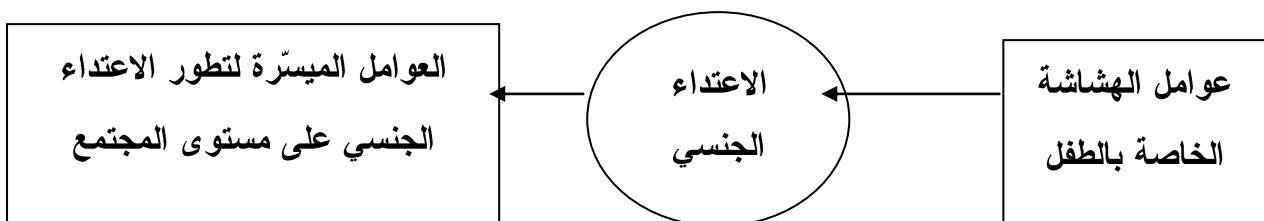
✓ قد يستعمل المخدرات عند بلوغه لتحقيق الاستثارة.

✓ يقرر أنه لا يوجد أحد بالمنزل يهتم به. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص183)

هذه المؤشرات أو العلامات أو الأعراض غالبا ما تجمع أكثر نوع فيما بينها وتظهر على الطفل الضحية، فإذا ظهرت هذه الأعراض أو بعضها، على الطفل فعلى الوالدين الإسراع بعلاجه النفسي وإزالة آثار الاعتداء في أسرع وقت.

4- الأسباب المؤدية إلى الوقوع في الإعتداء على الطفل:

لا يوجد سبب وحيد لهذه الظاهرة، فالأطفال يجدون أنفسهم في هذه الوضعيات جراء مجموعة من العوامل إذ يحدث الاعتداء الجنسي عندما تتضافر العوامل المساعدة للاعتداء الجنسي على مستوى المجتمع مع عوامل الهشاشة الخاصة بالطفل.



شكل رقم (06): عوامل الهشاشة عند الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي

4-1- عوامل الهشاشة المرتبطة بالطفل:

❖ إعاقة الطفل:

يمكن لهشاشة الطفل المرتبطة بحالات الإعاقة أو باضطراباته السلوكية أن تجعله عرضة للمعاملات السيئة وللاعتداء الجنسي على وجه الخصوص.

❖ تعرض الطفل لصدمة نفسية ناتجة عن اعتداءات جنسية:

الطفل ضحية اعتداء جنسي سابق وعانى من الصدمة الناجمة عن ذلك أكثر هشاشة، ويكون معرضاً عندئذ للاعتداء عليه من جديد.

❖ عدم استفادة الطفل من حماية مباشرة لأحد الأبوين:

يتعرض الطفل الذي لا يستفيد من حماية مباشرة لأحد الوالدين لخطر متزايد لأن يكون ضحية الاعتداء الجنسي، فعزلته تجعله أكثر عرضة من غيره للالتحاق بأطفال الشارع والسقوط ضحية الاعتداء.

❖ العيش في أسرة مفككة:

تتسبب وضعيات العنف الأسري وتخلي أحد الأبوين عن الأسرة والطلاق، ورفض الطفل من طرف الزوج الجديد في إضعاف التوازن النفسي والوجداني للطفل، وتجعله أكثر هشاشة أمام أي شكل من أشكال الاعتداء والاستغلال، كما أن الأبوين المدمنين على الكحول والمخدرات لا يوفران لأطفالهما إطاراً يشعرون فيه بالحماية وقد يسقط هؤلاء الأطفال ضحية لזنا المحارم أو يضطرون لمغادرة البيت ليجدوا أنفسهم مرغمين على ممارسة الجنس، كما يمكن أن يتعرض الأطفال المشتغلون كخدم والمتعلمون في ورشات حرفية مثلاً للاعتداء من طرف مسؤوليهم.

❖ قلة المعلومات والجهل بالحقوق:

الجهل بالقانون وبالقوق الأساسية للشخص يجعل الفرد ضعيفا في مواجهة أعمال العنف المختلفة، إذ كيف للطفل أن يقول "لا" ليس لك الحق أن تلحق بي الأذى (هذا الاعتداء) إن لم يكن واعيا أن بإمكانه التعبير عن آرائه بخصوص الموضوع، فالكثير من الأطفال والآباء أيضا لا يعرفون أن بعض الأطفال تشكل اعتداء على سلامتهم البدنية والمعنوية، مثلا: الأطفال لا يدركون أنهم يتعرضون لاعتداء في حالة الملامسات الجنسية (جمعية آمان، بدون سنة، ص18).

4 2 -العوامل المرتبطة بالمجتمع:

❖ السياق الاقتصادي (الفقر):

غالبا ما يعتبر الفقر سببا رئيسيا وعنصر هام للاعتداء الجنسي على الطفل، إذ تساهم الصعوبات الاقتصادية في إضعاف الطفل ودفعه إلى العمل كما يقلص من الفرص التي تمكن الآباء من توفير بيئة آمنة لأطفالهم، ومع ذلك فإن الفقر غير كاف بمفرده، إذ أنه يقترن دائما بعوامل أخرى تكون وراء ضعف الطفل.

❖ حالات الطوارئ:

تؤدي حالات الطوارئ (النزاعات المسلحة، الكوارث...) إلى تفكيك العادات التقليدية، وفقدان بنيات الدعم الاجتماعي وتشتت الأسر، ومن الممكن أن تنمو في هذا السياق علاقات سلطة غير متكافئة بين من يقدمون الدعم ومن يستفيدون منه، ويمكن أن يسقط الأطفال الذين يعيشون وضعية المعاناة والاحتياج وانعدام الحماية، ضحايا للمجرمين أو لأولئك الذين يفترض فيهم أنهم يقدمون لهم الإسعاف والدعم والحماية.

❖ ندرة تطبيق الإطار القانوني:

إن الشخص الذي يقيم علاقات جنسية مع طفل يقوم بذلك لأنه لا يخشى العقاب، فالمعتدون على الأطفال يغتزمون الفراغات القانونية للاعتداء على القاصرين دون التعرض للعقاب، وفي حالة توفر البلد على قوانين تحمي الأطفال فإنها تظل بدون جدوى إذا ما بقيت حبرا على ورق.

❖ تطور تقنيات الإعلام والاتصال:

- الأطفال والراشدين الذين يستعملون تكنولوجيات الإعلام والاتصال بدون مراقبة معرضون للخطر، وتضم أصناف الاعتداء الجنسي التي تنتج عن استعمال تكنولوجيا الإعلام والاتصال ما يلي:
- ✓ إنتاج وتوزيع واستعمال المواد التي تعرض الاعتداء الجنسي على الأطفال.
 - ✓ اصطیاد الأطفال عبر الإنترنت أو الإغواء (كسب ثقة الطفل بهدف جرّه إلى وضعية يتعرض فيه للاعتداء).
 - ✓ التعرض لأصناف من المواد يمكن أنه تحدث أضرارا نفسية أو بدنية لدى الطفل (جمعية آمان، بدون سنة، ص17).
- قد نستطيع تحديد المؤشرات التي تجعل الطفل يتعرض للاعتداء الجنسي، غير أنه لا يمكننا القول بأن عامل واحد مسؤول عن الاعتداء، فهذا ليس كاف لتبرير وضعية الاعتداء فكل العوامل تجتمع فيما بينها لتشكل الظاهرة.
- كما أنه لا يمكن القول بأن الطفل المنحدر من أسرة مفككة أو محيط محروم فيه سيصبح حتما ضحايا للاعتداء الجنسي، من جهة أخرى فإن هذه العوامل التي تم عرضها لا تشكل سوى عناصر للفهم وليس بالضرورة نموذج للتعرف على الطفل الضحية.
- إن العوامل الأولى لزيادة خطر التعرض للاعتداء الجنسي لدى الفتيات هي قلة الأصدقاء، غياب أو عدم توفر الأهل، وجود زوج للأم، ووجود نزاعات بين الأبوين (finkelhor 1986).
- من العوامل الأخرى: إعاقة جسدية أو عقلية، انفصال عن كلا الأبوين الطبيعيين، مرض عقلي، إدمان على المخدرات أو الكحول في العائلة، تعرض أحد الأبوين للاعتداء الجنسي أو جسدي في طفولته. عن (جنان أ. أسطا، 2008، ص13).
- هناك اعتقاد أن الضرر الذي يحدث من الاعتداء الجنسي على الطفل هو دائم مدى الحياة، لكن الحقيقة أن ببعض الإرشاد والمساندة يستطيع الطفل الذي تعرض للاعتداء أن يتعافى ويعيش حياة سعيدة متزنة ومليئة بالعلاقات الصحية الواثقة وهناك عدة عوامل قد تزيد من تأثير الطفل بالاعتداء منها:

أ - سن الطفل عند بداية الاعتداء الجنسي:

كلما كان الطفل صغيراً عند بداية الاعتداء عليه، كلما حمل معه ذكريات حسية أو جسدية للاعتداء، وغالباً لا يستطيع التعبير عنها ولا يوجد كلمات يعبر بها عن غضبه. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 185)

يلعب عمر الضحية عند الاعتداء دوراً مهماً، فمن المعلوم أن الاعتداء في مرحلة الطفولة يؤدي إلى آثار مؤذية، ويكون الضحية أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من ضحايا الاعتداءات التي تقع في سن الرشد (Burnam 1988). (جنان أسطا، 2008، ص 15)

هناك مفاهيم خاطئة مفادها أن الذكور يعانون صدمة أقل من الإناث جراء الاعتداء الجنسي ولكن الحقيقة أن الأطفال الذكور الضحايا يعانون نفس المشاعر التي تعانيها الإناث كالغضب والحزن وانخفاض تقدير الذات فكل من الذكور والإناث يتأثرون سلبياً بالاعتداء الجنسي.

فالصدمة التي يتعرض لها الأطفال في الطفولة المبكرة تسبب لهم أضرار وخسائر كبيرة لأن هؤلاء الأطفال الصغار لم يكن الجهاز العصبي المركزي والوظائف المعرفية لديهم قد نضجت تماماً وعلى الرغم من أن نمو الجهاز العصبي والنمو المعرفي لدى الطفل يكون محدوداً فإن دماغ الطفل يكون قادراً على تشفير وتخزين المعلومات الحسية القادمة إليه وهذه المعلومات التي لم يتم تخزينها تشكل جزءاً من ذاكرة الطفل فالتعرض للإساءة في الطفولة يؤدي إلى ظهور مشكلات نمائية خطيرة لدى الطفل. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 208)

ب - العلاقة بين المعتدي والطفل (هوية المعتدي):

كلما كانت درجة قرابة الطفل بالمعتدي كبيرة كلما كانت الأذية أكبر (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 185) علاقته بالضحية، فارق العمر، والاستراتيجيات المعتمدة (العنف، التهديد، الإغواء...)، وطول فترة إبقاء هوية المعتدي سرية. (جنان أسطا، 2008، ص 15)، فللاعتداء من شخص قريب أو معروف له تأثير شديد على الطفل، فالمعتدي قد يكون الأب أو العم أو الخال وعلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون أنواع الاعتداءات الشديدة يكون فيها المعتدي من أعضاء الأسرة أو من الناس المعروفين للطفل و بالتالي فإن مستوى الثقة لدى الطفل يتأثر سلبياً حيث أن الطفل يشعر بأن الشخص الذي يحبه

والذي هو موضع ثقة له أصبح غير جدير بالاحترام والقيمة والثقة فبدلاً من أن يعطيه الأمن والحماية يجد أن هذا المعتدي يؤذيه ومثل هذه الخبرة المؤلمة تجعل الطفل يعاني كثيراً من الاضطرابات والشعور بالذنب، وهذا يعني كلما كان المعتدي على الطفل تربطه به علاقة وثيقة فإن ذلك يجعل الطفل يتأثر بشكل أكبر فالإساءة عندما تصدر من الآباء يكون لها نتائج أكثر خطورة على الطفل عما لو صدرت من الغرباء، كما أن تزامن الإساءة الجنسية مع الإساءة الجسمية والنفسية من الوالدين أو أحدهما ينجم عنه نتائج خطيرة على البناء النفسي والاجتماعي للطفل. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 211)

ت مدة الاعتداء (وقت استمرار الاعتداء):

كلما طال أمد الاعتداء، كلما لام الطفل نفسه أكثر لاعتقاده أنه كان باستطاعته إيقافه، وكلما زادت مشاعر الذنب لديه. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 185)، ولا شك أن الطفل الذي تعرض للاعتداء لفترة طويلة من الزمن يعاني من نتائج اجتماعية و نفسية شديدة أي كلما تعرض الطفل للاعتداء لعدة شهور أو سنوات فإنه يعاني آثار ضارة و خطيرة وهذا قد يجعل الطفل يشعر بالعجز والسلبية و يجد صعوبة في المقاومة. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 208)

ث وجود عنف أثناء الاعتداء:

عندما يتضمن الاعتداء وجود عنف أو تهديد إن لم يتعاون الطفل مع المعتدي يكون الأذى النفسي أكبر (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 185)، فالإساءة الشديدة تحدث آثار وخيمة وضرراً كبيراً على الطفل سواء على الجانب النفسي أو الجسدي وغالباً ما يكون الاعتداء الجنسي مصحوباً بعدوان لفظي أو جسدي كما أن المناخ الانفعالي في الأسرة التي يعتدى فيها الطفل يحدد إلى حد كبير مدى تأثير الإساءة على الطفل، فالأسر ذات العلاقات السوية بين أفرادها يجد فيها الطفل المعتدى عليه الارتياح والدعم ليتعامل مع الصدمة مقارنة بالأسر ذات العلاقات المضطربة ، وكلما ارتفع مستوى تهديد المعتدي للضحية فإن ذلك يخلق لدى الطفل الضحية شعوراً بالقلق والخوف وهذه التهديدات تجعله لا يكشف عن الاعتداء إذا ما أراد أن يستمر في الشعور بالأمن و الحب ، فالضحية يخشى الكشف عن الاعتداء نتيجة لتهديد المعتدي والخوف من انتقامه ولذلك فالطفل الضحية يشعر بالسلبية والعجز ويستجيب للمعتدي خوفاً من تهديداته وعلى هذا فإن الطفل الضحية قد يلجأ إلى بعض

الأنماط السلوكية مثل الإنكار والخوف ، فالتهديد والتخويف والقوة التي يستخدمها المعتدي مع الضحية يكون لها نتائج خطيرة على الجوانب النفسية والاجتماعية والسلوكية للطفل. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 210) كما أن الظروف المحيطة بالاعتداء تؤثر في طريقة استجابة الطفل لها، لحدة الاعتداء وقساوته التي تنعكس من خلال طبيعتها وتيرتها، فقد أظهرت الدراسات أن الاعتداء الجنسي للطفل الأكثر انتهاكا مثل (الإيلاج) تقترن بأعراض نفسية وجسدية أكثر حدة (Bendixen 1994) ووضع صحي أكثر تدهورا من أشكال الاعتداء الأقل عنفا (Leserman 1997). عن (جنان أسطا، 2008، ص 15).

ج ردود فعل المحيط:

خاصة الطرف غير المعتدي من الوالدين (التزام الصمت، اللامبالاة أو إلقاء اللوم على الضحية) تؤثر بدورها وتؤدي إلى المزيد من العواقب. (جنان أسطا، 2008، ص 15) كما أن إيجاد الطفل من يكلمه عن الاعتداء ويحذره منه يكون ذلك أفضل كثيرا من طفل لا يجد من يكلمه. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 185)، فقدرة الطفل على البقاء وتخطي الأحداث المعاكسة والنمو بشكل سليم وملائم عقب الاعتداء هي شكل من أشكال الآليات الدفاعية التي يستنبطها الطفل للتعامل بشكل إيجابي مع الصدمة، ترتبط قدرة التكيف بحياة الشخص وسوابقه والطريقة التي ينظر بها إلى الأحداث التي تصادفه في حياته (Cyrulmik B). عن (جنان أسطا، 2008، ص 15)

إن المناخ الانفعالي السائد في الأسرة الذي يتميز بظروف سوية فإن ذلك سوف يساعده على التعامل مع الاعتداء، خاصة وإن كان المعتدي خارج إطار الأسرة، ومن ثم يعاني صعوبات أقل سواء نفسية أو سلوكية أما إذا كانت الأسرة غير سوية و مضطربة فإن ذلك يجعل الطفل الضحية يعاني مشكلات كثيرة نتيجة الاعتداء، على سبيل المثال: الاستجابة الوالدية غير التدعيمية مع أطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية تؤدي إلى جعل الطفل يعاني صدمة أكبر، فعدم وجود رعاية أو مساندة من المحيطين بالطفل المساء إليه جنسيا يزيد من النتائج السلبية على الطفل. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 211)



شكل رقم (07) عوامل الخطورة عند الطفل ضحية الاعتداء الجنسي (إعداد الباحثة)

5- احتياجات الطفل ضحية الاعتداء الجنسي: يمكن إجمالها فيما يلي:

أ- احتياجات حسب نوع الاعتداء الذي تعرض له:

✓ فالطفل المتعرض للاختطاف والاعتصاب من طرف شخص غريب عن محيطه، غالبا ما يكون في حاجة لمواجهة المعتدي، ذلك أن الضحية يكون عندئذ في بحث عن الثقة وينتابه الغضب وعدم الشعور بالراحة البدنية.

✓ الطفل الذي تعرض لاعتداء بانتظام على يد أحد أقربائه بفرض سلطته وتأثيره العاطفي على العلاقة غالبا ما يحتاجون إلى حير الضرر وتقديم الاعتذار، ويصاب الطفل بالصدمة لأنه في وضع إكراه وعجز، وليس في استطاعته الإبلاغ عن المعتدي.

✓ الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي غالبا ما يشعر بأنه جزء من عملية المرور إلى الفعل ويتكون لديه شعور قوي بالذنب، فهو يلوم نفسه على عدم قدرته على وقف الاعتداء.

ب- الحاجة إلى الثقة:

على البالغين استقبال اعترافات الطفل باحترام واهتمام، وعلى المختص النفسي أو المتدخل الاجتماعي أن يقيم تماسك الخطاب وسلاسته حسب سن الطفل، ذلك أن الطفل من 3-6 سنوات يحتفظ بأقل قدر من التفاصيل وسرعان ما ينساها، فضلا عن ذلك كثيرا ما يضيف عناصر خيالية إلى القصة، إلا أن ذلك لا يعني أن هـ يكذب، فتفاصيل ذكريات الضحية تزداد من حيث كميتها ودقتها عند سن البلوغ.

لذلك على البالغ أن يهتم بكلام الطفل وأن يصدقه ويبين له أن بإمكانه أن يضع فيه الثقة، بالتالي سعى المختص النفسي أثناء المقابلة إلى استرجاع ذكريات أقل دقة ووضوحا عن طريق الكلام أو عن طريق تقنيات أخرى مثل الرسم.

ج- الحاجة إلى الحماية:

الطفل الضحية يعبر عن شعور مبالغ فيه بالقلق أو تصدر عنه في المقابل سلوكيات لا تناسب سنه، ويتمثل دور البالغ المسؤول تجاهه في المقام الأول في تذكيره بالقانون الذي يعاقب الأفعال التي تعرض لها وبإطار التدخل وحدوده، فهذه العملية تستهدف تعزيز سلوكيات الحماية الذاتية من خلال الاعتراف له بوضع الضحية وبحقه في طلب جبر الضرر.

د- الحاجة إلى بوح المتهم بالشعور بالذنب:

يجب أن يتحرر الطفل الضحية من الشعور بالذنب الذي غالبا ما يخلفه لديه المعتدي أو المحيط، ويأتي شعور الضحية بالذنب من إحساسه بعدم قدرته على فعل أي شيء يحمي به نفسه أو يمنع به وقوع الاعتداء، ويتخذ هذا الشعور بالذنب عموما شكل تساؤلات أو تشكيك في الذات، فالضحية كان مقتنع بأنه كان مستحقا للاعتداء، وبأنه مسؤول عنه باعتباره طرفا في الفعل، وقد يتفاهم هذا الشعور بسبب الاهتمام المباشر من جانب بعض الأشخاص من المحيط أو الشهود.

يمكن للمختص النفسي أن يخفف من شدة شعور الطفل بالذنب من خلال الإنصات إليه ومدّه بالنصح، ومع ذلك فإن اعترافات المعتدي بذنبه وبوحه بذلك هما اللذان يحرران الطفل من الشعور الداخلي بالخطأ.

هـ- الحاجة إلى البوح وجبر الضرر:

يحتاج الطفل إلى التخلص من مشكلته والتعبير عنها، ومعنى ذلك تحرر الطفل من عواطفه وتأكيد وضعه كضحية ووضع إستراتيجيات للخروج من الوضعية، بعد ذلك يمكنه مطالبة حقوقه في جبر الضرر وإعادة الاعتبار، وكثيرا ما يطالب الطفل بالعدالة وبمعاقبة المعتدي. (جمعية أمان، 2012، ص10)



شكل رقم (08) حاجات الطفل ضحية الاعتداء الجنسي (إعداد الباحثة)

6- آثار وعواقب الاعتداء الجنسي على الأطفال:

تختلف هذه الآثار المترتبة على الاعتداء الجنسي للطفل اعتمادا على الظروف التي تحدث فيها الإساءة والمرحلة النمائية التي يمر بها الطفل، كما أن هذه الآثار النفسية السلبية الناتجة عن الاعتداء على الطفل يمكن أن تؤثر عليه لعدة سنوات حتى مرحلة الرشد فليس بالضرورة أن تستمر آثارها الجسمية بل تظهر آثارها النفسية على الطفل في مجالات عدة من حياة الطفل الضحية وربما لا تظهر هذه الآثار على السطح حتى يصل الطفل الضحية إلى مرحلة الرشد ، وقد يكون من الصعب ملاحظة

هذه الآثار على المدى الطويل لأن الطفل الضحية يكون قد تعلم أن يقيم مشاعره كوسيلة للتوافق مع الإساءة التي تعرض لها، إذ تختلف الخبرة الصدمية في الطفولة من فرد لآخر وذلك من حيث درجة الشدة والمدة، معدل تكرارها، سن الطفل فترة الاعتداء، العلاقة بين الطفل والمعتدي ودرجة المساندة للطفل من الآباء إن لم يكونوا هم المعتدون عليه. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 197)

هناك عواقب خطيرة ناجمة عن الاعتداء الجنسي للطفل وتدوم مدى الحياة، ولقد أظهرت عدة دراسات أن النساء اللواتي تعرضن في طفولتهن إلى الإساءة الجنسية غالباً ما يكن أكثر عرضة للزواج المبكر أو الطلاق أو الانفصال، ويعانين من وضع اجتماعي واقتصادي متدن مع ارتفاع في مختلف ضغوطات الحياة، مقارنة مع النساء اللواتي لم يخترن حالات مماثلة (جنان أسطا، 2008، ص 13).

يقترب الاعتداء الجنسي للطفل بإعاقة وظيفية ضئيلة وأعراض جسدية حادة، أبرز هذه الأعراض: أوجاع في الرأس والبطن، اضطرابات معوية، ومعدية، اضطرابات في الجهاز التناسلي والحوض وأعراض الهلع (Leserman 2005). (جنان أسطا، 2008، ص 13)

يترتب عن الاعتداء الجنسي، إلى جانب العواقب البدنية ردود فعل عاطفية لدى الطفل الضحية، وتختلف ردود الفعل تلك تبعاً للسياق (أي ما إذا كان الاعتداء الجنسي قد مورس داخل الأسرة أو خارجها) وظروف الاعتداء الجنسي الممارس (عن طريق الاتصال أو بدونه، بمقابل مادي أو مالي أو رمزي أو بدونه، باستخدام العنف البدني أو بدونه...). (جمعية أمان، 2012، ص 8)

ترتبط المخلفات بعدة عوامل لها علاقة بطبيعة الاعتداء ومدته والإمكانيات المتاحة للطفل للحديث عما تعرض له، وقدرة محيطه على الإنصات إليه، وبسن الطفل ومدى هشاشته وهكذا تختلف العواقب من طفل لآخر.

ومهما يكن فإن الاعتداء الذي تعرض له الطفل له انعكاسات عليه وعلى محيطه، وهي انعكاسات يمكن أن تظهر مباشرة بعد الاعتداء أو عدة سنوات بعد ذلك.

يمكن أن يختلف الاعتداء انعكاسات بدنية، نفسية، اجتماعية وانعكاسات على الحياة الجنسية للطفل وعلى نتائجه الدراسية.

إن الضرر الجسمي الذي يلحق بالأطفال المعتدى عليهم مثل تكسير العظام والجروح والخدوش وغيرها من الأضرار الجسمية تجعل هؤلاء الأطفال يعانون كثيرا من الشكاوى الجسمية، كما أن الإهمال الشديد الذي يعانيه الأطفال يؤثر على الجوانب الجسمية لديهم فمن المحتمل أن يكون الأطفال الذين تعرضوا للإهمال أقل وزنا عن الأطفال الذين لم يتعرضوا لذلك، كما أنهم يعانون من أضرار فسيولوجية تؤثر على نموهم في المستقبل، وإضافة إلى ذلك، فإن هؤلاء الأطفال تظهر لديهم اضطرابات في الأكل، في النوم، والصداع النصفي وألم في المعدة و صعوبة في التنفس والتوتر الزائد وانخفاض في مستوى الصحة العامة واضطرابات الكلام مثل التلعثم. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 208)

بالإضافة إلى ظهور أمراض وتعنفات منقولة جنسيا

- ✓ علامات عنف بادية على الجسم، آلام.
- ✓ تدني الحالة الصحية العامة.
- ✓ حالات غثيان وقيء.
- ✓ حالات حمل مبكر.
- ✓ ممارسات غير قانونية للإجهاض.
- ✓ حالات نزيف دموي. (جمعية أمان، بدون سنة، ص21)

6 2 - الآثار النفسية:

يعاني الأطفال الضحايا من الاضطرابات النفسية مثل الكوابيس المتكررة ، القلق، الغضب والعدوان، الشعور بالذنب والخزي لكونهم أصبحوا ضحايا للاعتداء، كما تظهر لديهم المخاوف المرضية بشكل مفاجئ مثل الخوف من الظلام، ويعانون من الأعراض السيكوسوماتية التي تتضمن آلام المعدة و الصداع وغيرها، ويظهر لديهم التبول اللاإرادي، الخوف الشديد من الراشدين الذين مارسوا عليهم الاعتداء، كما تظهر لديهم أعراض أخرى كانهماض تقدير الذات والشعور بالعجز وعدم الاستحقاق وضعف الثقة بالنفس وتكوين صورة سلبية عن الذات تبدأ من الطفولة و تستمر مع الطفل الضحية طوال حياته حيث يدرك الطفل الضحية نفسه بوصفه شخص سيء وغير جدير بالاستحقاق وغير محبوب وتوجد لدى هؤلاء الأطفال اضطراب الشعور بالهوية و كراهية الذات والتقليل من شأنها

علاوة على ذلك فإن هؤلاء الأطفال تظهر لديهم الأعراض الاكتئابية والانسحاب الاجتماعي والعزلة الاجتماعية وأفكار تدميرية وتفكيرية ومحاولات انتحار ومستويات مرتفعة من القلق والوحدة والغضب والعدائية، كذلك إدراك الخطر والتفكير غير المنطقي وتكون لديهم صورة غير دقيقة عن العالم الخارجي ويكون لديهم صعوبة في التفكير وحل المشكلات الاجتماعية فالاعتداء يؤثر سلباً على الجوانب المعرفية للطفل، بالإضافة إلى هذا، فهي تمنع الطفل من بناء علاقات اجتماعية سوية مع الآخرين فالطفل المعتدى عليه يكون محروماً من العديد من المهارات التي تساعد على التفاعل مع العالم الخارجي وبالتالي قد يعاني من مشكلات واسعة في بناء علاقات مع الآخرين من حوله. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص208)

يؤثر الاعتداء الجنسي بوجه عام على تقدير الذات، والقدرة على إدراكها وعلى الثقة بالنفس، ويخلّف انتهاك الجسد تأثيراً عميقاً على نفسية الطفل ويدمر يقينيات الطفولة من خلال الاعتقاد بأن العالم مكان آمن وبأن بالإمكان دوماً الثقة في البالغين.

غالباً ما تظهر على الأطفال علامات اكتئاب وتراجع التحصيل المدرسي وصعوبات في التركيز والاستذكار وسرعة الغضب وفرط النشاط الحركي، وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتتجلى فيما يلي:

الشعور بالخوف الشديد والغضب المكبوت والعداء للمحيط والعزلة الاجتماعية والشعور بالذنب والخزي وأزمات القلق وعودة العواطف المؤلمة واجتياحها وتجنب أي عنصر يمكن أن يذكر بالصدمة. (جمعية آمان، 2012، ص8)

لقد وصف كيندال تأكيت ومارشال (1998) سبعة أنواع من الاضطرابات التي تظهر لدى البالغين والناجمة عن الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة أو المراهقة:

1 اضطرابات ما بعد الصدمة (مثل الأفكار الوساوسة المتطفلة، الصور والذكريات المفاجئة والمتطفلة المستعادة عن تجربة الاعتداء).

2 الاضطرابات المعرفية (مثل النظر إلى العالم على أنه مكان خطير، الشعور بالعجز كتدني تقدير الذات).

3 الاضطرابات العاطفية (مثل الاكتئاب، الخوف، القلق، الرهاب، الغضب).

4 ضعف الإحساس بقيمة الذات (مثل الصعوبة في حماية الذات، الصعوبة في وضع الحدود).

5 تفادي المواجهة (مثل الفرط في الشرود الذهني، فقدان الذاكرة فيما يتعلق بالحوادث المرتبطة بالاعتداء)

6 صعوبات في العلاقات مع الأشخاص الآخرين (مثل الاضطرابات في العلاقات الحميمة، صعوبة في التعبير عن الذات لحاجة كبيرة إلى القرب).

7 مشاكل صحية (مثل التغيرات في بنية الدماغ، قصور في جهاز المناعة، إحساس بالتعب، مشاكل في الجهاز التناسلي، إسراف في تعاطي المخدرات أو الكحول، آلام في الرأس). (جنان.أ.أسطا، 2008، ص 14).

6 3 الآثار الاجتماعية:

الأطفال المعتدى عليهم يظهرون سلوكيات غير مرغوبة اجتماعيا مع الأقران ومن ثم يجدون صعوبة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، كما أنهم يظهرون نقص في الكفاءة الاجتماعية وتتمثل المشكلات الاجتماعية التي يعانيها الضحايا في التعلق الغير الآمن بالوالدين أو القائمين على رعاية الأطفال، وصعوبة الثقة في الآخرين، نقص في تكوين الأصدقاء، وعدم الرضا عن علاقات الراشدين والشعور بالعزلة والوحدة وسوء التوافق الاجتماعي.

بالإضافة إلى كل ما تقدم فإن الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء والإهمال في الطفولة قد يصبحون هم أنفسهم أكثر عنفا تجاه أطفالهم وزوجاتهم في مرحلة الرضا (عبد العظيم حسن 2008، ص 208)

تظهر هذه الآثار في شكل تمرد يتم التعبير عنه بتصرفات عنيفة، إخفاق مدرسي وسلوكيات غير اجتماعية مع الرفاق وتشويش على الفصل (جمعية أمان، بدون سنة، ص 21).

تراجع في التحصيل المدرسي وصعوبات في التركيز والاستذكار وسرعة الغضب وفرط النشاط الحركي (جمعية أمان 2012، ص 8)، تفكك الروابط الاجتماعية والتعاطي للدعوى (جمعية أمان، بدون سنة، ص 21)

يعاني أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي من ضعف تقدير الذات الذي يؤدي بهم إلى نبذ أنفسهم، ومن الممكن أن يلجئوا إلى التعاطي بإفراط للمخدرات والكحول وعدم القدرة على وضع مشروع مهني، هذه الاضطرابات الحاصلة في الهوية والتخبط في تحديد الأدوار تكون ناتجة عن عدم النضج وعدم الاستقرار العاطفي وعدم القدرة على أداء بعض المهام والشعور بالاختلاف عن الآخرين (جمعية أمان، 2012، ص09).

فضلا عن ذلك كثيرا ما يساور الأطفال خوف من رد فعل الأسرة أو المحيط ومن نبذهم، كما أنهم يشعرون بالذنب لعدم قدرتهم على تفادي الاعتداء، ويعتقدون أنهم يستحقون اللوم، ولموقف الأسرة والمحيط دور أساسي من حيث أنه قد يؤدي إلى الخزي والازدراء بدل دعم الضحية (جمعية أمان، 2012، ص08).

الأبناء الذين يتعرضون للاعتداء سيكبرون بمخلفات نفسية سقيمة تؤثر سلبا على الوسط الذي سيعيشون فيه في المستقبل وبعده أشكال مختلفة، سواء أكانت النفسية منها أو السلوكية أو العاطفية، فالاعتداء الذي يتعرض إليه الابن سرعان ما ينفك عن نطاق الأسرة ليملا المجتمع بأسقامه السلبية والتشاؤم والغضب والعنف والجريمة والمخدرات والمرض كردة فعل عما يعانيه ويشعر به من المهانة الانجراف. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 24)

6-4- آثار على الحياة الجنسية:

يؤثر الاعتداء الجنسي على الطفل بشكل غير ملائم على مفهوم الجنسية ، حيث يتكون لديهم إدراك سلبي عن الجنس، وقد يؤدي إلى إصابته بأمراض جنسية قد تكون معدية و تظهر نتائج الاعتداء في النواحي الجنسية من خلال الإفراط في عملية الاستمناء وحب الاستطلاع الجنسي والكشف المتكرر عن العورات الجنسية وممارسة أنماط سلوكية جنسية غير ملائمة فضلا عن معرفة جنسية غير ناضجة وفي المراهقة والرشد يستمر الأطفال المساء معاملتهم في إظهار سلوكيات جنسية غير ملائمة مثل الجماع الجنسي المؤلم وعدم الرضا عن الجنس وفي الحقيقة قد يظهر الطفل الذي يعاني من الاعتداء الجنسي صعوبة في التمييز بين العلاقة الجنسية وغير الجنسية وذلك فهو يقدم العنصر الجنسي في كل تعاملاته مع الآخرين. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص203-208)

يحدث أن يشعر بعض الأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي بالخوف من أي اتصال جسدي، فيتعدون عن الحركات الموحية بالتودد، وعندما يصبحون كبارا يتجنبون العلاقات الجنسية أو تكون لهم علاقات مؤلمة، وفي حالات أخرى يؤدي التعرض للاعتداء الجنسي إلى تزايد التصرفات ذات الطابع الجنسي لدى الطفل.

مثلا:

- ✓ يقوم الطفل بالاستمناة طيلة الوقت، وبشكل علني في بعض الأحيان وتستمر هذه الممارسات حتى بعد تنبيهه من طرف الكبار بضرورة الكف عنها.
- ✓ يبدي الطفل انشغالا مفرطا بالجانب الجنسي.
- ✓ يحاكي الطفل أفعالا جنسية، وغالبا ما يظهر أعضاء التناسلية.
- ✓ يسعى الطفل إلى إشراك الأطفال الآخرين في ألعاب جنسية، ويرغمهم على القيام بذلك.
- ✓ يتبنى الطفل سلوكا توحى إلى معرفة جنسية جد متقدمة بالنسبة لـ (جمعية أمان، بدون سنة، 22) فضلا عن ذلك، فإن الفتاة الحامل جراء اعتداء جنسي تواجه على الخصوص وضعية صعبة، فمن المحتمل أن تتنابها مشاعر متضاربة وأن تتعرض للوصم، ويمكن في بعض الحالات أن ترفض الأسرة الفتاة وابنها، عندها يمكن أن تقدم الضحية على محاولة انتحار وإيذاء نفسها، أو اكتساب سلوكيات جنسية كالإغراء والانشغال المفرط بالجنس والاعتداء جنسيا على طفل صغير وممارسة الدعارة. (جمعية أمان، 2012، ص9)

6 5 آثار على النتائج الأكاديمية:

يؤثر الاعتداء الجنسي سلبيا في مستوى الأداء المدرسي فالأطفال الضحايا يظهرون انخفاض في مستوى الوظائف العقلية وانخفاض في التحصيل وبالتالي الفشل الدراسي الذي يكون له آثار خطيرة على المدى الطويل إذ أن هذا الفشل الدراسي قد يدفع بهم إلى القيام بسلوكيات مضادة للمجتمع ، كذلك الهروب من المدرسة، ومثل هذه السلوكيات السلبية يترتب عليها انخفاض في إنتاجية الطفل وظهور مستويات منخفضة من الرضا عن الحياة عندما يكونون راشدين ولذلك فإن الأطفال الضحايا يظهرون انخفاضاً دالاً على اختبار الأداء المدرسي وانخفاض في مستوى التعلم، ضعف التوجه نحو الأهداف

التربوية والمهنية في المستقبل مقارنة بالأطفال العاديين الذين لا يتعرضون للإساءة. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 203 - 208)



شكل رقم (09) نتائج وآثار الاعتداء الجنسي على الطفل (إعداد الباحثة)

7 - هوية المعتدي والضحية:

المعتدي حسب تعريف العلماء هو شخص يكبر الطفل بعدة سنوات على الأقل وله علاقة ثقة وقرب للضحية وقد دلت الدراسات أن أكثر من (80%) من المعتدين هم ممن لهم علاقة قرب مثل: أب، أخ، عم، خال، جد أو معروفين للضحية ويتم الاعتداء عن طريق التودد أو الترغيب، وهو استخدام الرشوة، والملاطفة، تقديم الهدايا... الخ أو الترهيب أو التهديد: وهو التخويف من إفشاء السر أو الكشف عن الاعتداء. وذلك عن طريق الضرب، التهديد بالتوقف عن حب الابن أو عدم أخذ الابن إلى أماكن يحبها، التخلي عن الابن. (خليفة محمد المحرزي، 2010، ص 40).

يوجد تنوع في المعتدين من حيث هويتهم ودوافعهم، فمن الصعب تحديد هوية المعتدي بالتالي فيمكن أن ينحدر المعتدون من أي وسط من الأوساط الاجتماعية ويمارسون أي مهنة، ويمكن أن يكونوا مثليين أو يميلون إلى الجنس الآخر، متزوجين أو عزاب ، وبالرغم من أن غالبيتهم من الرجال، فإنه يمكن أن توجد بينهم نساء أيضا.

غالبا ما يكون الاعتداء الجنسي من فعل شخص يعرفه الضحية أو من أقاربه، وغالبا ما يكون المعتدون أشخاصا مسؤولين بكيفية أو بأخرى عن سلامة رفاهية الطفل، فذلك يعني أن علاقة الثقة تطورت بينهما تدريجيا.

يمكن أن يستعمل المعتدون على الأطفال العاطفة والاهتمام والهدايا لاستدراج الأطفال، وهم مستعدون للاستثمار على مدى طويل من الإغراء ليهيئوا ضحاياهم لفعل الاعتداء الجنسي، ويمكن أن يستعملوا كذلك التهديد والابتزاز والعنف البدني لمنع الطفل من الحديث عن الاعتداء . (جمعية آمان، بدون سنة، ص15).

يعاني الأطفال معاناة شديدة من الاعتداء الجنسي، وقد لا يستطيعون الإبلاغ عن هذه المعاناة، إذا حدث من أحد أفراد الأسرة أو الموثوق فيهم، من الأهل والأصدقاء، ولا يستطيعون الإفصاح عنه للأسباب الآتية:

✓ إن أعمارهم لا تسمح لهم بالتعبير عما حدث لهم بوضوح، وقد يتم تهديدهم حتى لا يحكون ما تعرضوا له.

✓ يختلط عليهم الأمر أحيانا عندما يبدي المعتدي الكثير من المودة والاهتمام بهم.

يعتقد بعض الأطفال أن الأسرة لن تثق فيما يقولون، أو بسبب شعورهم بالخجل، ويعتقدون أم ما حدث لهم نوع من العقاب، لأنهم أطفال غير مؤدبين، وأحيانا يخافون من حدوث مشكلة كبيرة لهم، ويعتقدون كذلك أنهم سيعرضون من يحبونهم للخطر.

غالبا ما ترتسم على وجهه المغتصب انفعالات الخوف والقلق وهو ليس وجهها قاسي الملامح بقدر ما هو وجه إنسان ذليل منكسر.

الشخصية المغتصبة هي شخصية سيكوباتية وقد يعاني من الشذوذ الجنسي، وصفة الميل للاعتداء صعب اكتشافها على أحد، إلا أنه يتميز بصفات كثيرة لو اجتمعت فهي تدل على أن الشخص قد يكون معتدى مثل:

1 - السلوك العدواني المستمر

2 - **الأنانية المطلقة** لحساب نفسه على الآخرين، فهنا يمكن أن تتوقع إقدامه على مثل هذه الأفعال المخلة وليس بالضرورة اعتداء اغتصاب تحرش فقط.

3 - **المعتدي** هو شخص مريض نفسياً، قد تعرض في طفولته لقسوة شديدة جداً، أو حرمان عاطفي أو نشأ في أسرة مفككة، أو يمكن أن يكون مصاباً بعجز جنسي، أو إعاقة تولد داخله روح الانتقام من المجتمع ويمكن أن يكون تربيته خاطئة، فيبرز لديه ميل قوي للشذوذ .

المعتدي هو شخص يكون فاقد الثقة بنفسه من الناحية الجنسية، فيتصور أنه عاجز وغير قادر، وبالتالي فهو يقدم على الاعتداء حتى يؤكد لنفسه مع كل مرة عدم عجزه الجنسي، وعنده يكون مصدر الإثارة كلها هي لحظة الاعتداء، حينما يستخدم القوة والسيطرة على الطرف الآخر، ويرى الذعر والخوف في عيني الضحية، فيطمئن من داخله، ويتأكد مفهوم هام لديه بمعنى أنه هو الذي لا يخاف وإنما هو إلي يثير الخوف لدى الآخرين الضحية حينما تخاف فكأنها تؤكد له أنه رجل حقيقي فيمتلئ نشوة زائفة من داخله.

تكون المشاعر الناتجة عن الاعتداء إما اشمئزاز أو خوف أو خجل أو غضب مصحوب بإحساس من الضعف والهزيمة، أو غصب مصحوب بإحساس من القوة والسخط على الآخر والمجتمع، أو امتزاج بعض هذه المشاعر مع بعضها في وقت واحد.

من سمات الشخص المعتدي جنسي على الطفل

1 - **المعتدي** يظهر علامات حماية مبالغ فيها تجاه الطفل ويمنعه من الاختلاط اجتماعياً بأطفال آخرين، وبالذات من الجنس الآخر.

2 - يبدو منعزلاً وكثير الأسرار.

3 - كثير الغيرة والسيطرة على أفراد المنزل. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص171-182)

ثالثاً: الضغط ما بعد الصدمة عند الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي:

1- الضغط ما بعد الصدمة وبعض المفاهيم المتعلقة به:

1 1 -الخبرة الصادمة:

حدث شديد فجائي غير متوقع يترك الشخص مدهوشاً، من كونه خارج عن نطاق تحمل الكائن البشري، فالحدث الصادم وتدي شدته إلى مشاعر الهلع والخوف والألم والعجز واليأس وقلة الحيلة المؤدية للقلق، وحتى آليات الدفاع والتلاؤم الخاصة بجهاز التمثيل والمواجهة لدى الفرد تصاب بالإرهاك والانهيار مما يصعب عليه الحفاظ على بنيته الداخلية بصورتها المتماثلة *(مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 14)*

1 2 -الصدمة النفسية:

هي الإثارة الشديدة التي تنتج عن حدث مفاجئ أو غير متوقع، مما يخلف جرحاً أو أضرار سواء أكانت هذه الآثار جسمية أم نفسية، بحيث يخلف استثارة انفعالية شديدة تفقد التوازن النفسي للشخص. *(مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 14)*

تحدد تير (Terr,1991): نوعين من الصدمة عند الأطفال

- النموذج الأول: ينجم عن حدث صادم واحد، غير أن الذكريات المؤلمة المرتبطة به تستمر لسنوات طويلة، وفي هذه الحالة يتذكر الطفل تفاصيل الحدث وهو يصفه بشكل يفوق فيه الراشد.
- النموذج الثاني: ينجم عن تعرض الطفل لأحداث صادمة تدوم وتكرر، فالنموذج الأول يؤدي إلى صدمة فجائية بينما الأحداث المتتالية تدفع بالشخص إلى استبصار المخاطر التي تهدده ، محاولاً إبعادها عن وعيه لتعطيل مفعولها، هكذا يحاول الطفل أن يتجاهل الحدث وكأنه لا يعنيه، لذلك فهو ينكر الواقع ويعتمد التبلد الانفعالي كوسيلة دفاعية ضد أخطار العالم الخارجي. *عن (غسان يعقوب، 1999، ص 153)*

تصنف الأعراض الشائعة للصدمة وفق 3 محاور كما يلي:

أ - أعراض دخيلة:

تذكر الحدث باستمرار من خلال الأفكار أو الصور أو الذكريات أو الأحلام الليلية وأحلام اليقظة ولا سيما الكوابيس منها.

ب - أعراض تجنبية:

كتجنب الأماكن أو الأفكار أو الحوادث أو الأشخاص التي لها صلة بالحدث ومن خلال عيش الصعوبات التي تذكر بعض جوانب الحدث، تتمثل بفقد الاهتمام بأنشطة الحياة التي كانت فيما مضى مهمة وممتعة للفرد، إضافة إلى الشعور بالعزلة عن الآخرين والشعور بالذهول.

ت - أعراض التيقظ:

كالانتباه الدائم تحسبا لأي خطر، العصبية وعيش الخوف والقلق، كما أن التعرض لاضطرابات النوم وعدم القدرة على الدخول في النوم أو كثرة الاستيقاظ أثناء النوم أو المعاناة من الأحلام والكوابيس كلها تدرج من جملة أعراض التيقظ مما تنعكس بصورة واضحة في السلوك العام للشخص و صعوبة في التركيز وحدة في الطبع ونوبات هيجان مفاجئة. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص

(38)

عندما يتعرض الطفل لحدث أو أحداث تسبب له صدمات نفسية، فإنه ينسحب من الحياة العامة التي يعيشها الأطفال ممن هم في مثل سنه، ويشعر ب أن ليس لديه أي رغبة في خوض أي تجربة حياتية جديدة، ويكتفي بالانطواء على نفسه وبالمخاوف الشديدة من العالم الخارجي، هذا ما يجعله طفل منطوي، خائف يخشى الاختلاط حتى بمن هم في مثل سنه من الأطفال، ويشعر ب أن الحياة خارج المنزل مهددة بالنسبة له، هذا ما يجعله لا يكتسب خبرات جديدة في حياته، والطفل الذي يمر بصدمات نفسية قد تحدث لديه اضطرابات في الإحساس خاصة الشعور بالزمن والرؤيا، فلا يعرف الأوقات مثل هل هو بالنهار أم بالليل ولا يميز الأوقات بشكل صحيح ، وقد تضطرب لديه حاسة البصر كان يرى أشياء بصورة غير ما هي عليه أو بصورة مخيفة بينما هي ليست كذلك. (مرسلين حسن

شعبان، 2013، ص 139)

الأطفال الذين يمرون بصدمات نفسية قد يعانون بشكل كبير من اضطراب الاكتئاب وكذلك اضطرابات القلق المتعددة، والتي تقود إلى ضعف التركيز عندهم، هذا ما يؤدي إلى تدهور قدراتهم في المدرسة، الشيء الذي يجعلهم لا يستوعبون الدروس ولا يستطيعون النجاح في الدراسة. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 140)

إن ردت الفعل تختلف حسب عمر الطفل، فالأطفال الذين يتجاوز أعمارهم الخمس سنوات ربما لا يستطيعون الحديث وصف الحادث، أو الأحداث بطريقة دقيقة، وقد لا يستطيع تذكر الزمن بدقة، نظرا للتشويش الذي يحدثه الحدث في نفسية الطفل.

أما الأطفال الصغار الذين تقل أعمارهم عن الأربع سنوات قد لا يستطيعون الحديث عن الحدث المؤلم وكذلك لا يستطيعون الكلام عنه، ولكنهم قد يستطيعون التعبير عن هذه الأحداث باللعب أو بالأحلام اليقظة أو بالتذكر غير المباشر لهذه الأحداث، وبذلك يمكنهم التعبير عن هذه الأحداث بطريقة غير مباشرة. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 150)

الظواهر الكيميائية للصدمة:

هناك علاقة قوية بين الضغط العصبي والمرض من الناحيتين الجسدية والنفسية، من حيث أن الاستجابة للضغط النفسي الحاد يؤثر سلبا على الجسم بمرور الوقت، إذا لم تعد هذه الاستجابة الحيوية إلى مستوياتها الطبيعية بسرعة كبيرة، فتتجه الاستجابة نحو المخ ومجموعات العضلات الرئيسية يساعد هذا الأمر المخ على تقييم مدى التهديد الذي تواجهه ويقوم بتهيئة العضلات للعمل:

■ **زيادة مستوى الصفائح الدموية:** فكثر من الصفائح الموجودة في مجرى الدم تساعد على التخثر بصورة أفضل وأسرع إذا تعرضت للإصابة.

■ **زيادة مستويات الأندروفين:** يساعد الأندروفين في تسكين أي ألم قد تتعرض له، فيساعد ذلك على تجاهل الألم لفترة تكفي لكي تتصرف بطرق قد تساعدك على النجاة.

■ **أما نتائج الضغط العصبي الحاد على كيميائية الجسم** فيكون نتيجة مواجهة الأحداث المخيفة المهددة للحياة، مما يجعل اللوزة الدماغية أكثر حساسية وهذا يعني أن الأمر قد يستغرق فترة أقل لتنشيط اللوزة الدماغية وجعل الفرد في حالة إنذار عالية، ممكن أن يتسبب هذا الأمر شعورا دائما

بالحذر والعصبية المزمنة بعد التعرض لصدمة ما، ومن الممكن أن يقلل هذا الأمر من قدرة المخ على الاحتفاظ بالذكريات الجديدة والدمج بينها، ولكن الأمر مطمئن هو أنه من الممكن التعافي من حساسية اللوزة الدماغية وتلف الحصين وتجديد للخلايا في الحصين وفي أماكن أخرى في المخ.

- يعمل إدراك التهديد بالخطر على تحفيز كل وسائل الاستجابة المختلفة للإجهاد بحيث يتم إفراز الأدرينالين وعدة هرمونات داخلية أخرى في مجرى الدم ، كما أن زيادة الهرمونات القشرية السكرية يؤدي إلى تحفيز شق الحصين بطين المخ، الذي يعد المسؤول عن تحويل التجربة الحسية إلى ذكرى دائمة، يتيح هذا لشق الحصين إمكانية إنشاء ذكريات واضحة للحدث.

الآثار التي تنتج عن زيادة الأدرينالين:

- زيادة إنتاج الكورتيزون هو ستيرويد منشط يقاوم الآلام والالتهابات ويحافظ على سكر الدم عند مستوى معين.
- زيادة نسبة السكر الدم الذي يعمل على تغذية المخ والعضلات.
- زيادة معدل ضربات القلب بحيث يضخ الدم بسرعة في الجسد.
- التغيرات التي تحدث في مجرى الدم تزيد من ضغط الدم الشرياني، ويحول الماء بعيدا عن اليدين والقدمين والمعدة.

إن استمرار وجود الأدرينالين في مجرى الدم يؤدي إلى زيادة إنتاج الكولسترول ويقلل من معدل التخلص من الكولسترول في مجرى الدم، ويزيد من ترسب طبقة اللويحات على جدران الشرايين، ترتبط هذه الحالات بزيادة التعرض لنوبة قلبية أو سكتة قلبية.

كما يضعف الكورتيزول من فعالية بعض أنواع خلايا الدم البيضاء التي تلعب دورا رئيسيا في جهاز المناعة، فضعف مناعة الجسم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض مثل نزلات البرد، الاقلونزا وأنواع معينة من السرطان، كما أن زيادة مستوى إنتاج الأحماض في المعدة على زيادة احتمال التعرض لاضطرابات معوية وهضمية مزمنة.

قد يؤدي الانخفاض المزمن في مستويات الأندروفين إلى قلة فعالية زوال الألم بصورة طبيعية وتدني الشعور بالصحة الجيدة يحدث هذا الشعور نتيجة لوجود الأندروفين في دفع الفرد لتعاطي العقاقير التي تحتوي على الكافيين وغيره من المواد التي تزيد من تأثيرات الأندروفين. (مرسلين حسن

شعبان، 2013، ص 47)

1 3 -الضغط النفسي:

هو فقدان القدرة على التوازن مع تغيير في نمط السلوك نتيجة أسباب بيئية تحيط بالفرد، أو أسباب شخصية تخص الفرد نفسه، فالفرد الذي يبدو عليه تغير في نمط سلوكه، ليس بالضرورة أن يكون ذلك التغير نتيجة حالة من التوتر، إلا إذا رافقه فقدان ذلك الشخص لتوازنه، وذلك يعني أن جهازه النفسي وأجهزته العضوية لا تعمل بانتظام، هذا ما يؤدي به إلى الإصابة بالأمراض النفسية التي تختلف خطورتها ومداهما الزمني من حالة إلى أخرى.

ينتج الضغط النفسي عن تعرض الفرد لمثيرات يتم إدراكها وتفسيرها من قبل الشخص بأنها فوق درجة التحمل لديه وفوق قدرته على التكيف وتكون مصحوبة بتغيرات فيزيولوجية يؤدي استمرارها إلى إحداث ضرر بالجسم، وبذلك يكون التعريف المختصر للضغط النفسي على أنه استجابة انفعالية لردود فعل نفسية أو فيسيولوجية للمتطلبات الخارجية مثل التغيرات الهرمونية، الغضب والقلق لكي يتكيف الإنسان مع هذه الظروف الخارجية والداخلية.

للضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد، ومصادر الضغوط كثيرة فقد ترجع لمتغيرات البيئة، كما قد يكون مصدرها الفرد نفسه، أو طريقة إدراكه للظروف من حوله، وإذا ترتب على الضغوط النفسية حدوث أذى حقيقي للفرد، فانه يصبح محبطاً، وحتى إن لم يحدث ضرر حقيقي ومباشر على الفرد، فهو يعيش حالة من الشعور بالتهديد. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 19-20)

1 4 -اضطراب ما بعد الصدمة:

وصف هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية (DSM4) المنظمة الأمريكية للطب النفسي (1994) بأنه استجابة بالخوف الشديد والشعور بالروع

والعجز المرتبط بمعاودة الأفكار أو التخيلات أو الإدراكات لنتائج أحداث تتضمن أذى حقيقيا يهدد الذات أو الآخرين والتي يعبر عنها بالأحلام، ثم التجنب المتواصل الدائم للمثيرات المرتبطة بها للأنشطة أو الأماكن أو الأفراد، والشعور بقلّة الحظ في المستقبل. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص9)

هو مرض نفسي، تم تصنيفه من جانب جمعية الطب النفسي الأمريكية ما بين عامي (1987-1994)، يحدث هذا الاضطراب عندما يتعرض شخص ما لحادث مؤلم جدا صدمة تتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة كعيش الحروب ورؤية أعمال العنف أو حوادث القتل والتعرض للتعذيب والاعتداء الجسدي الخطير والاعتداء الجنسي، أو عيش كارثة طبيعية في منطقة تعرضت لزلزال أو بركان أو الفيضانات، الاعتداء الخطير على أحد أفراد العائلة الخ، بحيث قد تظهر لاحقا عدة عوارض نفسية وجسدية، مثل: التجنب والتبليد والأفكار والصور الدخيلة، واضطراب النوم والتعرق والخوف والاحتراز وضعف الذاكرة والتركيز... (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 17)

❖ يمر المصاب باضطراب ما بعد الصدمة بهذه المراحل:

- ✓ مرحلة الرفض: تتميز بالانفعال الشديد والصراخ.
- ✓ مرحلة الإنكار: تختلط فيها مشاعر النعمة والخوف.
- ✓ مرحلة التجنب: يحاول الشخص الابتعاد عما يذكره بالتفاصيل.
- ✓ محاولة الانسحاب والتخلص من القلق: قد تترافق هذه المرحلة عند البعض بتعاطي المخدرات أو الكحول أو تناول المهدئات.
- ✓ التأرجح بين النكران والتبليد.
- ✓ التقبل والاحتواء: هي المرحلة الأخيرة، فيها يحدث التحسن في الاستجابة مع اضطراب الميراج وكثيرون يبدون تكيفا مع الحالة وتحسن أحوالهم مع تطور العلاج . (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 12)

حدد (Horowitz 1986) خمسة مراحل لاضطراب ما بعد الصدمة:

✓ **مرحلة الانفعال الشديد:** يدخل فيه الصراخ والرفض والاحتجاج والنقمة والخوف الشديد مع فترات من التفكك والذهان.

✓ **النكران والتبند وعمليات التجنب :** لكل ما يذكر بالحدث بالإضافة إلى الانسحاب وتعاطي الكحول والمخدرات كوسيلة للسيطرة على الخوف والقلق.

✓ **التأرجح بين النكران والتبند والأفكار الدخيلة** التي تترافق مع حالة اليأس والاضطرابات الانفعالية.

✓ **العمل من خلال الصدمة** بحيث تصبح الأفكار والصور الدخيلة اخف وطأة ويصبح التعامل معها ممكنا بينما يشتد النكران- التبند وتبرز استجابات القلق والاكتئاب والاضطرابات الفيزيولوجية.

✓ **يحدث التحسن النسبي في الاستجابة** ولكن المريض لا يصل إلى هذا التحسن بشكل كامل إذ تمر لديه بعض الاضطرابات الميزاجية. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 13)

بالنسبة للأطفال فقد أشارت كل من ميزا وموريس (MASIA et MORRIS ; 1998) بأن هذا الاضطراب قد يحدث لهم ربما بعد الجراحة أو الاستغلال الجسدي أو الجنسي، أو موت شخص عزيز على الطفل، والتي يستجيب لها الطفل بالشعور بالخوف الشديد والقلق والبؤس، نتيجة تعرضه للتهديد والأذى الحاد الذي يثير لديه القلق الشديد والعجز، فتظهر عليه أعراض متكررة للشعور بالضيق وتذكر الحدث سواء بالأفكار أو اللعب، بحيث يكون محور اللعب موضوع الحدث نفسه، والأحلام التي تتضمن موضوع الصدمة، مصحوبة ببعض الأعراض الجسمية كزيادة ضربات القلب وتصبب العرق، الذي يترتب عليه محاولة الطفل تجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة كالأنشطة والأماكن والناس، وأحيانا يكون الطفل غير قادر على تذكر الأجزاء الهامة للصدمة، كما يكون أقل استمتاعا بالأنشطة المختلفة وقد لا يستطيع الاستمرار والاستغراق في النوم فيكون سريع الغضب وتكرر لديه نوبات غضب ويجد صعوبة في التركيز ويكون متيقظا للخطر. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص 92)

أشار (TERR 1990) إلى أربعة سمات أو خصائص شائعة تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وهي:

- ✓ ذكريات بصرية متكررة عن الصدمة
- ✓ سلوكيات متكررة التي ربما تكون مشابهة للوسواس والفهر
- ✓ مخاوف مرتبطة خاصة بحدث الصدمة
- ✓ انخفاض المستوى الاجتماعي والأكاديمي.
- ✓ تغير الاتجاهات نحو الناس والحياة أو المستقبل. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص93)

تحدث كولي (QUILLE 1998) عن هذا الاضطراب لدى الأطفال الذي يحدث لديهم خلال شهر من حادث الصدمة ويدوم ما بين يومين على الأقل إلى أربعة أسابيع، ويعني تعرض الطفل لحادث صادم كالتهديد أو الإيذاء الجسدي الشديد وغيره، والذي من شأنه أن يثير خوفاً وقلقاً شديداً وعجزاً ورعباً لدى الطفل سواء بعد أو خلال خبرة الصدمة، فيظهر الطفل عدد من الأعراض فيكون لديه إحساس بالانفصال عن الناس، وفي البداية قد يصبح أقل وعياً لمحيطه ويشعر أن ما حوله ليس حقيقياً، وقد يكون غير قادر على تذكر الجوانب الهامة للصدمة، ويشعر بالضيق الشديد عند تذكرها، فيحاول تجنب الأشياء المرتبطة بها كالأفكار والمشاعر والناس والأنشطة والأماكن وحتى الحديث، فتظهر أعراض القلق كمشكلة النوم وحدة الطبع وضعف التركيز، مما يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص94)

تخلص تير إلى القول بأن اضطراب ما بعد الصدمة يتخذ له أربع صفات رئيسية:

- ✓ الذكريات والصور البصرية المرتبطة بالحادث الأفكار والصور الدخيلة.
- ✓ تكرار الأفعال والتصرفات كما هي الحال في اللعب، فالطفل يلعب الصدمة ويكرر هذا اللعب
- ✓ المخاوف الخاصة والكوابيس المتعلقة بالصدمة، وهناك مخاوف شائعة قد تظهر عند الطفل المصدوم مثل الخوف من الظلمة والوحدة والغرباء.
- ✓ الاتجاهات السلبية تجاه الناس والحياة والمستقبل، إذ يعتقد الطفل بأن المستقبل عبارة عن منظر مليء بالأشباح والصخور والفجوات. عن (غسان يعقوب، 1999، ص154)

بالنسبة للأطفال فهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بما في ذلك الأفكار الدخيلة والتجنب واضطراب النوم وعدم القدرة على التركيز والمذاكرة بالإضافة إلى العدوانية واللعب الدراماتيكي والتمرد والتزام الصمت حول الحادثة.

(غسان يعقوب، 1999، ص156 نقلا عن YULE, WILLIAMS et al, 1990)

حاولت (Terr, 1985, 1990) أن تدرس الفروقات بين الأطفال والراشدين فيما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة، وقد توصلت إلى النتائج التالية:

- ✓ أن الأطفال لا يعانون من فقدان الذاكرة والنسيان بسبب الصدمة.
- ✓ أن الأطفال لا يعانون من التبدل العاطفي الذي نلاحظه عند الراشدين نلاحظ الصمت بدل ذلك
- ✓ أن الأطفال لا يعانون من الومضات الدخيلة أي أنهم لا يتوقفون فجأة في مسيرة تفكيرهم وسلوكهم ليعيشوا لحظات مؤلمة ومفاجئة تردهم إلى الصدمة
- ✓ أن أداء الأطفال الدراسي يتأثر بالصدمة مثل التأخر الدراسي ورفض الذهاب إلى المدرسة بينما يضطرب أداء الراشدين في مجال العمل والإنتاج
- ✓ أن الأطفال يعيشون الصدمة من خلال اللعب المتكرر، وهذه صفة خاصة بالأطفال.
- ✓ أن رجاء الطفل بالمستقبل يصبح محدودا وقصير المدى. (غسان يعقوب، 1999، ص157)

تتفاوت ردود أفعال الشخص للحوادث الصادمة، فليس بالضرورة أن يعاني كل من تعرض لحدث صادم لعوارض ما بعد الصدمة، أو اضطرابات أخرى، إذ ترتبط هذه الردود بقدرة الفرد على مواجهة الحدث. وتتأثر هذه القدرة بالوسائل الدفاعية المختلفة لديه، كتكوينه النفسي وثقافته ومعتقداته، وهي الأمور التي ننشأ عليها منذ الولادة، وتتطور خلال سيرورة حياتنا، تتأثر قدرة الفرد أيضا بمدى الدعم الذي يتلقاه من المحيطين. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 47)

2 - أعراض الضغط ما بعد الصدمة حسب DSM VI كمحك تشخيصي (1996):

حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) فإنها حددت معايير هذا الاضطراب في الدليل للتشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM VI) كما يلي:

أ/ أن يكون الفرد قد تعرض لحدث صدمي، شرط وجود العنصران التاليان:

- 1 - يكون الفرد قد عايش التجربة أو شاهد أو واجه حادثاً أو حوادث تتضمن الموت الفعلي أو التهديد به أو الإصابة بجروح خطيرة أو تهديد التكامل العضوي له أو للآخرين.
- 2- استجابة الفرد للوضعية الصدمية تحمل خوف عميق و عجز أو رعب.
- ملاحظة:** بدل ذلك نجد عند الأطفال سلوك غير منظم أو متهيج.
- ب/ تكرار معايشة الحدث الصدمي من قبل المريض باستمرار بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:
- 1- ذكريات متكررة، غزو الحدث المؤلم (عن طريق صور عقلية) على الأفكار و الإدراك.
- ملاحظة:** قد يظهر عند الأطفال صغار (السن) اللعب المتكرر بحيث يتم التعبير عن موضوعات الصدم أو مختلف جوانبها.
- 2 - أحلام متكرر عن الوضعي المولدة لمشاعر الضيق و الشد.
- ملاحظة:** عند الأطفال قد يكون هناك أحلام لكن دون محتوى معروف.
- 3 - الشعور أو التعرف "كما لو أن" الحدث الصدمي سيتكرر مرة أخرى. و ذلك يكون بإحساس الفرد بأنه يعيش التجربة مرة ثانية، و تظهر لديه التوهيمات Illusions و الهالوس Hallucination التعرض لومضات من مشاهد المأساة تطارد المريض , صور رجعية Flash-back و يشمل ذلك ما يحدث في اليقظة أو في حالة تسمم.
- ملاحظة :** في حالة الأطفال الصغار السن، قد يحدث إعادة تمثيل للصدمة بشكل محدد.
- 4- إحساس عميق بألم نفسي عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.
- 5- إعادة النشاط الفسيولوجي عند التعرض لمؤشرات داخلية أ و خارجية التي ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.
- ج/ تجنب دائم للمنبهات المرتبطة بالصدمة أو الفتور في الاستجابة العامة (لم تكن موجودة قبل الصدمة)، و هذا التجنب يظهر في ثلاثة أشكال أو أكثر، مما يلي:
- 1- بذل الجهود لتجنب الأفكار و المشاعر المرتبطة بالصدمة.

- 2- بذل الجهود لتجنب الأنشطة و الوضعيات أو الأفراد التي توقظ ذكريات الصدمة.
 - 3- عدم القدرة على تذكر الجزء الهام من الصدمة.
 - 4- انخفاض ملحوظ في الاهتمام بالأنشطة الهامة أو انخفاض في المشاركة فيها.
 - 5- الشعور بالانفصال و النفور من الآخرين.
 - 6- الانحصار في المجال العاطفي (عدم القدرة على الشعور بالحب).
 - 7- الإحساس بضيق المستقبل (مثال: لا يتوقع الشخص بأن يتزوج، ينجب الأطفال أو أن تكون له حياة طويلة).
 - د/ وجود أعراض دائمة من التنبيه المتزايد (غير موجودة قبل الصدمة) كما يتضح من اثنين فأكثر مما يلي:
 - 1- الصعوبة في النوم أو الاستغراق فيه
 - 2- التهيج أو انفجار الغضب
 - 3- صعوبة التركيز
 - 4- التنبيه الزائد
 - 5- المبالغة في استجابة الارتجاف
 - هـ/ استمرار الاضطراب (الأعراض في ب، ج، د) أكثر من شهر واحد.
 - و/ يتسبب الاضطراب من الناحية الإكلينيكية في ألم أو ضيق مرتفع أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية و المهنية أو أي مجال آخر منهم.
- حدد ما إذا كان الاضطراب:
- حاداً: إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة (03) أشهر.
 - مزمن: إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر

حدد ما إذا كان الاضطراب:

له بداية مؤجلة: إذا ما بدأت الأعراض بعد ستة أشهر من الحدث الصدمي.

(DSM VI. APA, 1996 p, 503-504)

3- النظريات التي فسرت اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

3-1- النموذج البيولوجي:

حاول بعض الباحثين أن يربطوا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبادلات كيميائية وفسولوجية ووظائفية، ويعتبر فان در كولك (Van Der Kolk 1984) واحد من هؤلاء؛ إذ يرى أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ و بعض أنحاء الجسم، وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي:

✓ ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم

✓ ارتفاع نسبة الأسيتيل كولين

✓ انخفاض نسبة النور إيبينفرين

✓ انخفاض في نسبة السيروتونين في الدماغ

✓ انخفاض في نسبة الدوبامين في الدماغ

إن نقص مادة النور إيبينفرين يرتبط بعدم قدرة الشخص على الهروب أو التخلص من الصدمة التي تعرض لها، وهذا ما يؤدي بدوره إلى انخفاض مادة الدوبامين لأن الاستجابة الفعالة لإزاء الصدمة غير ممكنة، فالتعرض المتكرر للصدمة أو لذكرها يؤدي فيما بعد إلى حالة من الفتور أو التخدير العاطفي كحل حتمي للصدمة، وهنا يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهة من حيث مفعولها بالأفيونات، ويبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض الشخص للصدمة.

في حين أن دولابينا (De Lapina 1984) حاول أن يربط هذا الاضطراب بطبيعة الجهاز العصبي؛ حيث يرى أن الأشخاص الذين يعانون أكثر من غيرهم هم الذين يسيطر لديهم الجهاز البراسماتوي لذا فهم لا يتوصلون إلى تحقيق ترميز كاف للمعلومات المؤلمة والمفاجئة بشكل صحيح، كما أنهم يستجيبون فسيولوجيا وبشكل غير اعتيادي لتلك المنبهات؛ من هنا شدة العوارض الفسيولوجية مثل اضطراب النوم والكوابيس، الاحتراز الشديد، الغضب والعدوانية، وهذا ما يشير إلى أن معالجة المعلومات تتم بشكل خاطئ وناقص لأنها تعتمد على المنبهات الحسية بالدرجة الأولى. (غسان يعقوب؛ 1999، ص 49-78)

3-2- النموذج السلوكي: هذا النموذج يعتمد على نظريات التعلم والتشريط، وهناك نوعان من التعلم القائم على الإشراف:

- الإشراف الكلاسيكي (بافلوف PAVLOV): يدرس ردات فعل الجسم تجاه المنبهات (ضغوط البيئة)، فيه يكون الشخص خاضعا لتلك الضغوط وليس له الخيار في تبديلها.

- الإشراف الإجرائي (سكينر SKINNER): بحيث يكون الشخص قادرا على التحرك والرد على منبهات البيئة بالشكل الذي يراه مناسباً، كلما يكون الرد صحيح يكون التعزيز حافزا لاستمرار العمل والعكس بالعكس.

يعتقد كين و آخرون (KEAN et all) (1985) أن هذا الاضطراب يفسر من خلال النموذجين، بحيث يستجيب الفرد للصدمة (المنبه) باستجابة الإجفال (الذعر الشديد)، أو الخوف المفاجئ وسلوك التجنب ثم يقوم بتعميم المنبه المؤلم على منبهات أخرى غير مؤلمة؛ بمعنى أن المنبهات الحيادية فيما بعد تصبح مشروطة.

إن الشخص المصدوم يحاول الهروب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب) كون أن هذه المنبهات أصبحت مؤلمة لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو تزامنت معها، يشعر بأن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) تستمر عبر الحاضر والمستقبل، وكأنها تغطي على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم.

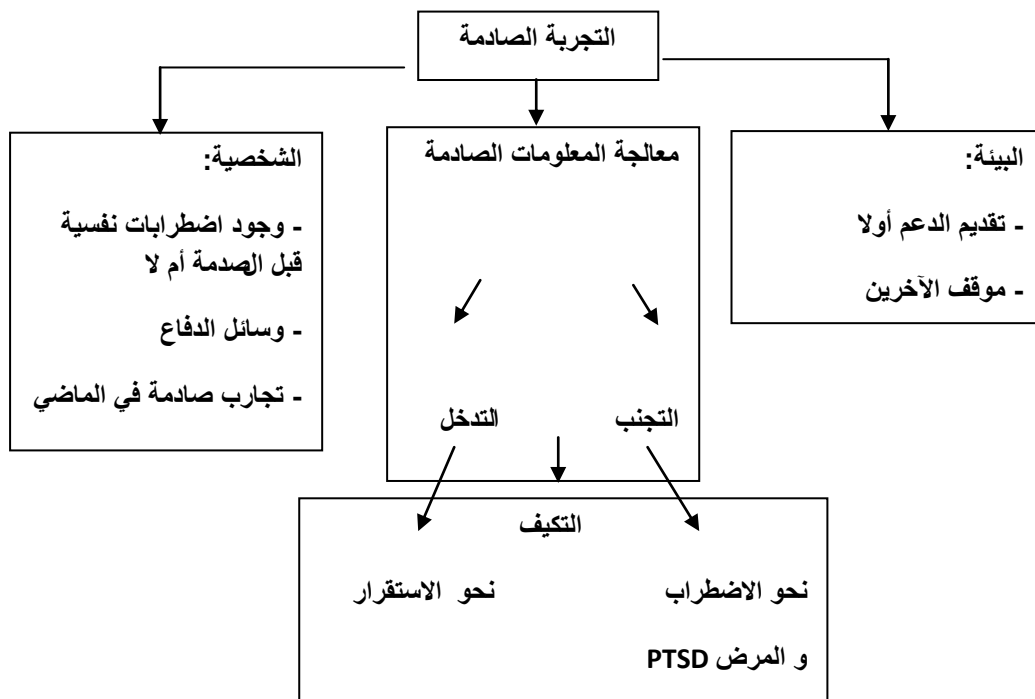
يتحدث بارلو (BARLOW) عن الإنذار المكتسب؛ أي أن تعميم الخوف و الخطر يمكن أن ينظر إليه على أنه استجابة اكتسبت بفعل الاشراف، فالصدمات وأعمال العنف والحروب منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف وردات فعل فسيولوجية مطلقة، ويحدث التعميم في استجابة الخوف تجاه المنبهات المواقف التي ترمز للصدمة. (غسان يعقوب؛ 1999، ص74 – 75).

3-3- النموذج السيكولوجي (النفسي الاجتماعي):

حاول كل من غرين، ويلسون وليندي (Green, Wilson and Lindey (1989

وضع نموذجاً نفسانياً واجتماعياً لتفسير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وهم يعتقدون بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة؛ إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة، كلما كان المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول.

ومن المؤسف أن نقول بأن ضحايا الكوارث الطبيعية بصورة خاصة هم الذين يلقون الاهتمام والعون من جانب الأفراد والمنظمات الجمعية الإنسانية بعكس ضحايا التعذيب والحروب والاعتداء، وهذا الشكل يوضح صورة ملخصة عن النموذج السيكولوجي.



شكل رقم (10) النموذج السيكولوجي (Green , Wilson; 1985) لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة مأخوذ عن (غسان يعقوب، 1999، ص 72-73)

3-4- النموذج المعرفي:

يرمي النموذج المعرفي إلى إدراك معنى الحدث عند الشخص وكيف تظهر لديه المعانات، وهذا الأمر يتوقف على نظرة الشخص إلى ذاته والعالم الخارجي، هنا ندخل في صلب القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية التي تميز شخصا عن الآخر، ومما لا شك فيه أن الصدمة تؤدي إلى زعزعة هذه البنيات الشخصية.

يرى إبستاين (Epstein (1991 أن نظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم.
 - ✓ القدرة على فهم معطيات الواقع بطريقة تسمح للشخص بالتكيف معها بطريقة ما.
 - ✓ الحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول.
 - ✓ الرغبة في الاتصال والكلام مع الآخرين.
- على هذا الأساس يرى الباحث أن هناك ثلاثة معتقدات شخصية تفسر موقف الإنسان السوي من الواقع أو العالم الخارجي:
- ✓ أن العالم مصدر خير
 - ✓ أن للعالم قيمة ويمكن التحكم فيه
 - ✓ أن للذات قيمة وأهمية خاصة (إيجابية: أنا شخص محبوب وجدير بالاحترام والتقدير)
- عندما تحدث الصدمة، تتحطم المعتقدات والآمال، ويشعر الشخص بالذهول واليأس وكأنه لا يصدق ما جرى، فتتحول المعتقدات الإيجابية إلى معتقدات سلبية ويصبح العالم الخارجي مرعبا ذو خطورة، فتتحطم الذات تحت وطأة الصدمة وتفقد قيمتها ومعناها. (غسان يعقوب، 1999، ص76).

من خلال عرضنا لهذه النظريات، يمكن القول أنه من الصعب فهم وتفسير هذا الاضطراب من خلال نظرية واحدة لأن الضغط ما بعد الصدمة اضطراب متعدد الأوجه، له أعراض متعددة، غير أن من أهم المسائل التي يجب أخذها بعين الاعتبار هو موقف الشخص من الصدمة ومعناها؛ وهذا لأن أفكار الشخص ومعتقداته السلبية تدفع إلى استمرار الصدمة وإطالتها.

خلاصة:

تعتبر مرحلة الطفولة عامة و الطفولة المتأخرة خصوصا الركيزة الأساسية لبناء شخصية الفرد، فالنمو السليم يعتمد أساسا على تلبية حاجيات الطفل من رعاية و أمن واستقرار، الشيء الذي ينعكس على بناء شخصية سليمة متوافقة، وعدم إشباعها وتلبيتها هنا يكمن الخطر، فالحرمان منها يؤدي إلى تشكيل بناء نفسي للطفل ضعيف، باعتبار تلك الحاجات هي المتطلبات الأساسية التي تساعد على التوازن النفسي للفرد، لذا فعلى العائلة تجنب كل الأساليب الخاطئة في التربية وتوفير الحاجات الأساسية للطفل لمحاولة تجنب العواقب السلبية وتوفير الجو الآمن والهادئ داخل الأسرة باعتبار مرحلة الطفولة المتأخرة مرحلة حساسة ودرجة تتميز بقابلية التقليد للكبار فلهذا لا بد من الأخذ بعين الاعتبار كل مظهر من مظاهر النمو وكل مطلب وكل ميزة وكل حاجة تتطلبها هذه المرحلة، التي تعتبر مرحلة استقرار وثبات انفعالي يطلق عليها الباحثون اسم مرحلة الطفولة الهادئة يتطور فيها النمو العقلي وكذا نمو مفهوم الذات .

غير أن الطفل قد يتعرض لاعتداءات سواء داخل أو خارج نطاق الأسرة، من بينها الاعتداءات الجنسية التي تؤثر بشكل سلبي على نفسيته، ولعل أصعب شيء يتعرض إليه الطفل في حياته لما يجد نفسه في وضعية ضحية أمام احد أقربائه كالأب أو العم، الشيء الذي يحطم كيانه وثقته بالنفس وبالغير، خصوصا و إن صاحب الاعتداء عنف، إجبار، تهديد... فتظهر لديه العديد من الاضطرابات والشكاوي الدائمة من القلق والخوف والأعراض السيكوسوماتية والسلوكية كالعنادية تجاه الذات أو الغير كالإخوة أو الأقران، بالإضافة إلى التدني الملحوظ للنتائج المدرسية للطفل.

للأسف فإن صمت الأطفال يؤذيهم ويحمي المعتدي عليهم، فالكثير من أطفال الجزائر راحوا ضحايا غدر نتيجة كتمهم لما حدث لهم خوفا من العار والفضائح، هذا ما يدعم ويعزز من ترسخ آثار

الصدمة والجروح التي تعرضوا لها، ولا شك أن هؤلاء الضحايا سيعانون أيضا في حياتهم المستقبلية لما تختلط عليهم الأمور فالطفل لم يكتمل نموه النفسي بعد، خاصة فيما يخص الحياة الجنسية.

إن معاناة الطفل من آثار الصدمة وأعراضها التي تظهر يوم بعد يوم خصوصا لما يكون الحدث الصدمي متكررا، ولقد لاحظنا في الممارسة العيادية أن أغلبية الأطفال الضحايا لديهم اعتداءات متكررة لأكثر من عام أو عامين، ترى ما هي الصورة التي سيكون عليها هذا الطفل مستقبلا لما يكبر؟ هؤلاء الضحايا يظهرون أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي لا تختلف كثيرا أعراضه عما هي عند الراشدين، والتي تتميز بفقدان التركيز وصعوبات في التعلم بالإضافة إلى التجنب وأعراض أخرى متعلقة بمزاج الطفل فبعدما كان يبتسم و يلعب مع زملائه في الصف أصبح منعزلا عنهم وحزين.

فيما يلي سنتطرق إلى البرنامج العلاجي الذي صممناه كمحاولة للتخفيف عن بعض هذه الأعراض عند الطفل الضحية.

الفصل الثالث العلاج السلوكي المعرفي.

تمهيد

- 1 - مفهوم العلاج السلوكي المعرفي
- 2 - العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي
- 3 - الاستراتيجيات المتبعة في العلاج السلوكي المعرفي
- 3-1 - المقابلات التشخيصية
- 3-1-1 - التحليل الوظيفي ومراحله
- 3-1-2 - نموذج سيكا
- 3-2 - المقابلات العلاجية
- 3-3 - المقابلات التقييمية
- 3--4 - مقابلات المتابعة
- 4 - التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج السلوكي المعرفي
- 4-1 - التقنيات السلوكية
- 4-2 - التقنيات المعرفية

خلاصة

تمهيد :

يعتبر العلاج النفسي وسيلة مساعدة مختصة تقدم للذين تعرضوا لاعتداءات وانتهاكات أصابت بناءهم النفسي باضطراب، وتختلف أنواع العلاجات النفسية باختلاف الأطر النظرية التي يتبناها أي باحث، ونحن في بحثنا هذا تبيننا إطار مرجعي الذي يتمثل في العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتمد على تقنيات واستراتيجيات استمدت مبادئها من المدرسة السلوكية والمعرفية التي من مبادئها أيضا الاهتمام بالأفكار، الانفعال والسلوك.

في هذا الفصل سنحاول التعرف على معنى العلاج النفسي المعرفي السلوكي، حيث سنقدم تقنياته والإستراتيجيات المتبعة في علاج أعراض الاضطرابات المصاحبة للاعتداء الجنسي على الطفل، والتمثلة في المقابلات التشخيصية والعلاجية ومقابلات التقويم والمتابعة لنختم هذا الفصل بعرض البرنامج العلاجي ذو التوجه المعرفي السلوكي المطبق على الضحايا مع ذكر خطوات بنائه والأهداف التي يرمي إلى تحقيقها.

1- مفهوم العلاج السلوكي المعرفي:

يجمع العلاج النفسي المعرفي السلوكي بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، وهو يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيًا، تعد هي المسؤولية عن الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق، في نفس المنطق يتحمل المريض المسؤولية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية. (عادل عبد الله محمد، 2000، ص18)

عادة ما يركز العلاج النفسي المعرفي السلوكي على تقنيات وفنيات معرفية تتمثل في (إعادة البناء المعرفي "لباك"، والتحليل الانفعالي العقلاني لـ "إليس" وغيرها)، أما عن التقنيات السلوكية

فتتمثل في (التدريب على الاسترخاء، التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، التعلم بالنمذجة، البحث عن مكان آمن...إخ).

يعد العلاج المعرفي السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث، يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، وهو عملية تتسم بالتعاون الإمبريقي بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق، ونماذج تخيلاته، ونماذج التفكير لديه وفحصها إمبريقيا والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية، كما يتم التعامل مع معتقدات المريض على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية. (عادل عبد الله محمد، 2000، ص31).

يتمثل الغرض من العلاج السلوكي المعرفي في كونه يساعد المرضى على تغيير الطريقة التي يفكرون بها وكذلك الطريقة التي يسلكون بها، كذلك تصحيح التشوهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم حديث الذات الخاص بالشخص ومن ثم سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البليخسين فايد، 2006، ص96

2- العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي:

يعتمد العلاج السلوكي المعرفي أساساً على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمتعالج، لأنها تلعب دوراً أساسياً في العلاج، ويشترط في هذه العلاقة العلاجية أن تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الارتباطات والتعلقات المعقدة التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذي ينشأ بينهما، والأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين، والتي تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمتعالج حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها.

وتتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية كالتالي:

أ - **الاتفاقات:** تشير إلى تلك الارتباطات التي تنشأ بين الطرفين المعالج والمتعالج ويتم عقدها بينهما.

ب - **الأهداف:** تشير إلى ما يطمح إليه الطرفان وما يرغبان في تحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل.

ج - **المهام:** تشير إلى تلك الأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين والتي تعمل على تحقيق الأهداف

التي ينبغي أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية (عادل عبد الله محمد، 2000، ص38)

يتمثل دور الأخصائي النفسي السلوكي المعرفي مع الأطفال في كون أنه يقوم بعدد من الأدوار عندما يعالج الأطفال والمراهقين، فهو يعمل كمشخص، ومرشد، ومعلم فعليه أن يطبق بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي، في العلاج و أن يركز على عمليات الأفكار التي يعتقد أنها وسيط للقلق المرتبط بالسلوك، وأفكار الطفل، واعتقاداته واتجاهاته والتعبير الذي هو مصدر رئيسي لمشكلة القلق. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص122)

فدوره كمرشد في مساعدة الطفل على تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل، والتعاون معه في محاولة لحل مشكلته، بتوليد الأفكار، وتزويده بالاقتراعات وإعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار دون إخباره ماذا يفعل، وإيجاد الفرصة المناسبة لتدريبه.

وكمشخص حيث يجمع المعلومات عن الطفل من مصادر متعددة، فعن طريق الطفل والوالدين والمدرسين، حيث يدمج المعلومات التي حصل عليها في تحديد طبيعة الاضطراب وفي تخطيط التدخل المناسب للطفل.

وكمعلم حيث يهتم بالتدريب على المهارات وينصب اهتمامه على فهم إدراك الطفل، فيُعلم الطفل التشويه المعرفي مدى تأثيره على سلوكه، وتعليمه كيف يحل نماذج التفكير المشوه أو الأفكار المحرفة، ويضع مكانها نماذج تكيفية، فهو يحاول تعليم الطفل التفكير الصحيح. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص123)

3- الاستراتيجيات المتبعة في العلاج السلوكي المعرفي:

3-1- المقابلات التشخيصية :

المقابلة التشخيصية لا تختلف عن المقابلة العلاجية في خصائصها أو مهاراتها أو فنياتها ولكنهما يختلفان في الهدف الأساسي لكل منهما.

وصف كورشين (1976) المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المعالج النفسي على فهم المشكلات التي يعاني منها المريض مما يمكنه من التخطيط السليم للاستراتيجيات العلاجية المستقبلية.

ويري 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 هي العمليات العقلية وطرق التفكير، الخلل الحسي والإدراكي، الوعي بالزمان والمكان، التعبيرات الانفعالية، الاستبصار الداخلي ومفهوم الذات، السلوك العام والمظهر الشخصي.

(ماهر محمود عمر، 1987، ص 282) ويستعمل فيها أدوات الكشف التالية:

3-1-1- التحليل الوظيفي ومراحله (l'analyse fonctionnelle et ses étapes):

هو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعيته القلقة، العوامل المفجرة (الأسباب)، والنتائج (الآثار) أيضاً، العوامل التي تحفز السلوك والأفكار التي تصنع المشكل، في المقابلات الأولى فإن هذا التحليل يسمح بدراسة مع المفحوص العوامل الماضية والحالية، الانفعالات، الأفكار ومحتوى المحيط، فرضيات التشخيص وانطلاقاً من هذا التحليل الوظيفي تفترض الوسائل والتقنيات الملائمة، والنموذج المستخدم هو شبكة سيكا (الوضعيات، الانفعالات، السلوك، المعارف، الاعتقاد). (Chantal De May-Guillard, 2008, p56) وهناك نماذج عديدة أخرى...

وهذه هي المراحل السبعة للتحليل الوظيفي حسب ساسلو وكانفار (Saslow et Confer 1969)

- 1 فحص المشكل الخاص: ويتضمن تحديد تكرار المشكل، شدته، فترته، مختلف الأشكال التي يظهر بها السلوك، كل ما يدور بالسلوك سيحلل بدقة.
- 2 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، هواياته، الشبكة العلائقية... الخ)
- 3 تحليل الحوافز: بواسطة أسئلة توجه إلى المفحوص، المعالج سيبحث في حياة المفحوص عن كل المعززات الإيجابية أو السلبية للمفحوص، وبإمكانه أن يستخدم قائمة المعززات التي يكونها في البرنامج العلاجي المختار.
- 4 تحليل النمو: يتلقى المعالج تاريخ حالة المفحوص والسوابق العيادية كذلك تاريخ الأعراض.

5 تحليل التحكم الذاتي: بفضل هذا التحليل يتم التعرف على الإستراتيجيات التي تتوفر في المفحوص لكي يكتسب التحكم الذاتي في المواقف اليومية، بالتالي التعرف على النتائج الإيجابية والسلبية لهذا التحكم.

6 تحليل العلاقات الاجتماعية: تقيم نوعية الشبكة الاجتماعية للمفحوص، وكذلك يقيم النمط العلائقي الذي يربطه مع مختلف الأقرباء، والتعرف على تأثير السياق الاجتماعي، والعلائقي على سلوك المفحوص.

7 تحليل المحيط السوسيوثقافي والفيزيقي: إن المحيط الفيزيقي والسوسيوثقافي يحدّد السلوك المشكّل في جذوره الثقافية.

يكمل التحليل الوظيفي بتطبيق عدة اختبارات تهدف إلى التقييم الذي يجب أن يتواصل بعد نهاية العقد العلاجي، يهدف تقدير التغيرات السلوكية في نهاية العلاج. (*Mirabel Sarron, 2004, p22*) يتبع نموذج كانفار وساسلو (*Confer et Saslow*) 3 أهداف هي كالتالي:

- ✓ تحديد السلوك الذي يجب أن يتغير.
- ✓ تحديد في أي شروط يكتسب.
- ✓ تحديد ماهية العوامل الحالية المشكلة. (*Fontaine O, 2007, 61*)

3-1-2- شبكة (SECCA) سيكا وتحليلها:

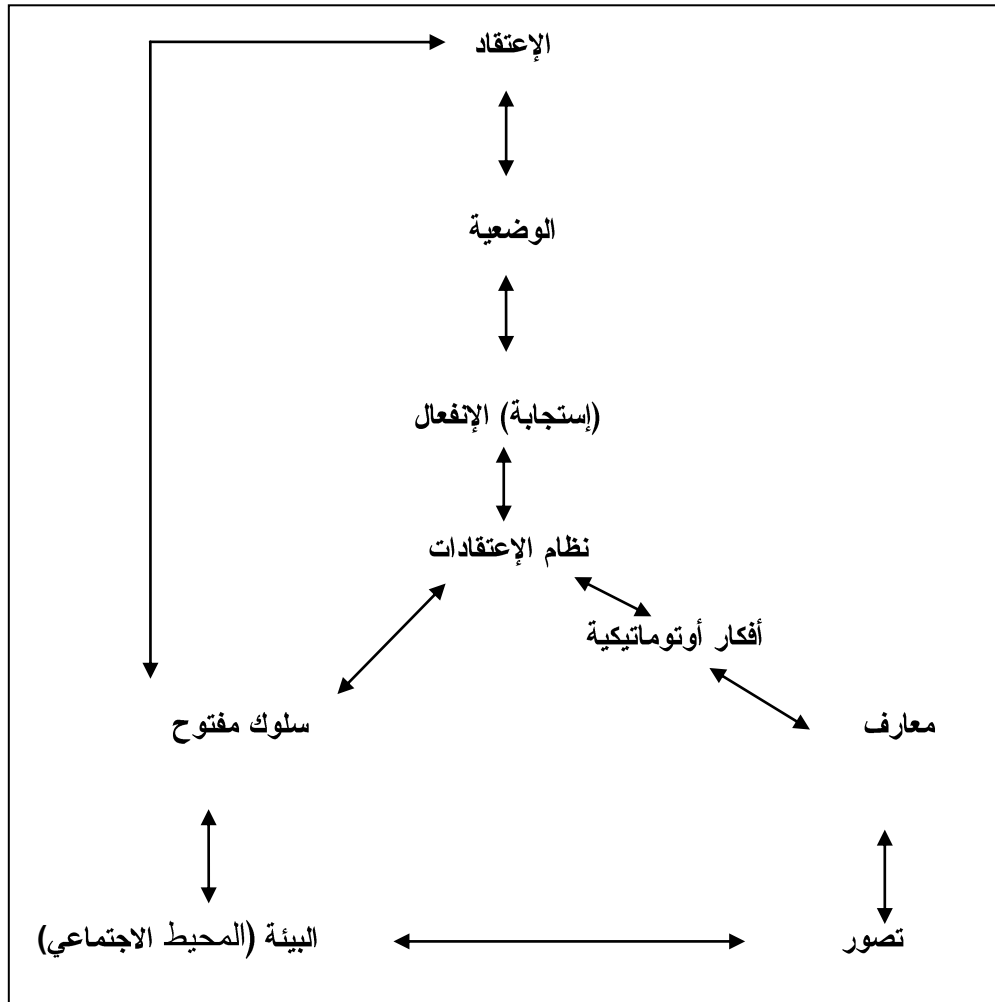
أعدت شبكة (SECCA) للمشاكل المتعلقة بالقلق والاكتئاب، الخوف، الهلع، اضطراب الوظائف الجنسية تتكون من المتغيرات التالية :

- ✓ المثير-الوضعية- (S) Stimulus
- ✓ الانفعال (E) Emotion
- ✓ المعارف (C) Cognition
- ✓ السلوك (C) Comportement
- ✓ الاعتقاد (A) Anticipation

أساسيا وتطبيقيا فهي مقسمة إلى جزء متزامن (synchronique) وجزء آخر طولي (Diachronique)

✓ الأول يسمح بتحليل التفاعلات في تعاقب مثير ، انفعال ، معارف، سلوك كذلك نتائجها على المحيط الاجتماعي.

✓ الثاني يجمع أحداث القصة التي حدثت للمريض سواء المتعلقة مباشرة مع السلوك المشكل (العوامل المفجرة الأساسية) أو استخراج معطيات وراثية حول الشخصية: أمراض جسمية أو مشاكل أخرى.



شكل (11) شبكة سيكا (SECCA) والتفاعل الذي يحدث بين الأفكار، الانفعال والسلوك.

(Fontaine O, 2007, P63)

❖ الهدف من المقابلة الأولية هو الاتصال والتعارف الأولي بالمفحوص من جهة، يسمح بتشخيص الأعراض المرضية، من جهة أخرى يعمل على توضيح معاناة المفحوص وما ينتظره في المقابلة، وفي هذه المقابلة الأولية فإن المختص النفسي يعمل على كسب ثقة المفحوص وتشجيع عملية الإتصال به (Christine M.Lwis vera, 2004, p 11)

مدة العلاج حوالي 4 أشهر من 12 - 15 حصة ضرورية عموماً للوصول إلى السلوك المطلوب. (Christine M.Lwis vera, 2004, p10)

نظام المقابلات يعتمد على (حوصلة الأسبوع والمهمات الموكلة، إختيار موضوع للتحليل والوصف في الأسبوع المقبل)، يلعب دور مهم.

المفحوص يستطيع أخذ نقاط خلال الجلسة وفي المنزل لما قدمه الفاحص من نصائح، وهذا لهدف تطوير تعلم الملاحظة الذاتية والتقييم الذاتي. (Christine M.Lwis vera, 2004, p11)

3-2- المقابلات العلاجية : في حين وصف كورشين (1976) المقابلات العلاجية على عكس:

المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المريض علي فهم نفسه حتى يتمكن من إحداث التغيرات المرغوبة في مشاعره وسلوكه عن(ماهر محمود عمر، 1987، ص281)

3-3- المقابلات التقييمية:

تقييم عملية العلاج النفسي أمر هام وضروري يحتاج إلى تخطيط وإعداد برنامج خاص به يتحدد فيه: هدف عملية العلاج، مضمونها وطريقتها ويتوقف نجاح عملية العلاج النفسي على عوامل أهمها:

- طريقة العلاج ونوع وشخصية المعالج وشخصية المريض، ويشترك في إجراء تقييم عملية العلاج كل من المريض والمعالج النفسي.

من أهداف إجراء التقييم:

- ✓ الكشف عن مدى فعالية ونجاح العلاج في تحقيق أهدافه
 - ✓ الكشف عن مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة.
 - ✓ الكشف عن مدى نمو شخصية المريض ومدى توافقه النفسي وتمتعته بالصحة النفسية .
- (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص198).

3-4- مقابلات المتابعة:

تهدف المتابعة إلى التأكد من استمرار تقدم الحالة وتحديد مدى وأثر وقيمة ونجاح عملية العلاج وتحديد نسبة الشفاء ومدى استفادة المريض من الخبرات العلاجية في مواقف الحياة العامة والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية لحاجات المريض كما يعيشها في الواقع.

تحتاج المتابعة المنظمة إلى المحافظة على الاتصال بالفرد بعد شفاؤه لفترة محددة ، وقد يتم الاتصال بعد شهر ثم ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر ثم سنة وقد تمتد المتابعة إلى الأسرة أو المدرسة أو مكان العمل.

بالنسبة لطرق الاتصال قد يتم شخصيا في العيادة النفسية أو عن طريق هاتف وقد تستخدم طرق في تقييم العلاج مثل التقارير الذاتية التي يكتبها المريض عن تطور حالته.

4- التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

4 1 - التقنيات السلوكية (Behavioral Strategies)

4 1 1 الاسترخاء (la Relaxation)

يعمل الاسترخاء على إضعاف العلاقة بين "القلق والتوتر" وهذا الذي يؤدي إلى انطفاء الفعل المنعكس الشرطي المرضي، بذلك لا يستجيب المفحوص بالتوتر أو القلق عندما يصادف مواقف ضغط شديدة إذ يلجأ إلى التمرينات الاسترخائية التي تخفف من القلق وتخفف عنه أو تقضي عليه.

عن(سامية عرعار، 2002 ص146)

يعرف الاسترخاء بالمعنى العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. (إبراهيم عبد الستار، 1994، ص154)، وتعد الاسترخاء طريقة لمواجهة الضغط والقلق، بحيث يعمل على صرف الطاقة التي تحت تحكم الجهاز العصبي السمباتي، إذ يجب خلق فترة من الراحة والاسترجاع تحت عمل الجهاز العصبي البارسمباتي، ويعتبر الاسترخاء مضاد للقلق، فهو يبعد الضغط عن الجسم، كما يلعب دور المحافظة على الصحة والوقاية منها. (Bruno, 1998, p199-200).

يجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية، فالكثير من الأفراد ممن يعيشون طول الوقت في حالة من التوتر الشديد، ويصطحب هذا باستثارة في الجهاز العصبي، من مظاهرها جمود عضلات بعض الأعضاء، وارتفاع الضغط وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

إن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه، فالأشخاص في هذه الحالة من الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً. (إبراهيم عبد الستار، 1994، صص 152-155)

الهدف من استعمال الاسترخاء وكل تقنيات التخيل هو عمل مختلف الأجهزة التالية (الجهاز العصبي، الجهاز السمباتي، القشرة المخية، وتعزيز فعاليتها)، كما يهدف إلى التركيز على الإيقاع أو الرتم الداخلي وراحته. عن (مصطفى المصري).

الاسترخاء العضلي عاجة ما يستخدم إما كأسلوب علاجي مستقل أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلى خلق إستجابة معارضة للقلق والتوتر أثناء ظهور المواقف المهددة، ويعتمد هذا الأسلوب على منطلق فسيولوجي أن القلق و الخوف والإنفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبير عن وجود توترات عضوية وعضلية، ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والإنفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتتكون حركات لا إرادية مثل اللوازم والإبتسامات الغير الملائمة وتتوتر أيضاً أعضائه الداخلية فتزداد دقات القلب وتعنف ويتعطل نشاط

بعض غده كالغدد اللعابية فيجف الفم ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته.

(ابراهيم عبد الستار، 1999، ص 65)

استخدم جاكبسون في العلاج السلوكي طريقة الإسترخاء التصاعدي الذي يطلب خلاله من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يركز بصره على نقطة لامعة ثم إنه يبدأ بتوجيه من المعالج بإرخاء أعضاء جسمه كأن يطلب منه أن يغلق راحتي اليدين بكل قوة وإحكام وأن يلاحظ التوترات والإنقباضات التي تحدث في مقدمة الذراع كمقياس للتوتر ثم يطلب منه فتحهما بعد ثوان قصيرة واضعا إياهما في مكان مريح ملاحظا ما يحدث في عضلات مقدمة الذراع من إسترخاء وراحة عامة في الجسم كله، وهكذا ينتقل المعالج بالطفل إلى مختلف أعضاء جسمه بدءا من القدم ومرورا بالساقين والفخذين وعضلات البطن والصدر والوجه والفم والرقبة حتى يصل الطفل في خلال ثلاث أو أربع جلسات إلى التحكم الكامل وإكتساب القدرة على الإسترخاء. (ابراهيم عبد الستار، 1999، ص 65)

وفي الحديث عن الاسترخاء فإنه يستخدم كذلك كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي، لهذا من الضروري القيام بعمليات محاولة الاسترخاء لدقائق قليلة يوميا، وخاصة قبل الدخول في مواقف حياتية مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجري أثناء الترشح لعمل ما...

ضف إلى ذلك فإن أسلوب الاسترخاء يستخدم في الكثير من الأحيان لتغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. (ابراهيم عبد الستار، 1994، ص 164-166)

وفي تقرير بترسون و هرباك (Petersone and Harbeck ,1990) عن إستخدام الاسترخاء بين الأطفال تبين أنه شديد الفاعلية في علاج المخاوف المرضية والتخفيف من الاضطرابات السيكوسوماتية والسيكوفيسيولوجية وعلى سبيل المثال استخدم (اندرسون 1973) بنجاح ثلاث جلسات استرخاء كل منها استغرق ساعة مع طفل يعاني من الأرق كذلك أمكن استخدام بنجاح في علاج الاضطرابات المرتبطة بالتنفس مثل الربو.

وتزداد فعالية الاسترخاء عندما يكون الإضطراب العضوي والعضلي جزءا رئيسيا من مشكلات الطفل النفسية، ولهذا تزداد فعاليته في حالات القلق والمخاوف المرضية أكثر من حالات الإكتئاب بسبب الإنشيط الاستثنائي المصاحب لهما.

يتعلق نجاح الإسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل يسمح له بالتدريب على ذلك أي بعد ثماني (08) سنوات تقريبا وأن لا يكون متخلفا وان تكون إضطراباته غير مرتبطة باضطرابات أخرى أو الحصول على إنتباه سلبي من خلالها. (ابراهيم عبد الستار، 1999، ص 66)

استخدمت هذه التقنية مع الأطفال وأثبتت فاعليتها في ذلك، فمن خلاله يتعلم الطفل كيف يقلل الشعور المنفر المرتبط بالخوف والقلق، وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق، ويتعرف الطفل على الفرق بين العضلات المشدودة والمسترخية، ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع المواقف المثيرة للقلق، عن طريق مثيرات عدائية ضده. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص 154)

في البحث الحالي استخدمت الباحثة تقنية الاسترخاء التالية: Relaxation diaphragmatique: par la technique des bulles de bonheur التي أعدتها الباحثة كاران صادلي Karen Sadlier وأثبتت فعاليتها عند الأطفال المصدومين جراء العنف الممارس ضدهم. (Karen Sadlier ,2012)

وهي عبارة عن ملء كأس ماء بفقاعات الصابون فيبدأ الطفل اللعب بها من خلال عمليتي الشهيق والزفير.

4-1-2- التحصين التدريجي (Systematic desenzation)

يتطلب استخدام هذا الأسلوب مع الأطفال قدرة الطفل على تحديد الاستجابات المتعارضة مع القلق، ثم تقسيمها إلى مواقف فرعية صغيرة، متدرجة بحسب الشدة، بحيث تبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل، ثم تعريضه للمواقف المخيفة تدريجيا، وذلك إما من خلال الواقع أو الخيال. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص 153)

يشتمل التخلص المنتظم من الحساسية على الخطوات التالية:

- التدريب على الاسترخاء
- إعداد مدرج للقلق من خلال تحديد مصادر القلق والمثيرات
- ترتيب المثيرات (مكانها وزمانه) حسب تأثيرها من الأقل إلى الأكثر

- إجراءات التخلص المنتظم من الحساسية

وتجدر الإشارة إلى أن عملية التخلص المنتظم من الحساسية يمكن أن تتم في الواقع الملموس أو عن طريق التخيل (روينة سليمة، 2014، ص198)

تم تدريب الطفل على هذه التقنية بعد أن تم تدريبه على الاسترخاء وتحديد المواقف التي تثير قلقه.

4-1-3- النمذجة : (Modeling)

النمذجة تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، ويعطى للشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج. (لويس كامل مليكة، 1989، ص 105) وهي إحدى نظريات التعلم الاجتماعي تركز على تعلم الفرد في سياق اجتماعي وبتقليد السلوك الجديد المتعلم (فاروق الروسان، 2000، ص172).

أسلوب النمذجة والذي يسمى أحيانا أسلوب التعلم عن طريق التقليد (Learning by imitation) من الأساليب المعروفة منذ زمن بعيد في تعديل سلوك الأفراد، وخاصة للفئات العمرية المبكرة والمواقف الجديدة، ويعد باندورا (Bandura 1977) من الأوائل الذين ركزوا على نظرية التعلم عن طريق التقليد، وفيها يتم التعلم كتغير في الأداء نتيجة لملاحظة سلوك الآخرين وتقليدهم (فاروق الروسان، 2000، ص133)

هذه النظرية تفترض بأن الطفل الذي يعاني من القلق قد تأثر بواسطة البيئة، ومن هنا فإن سلوك الخوف والقلق سلوك متعلم عن طريق ملاحظة آخرين ويمكن التخلص منه عن طريق جعل الطفل يلاحظ نماذج تمارس بنجاح التعامل مع المثيرات التي يخافها الطفل، وتكون هذه الطريقة أكثر فاعلية عندما يطلب من الطفل القلق المشاركة، وعندما يتشابه النموذج مع الطفل القلق في السن ومستوى القلق والخبرة مع حالات ومثيرات القلق.(أسماء عبد الله عطية، 2008، ص155)

تلعب النمذجة والتقليد دورا مهما في اكتساب كل من السلوكات المناسبة أو المرغوبة والسلوكات غير التكيفية، فالعديد من الأطفال يكتسبون أنماط السلوك الخاصة بهم من خلال ملاحظة

وتقليد آبائهم أو معلمهم أو أصدقائهم أو آخرين غيرهم. (إبراهيم فرج الله الزريقات، 2007، ص316)

في كتاب قوانين تعديل السلوك (1969) يوضح باندورا أهمية النمذجة قائلا: "إن باستطاعة الفرد اكتساب الأنماط السلوكية المعقدة من خلال ملاحظة أداء النماذج المناسبة. فالاستجابات الانفعالية يمكن اشتراطها بالملاحظة وذلك من خلال مشاهدة ردود الأفعال الانفعالية لأشخاص آخرين يمرون بخبرات مؤلمة أو غير سارة، ويمكن التغلب على الخوف أو السلوك التجنبي من خلال مشاهدة نماذج تتعامل مع الشيء الذي يبعث على الخوف دون التعرض لعواقب على تأديته وأخيرا يمكن المحافظة على استمرارية أداء الفرد للاستجابات المتعلمة وتنظيمها وضبطها اجتماعيا من خلال الأفعال التي تصدر عن النماذج المؤثرة" (جمال الخطيب، 2000، ص181)

يوضح كازدين (Kazdin, 1980) أسلوب النمذجة كأسلوب من أساليب تعديل السلوك على أنه إجراء يتضمن تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة النموذج أو تقليده، وقد يحدث التعلم دون أن تظهر على الفرد استجابات متعلمة فورية، بل قد تحدث لاحقا.

❖ أهداف استخدام أسلوب النمذجة:

- 1 زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه:
إذ يتم تعلم أشكال جديدة من السلوك يزداد تكرارها لاحقا في مواقف مماثلة خاصة إذا ما عززت.
 - 2 كف أشكال السلوك غير المرغوب فيه:
إذ يتم كف ظهور أشكال السلوك التي يقوم بها المتعلم نتيجة لملاحظة سلوك النموذج.
 - 3 تسهيل ظهور أشكال جديدة من السلوك لدى الفرد المتعلم
بملاحظة سلوك النموذج الذي يقوم بالسلوك لدى الفرد المتعلم بملاحظة سلوك النموذج الذي يقوم بالسلوك بكل بساطة وسهولة دون خوف أو قلق.
- ❖ أنواع النمذجة: يمكن تصنيف أنواع النمذجة إلى الأشكال التالية:

✚ **النمذجة الحية (Live Modeling)** يقوم النموذج بتأدية السلوكات المستهدفة بوجود الشخص الذي يراد تعليمه تلك السلوكات، وفي هذا النوع من النمذجة لا يطلب من الشخص تأدية سلوكات النموذج وإنما مجرد مراقبتها فقط.

✚ **النمذجة المصورة أو الرمزية (Filmed Modeling)** يقوم المراقب بمشاهدة سلوك النموذج من خلال الأفلام أو أي وسائل أخرى.

✚ **النمذجة من خلال المشاركة:** خلافا للنوعين السابقين التي يقوم فيها الفرد بمراقبة النموذج فقط، في هذا النوع يقوم الفرد بمراقبة نموذج حي أو لا ثم يقوم بتأدية الاستجابة بمساعدة وتشجيع النموذج وأخيرا فلننه يؤدي الاستجابة بمفرده. (جمال الخطيب، 2000، ص 182)

يعد أسلوب النمذجة واحدا من الأساليب الفعالة في تعديل السلوك، وخاصة في مرحلة الطفولة، وفي المواقف الجديدة، وكذلك في كثير من أشكال التعلم المتعلقة بالنمو الانفعالي، والنمو اللغوي، والنمو الاجتماعي كما يعد أسلوب النمذجة من الأساليب التي يسهل تطبيقها من أجل تحقيق الأهداف المرجوة منها أو في تحقيق الأهداف السلوكية النهائية والمتمثلة في أشكال السلوك المرغوب فيها، وخاصة عندما تضبط إستراتيجيات هذا الأسلوب، والمتمثلة في تحديد سلوك النموذج وتعلمه بالتقليد من قبل المتعلم، ومكافئة المتعلم عند تعلمه لذلك السلوك (فاروق الروسان، 2000، ص 189).

تعتبر النمذجة جزء من التدريب على المهارات الاجتماعية (Skills training social) التي تعلم المفحوص كيفية التفاعل مع الناس بشكل أكثر راحة وفاعلية. (حسن فايد، 2006، ص 72) فالنمذجة من بين أساليب العلاج السلوكي حيث يقوم المفحوص بتحويل المعلومات (الحديث الذاتي) التي يحصل عليها من النموذج إلى تخیلات معرفية إدراكية وإلى استجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم فيما بعد كمؤشر للسلوك الظاهر، ومن ثم يمكن أن يؤدي ذلك إلى تغير السلوك. (عادل محمد عبد الله، 2000، ص 78)

4-1-4- المهارات الاجتماعية:

في حديثنا حول المهارات الاجتماعية فإن المفحوص خلال هذه المرحلة يدرك أن ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن تعمل على توليد سلوكات جديدة تتنافر مع سلوكاته غير المتوافقة

المراد تغييرها ،على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي على الانتباه والتقدير والاستجابات الفسيولوجية واستثارة سلوكيات جديدة مما يؤثر على أبنية المفحوص المعرفية ويؤدي إلى تغير سلوكاته المشكلة.
(عادل محمد عبد الله، 2000، ص76-77)

وحسب إبراهيم عبد الستار (1994) فإن تغير طريقة الملبس، وتغير الوضع الاجتماعي، تؤدي إلى التغير في توقعات الأفراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا. (إبراهيم عبد الستار، 1994، ص319).

4 1 5 - لعب الدور: (Rôle playing)

يعتبر أحد أساليب التعلم الاجتماعي الذي يتضمن تدريب الفرد على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي عليه أن يتعلمها ويكتسب المهارة فيها، يستخدم كأسلوب في العلاج لإعطاء الطفل فرصة مناسبة لممارسة التعايش، واختبار الحلول المتعددة للمشكلة، ويتضمن تصميم حدث مفتعل وطريقة للممارسة في المواقف المثيرة للقلق. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص155)

وهو بذلك وسيلة علاجية للأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية عميقة، إذ يعطي حرية للأفراد في التعبير عن قلقهم وعدوانيتهم ويعيد المواقف التي تعرضوا إليها وقاداتهم إلى الانعزال ، ولعب الدور ما هو إلا ادوار يؤديها الطفل في تمثيلات محددة ضمن برنامج إرشادي بمعنى أن الدور يكون ثابتاً على وفق خطة مسبقة يشرف عليها المشرف .(سعيد جاسم الاسدي، 2014، ص193)

4-2- التقنيات المعرفية:

4-2-1- نظريات إعادة البناء المعرفي:

هي إستراتيجية علاجية تهدف إلى تصحيح التشوهات المتعلقة بالعالم المعرفي للفرد، أفكاره وتوقعاته وتقييماته، كما تهدف إلى تعلم بدائل وطرق أكثر واقعية لصياغة التجارب . عن (منصوري سامية، 1992، ص70)

يتضمن تعديل وتغير الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة مثلاً : كخبرة ماضية يمكن أن يتعرض لها أي فرد ويمكن أن يتغلب عليها، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرات متعلمة، والتركيز على المفاهيم غير الدقيقة التي اكتسبها

الفرد عن نفسه وعن العالم الذي يعيش فيه، والتخفيف من الشحنات ا لانفعالية القوية الناتجة عنها، وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلي المعرفي، أي أن الاستبصار هام جدا في هذا العلاج. يهدف إعادة البناء إلى تغيير الشخصية وإعادة بنائها، وتغيير عادات المريض السلوكية، وطريقة تفكيره، واتجاهاته الأساسية وأسلوب حياته، ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين، وفيه يقوم المعالج بالتحليل والتركيب حتى يصل في النهاية إلى التغيير المنشود في شخصية المريض. (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص208-210)

استند " ألبرت إليس" في تفسيره نشأة الاضطراب النفسي على أسس بيولوجية وأخرى اجتماعية وثالثة سيكولوجية، فالأسس البيولوجية ليست واضحة تماما ولكنه يرى أنها النزعة العامة لدى الناس إلى الكمال والرغبة في أن ينجز الأعمال عند أعلى مستوى من الإتقان، وينشأ الاضطراب هنا بسبب عدم الرضا عن الأداء والتقييم السلبي للذات، أما الأسس الاجتماعية فيتمثل في التوازن الذي ينبغي أن يقيمه الفرد في علاقاته بالآخرين، وينشأ الاضطراب إما بسبب الاهتمام بالآخرين وبآرائهم وبرضاهم أكثر مما ينبغي، أو الابتعاد عنهم أو عدم الاهتمام بهم حجة أنهم أشرار، وأخيرا الأسس السيكولوجية وتتمثل في نظريته المعروفة بالأحرف ABC.(أسماء عبد الله عطية، 2008، ص67)

قام ألبرت إليس (Ellis1977) ما اسماء نظرية ABC في السلوك والشخصية حيث:

(A): تعني (Activiting expérience Event) أي خبرة منشطة (حادثة) مثل وفاة، طلاق، رسوب، والحادثة في حد ذاتها لا تحدث الاضطرابات السلوكية.

(B): تعني (Belief System) أي نظام المعتقدات، يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات لدى الفرد، وقد يكون نظام المعتقدات عقليا أو غير عقلية، وهذا ما يؤدي بالانفعال.

(C): تعني (Conséquence) أي نتيجة (استجابة انفعالية) والنتيجة قد تكون عقلانية (صبر، رضا، إصلاح) أو غير عقلانية (حزن، توتر، قلق...) (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص369)

وضع اليس 12 اعتقادا لا عقلانيا والتي تؤدي حتما إلى الانهزامية والعصاب، وهدف العلاج لديه هو تعريف وتحديد الاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها ، ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي على أساس عدة مسلمات خاصة بطبيعة الإنسان وتفسير سلوكه وتحديد مصدر اضطرابه وهي:

- ✓ الفكر والانفعال مترابطان ومتداخلان، ويؤثر كل منهما في الآخر، والتفكير والانفعال والسلوك تشكل مثلث يؤثر كل واحد فيهم على الآخر.
- ✓ الإنسان ما بين عقلائي وغير عقلائي، والسلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة النفسية.
- ✓ الاضطراب النفسي الانفعالي والسلوك العصابي ينتج عن التفكير غير العقلاني وغير المنطقي والعصابي هو شخص أفكاره غير عقلانية، عاجزا انفعاليا، سلوكه مدمر للذات.
- ✓ ينبع التفكير غير العقلاني من التعلم غير المنطقي من الوالدين والثقافة.
- ✓ الإنسان يعبر عن فكره رمزيا ولغويا، وكل من الفكر والانفعال يتضمنان "الكلام مع الذات" **Self Talk** في شئلى جمل مستدخلة وإذا كان الفكر مضطربا صاحبه انفعال مضطرب وكأن الفرد يحدث نفسه دائما بالفكر غير المنطقي ويترجمه في شكل سلوك.
- ✓ تفكير الإنسان هو الذي يلون المدركات يجعلها حسنة أو رديئة، نافعة أو ضارة، مطمئنة أو مهددة.
- ✓ الأفكار السالبة أو الخادعة للنفس والتي تقوم على أساس غير عقلائي وغير منطقي يمكن تعديلها إلى موجبة وإعادة تنظيمها عقلانيا ومنطقيا. عن (حامد عبد السلام زهران، ص368).

فيما يلي خطوات العلاج:

- ✚ محاولة التعرف على أفكار المريض، تحديد غير العقلاني منها.
- ✚ إخبار العميل أنها غير منطقية وخرافية، وأنها أدت إلى اضطرابه الانفعالي مع ذكر أمثلة من سلوكه المضطرب.
- ✚ إخبار العميل أن اضطرابه يستمر إذا استمر يفكر تفكيرا غير منطقي وهذا التفكير هو المسؤول عن حالته وليس تأثير الأحداث السابقة.

✚ تغيير تفكير العميل وإلغاء الأفكار غير العقلانية.

✚ تناول الأفكار الخرافية العامة، وإرساء دعائم فلسفية عقلانية جديدة للحياة بحيث يتجنب العميل الوقوع ضحية لأفكار ومعتقدات غير عقلانية وخرافية أخرى.

✚ تتحقق عملية العلاج عند إحلال المعتقدات والأفكار العقلانية محل غير العقلانية، بالتالي فإن الانفعالات السالبة المؤدية إلى الاضطراب تزول هي والسلوك المصاحب لها.

❖ يتناول العلاج العقلاني الانفعالي مشكلة تحقير الذات أو خفض قيمة الذات، حيث يساعد المعالج المريض في أن يعتقد أن له قيمة لأنه موجود كشخص له أفكاره وانفعالاته وسلوكه مهما اختلف عن أفكار وانفعالات وسلوك الآخرين، وأنه طالما هو حي، فإن بإمكانه تعديل أفكاره وضبط انفعالاته وتغيير سلوكه بحيث يستمتع بالحياة بصورة أفضل.

هكذا فإن المريض يتعلم كيف يتعرف على مدركاته وأفكاره غير العقلانية وإلى فلسفة حياة أكثر واقعية، ويتغير شخصيته وسلوكه إلى أحسن ويتم العلاج.

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي إلى تحقيق ما يلي:

- ✓ مساعدة المريض في تغيير أفكاره غير العقلانية التي تسبب ردود فعل غير مناسبة لديه نحو العالم.
- ✓ حث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
- ✓ محاربة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والخاطئة لدى المريض.
- ✓ التخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلي المنطقي، وإعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض.
- ✓ إزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض وبصفة خاصة، تقليل القلق (لوم الذات) وتقليل العدوان أو الغضب (لوم الآخرين والظروف).
- ✓ تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل التغيير، وإعادة المريض إلى التفكير العلمي والتحكم في انفعالاته وسلوكه عقلياً. (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص 366)

أما "بيك" مؤسس العلاج المعرفي الذي يقوم على أساس نظري عقلاني يرى أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون فإذا فسر موقف على أنه خطر فإنهم يشعرون بالقلق ويحاولون الهرب، وربط بيك بين الانفعالات والتفكير في اضطرابات القلق حيث أشار إلي أنه من يعاني من القلق يشعر بالتهديد وأفكارا ترجع إلى توقع أو تصور الخطر غالبا، تؤدي إلى نوبات غضب فعندما يخبر الفرد القلق يتلقى إشارات لأخذ فعل دفاعي للتعجب أو المواجهة لأقل أذى، وغالبا في اضطرابات القلق توجد الإثارة الأوتوماتيكية والسلوك والعمليات المعرفية التي لا تعمل بطريقة موضوعية لمستوى التهديد، فالذين يعانون من القلق يبالغون في احتمال وشدة أحداث الخوف التي يواجهونها مما تقلل من قدرتهم على التعامل معها. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص67)

حسب "بيك" يحدث الاكتئاب ويستمر بسبب أسلوب الشخص في التفكير فالشخص المكتئب شخص متشائم، يعاني من تحيز إدراكي نحو الأبعاد السلبية في الخبرات، ويخطئ في تفسير الأمور، ويعتقد "بيك" أن الإدراك السلبي يحدث أولا، ومن ثم تظهر الأعراض الاكتئابية. (جمال الخطيب، 2000، ص278)، إذ يرى أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية (Schémas) تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكسبها خلال مراحل النمو، حيث أن الأبنية المعرفية السائدة في حالة الاكتئاب تتعلق بالآراء السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، في حين تتعلق الأبنية المعرفية حالة القلق بالخطر واحتمال التعرض له. (عادل محمد عبد الله، 2000، ص60)

ويصوغ بيك Beck نظرية متكاملة يفسر على أساسها حدوث الإضطرابات الإنفعالية وعلى وجه الخصوص الاكتئاب في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض عن النفس والعالم والمستقبل ومن أرائه أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالاتها اليائسة أو المكتئبة أو الإنهزامية من خلال معتقداته الخاطئة، فتبني مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو السلوكية اليائسة والتي نسميها إكتئاب (بيرو.اهيم عبد الستار، 1999، ص105)

حيث يرى "بيك" أن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية وتغيرات وجدانية أو دافعية إتقارب عن نمط التفكير السلبي والتشويه المعرفي المميز للمكتئبين، والذي يقوم على الثلاثي المعرفي أي:

1. **النظرة السلبية للذات:** حيث يرى المكتئب نفسه ناقص الكفاءة، منبوذ، وينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة فيزيقية أو عقلية.

2. **النظرة السلبية للعالم:** يشير إلى التفسير السلبي لخبرة الحياة، فالمكتئب يرى عالمه الشخصي يتطلب منه أمورا غير معقولة ويقيم عراقل يصعب تجاوزها في طريق تحقيق أهدافه في الحياة، أو أنه محروم من الشعور باللذة أو الإشباع.

3. **النظرة السلبية للمستقبل:** المريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية إلى ما لا نهاية ولا يرى أمامه إلا المصاعب والحرمان والإحباط وهو يتوقع الفشل في كل ما يقدم عليه من أعمال. تشير ممدوحة سلامة (1988) إلى أن جميع حالات الاكتئاب تدور حول فكرة أساسية مضمونها "أنا فاشل"، كما تؤيد دراسة دينت وتيسدال (Dent & teasdale 1988) التي أظهرت أن النظرة السلبية التي يدركها الاكتئابي تجاه ذاته وتجاه مستقبله وتجاه العالم تعد العامل الرئيسي في ظهور الاكتئاب واستمراره. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 67-80).

إن المحتويات المعرفية لدى الشخص المكتئب تكون محرفة في الاتجاه السلبي دائما وتؤدي إلى ظهور انفعالات مؤلمة وسلوكات مختلة وظيفيا. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 81). تلازم حالات الاضطراب كالاكتئاب توقعات أو أحداث سلبية يجعلهم يعتقدون أنه لن يكون بمقدورهم تجنب حدوث هذه الأحداث، فعندما يتوقع الشخص أن شيئا ما سيحدث ولن يكون بإمكانه تغييره أو تغيير نتائجه يبرز الاكتئاب كمجموعة من الاستجابات المصاحبة لهذه التوقعات ويفسر هذا التصور انخفاض مستوى الدافعية وكذلك انخفاض العمل النشط الإيجابي على حل المشكلة كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب.

وتبين بحوث سيليجمان (seligman 1977) أن الاكتئاب عند الطفل يعبر عن نفس هذه المعاني فالأطفال المكتئبون يكشفون عن قصور شديد في حل المشكلات العقلية والاجتماعية بالرغم من أن ذكائهم قد يكون مرتفعا أكثر من غيرهم، وقد اقترح سيليجمان مفهوم العجز المكتسب كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب عند الإنسان العادي البالغ والطفل (ابراهيم عبد الستار، 1999، ص

(106)

فالمكتئب ينظر إلى نفسه أنه عاجز وعديم القيمة وغير كفوء، ويفسر الأحداث في العالم بشكل سلبي، ويرى المستقبل يائسا تماما. (حسن قاسم، 2006، ص 88)

بالإضافة إلى الثالوث المعرفي فإن المكتئب عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث أخطاء في المنطق والفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع بالتالي يثير الاضطرابات السلوكية، وهذه الانحرافات المعرفية في الحالات الاكتئابية حسب النموذج المعرفي هي:

1- **التداخل العشوائي (L'inférence arbitraire):** يتمثل في استنتاج خلاصات بدون أدلة، خلاصات مبنية على معلومات ناقصة.

2- **التجريد الانتقائي (L'abstraction sélective):** يتمثل في التركيز على جزء خارج المضمون وعدم إدراك الشكل والمعنى العام للموقف.

3- **المبالغة في التعميم (Sur généralisation):** بحيث يعمم الشخص تجربته الحزينة على كل المواقف الممكنة. مثلاً إخفاق مهني محدود يصبح في المستقبل إخفاق معمم على كل المواقف اللاحقة.

4- **بخس الإيجابيات والانتقاء السلبي (La magnification et la minimisation):** يتمثل في إعطاء قيمة كبيرة إلى الإخفاقات أو الأحداث السلبية و نقص من قيمة النجاحات و المواقف المفرحة.

5- **العزو الشخصي (La personnalisation):** يفكر الشخص بصفة أتوماتيكية بأنه المسئول الوحيد على كل ما يمكن أن يحدث من أحداث سلبية، وينتهي به الأمر إلى تحويل الواقع إلى معاش محزن من خلال المخطط الاكتئابي.

6- **التفكير الاكتئابي (La pensée dépressive):** مجموع هذه التشويهات 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 وعدم الإنتاج.

(Jean. Cottraux. J,1995 , P.51) . نقلاً عن (برزوان حسيبة، 2012).

تتطلب فكرة بيك أن النماذج المعرفية السلبية تدعم عن طريق الأخطاء والمعتقدات الخاطئة، أو عن طريق الأفكار التي تقلل من قيمة إنجازات الفرد، وتؤدي مثل هذه الأفكار والمعتقدات إلى تقدير ذات منخفض واكتئاب وقلق. (حسن فايد، 2006، ص88).

حسب "بيك" فليق الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي ميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها لها. (عادل محمد عبد الله، 2000، ص67)

إن التعرف على الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية) التي هي أفكار سلبية تؤثر سلباً في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، من ثم في قدرته على التكيف مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية زائدة لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث، وبالتدريب والتعليم يتمكن الفرد من تعديلها لأنه يصعب التعامل معها لصعوبة تحديدها كون أن الفرد لا يعي بها. (عادل محمد عبد الله، 2000، ص69).

كما أن الأفكار التلقائية تلعب دوراً هاماً في بقاء الحالة المكتئبة، فعدم إدراك الأفكار السلبية هي التي تجعل الفرد يبقى في الحالة الاكتئابية، وهذا الأسلوب العلاجي يهدف إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب، ذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها، فتعديل السلوك يعتمد على تعديل التفكير.

في حين أكد ميكينبوم (Meichenbaum) في نظرية تدريب توجيه الذات على أهمية تدريب الفرد على تعديل أنماط الحديث الذاتي، أو ما يسمى بالاستجابات اللفظية، والتحدث إلى الذات بطريقة إيجابية والبعد عن الانهزامية والسلبية في ذلك، والتدريب على الاسترخاء في المواقف المثيرة للقلق، على افتراض أن ذلك سيؤدي إلى تعديل السلوك باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك والضبط الذاتي. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص68)

يرى ميكينبوم أن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية واستبداله بالحديث الذاتي الإيجابي، والتعود على الاسترخاء في المواقف التي تبعث القلق وعدم الراحة في النفس. (جمال الخطيب، 2000، ص180)

يبين مايكنيباوم (Meichenbaum 1988) أن من انجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة. إن الإضطراب الذي يصيب الطفل بما في ذلك الخوف الشديد والقلق والإندفاع

والعدوان في المواقف التي يواجهها إجتماعية كانت أو دراسية يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه ومع ما تقنع به ذاته من أفكار أو حوادث.

ويرى هيربرت (Herbert) أن الحوار مع النفس عند أداء نشاط معين من شأنه أن ينبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه ويقترح تعديل أخطاء التفكير منهاجاً كاملاً ويمكن للمعالج من خلاله أن يطلب من الطفل أن يعيد ويردد عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل: توقف.. فكر قبل أن تجيب.. وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيداً من ذلك.

(ابراهيم عبد الستار، 1999، ص110)

4-2-2- الواجبات المنزلية: (Assignment)

يكلف بها الأطفال ككتابة المواقف المثيرة للقلق لديهم، وما يرتبط بها من أفكار وأعراض مختلفة، والتدريب على الاسترخاء وغيرها، ويتم مناقشتها في الجلسات التالية، وذلك بغرض مساعدتهم على ممارسة المهارات المتعلمة في جلسات البرنامج، حيث يحدد في كل مرة واجب منزلي تتغير أهدافه حسب موضوع وهدف كل جلسة، ويتم مكافأة الطفل على أدائه في كل مرة، وفي حالة تعذر له فهم الواجب تقدم له نموذج لذلك. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص152)

لكي يمكن الطفل من أن يعمم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في العيادة مع معالجه ولكي نساعد على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية ولكي نقوي وندعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال الخارجية، وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية، وقد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية كأن نطلب منه أن يدخل في مجموعة من المواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة تعاكس طريقه السلوكية السابقة، ويمكن أن تكون معرفية كأن نطلب منه أن يمارس بعض المهارات المعرفية مثل الإصغاء الإيجابي، استخدام عبارات ذات محتويات إنفعالية متنوعة عند التفاعل مع الآخرين. كذلك يجب إنتقاء هذه الواجبات من موضوع الجلسات العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة بحيث ترتبط مع الأهداف القريبة والبعيدة. (ابراهيم عبد الستار، 1999، ص114)

4-2-3- التحكم الذاتي (self control)

يهدف إلى تعليم الفرد مواجهة المثيرات المسببة للضغط والأفكار المرتبطة بها، ومحاولة إيقافها ثم الاسترخاء وتعزيز لذات، حيث يركز على أفكار الطفل ودورها في استمرار القلق، حيث يطلب منه ملاحظة أفكاره في المواقف المتنوعة المثيرة للقلق، ثم تعليمه كيف يغير هذه الأفكار ويضع مكانها أفكاراً غير قلقة، ويتم هذا أولاً بتدريبه على الاسترخاء الذي يساعده في التحكم في الأعراض النفسجسمية والنفسية بنفسه، ثم تقييم ومكافأة الذات بنفسه. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص148)

يتناول هذا الإجراء ملاحظة وتسجيل الأفكار والمشاعر، والسلوكيات باستمرار، ثم تقييم الذات وتفسير الأداء في الاتجاه الإيجابي، وأخيراً تعزيز الذات وتقديم مكافأة لاستخدامه استراتيجيات العلاج والتحكم في القلق. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص149)

تستخدم هذه التقنية في تعليم الأطفال المشاعر المختلفة الإيجابية والسلبية، ثم الانتقال إلى المشاعر السلبية كالإحساس الزائد بالخوف والقلق، حيث يتعلم الأطفال أن شعورهم بالقلق الزائد هو سلوك يمكن تعديله، ويطلب منهم كتابة مواقف مثيرة لمشاعر مختلفة حدثت لهم ثم تعليمهم ملاحظة أنفسهم في مواقف القلق والأفكار، والكلمات التي يتحدثون بها مع أنفسهم، والأعراض التي تظهر عليهم، ثم مساعدتهم على استخدام عبارات إيجابية واستخدام الاسترخاء للتغلب على القلق، ثم تقييم أنفسهم (تقييم الذات) ثم تعزيزها (تعزيز الذات) وهي خطوة مناسبة مع الطفل لأنها تساعد على نمو الثقة بالنفس. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص150)

4-2-4- تقنية سرد القصص:

استخدم هذه التقنية (GARDNER 1971) على اعتبار أن للقصص أهمية في مساعدة الأطفال على استنباط الحلول الممكنة للمشاكل المطروحة والباحث المذكور كان يسجل قصص الطفل وتصويره بالكاميرا ليعود فيما بعد ويعرض على الطفل ما تم إنجازه حتى يتمكن هذا الأخير من فهم أبعاد القصة بشكل واقعي وهذا السرد يترافق بلعب الأدوار العائلية المطلوبة.

العلاج النفسي الداعم من خلال القصص غايته تنمية الخيال وتحفيز القدرة على الإبداع والابتكار وتمكنهم من تذوق الجمال، وتغني محصولهم اللغوي وتوسيع آفاق معرفتهم في شتى الميادين فضلاً عن التسلية والترفيه، مما ينمي لديهم اتجاهات إيجابية نحو القراءة لاحقاً، إضافة إلى ذلك

للقصة وظائف علاجية مهمة من حيث الدور الذي تلعبه في تحريك أزمات الطفل الداخلية وقلقه وطموحه، كما في مساعدته على إدراك صعوباته وابتكار الحلول لها.

هذا الأمر يتطلب اختيار القصة المناسبة في وقت عرضها المناسب وطرح المشكلة المناسبة التي تقدم نهايات سعيدة للقصة، ما يعني نصرته الحق وانتصار الخير في النفوس على الشر مما له دور في إصلاح الأخطاء المنعكسة على السلوك.

الطريقة المتبعة فيما بعد حول هذه التقنية من قبل (WEBB 1991) تتطلب من الطفل أن يكتب قصصه في البيت على دفتر خاص بحيث يقرأها لاحقاً بصوت عال في الجلسات العلاجية وهذه الطريقة تساعد المعالج على تحديد التشخيص المناسب والتعرف على المشكلة وحجمها بغية البدء في العلاج. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص98)

4 1 6 - التدريب على أسلوب حل المشكلة: (problem solving training)

يعرف بأنه إجراء اكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من دزيريل وكولد (D'zurilla et Gold 1971) ويتكون من عدة خطوات وهي تعريف المشكلة، ثم تحديد الاحتياجات لحلها، فتوليد البدائل التي يمكن أن تستخدم، وتقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها، وأخيراً التحقق من النتائج.

يستطيع الأطفال تعلم حل المشكلة عن طريق الواجبات المنزلية، ومن ثم يستطيعون تطبيقها في حياتهم الشخصية مثلاً: يسأل نفسه ما المشكلة؟ ما الحلول التي أستطيع أن أطبقها لحل المشكلة؟ ماذا يمكن أن يحدث لي إذا أنا فعلت كل هذه الحلول؟ ما الحل المناسب؟ ما هي نتيجة تطبيق الحل؟ هذا الأسلوب له فوائد كثيرة منها مساعدة الطفل على إدراك مشكلته، ثم تشجيعه على التركيز على تقديم وتقييم الحلول الممكنة المتنوعة لحل المشكلة. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص150)

4-3- مكملات البرنامج: وهي عبارة عن تقنيات مكملة استخدمت في العملية العلاجية.

أ -الرسم العلاجي:

يعد الرسم من أنواع العلاج الناجعة المخففة للضغوط، الناتجة عن الكثير من الاضطرابات النفسية، وبخاصة للفئات العمرية الصغيرة من أطفال ومراهقين، وهو سهل التطبيق وبخاصة إذا طبق ضمن العلاج الجماعي للضحايا، وقد لوحظ إقبال الأطفال على رسم الوجوه سواء الضحايا أو المعتدين وهم بذلك يفرغون مشاعرهم السلبية، فتراهم يرسمون تلك الوجوه التائهة التي سببت لهم الرعب بطريقتهم ثم يمزقونها، إنهم ينتقمون منهم، لترتاح ضمائرهم، وتهدأ نفوسهم المتعبة، ومع الرسم نطلب إليهم الحديث عن رسوماتهم، التكلم إليها، والاسترسال في ذلك، لا نقاطهم، نستمتع باهتمامهم. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص21)

الرسم من النشاطات التي تجذب الطفل تلقائياً للتعبير عن ذاته، وهو في حالات كثيرة يشكل مدخلاً أساسياً لإقامة العلاقة معه، كما أن الطفل عندما يلعب يعمل بدلاً من أن يتكلم حيث الطفل يعجز عن صوغ معاناته الداخلية بالكلام لقلة وعيه بمآزيمه، إذ نجده يعبر عن ذلك بلعبه ورسوماته وحركاته، بحيث يجسد كل ما يعجز عن التحاور بشأنه مع النفساني. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص85)

رسومات الأطفال هي لغة تعبيرية، لأنها تستطيع أن تجعل المبهم مرئياً، و أن تقول ما لم يقل، وأن تحول ما هو لاواعي إلى واعي، أكان ذلك على مستوى العلاج الفردي للطفل أو كان ضمن علاج جماعي أو أسري. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص31)

ب اللعب العلاجي (play therapy):

يعرف "بياجيه" اللعب على أنه: عملية تمثل (assimilation) تعمل على تحويل المعلومات الواردة لتلائم حاجات الفرد فاللعب والتقليد والمحاكاة جزء لا يتجزأ من عملية النماء العقلي والذكاء.

أما التعريف الذي يعرضه قاموس التربية لمؤلفه (good) يعرف "جود" اللعب أنه: "نشاط موجه: (directed) أو غير موجه (free) يقوم به الأطفال من أجل تحقيق المتعة والتسلية ويستغله الكبار عادة ليسهم في تسليّة سلوكهم وشخصياتهم بأبعادها المختلفة العقلية والجسمية والوجدانية".

تعرف كاترين تايلور (1967) اللعب على أنه: "أنفاس الحياة بالنسبة للطفل إنه حياته، وليس مجرد طريقة لتمضية الوقت وإشغال الذات فاللعب للطفل، هو كالتربية والاستكشاف والتعبير الذاتي والترويح

والعمل للكبار". (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 20) وهو طريقة فعالة للعلاج النفسي بالنسبة للأطفال الذين يعانون من بعض المخاوف والتوترات النفسية (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 68)

استخدم اللعب لوسيلة الطفل إلى الاستطلاع والتلاؤم مع ظروف الحياة في مجال التعليم بهدف تعديل سلوك الطفل ومساعدته على معالجة المشكلات التي تصلا (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 70)

أحيانا يصرف الطفل نزعته العدائية عن طريق تشجيعه على اللعب والتسلية وأن إشراك الطفل في النشاطات الرياضية المختلفة له آثار جيدة في الحد من سلوكه غير المقبول أو إصلاحه، فضلا عما للعب من فوائد اجتماعية، إذ ينتقل الطفل من الفردية إلى الجماعية ويوفر له بعض الأدوار الاجتماعية الايجابية. ليس هناك نشاطا تفاعليا أقدر من اللعب على توفير مثل هذا المناخ الذي يسير عمليتي التمثيل (Assimilation) والمواءمة (Accommodation) الأساسيتين لعملية النماء والتكيف. (سعيد جاسم الأسدي، 2014، ص 192)

يستطيع الطفل عن طريق اللعب أن يخرج صراعاته واندفاعاته غير المقبولة اجتماعيا، بحيث يكون اللعب بمثابة تطهير حيث أن تفريغ الانفعالات عن طريق اللعب في جو يوحى بالطمأنينة والأمن سيؤدي إلى خفض ما عند الطفل من قلق، بحيث يستطيع بعده أن يتوافق مع المطالب الاجتماعية بشكل أكثر يسرا. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 87)

يساهم اللعب في تكوين شخصية الطفل وتنمية ملكاته واستعداداته إذ يشحذ مخيلته وينمي ملكاته ويوقظ لديه إمكانات ذهنية وجسدية ويطور معارفه، كما أن اللعب إضافة لذلك ترفيه وتعبير عما هو مخترن في صدره وتفرغ ما فيه، اللعب مدخل هام لعالم الطفولة، وأداة نفسية وتربوية فعالة في تشكيل شخصية الطفل في عمر الطفولة، كركيزة أساسية للبناء النفسي للطفل في مراحل نموه.

كما أنه يهيئ للطفل فرصة للتحرر من القيود، والالتزامات والأوامر والنواهي والإحباط، لكي يعيش أحداثا كان يرغب في أن لا تحدث له، حيث أن اللعب وسيلة الطفل لحل التناقضات القائمة بينه وبين البيئة المحيطة به. (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص 76)

من المبادئ الأساسية التي يلزم مراعاتها في برامج التدخل العلاجي ما يلي:

✓ بناء العلاقة الناجحة مع الكبار وبالأخص مع الأهل من خلال بث الثقة والشعور بالأمان والحماية.

- ✓ تشجيع الطفل المصدوم على اللعب بصورة طبيعية مع باقي الأطفال.
 - ✓ تقاسم الطفل المشاعر والتجارب المماثلة مع سواه من الأطفال.
 - ✓ الأنشطة الترفيهية المختلفة.
 - ✓ تدعيم وتنمية اعتبار الذات من خلال تكليف الطفل القيام ببعض الأعمال التي يمكنه النجاح فيها.
- تلبية الحاجات الملحة عند الطفل من رعاية صحية وغذاء ومسكن وتعليم... (مرسلين حسن شعبان، 2013، ص60)



شكل رقم (12) التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية الموظفة في البحث (إعداد الباحثة)

خلاصة:

من خلال عرضنا لهذا الفصل رأينا أن العلاج المعرفي السلوكي واحد من العلاجات النفسية التي تجمع بين التقنيات السلوكية من جهة والتقنيات المعرفية من جهة أخرى، كما أن هذا العلاج يبنى على أساس العقد العلاجي، أين تتضح لكل من المختص النفسي والمريض الاتفاقيات المهام والأهداف المراد الوصول إليها.

وفي هذا البحث الذي يدور حول مدى فعالية العلاج ذو التوجه السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي الذين يعانون من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، قد تجبرهم الوضعية على البقاء تحت ضغط المعتدي وتهديداته أو يكسروا صمتهم ويكشفون عن هوية المعتدي كي تتخذ الأسرة الإجراءات اللازمة للحد من وقوع الأذى والخطر على أطفالهم ليطلبوا المساعدة من أهل الاختصاص كالشرطة و القيام بجلسات نفسية للطفل الضحية، ومحاولة مسايرة الأحداث بطريقة هادئة دون لوم الطفل أو إحساسه بالعار ، الشيء الذي يدعم إحساس هذا الأخير بالأمان والاستقرار.

يعتبر الاسترخاء أحد التقنيات العلاجية التي بفضلها يمكن التخفيف من الضغط والقلق كما أن التعزيز عامل مهم في تشجيع وحث المفحوص على اكتساب مهارات اجتماعية وسلوكية جديدة مضادة للتوتر والقلق.

إن عامل تقدير الذات أصبح سمة تتميز بها شخصية الفرد وإن تمكن المختص النفسي من مساعدة المفحوص على رفع تقدير ذاته تغيرت وجهة نظره للذات.

يؤدي تغير الأفكار اللامنطقية إلى تغير انفعالات المفحوص ، بالتالي يتغير سلوكه، ولا يكتمل هذا الهدف إلا بتعديل الأفكار الأوتوماتيكية والحوار الداخلي الذي هو السبب في تشوه الأفكار ، هذا ما ينعكس في تغير نظره للذات والمحيط والمستقبل، بالتالي يتمكن من التحكم في الذات الذي يؤدي إلى الرفع من معنويات المفحوص.

الفصل الرابع

تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي على ضوء العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد

أولاً: السلوك

1 مفهوم السلوك

2 تعريف السلوك

3 -أنواع السلوك

ثانياً: تعديل السلوك

1 مفهوم تعديل السلوك

2 تعريف تعديل السلوك

3 أهمية وأهداف تعديل السلوك

4 نظريات تعديل السلوك

5 المبادئ الأساسية لتعديل السلوك

6 الخصائص العامة لمنحى تعديل السلوك

7 التحليل السلوكي التطبيقي

8 خطوات تعديل السلوك

9 مجالات تعديل السلوك

خلاصة

تمهيد:

تعديل السلوك هو إحدى أشكال العلاج النفسي، الذي يهتم بتغيير السلوك الملاحظ، حيث انبثقت أساليبه من المفاهيم والقوانين التي تبنتها المدرسة السلوكية في علم النفس، إذ يركز على السلوك الظاهر القابل للقياس، فهو يعتمد على منهجية التجريب من حيث انه يعمل على تخطيط وتنفيذ البرامج العلاجية المبنية القياس القبلي والبعدى والسلوك هو الموضوع الأساسي فيه.

في هذا الفصل سنتعرف على مفهوم السلوك وأنواعه أولاً، ثم سنتطرق إلى تعريف تعديل السلوك وذكر أهدافه والمبادئ الأساسية التي يعتمد عليها لنختم الفصل بذكر خطوات تعديل السلوك.

أولاً: السلوك

1 مفهوم السلوك:

يقصد بالسلوك Behavior بوجه عام الاستجابات الحركية والغدية، أي الاستجابات الصادرة عن عضلات الكائن الحي أو عن الغدد الموجودة في جسمه أو الأفعال والحركات العضلية أو الغدية. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2006، ص192).

السلوك الفطري لا يوجد فقط لدى الحيوان ولكن يوجد أيضاً في الإنسان، فالطفل الصغير لم يتعلم من أحد الصراخ أو البكاء أو الامتناس والرضاعة أو الخوف من الأصوات العالية الفجائية، إلى جانب هذا هناك نوع آخر من السلوك وهو السلوك المكتسب الذي يتعلمه الكائن الحي من البيئة الخارجية والاجتماعية التي نعيش فيها كالقراءة والكتابة، لعب كرة القدم أو التدخين مثل هذه السلوكات يتعلمها الفرد من الأسرة أو من المجتمع بفعل طريقة التعليم أو التقليد والمحاكاة (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2006، ص195).

2 تعريف السلوك:

يعرف السلوك في مجال الدراسات النفسية، بأنه كل استجابة داخلية أو خارجية تحدث نتيجة لتعرض الإنسان أو الحيوان لمثيرات داخلية أو خارجية، ولذلك يمكن النظر إلى السلوك وتصنيفه كالاتي:

أ - سلوك فطري أو موروث يولد الإنسان مزودا به أو على القليل مزودا باستعداد عام للقيام به، من ذلك الامتصاص، البكاء، الإخراج، النوم والجنس، وهو سلوك عام يشترك فيه جميع أفراد الجنس البشري.

ب - سلوك متعلم أو مكتسب من التفاعل والاحتكاك بالبيئة الاجتماعية والمادية التي ينشأ الفرد فيها، من ذلك التدخين أو القراءة والكتابة أو الرقص...

ج - سلوك شعوري يدركه الفرد ويعترف به، ويعرف أهدافه كالذهاب إلى الجامعة للتعلم

د - سلوك لا شعوري لا يدركه الفرد ولا يعترف به، ولا يعرض أهدافه من ذلك، نسيان المواعيد، زلات اللسان أو العقد والأحلام...

هـ - سلوك حركي ظاهر، كالجري أو المشي أو الكلام بصوت مرتفع

و - سلوك ضمني مستتر خفي كالتأمل أو أحلام اليقظة

ز - سلوك داخلي غدي كإفراز بعض الغدد الصماء

ح - سلوك إرادي كالجري أو المشي، وسلوك لا إرادي كضربات القلب وعملية التنفس وتقلصات المعدة والهضم

ط - هناك السلوك السوي الطبيعي كالخوف من الأسد وسلوك غير سوي أو شاذ كالخوف من الماء، الرعد والبرق...

ي - سلوك بسيط كالانعكاسات الأولية كحركة الركبة أو رمش العين، وسلوك معقد كال تفكير أو التحدث بلغة أجنبية أو قيادة السيارة

هذا السلوك يصدر عن الكائن الحي بكليته، أي بما فيه من قوى جسمية نفسية وعقلية

واجتماعية، يؤكد هذا السلوك أن الإنسان وحدة جسمية نفسية وعقلية روحية خلقية اجتماعية متفاعلة ومتكاملة. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2006، ص355).

يعرف السلوك بأنه كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أم غير ظاهرة،

ويؤكد جونستون وبنبيكر (Johnston & pennypacker, 1980) أن التعريف العلمي للسلوك

يجب أن يأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين الفرد وبيئته، وأن يشير إلى هذا التفاعل عملية متواصلة، فالسلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكن يتغير، وهو لا يحدث في فراغ وإنما في بيئة ما.

فالسُّلوك حسب الباحثين يعرف على أنه "ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، الذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن الحي أو حركة جزء منه في المكان والزمان، والذي ينتج عنه تغير للقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة مثل أن يعد الطفل من (1-10)" (جمال الخطيب، 2010، ص16).

السلوك الإنساني هو سلسلة من الارتباطات بين مثيرات بيئية (حدث بيئي) وسلوكات (حركة عضلية مرئية أو رد فعل فيسيولوجي يمكن أن يلاحظ ويقاس)، تصدر عن الفرد استجابة لهذه المثيرات، فالفرد يجوع عندما يشم رائحة طعام شهية، ويشعر بالسعادة عندما يمدحه الغير، ويغضب عندما يتم إهانته، ويحزن عندما يفقد شخصا عزيزا. (معاوية محمود أبو غزال، 2013، ص26)

3 أنواع السلوك: هناك نوعان هما:

✓ السلوك الإِستجابي (Respondent Behavior) أو الكلاسيكي يسمى أيضا برد الفعل الانعكاسي (Reflex Behavior)

هو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه ، فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك: مثل الضوء يعمل على انقباض حدقة العين.

تسمى المثيرات التي تسبق السلوك بالمثيرات القبلية.

السلوك الإِستجابي هو أقرب من السلوك الإِرادِي مثل: وضع اليد في ماء مغلي نسحبها أوتوماتيكيا (جمال الخطيب، 2010، ص16). بمعنى أنه سلوك تتحكم به المثيرات القبلية

مثير ← استجابة.

✓ السلوك الإِجرائي: (opérant Behavior)

هو السلوك الذي يؤثر في البيئة فيحدث تغيرات فيها، ويتأثر هذا السلوك بدوره بتلك التغيرات وبخاصة منها التغيرات التي تلي السلوك لهذا فالسلوك الإجرائي محكوم بنتائجه (Reynolds, 1968)، فالمثيرات البعدية قد تضعف السلوك الإجرائي وقد تقويه، وقد لا يكون لها أي أثر عليه. السلوك الإجرائي هو أقرب من السلوك الإرادي، لأنه يصدر عن الفرد. مثل: المغني يعيد بعض مقاطع الأغنية عندما يصفق له الجمهور (جمال الخطيب، 2010، ص18).

بمعنى أنه سلوك تتحكم به المثيرات البعدية (مثير تعزيزي).

ثانياً: تعديل السلوك

1 مفهوم تعديل السلوك:

يعتبر موضوع تعديل السلوك (Behavior Modification) من الموضوعات الهامة التي تهتم بالسلوك الإنساني من حيث هندسته، وذلك بتثبيت السلوك المرغوب فيه، وتغيير السلوك غير المرغوب فيه، إذ يمكن توظيف هذا المفهوم بعملياته وأساليبه مع كل أشكال السلوك الإنساني، سواء أكانت في الأسرة أو المدرسة أو العمل أو مواقف اجتماعية وفردية ومع الأفراد العاديين أو غير العاديين على حد سواء.

تتضمن عملية تعديل السلوك العمل على تقوية السلوك المرغوب فيه، أو إضعاف السلوك غير المرغوب فيه، فإذا كانت النتائج المترتبة على العلاقة بين المثير والاستجابة مرغوب فيها تستخدم الأساليب التي تعمل على تقوية السلوك المرغوب فيه، أما إذا كانت النتائج المترتبة عن العلاقة بين المثير والاستجابة غير مرغوب فيها نستخدم الأساليب التي تعمل على إضعاف العلاقة بينهما. (فاروق الروسان، 2000، ص167).

2- تعريف تعديل السلوك Behavior Modification

في الحقيقة هناك اختلاف في الآراء حول ماهية تعديل السلوك، فليس هناك تعريف واحد إنما تعريفات متعددة مما أدى إلى جدل ليس على الصعيد النظري فحسب، إنما على الصعيد التطبيقي أيضاً (جمال الخطيب، 2010، ص13).

هو مجموع العمليات التي تعمل على ملاحظة السلوك وتحليله وتعديله وفق الاستراتيجيات والأساليب الخاصة بتعديل السلوك (فاروق الروسان، 2000، ص167).

على هذا تهدف عملية تعديل السلوك إلى:

✚ تثبيت أشكال السلوك المرغوب فيه من قبل الفرد

✚ إضعاف أشكال السلوك غير المرغوب فيه من قبل الفرد

(فاروق الروسان، 2000، ص168).

تعديل السلوك يعني استخدام فنيات تستند إلى نظريات التعلم، من تحديد أهداف تعليمية وطرق علاجية، وتعزيز في حل مشكلات التلاميذ الدراسية، السلوكية، النفسية والاجتماعية (سعيد الأسدي جاسم، 2014، ص437).

يتضمن محو تعلم السلوك الخاطئ غير السوي أو غير المتوافق أو المضطرب أو الغريب أو الشاذ والعمل على إطفائه والتخلص منه وتعديله إلى الأفضل والسوي والعادي ((إجلال محمد سري، 2000، ص88).

تشير " ماجدة السيد عبيد " أن عملية تعديل السلوك تعتبر عملية محو تعلم وإعادة تعلم، وتتضمن عملية محو تعلم السلوك غير المرغوب فيه وذلك بالعمل على إطفاء هذا السلوك، وكذلك إعادة التعليم وإعادة التنظيم الإدراكي للمتعلّم، وإعادة تنظيم سلوكه، والتعليم من جديد لأنماط سلوكية تحل محل الأنماط السلوكية التي محيت. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص113)

نعني به تغيير السلوك غير المرغوب بطريقة مدروسة وهو نوع من العلاج السلوكي يعتمد على التطبيق المباشر لمبادئ التعلم والتدعيمات الإيجابية والسلبية بهدف تعديل السلوك غير المرغوب. كما يقصد بتعديل السلوك تغيير السلوك عن طريق تغيير الظروف البيئية المحيطة (سعيد الأسدي جاسم ، 2014 ، ص436).

يعرفه (Stolz, wienchowski & Brown, 1975) من وجهة نظر سترلز وروفاقه فهو نوع خاص من أنواع التأثير في السلوك، يشتمل على تطبيق المبادئ التي انبثقت عن البحوث العلمية في علم النفس التجريبي بهدف الحد من المعاناة الإنسانية وتحسين الأداء الإنساني، فهو يركز على المتابعة المنظمة والتقييم الموضوعي المتكرر لفاعلية الإجراءات المستخدمة (جمال الخطيب، 2010، ص13).

تعديل السلوك كما يعرفه كازدين (Kazdin, 1978) هو مصطلح ذو مدلول واسع يشير إلى ذلك الميدان الذي يستمد أساليبه من البحوث المتصلة بسلوكيات التعلم، وكما يرى كازدين، فتعديل السلوك يشتمل على تعديل الظروف البيئية والاجتماعية أو إعادة تنظيمها بهدف تغيير السلوك الظاهر

وليس تغيير عمليات نفسية داخلية يعتقد أنها تعمل بمثابة محرك لهذا السلوك (جمال الخطيب، 2010، ص13).

يستخدم ماهوني وكازدين وليسويتغ (Mahoneg, Kabdina Lasswing, 1979) مصطلح تعديل السلوك للإشارة إلى الإجراءات العلاجية المستمدة من النتائج التجريبية للبحوث النفسية، ويؤكدون على أن تعديل السلوك منحى تحليلي وتجريبي يعتمد في تعامله مع الظاهرة العيادية على البيانات الموضوعية (جمال الخطيب، 2010، ص13).

أما كريجهت وكازدين وما هوني (Graighead, Kazdinx Mahoney, 1981) فيعرفون تعديل السلوك بأنه ميدان يستخدم تكنيكات معينة لتحقيق أهداف معينة وفق منهجية معينة، بمعنى أنهم يعرفون تعديل السلوك وفق تكنيكاته، أهدافه ومنهجيته. بالنسبة للتكنيكات فهي مشتقة من مبادئ علم النفس التعلم، وتحاول تعديل الظروف البيئية أو الوضع الاجتماعي.

أما الأهداف، فهي تتمثل في محاولة تغيير السلوك الظاهر بشكل مباشر وتجنب التعامل مع قوى نفسية خفية مفترضة.

أما الهدف في ميدان تعديل السلوك هو تطوير أو تقوية السلوك التكيفي من جهة وإزالة أو إضعاف السلوك غير التكيفي من جهة أخرى، وفيما يتعلق بالمنهجية فهي تتمثل في التقييم التجريبي لأثر العلاج (جمال الخطيب، 2010، ص14).

عرف أيزيك (Eysenck, 1964) تعديل السلوك بأنه محاولة تغيير السلوك الإنساني وفق قوانين التعلم (جمال الخطيب، 2010، ص14).

حسب كازدين (1978) على الرغم من تنوع هذه التعاريف إلا أنها جميعا تتفق على أن ميدان تعديل السلوك يمتاز بالخصائص التالية:

- 1 أنه يركز على الحاضر وليس على الماضي
- 2 أنه يركز على تغيير السلوك الظاهر
- 3 أنه يحدد العلاج بموضوعية وذلك من أجل تكراره

- 4 يستند إلى البحوث الأساسية في علم النفس لصياغة فرضياته واختيار التكنيكات العلاجية
- 5 أنه يتوخى الدقة في تعرف وقياس وعلاج السلوك المستهدف
- 6 أنه يرفض التفسيرات المستمدة من العمليات النفسية الداخلية (جمال الخطيب، 2010، ص14).

قدم كوبر وهيرون وهيرارد (Coop, Heron, Heward, 1987) تعريف لتعديل السلوك على أنه العلم الذي يشمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي، وهذا العلم يشتمل على تقديم الأدلة التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب التي تم استخدامها عن التغيير الذي حدث في السلوك (جمال الخطيب، 2010، ص15).

3- أهمية و أهداف تعديل السلوك:

تتمثل أهمية تعديل السلوك لدى الأسرة والمدرسة، بوصفه الطريقة أو الوسيلة التربوية التي تعمل على تحقيق أهداف تربية الأطفال والطلبة وفق أسس ومبادئ تربوية معينة، فإذا كانت الأهداف التربوية والتعليمية تتمركز حول تحقيق أشكال السلوك المرغوب فيها وتثبيتها، والعمل على إزالة أشكال السلوك غير المرغوب فيها، فإن برامج تعديل السلوك هي الطرائق التي يتم من خلالها تحقيق تلك الأهداف خلال مراحل النمو المختلفة، وعلى ذلك كله تهدف برامج تعديل السلوك إلى:

- 1 تحقيق الأهداف التربوية بعيدة المدى لدى الأطفال
- 2 تحقيق الأهداف التربوية قصيرة المدى لدى الأطفال
- 3 تثبيت أشكال السلوك المرغوب فيها لدى الأطفال
- 4 تغيير أشكال السلوك غير المرغوب فيها وتقليل فرص ظهورها لدى الأطفال
- 5 ضبط سلوك الأطفال بضوابط خارجية أولاً، وبضوابط داخلية فيما بعد.

(فاروق الروسان، 2000، ص52).

إن الهدف المركزي في تعديل السلوك هو إيضاح العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك، وهذا يتم من خلال ضبط تلك المتغيرات ومراقبة نتائج ذلك السلوك موضع الدراسة، فالتغير الذي حدث في السلوك يكشف من خلال استخدام تصميمات البحث المناسبة، ونتيجة تبني هذه الاستراتيجيات فإن أدب تعديل السلوك إنما هو بحوث ودراسات علمية تتصف بالضبط التجريبي (جمال الخطيب، 2010، ص30).

4 النظريات التي يستند إليها منحنى تعديل السلوك : تأثر ميدان تعديل السلوك بالعديد من النماذج النظرية أهمها:

4 1 نموذج الإشراف الكلاسيكي:

هذا النموذج يرى أنه كي يحدث عملية التعلم التي بفضلها يتم تعديل السلوك لابد من وجود مثيرات محددة ترتبط باستجابات محددة أيضاً، بالتالي تحدث عملية الاقتران بين تلك المثيرات من ثم تستمر حدوث استجابات ليس لها في الأصل (فاروق الروسان، 2000، ص157).

من التجارب التي يذكرها واطسون (Watson 1920) على توظيف التعلم الكلاسيكي الشرطي في تعلم الخوف لدى الأطفال، حالة الطفل ألبرت (Albert) والتي كون فيها حالة من الخوف لدى الطفل بالطريقة الشرطية من مثيرات لم تكن مثيرة للخوف قبل حدوث التعلم الشرطي.

نتيجة التجربة تقديم مثير (الأرنب) وهو مثير مرغوب فيه عند الطفل، مع مثير آخر (صوت مزعج) عددا من المرات، خاصة حين يظهر المثير الأول (الأرنب)، بعد اقتران المثير الأول (الأرنب) قادرا على استمرار استجابة الخوف عند الطفل، من ثم تعميم هذه الاستجابة (الخوف) على كل المثيرات المشابهة للمثير الثاني (فاروق الروسان، 2000، ص158).

من التطبيقات العملية للنظرية الشرطية الكلاسيكية في تعلم الأطفال المعاقين عقليا تلك التجارب التي أجراها أرزن (Azrin, 1971 & 1973) وكيفية توظيف الإشراف الكلاسيكي في تعديل سلوك الأطفال العاديين والمعاقين عقليا، حيث تفسر حالة تبليل الفراش بفشل الطفل في الاستجابة لمثير محدد وهو الاستيقاظ (Waking) في الوقت المناسب، وعلى ذلك يتم تعديل هذه العادة السلوكية غير المرغوب فيها وفقا لإجراءات التعلم الشرطي، وذلك بالبحث عن مثير شرطي (صوت الجرس

الكهربائي) يمكن أن يعمل على إيقاظ الطفل في الوقت الذي يبذل نفسه، إذ يعمل البلل في هذه الحالة على إيصال التيار الكهربائي للجرس، وبتكرار ذلك عددا من المرات يصبح صوت الجرس أو الصدمة الكهربائية مثيرا شرطيا يعمل على إيقاظ الطفل قبل حدوث عملية البلل فيما بعد.

ويمكن استخدام نفس التقنيات السابقة سواء كانت على شكل صوت الجرس الكهربائي أو الصدمات الكهربائية كمثيرات شرطية تعمل على وقف أشكال السلوك غير المرغوبة فيها لدى الأطفال مثل السلوك مص الأصابع، قضم الأظافر أو أشكال السلوك العدوانية (فاروق الروسان، 2000، ص158).

توصف مبادئ الإشراف الكلاسيكي ، أو ما يسمى بالإشراف الإستجابي (Respondent conditioning) والإشراف البافلوفي (Pavlovian conditioning) بأنها المبادئ التي توضح تشكل العلاقات بين المثيرات القبلية والسلوك الإستجابي (جمال الخطيب، 2010، ص21).

ومن النماذج المعروفة التي انبثقت عن هذه المبادئ نموذج المعروف بسلوكية

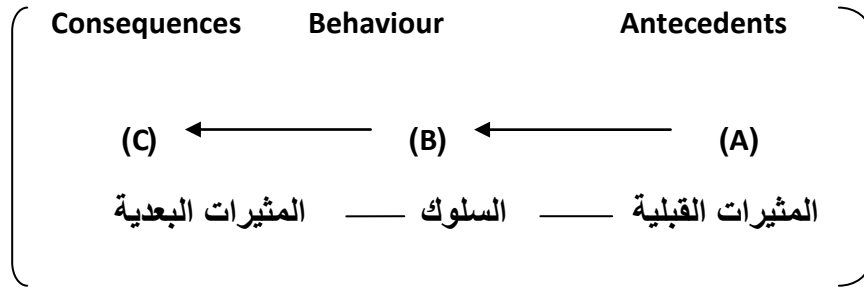
مثير - استجابة الذي وضع أسسه عالم النفس الأمريكي جون واطسن استنادا إلى دراسات عالم الفيسيولوجيا الروسي إيفان فلوف وتبعا لهذه الأسس طور جوزيف ولي أسلوب تقليل الحساسية التدريجي، وطور هانزك إيزيك أسلوب المعالجة بالتنفير وطور سالتزر أسلوب معالجة ردود الفعل الشرطية، إضافة إلى الإفادة من قوانين التعلم التي وصفها بافلوف، فقد وظف هؤلاء المعالجون المبادئ التي قدمتها نظريات التعلم لهل ومورد وجاثري وغيرهم... (جمال الخطيب، 2010، ص21).

4 2 نموذج الإشراف الإجرائي:

يهتم هذا النموذج بدراسة قوانين التعلم التي يخضع لها السلوك الإجرائي، ويستند هذا النموذج إلى بحوث ثورندايك حول الإشراف الفعال، وبخاصة منها قانون الأثر، وبحوث بورس سكينز المعروضة باسم التحليل السلوكي التجريبي (The experimental Analysis of Behavior).

ينصب اهتمام الباحثين الذين يوظفون هذا النموذج على تحليل السلوك في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها وعلاقته بالمتغيرات البيئية القبلية و البعدية (أنظر شكل رقم 14).

حسب هذا النموذج، تحتل المثيرات البعدية الدور الأساسي في عملية تحليل السلوك وتعديلية، فالمثيرات القبلية رغم أنها تؤثر في السلوك الإجرائي، إلا أن أثرها يستمد من علاقتها بالمثيرات البعدية (نتائج السلوك)، كما يؤكد على أهمية دراسة السلوك الظاهر باستخدام الطرق العملية الموضوعية.



شكل رقم (13) التحليل الوظيفي للسلوك

شكل مأخوذ عن (جمال الخطيب، 2010، ص22)

يعرف سكنير السلوك الإجرائي على أنه ذلك السلوك أو الاستجابات التي تصدر عن الكائن الحي نتيجة تفاعله مع البيئة من حوله دون التركيز على مثير محدد، أو مثيرات محددة، كما هو الحال في الإشراف الكلاسيكي عند بافلوف. كما يفسر سكنير المثيرات على أنها تلك الأحداث الداخلية والخارجية التي تؤدي إلى سلوك إجرائي، ولكن سكنير لا يركز على تلك المثيرات بقدر ما يركز في نظريته على السلوك الإجرائي الذي تقوم به العضوية بشكل تلقائي (Spontaneous Behavior). وما يميز نظرية سكنير في التعلم، تركيزها على السلوك الإجرائي وما يتبعه من مثيرات معززة تعمل على تقوية أو أضعاف العلاقة بين السلوك الإجرائي (الإستجابة) والمعززات سواء أكانت إيجابية أم سلبية (فاروق الروسان، 2000، ص36).

4-3 - نموذج التعلم الاجتماعي: (Social Learning Model)

وضع أسسه ألبرت باندورا، وفي هذا النموذج، حاول باندورا دمج النماذج السابقة جميعا بهدف تطوير نظرية تتصف بالشمولية، تشتمل على العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية، وتتمثل الخاصية الأساسية لها النموذج في إيضاح عملية التعلم من خلال الاعتماد على دور العمليات المعرفية (cognitive processes) أو ما يسمى بالبنى المعرفية الوسيطة (Mediational constructs).

حسب هذا النموذج فإن التعلم قد يحدث دون تدريب مباشر أو دون تأثير مباشر للظروف البيئية، إنما من خلال التعلم بالملاحظة (observational learning) أو ما يسمى أيضا بالتعلم بالمحاكاة أو النمذجة (modeling). (جمال الخطيب، 2010، ص 23)

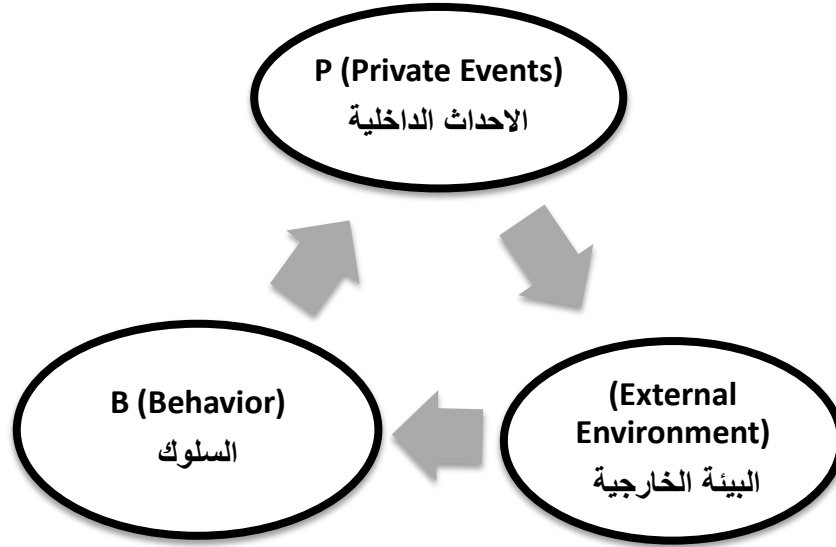
يحدث التعلم كتغير في الأداء نتيجة لملاحظة سلوك الآخرين وتقليدهم (فاروق الروسان، 2000، ص 41).

كما أن نظرية روتر تعد امتدادا للتعلم بالتقليد أو بالنمذجة، فحسب روتر التعلم يتم من خلال التفاعل الاجتماعي، إذ يعمل المجتمع على تعزيز أو عقاب السلوك الصادر عن الفرد، فهي تركز على عنصرين أساسيين في عملية التعلم هما: السياق الاجتماعي، ونتائج ذلك السلوك الذي يتم فيه ذلك السياق (فاروق الروسان، 2000، ص 42).

4-4- نموذج التعلم المعرفي: (Cognitive learning Model)

يهتم بدور العمليات المعرفية والرمزية في عملية تشكيل السلوك، وقد عرف هذا المنحى بالمنحى السلوكي المعرفي (Cognitive Behaviorism) أو بمنحى تعديل السلوك المعرفي (Cognitive Behaviour Modification). يركز هذا النموذج على كيفية إدراك الشخص للأحداث البيئية وتفسير الشخص ذاته لسلوكه وتبريره له، وأنماط التفكير لدى الشخص والتحدث إلى الذات، والاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الشخص، واستراتيجيات الضبط الذاتي.

إن سلوك الإنسان وفق هذا النموذج عبارة عن محصلة للبيئة الخارجية والعمليات المعرفية والأحداث الداخلية الأخرى، فالإنسان ليس سلبيا تفعل به البيئة ما تشاء ولا هو يستطيع تحديد أفعاله كاملة، بناء على وجهة النظر هذه، فإن أفعال الإنسان محصلة لعوامل ثلاثة أساسية هي: السلوك، المؤثرات البيئية والعوامل المعرفية.



شكل رقم (14) السلوك وفق النموذج المعرفي
عن (جمال الخطيب، 2010، ص24)

5 - المبادئ الأساسية في تعديل السلوك:

5 1 - مبدأ التعزيز (Principle of reinforcement)

يعني زيادة تكرار ظهور الاستجابة حين تتبع مباشرة بنتائج أو أحداث سارة وتؤدي في الغالب إلى تقوية ظهورها، ولذا يمكن اعتبار المعزز (Reinforcer) بأنه الحدث اللاحق السار الذي يزيد من احتمالية تكرار ظهور الاستجابة المرغوب فيها، وتبدو قيمة المعززات الإيجابية في تقوية ظهور أشكال السلوك المرغوب فيها، كما تبدو قيمة المعززات الإيجابية في خفض معدل أو تكرار ظهور أشكال السلوك غير المرغوب فيها، إذ يعزز السلوك غير المرغوب فيه في حين يقل ظهوره أو يقل معدل تكراره.

مثال: تعزز أشكال السلوك غير المرغوب فيها، إذ قل ظهورها تدريجياً مثل: النشاط الزائد، السلوك العدوانى وحل محلها أشكال من السلوك المرغوب فيه (فاروق الروسان، 2000، ص104).

مبدأ التعزيز أو الثواب (Reinforcement) يشكل حجر الأساس في ميدان تعديل السلوك، يشير التعزيز إلى عملية التعلم التي تشمل تقديم أو إزالة مثير معين بعد حدوث الاستجابة، الأمر الذي يؤدي إلى تقوية تلك الاستجابة، يسمى المثير الذي يؤدي ظهوره إلى تقوية السلوك، معززا موجبا، في حين يسمى المثير الذي يؤدي اختفاؤه إلى تقوية السلوك بالمعزز السالب. (جمال الخطيب، 2010، ص25).

للتعزيز وظائف متنوعة منها:

- ✓ الوظيفة الانفعالية: التعزيز يولد تغيرات إيجابية في مفهوم الذات
- ✓ الوظيفة التشجيعية: التعزيز هو مفتاح الدافعية
- ✓ الوظيفة المعلوماتية : التعزيز يقدم تغذية راجعة فورية حول طبيعة الأداء (جمال الخطيب، 2010، ص25).

🌈 أنواع التعزيز نجد:

1 -التعزيز الإيجابي:

يشير مبدأ التعزيز إلى زيادة تكرار ظهور الاستجابة حين تتبع مباشرة بنتائج معينة، ويطلق عليها اسم الأحداث اللاحقة أو المعززات.

تعمل المعززات الإيجابية مهما كانت خاصة إذا تم توظيفها بالطريقة المناسبة على تثبيت أشكال السلوك المرغوب فيها، وزيادة تكرار حدوثها للأطفال العاديين وغير العاديين (فاروق الروسان، 2000، ص171).

يمثل التعزيز الإيجابي كل الأحداث السارة التي تلي حدوث الاستجابة المرغوب فيها، والتي تعمل على تكرار ظهورها، وتقويتها، وتشمل تلك الأحداث المعززات الأولية، واللفظية والاجتماعية والرمزية.

مثل الطعام، الشراب، الابتسامة، المديح، القبول، إعطاء النقود، الهدايا ... (فاروق الروسان، 2000، ص104).

يهدف التعزيز الإيجابي إلى تقوية ظهور أشكال السلوك المرغوب فيها كما يهدف أيضا إلى تقليل ظهور أشكال السلوك غير المرغوب فيها وبناء أشكال جديدة من السلوك وتعزيزها (فاروق الروسان، 2000، ص105).

ينتج التعزيز الإيجابي بعد استجابة، وهو قابل لزيادة احتمالية مهمة هذه الاستجابة. إن استخدام التدعيم من قبل المعالج النفسي يسمح بتوليد سلوكيات جديدة، وللفعالية يجب تكرار التعزيز مباشرة بعد الاستجابة، كما أن نوع التدعيم المختار يتوقف على الاستجابات المرغوبة في الزيادة بشدة وبكثافة. (Christine.M.et Luis vera , 2004, p12)

إن التعزيز الإيجابي يرفع تواتر السلوك عندما يتبع بحدوث بعض الأحداث الإيجابية المحببة للفرد، استخدمنا التعزيز الإيجابي كلما لا حظنا أن المفحوصة تقوم بسلوكيات إيجابية (سلوكيات معارضة للكسل والخمول...) واستخدمنا في ذلك بعض ألفاظ مثل المدح، التشجيع مثال عن ذلك: جيد، ممتاز، واصل، تقدم، لا تيأس...

➤ أنواع المعززات الإيجابية:

➤ المعززات الأولية (Primary positive reinforcement)

يقصد بها تلك المعززات المرتبطة بالحاجات الأولية للإنسان، مثل الطعام، الشراب وتسمى أحيانا بالمعززات غير الشرطية (unconditioned reinforcers) حيث ارتبطت تلك المعززات بالاستجابات أو أشكال السلوك الطبيعية للفرد، وتعتبر المعززات التالية معززات أولية: الأطعمة والوجبات، المشروبات، الحلويات...

➤ المعززات الاجتماعية: وهي تلك المعززات المتعلمة من خلال المواقف الاجتماعية حيث تعمل

تلك المعززات على تقوية ظهور أشكال السلوك المرغوب فيها.

باعتبار الموقف العلاجي موقف اجتماعي، تم استخدام التعزيز الاجتماعي في البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي مثال عن ذلك : كلمة الشكر، تفضلي، الابتسامة في وجه المفحوصة.

أشكال المعززات الاجتماعية:

أ - المعززات اللفظية (Verbal reinforcers)

تشمل كل التعبيرات اللفظية التي تصدر عن المربين لأطفالهم مثل أحسنت، ممتاز، شاطر.

ب - المعززات غير اللفظية (Non verbal remforcers)

تشمل كل المعززات التي تصدر عن المربين لأطفالهم مثل الانتباه (Attention) للطفل، وتغيرات الوجه كالابتسامة، الاتصال البصري، حركة الرأس التي تعبر عن الموافقة الاتصال الجسمي مثل لمس كتف الطفل أو يده أو عنقه وتقبيله من قبل الوالدين (فاروق الروسان، 2000، ص106).

ج - المعززات الرمزية (Tokens Reinforcers)

يقصد بها تلك المعززات التي تمثل النقود والعلامات أو الدرجات العلمية والعسكرية... وقد سميت هذه المعززات بالرمزية لأنه يمكن استبدال بعضها بمعززات أخرى حقيقية ذات قيمة، فعلى سبيل المثال تعد النقود معززا رمزيا يمكن استبداله بالعديد من المعززات الأولية والثانوية، ولذا أطلق على مثل هذه المعززات مصطلح المعززات ذات الأثر الرجعي (Back up reinforcers) وهي معززات متعلمة وذات قيمة في الحياة اليومية كالنقود التي تعتبر معززات قوية powerful Money is a Reinforcer Money takks) وكذلك الدرجات المدرسية أو العلامات المدرسية (فاروق الروسان، 2000، ص110).

2 - التعزيز السلبي:

يشير التعزيز السلبي إلى زيادة قوة الاستجابة بعد حدوثها ويتطلب التعزيز السلبي وجود أحداث مؤلمة أو غير مرغوب فيها والتي يمكن إزالتها أو التخلص منها بعد حدوث استجابات معينة من قبل الفرد.

يتضمن التعزيز السلبي أشكال السلوك الهروبي والتجنبي وهنا يمكن التخلص من الأحداث المؤلمة بالهرب منها أو تجنبها. ومهمة أشكال السلوك الهروبية والتجنبية العمل على تقليل حدوث المثيرات غير المرغوب فيها (فاروق الروسان، 2000، ص172).

التعزيز السلبي يقوي العلاقة بين المثير والاستجابة، في حين أن العقاب يضعف العلاقة بين المثير والاستجابة.

يعرف التعزيز السلبي على أنه ذلك الإجراء الذي تقوم به العضوية أو الكائن الحي والذي يتمثل في إزالة الأحداث المؤلمة أو تجنبها أو الهروب منها. وهو إجراء يقوي العلاقة بين المثير والاستجابة، بمعنى أننا نكرره وبالتالي تزيد احتمالية حدوثه (فاروق الروسان، 2000، ص118).

- التعزيز السلبي : يرفع تواتر السلوك عندما يتبع السلوك بنزع واجتناب الحدث المؤلم أو السلبي للفرد. عن (منصوري سامية 1992، ص63)

🌈 أنواع المعززات السلبية:

أ -المعززات السلبية الأولية : (Primary negative reinforcers)

تتضمن تلك المعززات إزالة أو تجنب الأحداث المؤلمة التي ترتبط بالحاجات الأولية والمتعلقة ببقاء الكائن الحي وسلامته، كإيقاف حالات الصداع وتجنب البرد والحرارة الشديدة...

ب -المعززات السلبية الثانوية: (Secondary negative reinforcers)

تتضمن تلك المعززات إزالة أو وقف أو تجنب أو الهروب من الأحداث المؤلمة والمتعلقة بحاجات الفرد الثانوية، كالحاجات الاجتماعية والنفسية مثل تجنب الفشل في الدراسة وتجنب العقاب الاجتماعي.

5 2 مبدأ العقاب: (Punishment)

يشير العقاب إلى العملية السلوكية التي تعمل فيها المثيرات البيئية التي تحدث بعد السلوك على تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل، ويسمى المثير الذي يضعف السلوك إذا حدث بعده بالمثير العقابي، والعقاب قد يتم عن طريق إضافة مثير منفرد بعد السلوك مباشرة. وهذا العقاب يسمى بالعقاب من النوع الأول (Type punishment) أو قد يتم عن طريق إزالة مثير إيجابي ويسمى هذا النوع من العقاب بالعقاب من النوع الثاني (Type II punishment).

المبدأ الأساسي في تعديل السلوك هو الإكثار من الثواب (التعزيز) والتقليل من العقاب نظرا للسيئات الكثيرة للعقاب.

جدول رقم (02) الأشكال الرئيسية التي يأخذها كل من الثواب والعقاب

الحالة	المثير الإيجابي	المثير السلبي
إضافة	تعزيز موجب	عقاب من الدرجة الأولى
إزالة	عقاب من الدرجة الثانية	تعزيز سالب

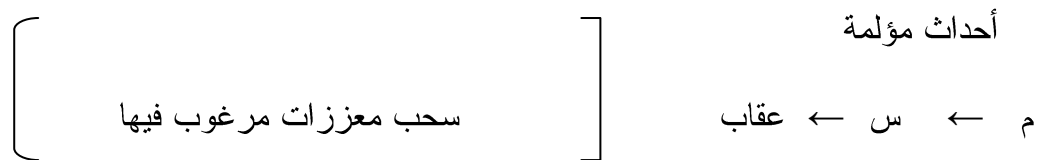
(جمال الخطيب، 2010، ص25-26).

يعد العقاب من أساليب السلوك المعروفة، يعمل على تقليل احتمال ظهور أشكال السلوك غير المرغوب فيها، ويعني العقاب إضافة مثير مؤلم بعد حدوث الاستجابة غير المرغوب فيها وذلك بهدف إضعاف العلاقة بين المثير والاستجابة (فاروق الروسان، 2000، ص176).

أشكال العقاب: متعددة منها

العقاب اللفظي، البدني، الصدمة الكهربائية، العزل، الصحيح الزائد، العقاب الموجه نحو الذات.

يعد العقاب أسلوبا فعالا في تقليل ظهور أشكال السلوك غير المرغوب فيها. ويعرف العقاب على أنه تلك الأحداث المؤلمة التي يتلقاها الفرد بعد ظهور الاستجابات غير المرغوب فيها، كما يبدو العقاب أيضا في سحب المعززات المرغوب فيها لدى الفرد بسبب ظهور الاستجابات غير المرغوب فيها أيضا، وتكمن آلية العقاب في الشكل التالي:



شكل رقم (15) آلية العقاب

يعمل العقاب بأشكاله المختلفة على تعديل سلوك الفرد وضبط ذلك السلوك في الاتجاه التربوي المرغوب فيه (فاروق الروسان، 2000، ص139).

🌈 أنواع العقاب: يعمل العقاب على بناء السلوك بطريقة إيجابية، يمكن تقسيمه إلى:

أ -العقاب اللفظي: (Verbal Punishment)

يتمثل في التهديدات اللفظية والتوبيخ، واستخدام العبارات الجارحة، واستخدام عبارة (لا) تفعل، أو (لا) كتعبير عن الرفض الاجتماعي، وخاصة كالعقاب الجسدي أو الاجتماعي أو تعبيرات الوجه القاضية. (فاروق الروسان، 2000، ص144).

ب العقاب الاجتماعي: (Social punishment)

يقصد به كل أشكال الحرمان والعزل الاجتماعي، وسحب المثيرات أو المعززات الإيجابية المرغوب فيها لمدة معينة أو بشكل دائم، حسب نوع ودرجة السلوك غير المرغوب فيه. مثل حرمان الطفل من تناول الطعام (فاروق الروسان، 2000، ص145).

ت التصحيح الزائد: (over correction)

يعتبر من أساليب العقاب الفعالة في تعديل وبناء السلوك المرغوب فيه، يقوم على مطالبة المفحوص (المتعلم) بتكرار السلوك الصحيح عددا من المرات، وذلك بهدف بناء سلوك جديد مرغوب فيه، مخالف تماما للسلوك غير المرغوب فيه والذي تمت معاقبته.

مثل: مطالبة الطفل الذي يرمي النفايات في غير مكانها، بجمع كل النفايات في المدرسة أو ساحة المدرسة ووضعها في المكان الصحيح لرمي النفايات. (فاروق الروسان، 2000، ص146).

❖ الفرق بين العقاب والتعزيز السلبي

هما وجهان لعملية واحدة هي الأحداث المؤلمة (Aversive Events) يمثل الوجه الأول تجنيب العقاب قبل حدوثه أو الهروب منه أو إيقافه (أساليب التعزيز السلبي) أما الوجه الآخر فهو وقوع تلك الأحداث المؤلمة على الفرد بعد حدوث السلوك غير المرغوب فيه. (فاروق الروسان، 2000، ص193).

5 3 مبدأ المحو أو الإطفاء: (Extinction)

إجراء سلوكي يتمثل في وقف التعزيز جزئياً أو كلياً عن استجابة أو استجابات سبق وأن عززت، مما يؤدي بالتالي إلى إعادة العلاقة بين المثيرات والاستجابات إلى حالة من الحياد أو إضعاف العلاقة بين المثير والاستجابة جزئياً أو ونهائياً (فاروق الروسان، 2000، ص150).

يتمثل في أن إلغاء التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوث السلوك سيؤدي إلى إيقاف ذلك السلوك، ولذلك يسمى هذا المبدأ أيضاً بمبدأ التجاهل (Planned ignoring) في تعديل السلوك هناك نوعين من المحو:

- ✓ النوع الأول يتعلق بالسلوك الإجرائي ويسمى بالمحو الإجرائي أين يتم التوقف عن تعزيز السلوك.
- ✓ النوع الثاني يتعلق بالسلوك الاستجابي ويسمى بالمحو الاستجابي ويحدث نتيجة التوقف عن اقتران المثير الشرطي بالمثير الاستجابي غير الشرطي. (جمال الخطيب، 2010، ص26).

ونقصد به رفع أو سحب المعزز لتلك الاستجابات التي سبق وإن عززت حيث يترتب على ذلك ضعف تكرار ظهور الاستجابة، وحتى يصل الأمر بالفرد على وصوله إلى حالة تشبه حالته قبل تقديم المعزز، سواء كان ذلك المعزز إيجابياً أو سلبياً. (فاروق الروسان، 2000، ص177).

5 4 مبدأ ضبط المثير:

هو أحد مبادئ الإشراف الإجرائي التي تشتمل على تطوير العلاقة بين مثير معين واستجابة معينة من خلال إزالة كل المثيرات التي ترتبط بتلك الاستجابة وإزالة كل الاستجابات التي ترتبط بذلك المثير، ويستند هذا المبدأ إلى حقيقة أن السلوك الإجرائي لا تحكمه نتائجه فحسب، إنما المثيرات التي تسبقه أيضاً، والتي تدعى بالمثيرات التمييزية (جمال الخطيب، 2010، ص26).

5 5 مبدأ التمييز (Discrimination):

يشتمل على تعلم مهارة التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط، بمعنى يتضمن التعزيز ضبط السلوك من خلال مثيرات محددة دون غيرها، والتمييز يمكن تعلمه بسهولة نسبياً وذلك من خلال أسلوب التدريب التمييزي (Discrimination training) والذي يتم فيه تعزيز الاستجابة بوجود مثير معين وعدم تعزيزها في حالة حدوثها بوجود مثيرات أخرى، وتسمى هذه العملية بالتعزيز التفاضلي الفارقي (Differential Reinforcement) بناء على ذلك الأفراد يميزون

عندما يتعلمون أن سلوكهم سيعزز في موقف ما، مثل الرسم على دفتر الرسم ولن يعزز في موقف آخر كالرسم على الحائط (جمال الخطيب، 2010، ص27).

5 6 مبدأ التعميم (Generalization)

بمعنى أن تعلم الفرد لسلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي، فالتدريب ينتقل أوتوماتيكيا إلى المواقف المشابهة للموقف الأصلي فإذا أدى تعلم السلوك في موقف ما إلى حدوث ذلك السلوك في مواقف متشابهة فهذا يسمى بتعميم المثير (Generalization stimulus).

وإذا أدى تعلم استجابة معينة إلى حدوث استجابات متشابهة فهذا يسمى بتعميم الاستجابة (Response generalization) وتشير الدراسات العلمية التجريبية إلى أنه كلما كانت المثيرات أكثر شبة بالمثير الأصلي الذي حدثت عملية الإشراف بوجوده، زادت احتمالات حدوث التعميم. (جمال الخطيب، 2010، ص27).

والجدول التالي يوضح أهم هذه المبادئ

جدول رقم (03) المبادئ الأساسية لتعديل السلوك

المبدأ	التعريف	مثال توضيحي
التعزيز	تقوية السلوك من خلال إضافة مثيرات ايجابية أو إزالة مثيرات منفرة	ثناء الأم على طفلها عندما يحصل على علامات مرتفعة، أو إغلاق نافذة البيت في يوم بارد
العقاب	إضعاف السلوك من خلال إضافة مثير منفرة أو إزالة مثير ايجابي	توجيه صفة إلى يد الطفل اخذ لعبة محبذة منه
المحو	إضعاف السلوك من خلال إلغاء المعززات التي تحافظ على استمرار يته	التوقف عن الانتباه إلى الطفل عندما يبكي للفت نظر الآخرين

ضبط المثير	تعزيز السلوك بوجود مثير معين المثير التمييزي الايجابي وعدم تعزيزه بوجود مثيرات أخرى المثيرات التمييزية السلبية مما يقوي حدوث السلوك بوجود النوع الأول من المثيرات ويقلله بوجود النوع الثاني من المثيرات	المدخن الذي يحاول التقليل في عدد السجائر وذلك بالتدخين في أماكن محددة والامتناع عن التدخين في الأماكن الأخرى
التمييز	عملية تعلم التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثير المناسب	تعلم الطفل أن الكتابة على الدفتر مقبولة وان الكتابة على الحائط غير مقبولة
التعميم	تأدية الاستجابة الشرطية التي يتم تعلمها في موقف معين في المواقف المشابهة له	إذا أساء إليك شخص من فئة معينة من الناس فأنت قد تعمم ذلك على كل أفراد تلك الفئة

نقلا عن (جمال الخطيب، 2010، ص28).

6- الخصائص العامة لتعديل السلوك:

6-1- التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة : وليس على عمليات نفسية داخلية مفترضة، وتوجيه الإجراءات العلاجية نحو تشكيل سلوك جديد، أو تقليل سلوك غير مرغوب فيه، أو زيادة سلوك مرغوب فيه.

6-2- التقييم المستمر لفاعلية تعديل السلوك:

تقويم فاعلية أساليب تعديل السلوك بتواصل، والاهتمام بقياس التغيرات التي يمكن ملاحظتها بشكل مباشر هذه التغيرات التي تعتبر كمحك أساسي للحكم على فاعلية تقنيات تعديل السلوك المستخدمة.

6-3- التعامل مع السلوك بوصفه لا يحدث بالصدفة:

التعامل مع السلوك بوصفه ظاهرة تخضع لقوانين معينة لا ظاهرة تحدث عشوائيا بالصدفة (جمال الخطيب، 2010، ص37). فالسلوك الإنساني له أسباب محددة يحدث وفق قوانين معينة، بحيث

لا نستطيع اكتشاف القوانين التي يخضع لها من خلال الطرق الافتراضية الإستنتاجية وإنما من خلال الطرق التجريبية. (جمال الخطيب 2010 ، ص32).

6-4- التعامل مع السلوك وصفه محكوما بنتائجه:

الخاصية الأساسية والأكثر أهمية لمدى تعديل السلوك، تتمثل في تعامله مع السلوك الإنساني بوصفه وظيفة لنتائجه، فإذا كانت نتائج السلوك إيجابية (أي إذا أدى السلوك إلى حصول الفرد على ما يجب أو إلى تخليصه مما لا يجب) أصبح الفرد أكثر ميلا لتأدية ذلك السلوك في المستقبل، وإذا كانت نتائج السلوك سلبية (أي إذا أدى السلوك إلى حرمان الفرد مما يجب أو إلى تعرضه لما لا يجب) أصبح الفرد أقل ميلا لتأدية ذلك السلوك في المستقبل، فالافتراض الأساسي يقوم على أن التحكم بالسلوك يعني بالضرورة التحكم بنتائجه.

مثلا: إصابة شخص بصداع فتناول حبة الأسبرين فانتهى الصداع فإن احتمال تناول الشخص للأسبرين سيزداد في المستقبل.

أما إذا وجد الشخص حبة الأسبرين لا تنهي الصداع فعلى الأغلب أن تناول الدواء سيقبل بل وربما يتوقف كاملا.

6-5- التعامل مع السلوك بوصفه المشكلة وليس مجرد عرض لها:

التعامل مع السلوك على أنه نفسه المشكلة وليس على أنه مجرد عرض لها وأنه هو الذي يحتاج إلى تغير، عكس نظريات علم النفس الأخرى التي تنظر إلى السلوك على أنه عرض لصراعات نفسية داخلية، ومهمة المعالج النفسي هو معالجة الأسباب النفسية الخفية، بالتالي فإن السلوكيات الظاهرة ستتغير تلقائيا.

6-6- التعامل مع السلوك سويا كان أو شاذا بوصفه محصلة للتعلم:

ولذلك يمكن تعديله بالأساليب المنبثقة عن مبادئ التعلم إلا أن ذلك لا يعني إنكار حقيقة أن بعض المظاهر السلوكية هي نتائج فسيولوجية أو وراثية.

6-7- إجراء عملية تعديل السلوك في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها السلوك:

التركيز على تطبيق إجراءات تعديل السلوك في البيئة الطبيعية والاهتمام بدور الأشخاص المهمين في حياة المتعالج في إنجاح عملية تعديل السلوك.

مثلاً: طفل يعاني من مشكلة ما في البيت، معدل السلوك يعمل مع الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين لمعالجته.

6-8- العمل على مراعاة الفروق الفردية:

الاستخدام الفعال لأساليب تعديل السلوك يقوم على مراعاة والاهتمام بالخصائص والخبرات الفردية، وتكييف برامج تعديل السلوك اعتماداً على طبيعة المشكلة التي يعاني منها والموقف الذي سيتم فيه المعالجة، فالقياس والتحليل والعلاج يتم على مستوى الفرد الواحد (الجمال الخطيب، 2010، ص 29).

ومن خصائص أسلوب تعديل السلوك نجد أيضاً:

- ✓ أنه أسلوب غير تاريخي بمعنى أنه لا يهتم بالدرجة الأولى بتاريخ حياة الفرد ولا بخبرات الطفولة، بل يهتم بالحاضر الراهن للفرد وما يلاحظ على سلوكه من اهتمامات تنحصر في تحديد السلوك كما قد يستفيد من المعلومات التاريخية بوصفها عاملاً مساعداً في تفسير المتغيرات الحالية.
- ✓ يتجنب أسلوب تعديل السلوك تصنيف الأفراد إلى فئات ويتحاشى استخدام المفاهيم والمصطلحات الغامضة مثل غير سوي (Abnormal) ومنحرف (Déviant) لأن هذه الصفات لا تفيد كثيراً في التحليل الوظيفي للسلوك.
- ✓ يعتمد أسلوب تعديل السلوك على الإدراك والوعي والاقتناع بإجراءات التعديل من جانب المعالج والشخص المعالج لأن هذا الإدراك والوعي والاقتناع يزيد من حماس ودافعية الطرفين للتعاون في حل المشكلات.
- ✓ لا يحتاج تعديل السلوك إلى علاقة مباشرة وجهاً لوجه بين المعالج الذي يخطط ويشرف على تنفيذ البرنامج والمعالج ولذلك فقد يكلف المعالج أشخاصاً آخرين للقيام بالمهمة.
- ✓ يعتمد تعديل السلوك إلى حد كبير على أساليب ضبط الذات (Self control) التي تفيد في تعليم الأشخاص كيفية القيام بتنفيذ برامج التغيير على أنفسهم مما يساعد على تحقيق برامج التعديل بكفاءة أعلى في تعديل السلوك، يتم رفع أشكال السلوك المرغوبة وازديادهما وكذلك

تسريعها، وأشكال السلوك هذه هي السلوك التكيفي السوي أما السلوك غير المرغوب (اللاتكيفي - الشاذ) فيتم إنقاصها وإبطاؤها وغالبا ما يجمع العلاج هذين الهدفين معا، وذلك لتخليص المتعالج من مشكلاته (سعيد جاسم الأسدي، 2014، ص438).

7- التحليل السلوكي التطبيقي: (Applied Behavioral Analysis)

يهتم التحليل السلوكي التطبيقي بتطبيق مبادئ السلوك بهدف تحسين سلوكيات محددة وتقييم نتائج تطبيق إجراءات تعديل السلوك، فالبحوث التطبيقية تهتم بدراسة المتغيرات التي تؤثر في تحسين السلوك موضوع الدراسة، كما يهتم بدراسة السلوكيات المهمة اجتماعيا وفهم أفضل لمبدأ تحليل السلوك التطبيقي فإن الدراسة فيه يجب أن تكون أو تتميز بما يلي (إبراهيم فرج عبد الله الزريقات، 2007، ص37).

7 1 - تطبيقي (Applied):

المقصود به أن اختيار السلوك والمثير والعضوية في التطبيقات السلوكية موضوع الدراسة يكون نتيجة لأهميتها بالنسبة للإنسان والمجتمع أكثر من أهميتها النظرية. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2007، ص37).

وعملية اختيار سلوك ما يهدف تعديله تستند إلى كونها السلوك ذاع لاقه مباشرة بمقدرة الفرد على تأدية وظائفه بشكل مناسب في بيئته، ولهذا فتعديل السلوك يحدث في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها السلوك المستهدف. (جمال الخطيب، 2010، ص31)

7 2 - سلوكي (Behavioral)

ذلك أن تعديل السلوك يتعامل مع ما يفعله الإنسان لا مع ما يقوله إلا إذا كان السلوك اللفظي هو السلوك المستهدف، وتشتمل هذه الميزة على تعريف السلوك إجرائيا وقياسه بشكل مباشر والتحقق من دلالة ثبات البيانات التي جمعت (Hanly, 1970) (جمال الخطيب، 2010، ص31).

7 3 تحليلي (Analytic)

هذا يعني أن يقدم إيضاحاً مقنعاً للمتغيرات المسؤولة عن التغير الذي يحدث في السلوك، ويكون الباحث السلوكي قد حلل ما إذا استطاع تعديله، فهو لن يستطيع تعديل السلوك دون تحديد المتغيرات المسؤولة عنه، إضافة إلى أنه يبين الأسباب المسؤولة عن ذلك التغير، ولكي يتضح أن إجراء التعديل هو المسؤول عن تغير السلوك فالقياس وحده يكفي ولكن لا بد من استخدام تصميم البحث المناسب. (جمال الخطيب، 2010، ص31).

7 4 تقني (Tchnological)

يكون البحث في تعديل السلوك تقنياً إذا قام الباحث بوصف الإجراءات التي استخدمها بشكل واضح وكامل، وهذا يتطلب وصف الإجراءات المستخدمة بكل دقة، كأن يشير الباحث إلى أنه استخدم (التعزيز الإيجابي) فذلك يعني أن دراسته تقنية، لا يجب عليه أن يحدد نوع المعززات التي استخدمها، وكيف ومتى، وفي أي ظروف... الخ (جمال الخطيب، 2010، ص32).

فإذا استخدم مفهوم العلاج باللعب، فإن هذا لا يعني وصفاً تقنياً، إذ عليه أن يصف كافة العناصر المستخدمة في العلاج باللعب، ويجب وصف استجابات الطفل واستجابات المعالج واحتمالات استجابة الطفل والمعالج وأدوات اللعب وإجراءات ممارسة اللعب (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2007، ص39).

7 5 فعال (Effective)

يكون البحث السلوكي فعالاً إذا أدى إجراء التعديل الذي تم استخدامه إلى تغيرات ذات دلالة في السلوك المستهدف (جمال الخطيب، 2010، ص32). فإذا لم يؤدي تطبيق الأساليب السلوكية إلى إحداث تأثير كاف يسمح بالممارسة فإن الأسلوب يوصف بأنه غير فعال أو فاشل فالأهمية العملية لقوة التغير في السلوك والأهمية الاجتماعية هما من المعايير الأساسية التي تستند إليها في الحكم على فاعلية التغير في السلوك، ولإنتاج تغير سلوكي فعال، فيجب الإجابة على السؤال التالي بصورة دقيقة: كم يحتاج هذا السلوك حتى يتغير؟ فالسلوك لا ينظر إليه أنه علمي، ولكن على أنه عملي ويجب عليه من خلال ضرورة توفير أشخاص مدربين على التعامل مع السلوك (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2007، ص39).

7 6 -العمومية (Generality):

الميزة الأخرى للبحث في تعديل السلوك هو أن التغير الذي حدث في السلوك المستهدف يتصف بالعمومية، وهذا يعني أن الباحث السلوكي يوضح أن السلوك المكتسب قد استمر بعد الانتهاء من المعالجة وأنه قد تم تعميمه إلى المواقف المناسبة الأخرى التي لم تحدث المعالجة فيها (جمال الخطيب، 2010، ص32).

حيث يحدث التعميم في السلوك المكتسب عندما يحدث في بيئات مختلفة، ولا يحدث هذا التعميم تلقائياً أو نتيجة لتغير السلوك، ولكنه إجراء يتطلب التدريب وممارسة واقعية في بيئات متنوعة "إذا كان التغيير السلوكي الذي يحدث في موقف سهل نقله ليحدث في موقف آخر، فإننا قد حققنا التعميم، والتعميم يجب أن يكون منظماً ومبرمجاً وليس متوقعاً. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2007، ص40).

8-الخطوات الأساسية في عملية تعديل السلوك:

الخطوة الأولى: في عملية تعديل السلوك هي تحديد السلوك المراد تعديله، ويتطلب ذلك من المعالج مقابلة الفرد الذي تتم معالجته والأشخاص المهمين في حياته بهدف فهم طبيعة المشكلة والحصول على موافقتهم على المعالجة، والعمل على جمع المعلومات الكافية عن المشكلة من خلال ملاحظة الفرد أو استخدام الاختبارات النفسية المناسبة.

الخطوة الثانية: هي تعريف السلوك المستهدف على نحو واضح وكامل والهدف من ذلك هو أن يصبح بالإمكان قياس السلوك المستهدف بموضوعية وتجنب التحيزات الشخصية في الحكم على فعالية إجراء التعديل الذي يستخدم.

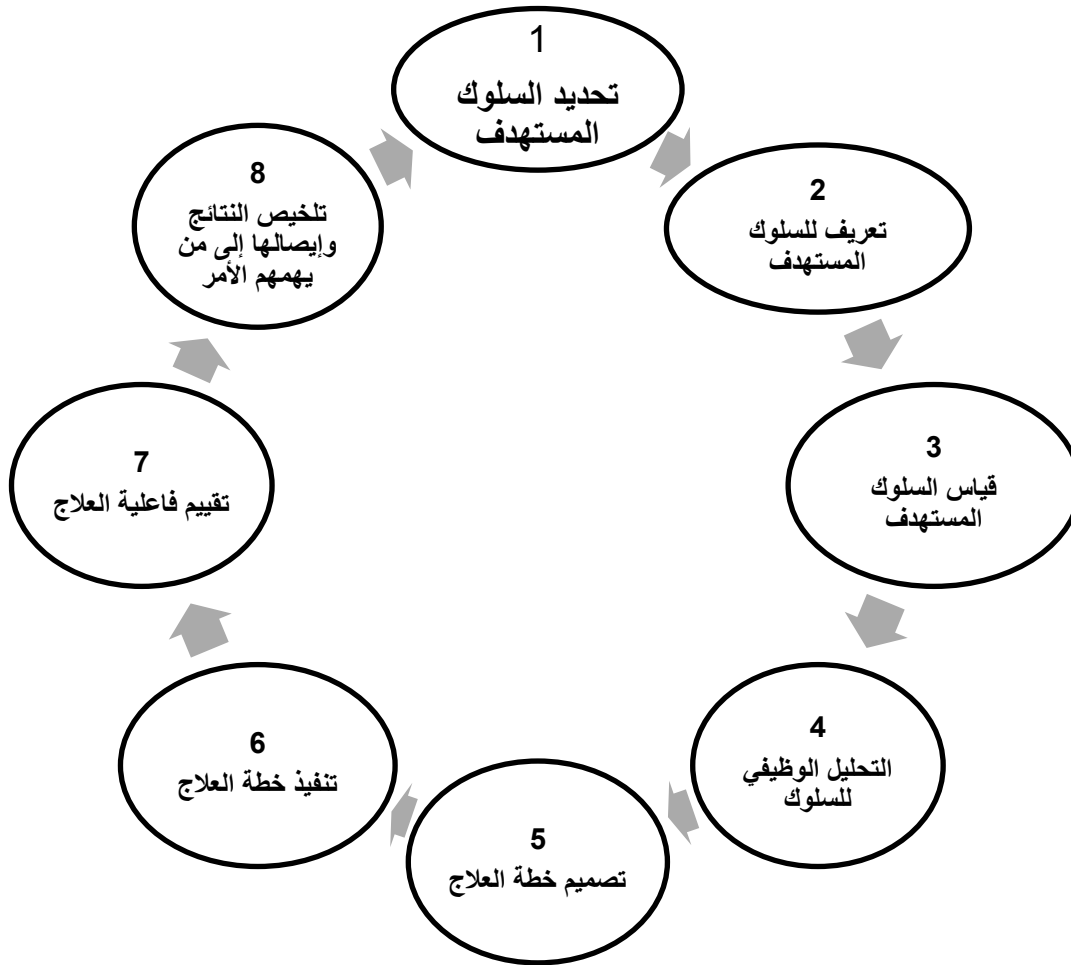
الخطوة الثالثة: تشمل على قياس السلوك قبل البدء بالمعالجة وذلك من أجل اكتشاف العوامل ذات العلاقة بالسلوك، فالتعرف على هذه العوامل التي قد تكون مسؤولة عن حدوث المشكلة السلوكية سيزيد احتمال وضع خطة العلاج المناسبة .

يعد قياس السلوك واعتمادا على تحليل الظروف التي تحدث المشكلة فيها يقوم المعالج بتحديد الإجراءات العلاجية التي سيستخدمها وكتابة ذلك بشكل واضح وكامل إضافة إلى ذلك يحدد المعالج أيضا تصميم البحث المناسب الذي سيستخدم لتقييم فعالية العلاج.

الخطوة السادسة: تنفيذ خطة العلاج وأثناء هذه المرحلة ستمر المعالج بقياس السلوك المستهدف، بشكل متواصل، إضافة إلى ذلك يقوم المعالج بالتحقق من دقة القياس.

الخطوة السابعة: اعتمادا على طبيعة المشكلة (فهي التي تحدد مدة العلاج) يبدأ المعالج بالتوقف عن الإجراءات العلاجية تدريجيا وذلك بعد تحقيق الأهداف المرغوبة، في هذه المرحلة يحاول المعالج تعميم التغير الذي حدث في السلوك ويحاول المحافظة على إستمرارية ، وللتأكد من ذلك يحاول ملاحظة السلوك دوريا بعد التوقف عن المعالجة، وعندئذ يقوم المعالج بتقييم أهمية التغير الذي حدث في السلوك المستهدف، ويلخص النتائج ويعمل على إيصالها وإيضاحها لمن يهمهم الأمر. (جمال الخطيب، 2010، ص39).

والشكل التالي يوضح أهم هذه المراحل:



شكل رقم (16) الخطوات الأساسية في عملية تعديل السلوك

(جمال الخطيب، 2010، ص38).

9-مجالات تعديل السلوك:

تتعدد مجالات تعديل السلوك بتعدد مجالات الحياة نفسها إذ يظهر السلوك الإنساني في كل من الأسرة، المدرسة ومكان العمل. وفي هذه المجالات وغيرها يتفاعل الإنسان مع غيره ويؤدي ذلك التفاعل إلى ظهور أشكال السلوك المرغوبة فيتم تعزيزها أو ظهور أشكال السلوك غير المرغوبة فتتم معاقبتها من بين هذه المجالات نجد:

❖ مجال الأسرة:

تعد الأسرة الأول من مجالات تعديل السلوك وللأسرة معاييرها في الحكم على السلوك، وقد تختلف هذه المعايير من أسرة إلى أخرى ولكن تبقى هناك المعايير المشتركة بين الأسر، خاصة التي تعيش في وسط اجتماعي وثقافي متجانس.

مثال: المحافظة على أسرار الأسرة

❖ مجال المدرسة:

تعد المدرسة المجال الثاني من مجالات تعديل السلوك، وللمدرسة معاييرها في الحكم على سلوك طلبتها، وقد تختلف هذه المعايير من مدرسة لأخرى، لكن يبقى للمعايير الاجتماعية والإحصائية والتربوية دور هام في الحكم على السلوك وما الأنظمة والقوانين التربوية إلا بمثابة معايير للسلوك يحكم من خلالها على أداء الطلبة أو المدرسة.

مثال: احترام المدرسين وتقديرهم

❖ مجالات العمل:

يعد مجال العمل من أكثر ميادين تعديل السلوك انتشارا ويعود السبب في ذلك إلى تعدد وتنوع مجالات العمل، سواء أكان ذلك في المؤسسات الرسمية أو غير الرسمية، وتشمل ميادين العمل في المؤسسات التجارية، الصناعية، الطبية، العسكرية والإدارية... ولكل مؤسسة معاييرها الاجتماعية أو القانونية في الحكم على سلوك العاملين فيها.

من أمثلة السلوك المرغوب فيه والذي يجب تعزيزه نجد:

العمل على رفع كفاءة المؤسسة وتقديمها (فاروق الروسان، 2000، ص 56-63).

خلاصة:

من خلال ما تقدم نخلص للقول أن السلوك عبارة عن تفاعل الكائن الحي مع البيئة التي يعيش فيها بعبارة أخرى عبارة عن استجابة تجاه مثير معين، من أنواعه نجد السلوك الاستجابي الذي تتحكم فيه المثيرات القبلية والسلوك الإجرائي الذي تتحكم فيه المثيرات البعدية.

عملية تعديل السلوك تتضمن تقوية السلوك المرغوب فيه للمحافظة على استمراريته من خلال تثبيت الاستجابة المرغوب فيها أو عن طريق مبدأ التعزيز الايجابي، وإضعاف السلوك غير المرغوب فيه من خلال نزع المعززات الايجابية أو عن طريق مبدأ العقاب والمحو.

يتم تقويم مدى فعالية برامج تعديل السلوك حيث يتم التقويم في فترات مناسبة وذلك بمقارنة النتائج بالخطوط القاعدية الأولى وذلك بإتباع بعض الخطوات الرئيسة المتمثلة في تحديد السلوك المرغوب تعديله وقياسه، والقيام التحليل الوظيفي للسلوك، ثم تصميم خطة علاجية هادفة مع تنفيذها وأخيرا تأتي المرحلة الأخيرة وهي تقييم فاعلية العلاج، ونحن في بحثنا هذا ارتأينا أن نقوم بتعديل سلوك السلبي عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي بإتباع هذه الخطوات، وهذا ما سنتناوله في الفصل التالي.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

تمهيد

- 1 -التذكير بالفرضيات
- 2 -المنهج المتبع في البحث
- 3 -الدراسة الاستطلاعية
- 4 -تقديم التصميم التجريبي المتبع
- 5 -تقديم مجموعة البحث وخصائصها
- 6 -تقديم مكان وزمان إجراء البحث
- 7-تقديم أدوات البحث
- 7-1- الملاحظة السلوكية المباشرة
- 7-2- المراقبة الذاتية
- 7-3- المقابلة العيادية نصف الموجهة
- 7-4- المقاييس النفسية
- 7-4-1- مقياس الضغط ما بعد الصدمة للأطفال
- 7-4-2- مقياس الاكتئاب للأطفال
- 7-4-3- مقياس تقدير الذات للأطفال
- 7-5- البرنامج العلاجي
- 7-5-1- الخلفية النظرية للبرنامج
- 7-5-2- مصادر بناء البرنامج
- 7-5-3- خطوات بناء البرنامج
- 7-5-4- آليات تنفيذ البرنامج

خلاصة

تمهيد:

بعد ما تطرقنا إلى إشكالية البحث وتحديد فرضياته واستعراضنا لأهم الجوانب التي لها علاقة بموضوع البحث ألا وهو فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، الذين يظهرون أعراض انفعالية وسلوكية مرضية نتيجة للحدث الصدمي المعاش، جاء هذا الفصل لمحاولة إيجاد الطرائق والأدوات لاختبار فرضيات البحث، ذلك اعتمادا على إستراتيجيات العلاج النفسي التي طبقت في الميدان.

لهذا شمل هذا الفصل عرضا للإجراءات المنهجية المتبعة في الجانب التطبيقي، والوسائل المستعملة فيه، اعتمدنا في ذلك على المنهج التجريبي ذو المفحوص الواحد الذي يعتمد على القياس القبلي والبعدي كما يسمح لنا بمتابعة الحالات، تطرقنا كذلك إلى ذكر مكان إجراء البحث المتمثل في " الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل ندى " المتواجدة بالجزائر العاصمة، وتقديم مجموعة البحث المتمثلة في (10 أطفال) تعرضوا لاعتداءات جنسية تشمل (الملامسات الجنسية، الاغتصاب و زنا المحارم)، يعانون من اضطرابات نفسية منها أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

ختمنا هذا الفصل بذكر وسائل البحث المتمثلة في تقنية المقابلة العيادية نصف الموجهة التي استخدمت في كل من مرحلة التشخيص، العلاج، التقويم والمتابعة، بالإضافة إلى الملاحظة السلوكية المباشرة والمراقبة الذاتية، ضف إليها مجموعة من المقاييس النفسية المتمثلة في كل من مقياس الضغط ما بعد الصدمة للأطفال، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، إلى جانب البرنامج العلاجي الذي يحتوي على تقنيات سلوكية ومعرفية بهدف تعديل سلوك السلبي لهؤلاء الضحايا. وفيما يلي عرض مفصل لما جاء في هذا الفصل.

1- التذكير بالفرضيات :

الفرضية العامة:

- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

الفرضيات الجزئية:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

2-المنهج المتبع في البحث:

هناك مناهج متعددة يعتمد عليها الباحثون في دراساتهم وبحوثهم العلمية المختلفة، وعلى الباحث اختيار المنهج الملائم لطبيعة بحثه العلمي ،و المنهج حسب الباحث **غريب سيد أحمد (1983)** يشير إلى"الطريقة المؤدية إلى الكشف عن الحقيقة بواسطة القواعد العقلية حتى نصل إلى نتيجة معلومة" وفي البحث الحالي استخدمنا **المنهج التجريبي** كونه الملائم لطبيعة البحث أي قياس الحالة الواحدة قبل التجربة وبعدها، باستخدام **الملاحظة القبليّة والبعدية** ، ففي هذا النوع تستخدم حالة واحدة فتقاس أولاً بالنسبة للمتغير المعتمد ثم يدخل عليها العامل التجريبي، بعد ذلك تقاس ثانية بالنسبة للمتغير المعتمد، ويعتبر الفرق في نتيجة القياس بالنسبة للمتغير المعتمد دليلاً على أثر العامل التجريبي.

(جمال محمد أبو شنب، 2008، ص ص 139-236)

وفي هذا البحث فإن العامل التجريبي يتمثل في إدخال البرنامج العلاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي. يهدف المنهج التجريبي إلى إقامة العلاقة التي تربط السبب بالنتيجة بين الظواهر أو المتغيرات. فالمنهج التجريبي طريقة لدراسة موضوع بحث بإخضاعه للتجربة وجعله دراسة قائمة على السببية. إن هذه العملية تسمح بدراسة آثار المتغير المستقل في المتغير التابع الذي يتلقى تأثيره .(**موريس أنجرس**

ترجمة **بوزيد صحراوي وآخرون، 1996، ص 102**)

3- الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية أول خطوة يقوم بها الباحث أو الدارس لظاهرة ما، وهذا للتعرف على مكان إجراء البحث وقابليته للانجاز، تأكيدنا أولاً من وجود العينة التي سيتم التعامل معها، من خلال اتصالنا الأولي بمكان إجراء البحث، شملت الدراسة الاستطلاعية على 3 حالات تعرضوا للاعتداء الجنسي، بناء على ذلك استغرقت هذه الدراسة 4 أشهر ابتداء من شهر مارس إلى غاية شهر جوان 2014 لتحقيق الأهداف التالية :

- 1 - إمكانية تطبيق المقاييس النفسية ومعرفة مدى استجابة أطفال الضحايا لها.
 - 2 - الوصول إلى طريقة لتشخيص الاضطراب.
 - 3 - تحديد إمكانية إجراء البرنامج العلاجي الملائم للضحايا.
 - 4 - الوقوف على مدى ملائمة الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي مع الأطفال.
 - 5 - الوقوف على مدى وضوح عبارات المقاييس النفسية، وتعديل العبارات غير المفهومة لدى أطفال مجموعة البحث.
 - 6 - التأكد من صدق وثبات المقاييس المستعملة في المقابلات والمتمثلة في كل من مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات.
- وفيما يلي نلخص نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- 1 - لم يتجاوب الأطفال الصغار تحت سن السادسة على أسئلة المقابلة إلا بمساعدة الأم المتكفلة بهم، هذا المستوى لم يسمح لنا بمتابعة البحث في حين أجاب الأطفال فوق السن العاشرة، بناء على ذلك تم إلغاء الأطفال مادون السن السادسة والإبقاء على غيرهم، وكذلك تم تعديل بعض المحاور والأسئلة.
- 2 - تم عرض محتوى البرنامج العلاجي على الأساتذة الجامعيين مختصين في التخصص العيادي، وبناء على ملاحظاتهم تم تعديل البرنامج العلاجي والتقنيات التي يمكن أن تساعد الطفل الخروج من الخبرة الصدمية التي عاشها وعرضه على مختصين في الميدان تعاملوا مع هذه الفئة.

3 - تم تعديل بنود المقاييس الضغط ما بعد الصدمة، الاكتئاب، تقدير الذات من حيث:

الجانب اللغوي:

حيث تم تبسيط اللغة المستعملة بحيث يفهمها الطفل و التي تصلح للبيئة الجزائرية، وإعادة صياغة بعض الأسئلة المطروحة تبعاً للمستوى التعليمي للطفل.

فيما يخص الجانب البنائي للمقياس: لم يتم نزع أو إضافة أي بند.

4 - إن استجابة بعض الأطفال للمقاييس النفسية و المقابلات نصف الموجهة لم تكن كافية، بحكم سن الطفل الذي لم يسمح لنا بإعطائه الأسئلة والفروق الفردية، وكذا عدم اكتماله النمو الشخصي مما أدى بنا إلى الاستعانة بالأُم في الكثير من الحالات.

5 - تم حساب معامل الثبات للمقاييس السيكمترية ، بطريقة التجزئة النصفية (معادلة سبيرمان وبراون)، فكان معامل الثبات الخاص بمقياس الضغط ما بعد الصدمة يقدر ب 0.95 ، و مقياس الاكتئاب يقدر ب 0.84 ، ومقياس تقدير الذات يقدر ب 0.83 عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يدل على أن الاختبارات ثابتة و صادقة تقيس فقط ما أعد لقياسه.

4 - تقديم التصميم التجريبي المتبع في البحث :

يكن الهدف الرئيسي من هذا البحث هو معرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي ، بالإضافة إلى التخفيف من الاضطرابات النفسية التي تظهر عند الأطفال الضحايا، وللوصول إلى هذا الهدف استخدمنا منهج التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد الذي يسمح باختبار ومناقشة فرضياتنا في النهاية.

إن هذا التصميم يسمح بمقارنة الفرد قبل تقديم المعاملة التجريبية (أي تقديم المتغير المستقل الذي هو البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وبعد تقديم المعاملة التجريبية (البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي)

يعتبر التصميم العكسي من أكثر تصميمات البحث استخداما في تعديل السلوك، يسمى أيضا بتصميم أ-ب-أ-ب (A-B-A-B Design) فهذا التصميم يقدم للباحث دليلا مقنعا جدا عن العلاقة الوظيفية بين طريقة العلاج والسلوك، لأنه يشتمل على التكرار المباشر لأثر العلاج. (جمال

(الخطيب، 2000، ص130)

يشتمل التصميم العكسي على المراحل التجريبية التالية:

مرحلة الخط القاعدي الأول A (Baseline1)

تشمل هذه المرحلة على بيانات الخط القاعدي الأول للسلوك المستهدف في الظروف التي يحدث فيها قبل تطبيق العلاج.

مرحلة العلاج الأول B (Treatment 1)

تشتمل على تطبيق لإجراءات تعديل السلوك المختارة والهادفة إلى تغيير السلوك المستهدف وهنا يستمر تطبيق العلاج حتى نلاحظ التغير المرغوب في السلوك.

مرحلة الخط القاعدي الثاني A (Baseline 2)

هي العودة إلى ظروف الخط القاعدي الأصلي.

مرحلة العلاج الثاني B (Treatment 2)

فيها نعيد تطبيق إجراءات تعديل السلوك أو العلاج. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2007، ص131) فهذا النوع من التصميم يقتضي قياسا متكررا ومتتابعا للمتغير التابع (تعديل السلوك) قبل العلاج، أثناء العلاج وبعده.

الهدف من مرحلة الخط القاعدي الأول هو التنبؤ بقيمة السلوك المستقبلية أما مرحلة الخط القاعدي الثاني الهدف منه هو التحقق من صحة التنبؤ في مرحلة الخط القاعدي الأول، في حين مرحلة العلاج الأولى توضح أثر العلاج في السلوك بينما تعمل مرحلة العلاج الثانية على إيضاح تكرار ذلك الأثر الذي حدث في مرحلة العلاج الأول. (جمال الخطيب، 2000، ص130)

5- تقديم مجموعة البحث وخصائصها:

قبل تقديم خصائص مجموعة البحث ارتأينا أن نقف عند مفهوم العينة والمجتمع الأصلي الذي يتمثل في الأطفال الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية

فدراسة مجتمع البحث الأصلي كله يتطلب وقت طويل وجهد شاق وتكاليف مادية مرتفعة، إذ يكفي للباحث أن يختار عينة تحمل صفات المجتمع الأصلي، بحيث تحقق أهداف الدراسة وتساعد الدارس على إنجاز مهمته. (سامي محمد ملحم، 2007، ص270)

عرفها "أنجرس Angers" إن مجموعة البحث يتم اختيارها حسب البحث العلمي في العلوم الإنسانية، حيث إذا لم نستطع دراسة المجتمع الكلي للأفراد، نقوم باختيار جزء منهم فقط، مع التأكد بأن الجزء المختار يمثل المجموعة، هذا الجزء من الأفراد هو مجموعة البحث". (Angers, 1997, p11)

وتتكون مجموعة البحث الحالية من (10) أطفال تعرضوا للاعتداء الجنسي سواء داخل أو خارج العائلة، وجميعهم يعانون من اضطرابات نفسية، يتراوح أعمارهم ما بين (09-12 سنة)، ولقد حددنا السن في هذه الفئة العمرية للأسباب التالية :

أن معظم الأطفال المتوجهون للتكفل يتراوح سنهم ما بين (09-12) سنة ولتفادي عامل المراهقة الذي يمكن أن يولد اضطرابات أخرى للطفل قد تؤثر في عملية التشخيص، أهملنا الحالات التي تتعدى سن 13 فما فوق، كما أن الأطفال الذين لا يقل سنهم عن ستة سنوات ليس بإمكانهم الإجابة على متطلبات بحثنا، بالإضافة إلى أن الحالات المختارة تتوفر على مستوى تعليمي ابتدائي مقبول يسهل لنا التعامل معهم خاصة عند تطبيق (مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات).

من أجل اختيار مجموعة البحث اعتمدنا على طريقة العينة القصدية أو العمدية، التي تقوم على اختيار حالات معينة من المجتمع الأصلي الذي يتم فيه البحث بناء على شروط محددة تتطلبها طبيعة البحث. (سامي سلطي عريفج و آخرون ، 1999 ، ص 62).

معايير اختيار مجموعة البحث: تم الأخذ بعين الاعتبار خصائص معينة وهي:

- أن تكون الحالات أطفالا تعرضوا للاعتداء الجنسي بأشكاله المتعددة سواء من قبل أحد الأقارب (أب الأم، الأخ، العم، الخال...) أو خارج نطاق الأسرة (صديق، زميل، مدرس، أو مجهول...) بحيث هذا الاعتداء ترك آثاره السلبية في الحياة النفسية عند الضحية.
 - أن يكون الاعتداء الجنسي سواء: ملامسات جنسية، زنا المحارم أو اغتصاب.
 - الجنس: أطفال ذكور وإناث.
 - أن يكون سن الضحية ما بين 09 إلى 12 سنة (الطفولة المتأخرة)
 - أن تكون الضحية متمدرسة وتتابع دروسها في المدرسة.
- بهذا فإننا أخذنا بعين الاعتبار أثناء اختيارنا لمجموعة البحث عامل الجنس و السن ونوع الاعتداء، وعامل التمدرس.

جدول رقم (04) مجموعة البحث وخصائصها

(إعداد الباحثة انطلاقاً من دراسة ملفاتهم والمقابلات العيادية معهم)

المتغيرات الحالات	العمر	المستوى الدراسي	هوية وسن المعتدي	مكان الاعتداء	تكرار الاعتداء	مهنة الوالدين	المستوى الاجتماعي والاقتصادي للعائلة	نوع الاعتداء	نوع الاضطرابات	السلوك المعدل
الحالة الأولى "مريم"	12 سنة	ابتدائي	الأب 46 سنة	البيت	متكرر	أم خياطة أب بطل دون مهنة	ضعيفة	زنا المحارم مصحوب بالتهديد	نفسية عصبية	عدواني انسحابي
الحالة الثانية "وليد"	09 سنوات	ابتدائي	الأب 35 سنة	البيت	متكرر	الأم خياطة الأب تاجر	عال	زنا المحارم مصحوب بالتهديد	عضوية نفسية	انسحابي
الحالة الثالثة "عمران"	09 سنوات	ابتدائي	ابن عمه 26 سنة	بيت الجد	متكرر	ضابط حالة مدنية	متوسط	زنا المحارم مصحوب بالتهديد	نفسية	عدواني
الحالة الرابعة "خديجة"	12 سنة	ابتدائي	الأخ 35 سنة	البيت	متكرر	أم متسولة أب لا يعمل	ضعيفة	زنا المحارم مصحوبا بالتهديد والقوة	نفسجسدية	عدواني انسحابي
الحالة الخامسة "مجيد"	12 سنة	ابتدائي	صديق مجهول 25 سنة	كوخ	متكرر	أم مأكثة بالبيت أب لا يعمل	ضعيفة	اغتنصاب مصحوب بالتهديد	الربو نفسية	منحرف تمرد انسحابي
الحالة السادسة "زكريا"	10 سنوات	إبتدائي	العم 24 سنة	البيت	مرة واحدة	أم مدرسة أب تاجر	متوسط	زنا المحارم غير مصحوب بالقوة	نفسية	عدواني انسحابي
الحالة السابعة "إياد"	09 سنوات	ابتدائي	مجهول صديق	المدرسة الشارع	متكرر	أم مأكثة بالبيت أب شرطي	عال	اغتنصاب مصحوب بالقوة والتهديد	نفسية نفسجسدية جنسية	عدواني انسحابي منحرف
الحالة الثامنة "سارة"	09 سنوات	الخامسة ابتدائي	ابن جارها 31 سنة	مكان اقامتها حومتها	متكرر	أب يعمل + ام موظف في البنك	عال	ملاسمات جنسية مصحوبة بالقوة والتهديد	نفسجسدية	انسحابي
الحالة التاسعة "كريم"	09 سنوات	إبتدائي	ابن عم والده 28 سنة	سطح البيت La terce	م تكرر	أم مدرسة أب تاجر	متوسط	زنا المحارم مصحوب بالقوة	نفسية	انسحابي

الحالة العاشرة "مراد"	09 سنوات	إبتدائي	الاب 42سنة مريض عقليا	البيت	مرة واحدة	أم مأكثة بالبيت أب تاجر لا يعمل	منخفض جدا	زنا المحارم مصحوب بالقوة	نفسية	انسحابي
--------------------------	-------------	---------	--------------------------------	-------	--------------	--	--------------	-----------------------------	-------	---------

6 تقديم مكان وزمان إجراء البحث:

تم القيام بالجانب التطبيقي من البحث الحالي بالشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل (Réseau Algérien pour la Défense des Droits de l'Enfant) التي تقع بعاصمة الجزائر وهي جمعية تعاونية تدافع عن حقوق الطفل ، تهدف الى ترقية، حماية ومرافعة (Protection, Plaidoyer , Promotion)

تضم شبكة ندى أكثر من 135 جمعية و منظمة غير حكومية متواجدة عبر التراب الوطني تنتشط من اجل احترام حقوق الطفل و الدفاع عنها بمقاومة كل أشكال العنف، الاستغلال، سوء المعاملة و التمييز بكل أنواعه.

تاريخ الشبكة:

2004 الانطلاقة الرسمية لشبكة ندى مع مجموعة من الجمعيات و الشركاء.

- 2005 إمضاء ميثاقه حقوق الطفل.
- 2006 انطلاق نشاطات الشبكة و مشاريعها.
- 2008 الانطلاقة الرسمية لبرنامج أنا في الاستماع،و الخط الأخضر 3033.
- 2010 توسيع الخط الأخضر إلى 15 ولاية.

برامج ومشاريع الشبكة:

تنشط ندى وفق عدة برامج و مشاريع خاصة بها من بينها :

❖ برنامج أنا في الاستماع للخط الأخضر 3033.

❖ مشروع الطفل اللاجئ.

❖ مشروع الأطفال في نزاع مع القانون.

❖ مشروع المواطنة الفعالة.

❖ مشروع بناء القدرات حول حقوق الأطفال..

❖ مشروع مكافحة الاستغلال الجنسي للأطفال.

الأهداف العامة للشبكة

- ✓ التحسيس والتوعية من خلال نشر ثقافة حقوق الطفل.
- ✓ المساهمة في تقوية البيئة الحامية لحقوق الطفل ضد كل الانتهاكات وسوء المعاملة.
- ✓ تمكين الأولياء والأطفال من التبليغ عن الوضعيات الصعبة.
- ✓ الاستماع والتوجيه والمرافقة النفسية والقضائية والاجتماعية للوضعيات الغير القانونية.
- ✓ خلق فضاءات للقاء و الحوار بين الأطفال و أوليائهم.
- ✓ خلق مراكز عاملة في مجال حقوق الأطفال.
- ✓ تحسين مشاريع الإعلام، التربية، والاتصال مع الصحافة و كل الهيئات المعنية بمجال حقوق الأطفال.

الشركاء:

- الوزارة المنتدبة لدى وزارة التضامن الوطني والعائلة مكلفة بالأسرة وقضايا المرأة.
- وزارة العدل.
- وزارة التربية الوطنية.

- وزارة التكوين المهني.
- وزارة التضامن الوطني.
- وزارة البريد والتكنولوجيات الإعلام والاتصال.
- وزارة الصحة.
- وزارة الشؤون الخارجية.
- الدرك الوطني.
- الأمن الوطني.

تم إجراء البحث ضمن برامج أنا في الاستماع الذي يستجيب لمتطلبات البحث الحالي حيث:

- كانت الانطلاقة الرسمية لبرنامج أنا في الاستماع للرقم الأخضر 3033 في 10 أبريل 2008 وهو رقم مجاني في خدمة كل الأطفال من عمر 0 إلى 18 سنة بهدف الإبلاغ عن كل حالة عنف أو خطر متعلقة بالطفل، كذلك كل حالة سوء معاملة أو استغلال أو تمييز بكل أنواعه و من مميزات الخط أنه يضمن سهولة التواصل و سرية المعلومات.
- أما بالنسبة للخدمات فيقدم الاستشارات النفسية، المرافقة القانونية، الخدمات الاجتماعية والإحالة إلى الجهات ذات الصلة.

الفئة المستهدفة:

- الأطفال بدون مأوى.
- أطفال الأمهات العازيات.
- الأطفال في نزاع مع القانون.
- الأطفال المعتدى عليهم جنسيا.
- أطفال ضحايا زنا المحارم
- أطفال دون هوية.

- الأطفال غير المتمدرسين.
- الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- الأطفال ذوي الاحتياجات المادية.
- الأطفال المستغلين في التسول.
- عمالة الأطفال.
- أطفال الشوارع
- الأطفال في إطار كفالة.
- الأطفال ضحايا النزاعات الزوجية و الزواج المختلط و الطلاق.
- الأطفال المعنفين.
- أطفال ضحايا الزواج العرفي و الغير مصرح بهم في الحالة المدنية.

❖ **هياكل برنامج نحن في الاستماع: يتألف برامج نحن في الاستماع من:**

- 1 - **خلية الاستماع:** تتكون خلية الاستماع من 6 أخصائيين نفسانيين يعملون 08 ساعات على الرقم الأخضر و استقبال الحالات، إضافة إلى تحويل المكالمات إلى الأرقام المخصصة للاستعجالات وذلك خارج أوقات المداومة.
- 2 - **المجلس الاستشاري:** يتكون من 4 مستشارين قانونيين يعملون على المرافقة القانونية للحالات والتنسيق مع الجهات المختصة في معالجة الحالات حسب الطلب.
- 3 - **المتابعة النفسية:** تتكون من 5 أخصائيين نفسانيين يعملون على متابعة الحالات التي تحتاج إلى مساعدة نفسية و إرشاد و توجيه.
- 4 - **المساعدة الاجتماعية والتضامنية:** يتكون من منسقة المشروع و أخصائية اجتماعية بالإضافة إلى مجموعة من المتطوعين الذين يعملون على جمع التبرعات و توزيعها للعائلات المعوزة و العمل على وضع برامج الإدماج الاجتماعي.

بداية الدراسة الميدانية المطبقة في هذا البحث والتكفل بالأطفال، فقد أجريت في ظروف جد عادية، دامت الدراسة الميدانية بداية من شهر سبتمبر 2014 إلى غاية شهر جويلية 2015 أي دامت ما يقارب 10 أشهر وأسبوعين للتأكد من فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المطبق في البحث.

7- تقديم أدوات البحث:

لدراسة فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، اعتمدنا على الوسائل التالية:

7 1 الملاحظة السلوكية المباشرة:

تعتبر الملاحظة العلمية أداة هامة من أدوات البحث العلمي، و هي الأداة التي استخدمها الإنسان في دراسته للظواهر المختلفة، حيث يذهب عطية محمود هنا (1973) أن الملاحظة في علم النفس العيادي تتطلب مهارة و خبرة و دقة، لأن الظواهر التي يدرسها العيادي معقدة و العوامل التي تؤثر عليها متعددة. عن(عرعار سامية؛ 2002، ص 130)

تعتبر الملاحظة هنا أحد أدوات التشخيص و التنبؤ عن تطور المرض و نوعية العلاج، و يوجد عدد من الجوانب يلزم ملاحظتها جيدا و هي:

- الحالة الجسمية: نقصد به الفحص الطبي للجسم الذي قد يؤثر في المرض النفسي، ملاحظة مستوى النظافة الشخصية...

- بيئة المفحوص: نقصد بها البيئة الفيزيائية والاجتماعية التي قد تعوق العلاقة العلاجية مثل عدم التوافق في العلاقات الأسرية والعنف العائلي، علاقات الزملاء... يجب أخذها بعين الاعتبار قصد تعديلها و الحد من تأثيرها.

- عمر المفحوص: قد يكون العمر الظاهري للعميل لا يتناسب مع العمر الحقيقي له، كما أن تغيير سلوك الصغير أسهل من سلوك الكبير.

- ملاحظة علاقات المفحوص بالآخرين و مدى مواعته و تكيفه معهم و هل يوجد لديه استبصار بذاته و بالمكان و الزمان.

- ملاحظة أسلوب الكلام و مدى وضوحه و تلاؤمه مع أفكاره، و هل يوجد تلثم في الكلام مرتبط بموضوع محدد...

- ملاحظة مدى قدرة المفحوص على الاستجابة و ذلك من خلال إتباعه للتعليمات أثناء إجراء الاختبارات أو إلقاء بعض الأسئلة عليه.

نستخلص مما سبق أنه على الأخصائي النفسي الإكلينيكي ملاحظة السلوك العام للمفحوص من كل جوانبه الحركية، الوجدانية و المؤشرات العقلية. (لويس كامل مليكه، 1992، ص 65).

الملاحظة المباشرة تهدف إلى البحث والتعرف على المنبهات التي تسبق السلوكات و النتائج المرتبطة بالسلوكات و تحديد السياق الذي يظهر فيه السلوك. (سامية عرعار، 2002، ص 131).

من خلال كل ذلك يظهر أن الملاحظة السلوكية هي ملاحظة محددة و منظمة و مضبوطة تقوم على اختيار جانب أو جوانب معينة في موقف معين و وقت محدد و ظروف دقيقة و مضبوطة و هي في الغالب تقوم على فرضية محددة توجهها و ترتب خطواتها وتحيط بنواحيها المتعددة و تضبط مجرياتها. (منصوري سمية، 1992، ص 80).

بالإضافة إلى ملاحظة سلوكات الأطفال المرضية قصد تعديلها، ففي بحثنا هذا استخدمنا الملاحظة السلوكية المباشرة في هذا البحث لكونها تلعب دورا هاما في العلاج السلوكي المعرفي، نظرا لاهميتها الكبرى في التحليل الوظيفي للسلوك سواء في مرحلة التشخيص، العلاج، المتابعة و في تقويم العلاج، فقبل العلاج للحصول على الخطوط القاعدية للسلوك المشكل (التشخيص)، حيث لاحظنا مختلف السلوكات الظاهرية للطفل ضحية الاعتداء الجنسي مثل: القلق، الحزن، العزلة، العدوانية، قلة التركيز، التعب، البكاء... و أثناء العلاج لاختبار فعالية العلاج و بعد العلاج للتقويم النهائي لفعالية البرنامج العلاجي.

ستسمح الملاحظة السلوكية المباشرة من تحديد:

1- السلوك الظاهري للطفل المعتدى عليه جنسيا من حيث:

- السلوك الحركي (التعبير الوجهي، الكلام...)

- الأداء (الانقطاع في الكلام، عدم التركيز...)

- تكرار السلوكات المرضية.

2- نشاطه الذهني و الاجتماعي.

3- درجة تفاعله مع المقابلات المستخدمة كونها مواقف اجتماعية.

4 كيفية تعامله مع المقاييس النفسية.

7-2- المراقبة أو الملاحظة الذاتية: (Self monitoring)

هي طريقة تستخدم في قياس تفكير العميل وانفعالاته وسلوكه سواء في الجلسات أو خارج مكتب المعالج حيث يقوم العميل بتدوين الأحداث والأفكار والمشاعر ويتم ذلك في مفكرة يومية، قصد التعرف على الأفكار المحرفة لدى المريض. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص211).

حيث يطلب من الفرد ملاحظة سلوكه الخاص والمواقف التي يظهر فيها هذا السلوك والأسباب التي تؤدي إلى ظهوره، وملاحظة نتائج سلوكه وأهميته والآثار المترتبة عليه، بالإضافة إلى ملاحظة الأحداث الخارجية التي تلقي قبولاً ذاتياً منه. عن (حسين مصطفى عبد المعطي، دون سنة، ص138).

يعمل المريض خلالها على تحديد ما لديه من أحاديث سلبية ذاتية أو تخيلات غير مناسبة، كما يركز على أفكاره ومشاعره وردود فعله الفسيولوجية وما يتصل بعلاقاته الشخصية من سلوكيات، وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى إعادة تصور للمشكلة وإعادة تعريفها بما يساعده على الفهم الدقيق لتلك المشكلة والذي يصل العميل إليه من خلال توجيهات وإرشادات المعالج، وتعطى إعادة التصور هذه معان جديدة ومختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات. (عادل محمد عبد الله، 2000، ص76).

يتكون سجل الأفكار المختلفة وظيفياً من أحداث أو مواقف مؤلمة تعرض لها وكذلك الأفكار التلقائية والانفعالات الناتجة عن هذه الأفكار والاستجابات البديلة والنتائج، كما يوضحه الجدول.

جدول رقم (05) سجل الأفكار المختلة وظيفيا.

الموقف	الانفعالات	الأفكار التلقائية	الاستجابات البديلة	النتائج
- حدث مؤلم ما الذي كنت تفكر فيه أو تفعله	- ما هي المشاعر التي تتولد لديك من هذا التفكير مع تقدير درجة الانفعال على مقياس متدرج من (0-100%)	- ما هي أفكارك الفعلية في الموقف وإلى أي مدى تعتقد في كل منها، يتم تقدير درجة كل اعتقاد على مقياس من (0-100%)	- ماذا كانت استجابتك على الأفكار التلقائية تقدير درجة الاستجابة على التفكير من (0-100%)	- تقدير درجة الانفعال ودرجة الاعتقاد في التفكير الآن من (0-100%)

(طه عبد العظيم حسن، 2008، ص213)

يمكن أن يعطى المعالج سجل الأفكار المختلفة وظيفيا للعميل كواجب منزلي على أن يتم مناقشته في الجلسة الموالية (طه عبد الله، 2008، ص212)

7-3- المقابلة العيادية :

تعرف المقابلة العيادية على أنها محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي الإكلينيكي، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل والإسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص و العلاج، وتختلف المقابلة الاكلينيكية عن المحادثة العادية في إنها طريقة مهنية لها هدف. (لويس كامل مليكه، 1992، ص 64)

فالمقابلة العيادية هي تبادل كلام بين شخصين أو عدة أشخاص، وهي علاقة دينامية بين الفاحص والمفحوص، أي محادثة موجهة لغرض محدد، بالتالي فإن المقابلة العيادية هي طريقة حوارية تقوم على النظر والتحدث والسمع، وليس فحصا جسديا، والهدف الأساسي منها هو اكتشاف عن ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع أن نفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى حالته الراهنة.

(Chiland Colette, 1983, P 10)

زيادة على هذا فتعتبر المقابلة العيادية أم التقنيات، فهي ضرورية لإجراء التشخيص العلاجي والتقويم، إذ هي عبارة عن علاقة تجمع بين الممارس العيادي والمفحوص، في مكان معد خصيصا

لممارسة الفحص النفسي، وتهدف المقابلة إلى قيام الممارس العيادي (الفاحص) بمساعدة المفحوص على التوصل إلى الراحة و التخفيف أو القضاء على المشاكلات و الاضطرابات التي يعانيها بواسطة تقنيات نفسية متعارف عليها. (سامية عرعار، 2002، ص 128).

وفي الدراسة الحالية عمدت الباحثة إلى استخدام أربعة أنواع من المقابلات هي كالآتي :

أ - المقابلات التشخيصية :

تهدف إلى جمع أكبر عدد من المعلومات التي تخص المفحوص (الطفل ضحية الاعتداء الجنسي) فيها تم تطبيق الاختبارات النفسية للوقوف على نوع الاضطراب الذي يعانيه المفحوص.

ب المقابلات العلاجية :

يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية التي اتفق عليها الممارس العيادي والمفحوص (الطفل ضحية الاعتداء الجنسي) بعد وضع التشخيص وهذا للقضاء أو التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة التي يعانيها. (سامية عرعار، 2002، ص 129) وهذا عن طريق المزج بين التقنيات المعرفية (إعادة البناء المعرفي، تعديل الأفكار السلبية تجاه الذات و المحيط و المستقبل، العلاج العقلاني الانفعالي، الواجبات المنزلية، حل المشكل) والتقنيات السلوكية (النمذجة، سرد القصص، لعب الدور، التدريب على المهارات الاجتماعية، الاسترخاء، التحصين التدريجي)

في الأخير توصلنا إلى:

ت المقابلات التقييمية: هدفها الوقوف على مدى فعالية العلاج المطبق.

ث -المقابلات التتبعية: هدفها التأكد من استمرار فعالية العلاج

تجدر الإشارة إلى أنه خلال مسار عملية التشخيص والعلاج و التقييم استخدمنا المقابلة نصف الموجهة لجمع المعلومات حول سوابق الاعتداء الجنسي للمفحوصين، حيث قدمنا دليل المقابلة التي هي الأداة التي تركز عليها مقابلة البحث، يتضمن كل الأسئلة التي يحتمل طرحها أثناء مقابلة الشخص المستجوب، كما يحتوى على كل ما نريد معرفته تماشياً مع مشكلة البحث .

(موريس أنجريس ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، 1996، ص 263)

يتضمن دليل المقابلة المحاور التالية:

المحور الأول: يعرض المعلومات الشخصية ويهدف إلى التعرف على المفحوص والحصول على المعطيات الأولية عنه و العائلية.

المحور الثاني : يتناول السوابق الشخصية و المرضية للحالة والوقوف على قوة و شدة الاضطرابات التي عاشها الطفل.

المحور الثالث : يتضمن قصة و تاريخ الحالة لغرض الإحاطة بكل جوانب المفحوص، تناول المواضيع التالية:

العنصر الأول : يعرض معطيات خاصة بالاعتداء الجنسي على الطفل، والغرض منه معرفة نوع الاعتداء الممارس على الطفل و الكشف عن كيفية معاشته ومدى شدته و آثاره على الضحية و تصوراته و أفكاره حول حالته.

العنصر الثاني : يعرض معطيات حول الحالة النفسية و الانفعالية والسلوكية للطفل الضحية، يهدف إلى معرفة حالته المضطربة و ردود فعله اتجاه ذلك الاعتداء و اتجاه المحيطين به.

العنصر الثالث : يوضح حياته في المدرسة، الهدف منه هو معرفة وضعيته خارج البيت، علاقاته مع الأقران والكشف عن مدى تأثير الحدث الصدمي على نتائجه المدرسية.

إن هذا النوع من المقابلة ليست حرة ولا مقيدة بالجواب نعم / لا، إذ أن الفاحص يقوم بالاستماع إلى المفحوص والتدخل لغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة، وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل ارتياح و تشجعه على الكلام، كما تعمل على خلق جو من الثقة بين الطرفين الشيء الذي يزيد من الفاحص الكثير من المعلومات حول الحالة (Chiland Colette, 1983, P 119)، كما يسمح بإجراء ملاحظات إكلينيكية حول ماهية ردود أفعاله التي لا يستطيع أن تعبر عنها لغويا كالحركات...

يجب الإشارة إلى أننا أثناء المقابلة حرصنا أن نتصف بالمرونة وسعة الأفق، و على الإصغاء الكلي و التام للأطفال ولعائلاتهم هذا لنظهر لهم بأننا مهتمين بمشكلاتهم وبمعاناتهم اهتماما كبيرا، ولكي نجعلهم يشعرون بالطمأنينة والراحة و الثقة كي يقدموا لنا كل المعلومات المفيدة، كما امتنعنا عن إصدار أي حكم على سلوكياتهم وهذا ما يؤكد الاكلكيون أمثال "روجرز" على ضرورة أن يتميز الأخصائي

الإكلينيكي أثناء المقابلة بالقدرة على الإصغاء و الاستماع، المرونة، احترام سرية العميل، الامتناع عن إلقاء أحكام القيمة على سلوك العميل، حرية التعبير.... (Chiland Colette, 1983, P 72)

و في البحث الحالي عمدنا إلى استخدام الاستراتيجيات التالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

❖ كيفية إجراء البحث وسير المقابلات:

قمنا بإجراء 21 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيا لمدة 60 دقيقة تقدم للأطفال، وجلسة لأم لمدة 15 دقيقة تقدم لها في كل جلسة، بحيث يتم مقابلتها بشكل منفصل عن الطفل وهذا لأخذ المعلومات الكافية حول مدى التقدم أو التأخر الذي يظهر على الحالة خارج مكتب الاستشارة.

أ -كيفية سير المقابلات التشخيصية(عدها 3 مقابلات):

الجلسة الأولى:

الموضوع: التعارف وبناء العلاقة العلاجية مع الطفل وعائلته

أهدافها:

- ✚ بناء العلاقة العلاجية من خلال كسب ثقة الطفل وعائلته.
- ✚ تعريف الطفل سبب تواجده بالشبكة وبدورها تجاه الأطفال والتعرف على المشكلة
- ✚ التأكيد للطفل ولعائلته على أخلاقيات المهنة وسرية المعلومات
- ✚ التعرف على المشكلة
- ✚ اقناع الطفل وعائلته بإمكانية الاستفادة من البرنامج وضرورة حضور الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز لتشجيع الطفل على الكلام

الإجراءات المتبعة:

- ✚ تقديم الباحثة نفسها (اسمها ، وظيفتها) للطفل ولعائلته(الأم)، وتقديم خدمات الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل.
- ✚ تتعرف الباحثة على الطفل من خلال ذكر اسمه وعمره، السنة التي يدرس فيها، عدد أفراد عائلته، مكان إقامته...

✚ الإصغاء الجيد الخال من أي أحكام مسبقة والتحلي بالموضوعية

تدعو الباحثة والدة الطفل الحديث عن حياة الطفل قبل وبعد الاعتداء وجمع معلومات عن وضعية الطفل الحالية.

تتحدث الباحثة عن البرنامج العلاجي المتكون من 21 جلسة بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع والذي يحتوى على مجموعة أنشطة وواجبات يقوم بها الطفل وضرورة متابعة العلاج. (تم تحديد 21 جلسة تبعا لقوة درجة اضطراب الحالة)

الجلسة الثانية:

الموضوع: تطبيق التحليل الوظيفي نموذج سيكا - تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب

أهدافها:

الوقوف على الخط القاعدي الأول للمشكلة من خلال تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب.

الكشف عن الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل أفكار، انفعالات والسلوكيات المرضية عن طريق نتائج تطبيق شبكة سيكا.

الكشف عن العوامل التي تدعم بقاء الطفل في الوضعية الحالية التي يعيشها

التعريف بالعلاج السلوكي المعرفي ودوره في التخفيف من درجة بعض الاضطرابات النفسية ودوره الفعال في تحسين تقدير الذات.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

تعزيز الثقة مع المفحوص، والاهتمام بالعلاقات والتفاعلات مابين المختصة النفسية والطفل والتي يعتمد عليها نجاح البرنامج من خلال الترحيب به وشكره على حضور الجلسة في الوقت المطلوب.

تتحدث الباحثة عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض التي تصاحبه كالاكتئاب والشعور بالذنب الناتجة من الحدث الصدمي الذي يتعرض إليه الشخص وتوعية الطفل بان ما حدث له عبارة عن حادثة يستطيع تجاوزها، وهذا بمساعدة الأم القائمة على رعاية ابنها.

تبيان للام والطفل أهمية استخدام الاختبارات النفسية في التدخل العلاجي، باعتبارها أحد الأدوات التي ستساعدنا على التشخيص

استخدام التحليل الوظيفي بمراحله السبعة لساسلو وكونفار (Saslow et Confer 1969)، تم اختيار نموذج سیکا (SECCA) للوقوف حول تشخيص أعراض المفحوص المرضية (بحكم أن هذا النموذج يدرس الوضعية الحالية للمفحوص من اعتقادات، أفكار، انفعالات، تصورات والسلوكيات الصادرة من المفحوص وتفاعله مع البيئة (المحيط)).

قبل نهاية المقابلة تم تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعيمات شعبان علوان المتكون من 20 بند، و مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال والمتكون من 17 بند. تشكر الباحثة المفحوص وعائلته على كل المعلومات التي قدموها. تنتهي الحصة بتحديد موعد في الأسبوع المقبل.

الجلسة الثالثة:

الموضوع: الطفولة و أهمية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيض من مستوى الضغط عند الطفل تطبيق مقياس تقدير الذات والقيام بالعقد العلاجي مع الطفل

أهدافها:

تتحدث الباحثة عن مرحلة الطفولة وحاجياتها وخصائصها وتبيان أهميتها للطفل وللام وكيف يجب أن يعيشها

تعريف المختصة للطفل وعائلته بالأعراض المرضية وعرض محتوى البرنامج العلاجي إبرام العقد العلاجي: من خلال عرض محتوى البرنامج، الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية والمهام المطلوبة بين الباحثة (مختصة نفسية) والطفل (المفحوص) ومشاركة أهل الطفل (الأم) في العقد العلاجي.

تعريف المختصة للطفل بالأعراض المرضية

تحمل الطفل جزء من المسؤولية من خلال القيام بالواجبات المنزلية ومتابعة تطبيق المهارات المطلوب تعلمها.

كسب الثقة التامة للطفل وعائلته.

معرفة درجة تقدير الذات عند الطفل من خلال تطبيق مقياس تقدير الذات الذي أعده كوبر سميث

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز

الإجراءات المتبعة:

✚ تعريف المختصة للمفحوص بالأعراض المرضية التي يعاني منها و الدرجة التي سجلت على المقاييس التي طبقت على الطفل، و هذا لاستبصاره بحالته فيما بعد.

✚ توضيح سبب اضطراباته التي ترجع إلى كيفية تفكيره السلبي تجاه الذات و المحيط و المستقبل، و كيفية تفسيره لطبيعة أعراض مرضه و إدراكه لوضعيته المتمثلة في تعرضه لصدمة الاعتداء الجنسي، و أن الأحداث التي عاشها هي التي ولدت له ضغوطات نفسية

✚ تقديم مقياس تقدير الذات لكوبر سميث مع ذكر تعليمته و كيفية الإجابة عليه ومشاركة والدة الطفل أثناء التطبيق

✚ تعريف المفحوص بطريقة الواجبات المنزلية

✚ بناء العقد العلاجي مع المفحوص وعائلته؛ حيث تم الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية التي تدوم 45 دقيقة إلى ساعة للطفل و 15 دقيقة لأهل الطفل، و عدد الحصص اللازمة للوصول إلى الهدف الذي نريده والتي تقدر بـ 21 جلسة، نظام الحصص ، اتفقنا مع الطفل وأمه أن تكون حصة واحدة في الأسبوع ،كما تم الاتفاق حول المهام الذي ينتظر كل طرف، وأن العملية العلاجية لا يكتمل نجاحها إلا بمشاركة المفحوص وعائلته في ذلك، تم الاتفاق أيضا على التقنيات التي ستوظف في العملية العلاجية ، كذلك تم توضيح الأهداف التي نريد الوصول إليها، وهو تعديل سلوكياته السلبية من خلال التخفيف عن أعراض الاضطرابات النفسية التي يعانيها أو القضاء عليها، وهذا بالتعاون بين الطرفين، كما تم توضيح التقنيات التي تستعمل في العلاج السلوكي المعرفي ، كانت إجابة المفحوص على هذا العقد بالقبول والموافقة عليه خاصة من قبل أم الطفل حيث اظهروا فرحة كبيرة.

فيما يلي نذكر أهم السلوكيات المستهدفة والمشكلات المرغوب علاجها وأهم التقنيات والأساليب العلاجية التي اختيرت لمساعدة الطفل.

جدول رقم (06) جوانب السلوك المستهدف و التقنيات العلاجية

التقنيات والأساليب العلاجية	السلوك المستهدف والمشكلات المرغوب التخلص منها
التدريب على الاسترخاء وحل المشكلات	التخفيف من القلق والضغط والتوتر مواجهة المواقف الصعبة والحرجة، المخاوف...
التدريب على تغيير الأفكار السلبية تجاه الذات من خلال تعديل الأفكار الأوتوماتيكية المختلة عقليا الناقدة للذات وضبط الذات (الحوار الداخلي)	العمل على رفع تقدير الذات والتخفيف من الحزن والكآبة الصراعات الاجتماعية، الاندفاعية و العدوان، الخوف والفشل المدرسي، النشاط الزائد وضعف الدافعية للعمل.
التدريب على لعب الدور وتعلم المهارات الاجتماعية	نواحي الضعف في السلوك الاجتماعي (الخجل ، العجز عن التعبير عن النفس، التعامل مع التهديدات الخارجية...) التخفيف من العزلة الاجتماعية والشعور بالذنب
التدريب على تقنية التحصين التدريجي- التعريض لمنبه غير مرغوب- (نزع الحساسية المنتظم) والاسترخاء وعلى النمذجة	المخاوف المرضية، القلق، العزلة، التجنب الاجتماعي والتعامل الاجتماعي مع مواقف التهديد.
التدريب على التعزيز الايجابي والرمزي	النشاط الزائد، المخاوف المدرسية، المشكلات الصحية كالتبول اللاإرادي، اضطرابات الأكل، اضطرابات السلوك (السرقة، الكذب...) اكتساب المهارات الاجتماعية (الحديث، الابتسامه...) والمهارات الحركية (تنظيف الملابس ...)

فيما يلي سنتطرق إلى الحديث عن الحصص العلاجية المستخدمة في البحث:

ب كيفية سير المقابلات العلاجية (عددها 13 جلسة):

الجلسة الرابعة:

الموضوع: تدريب الطفل على التنفس البطني كبداية لتطبيق الاسترخاء معه.

أهدافها:

✚ خفض استجابات الخوف والقلق لدى الطفل والإحساس بالراحة النفسية وذلك باستخدام التشجيع

للوصول إلى الاستجابة المطلوبة

توعية العائلة بأهمية الاسترخاء في حياة الطفل من حيث أنها تقنية علاجية تسعى للقضاء على الضغوطات النفسية عند الطفل في نفس الوقت هو يمارس تقنية أخرى تساعد على التنفيس الانفعالي المتمثل في اللعب

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز-الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

تسعى الباحثة إلى توضيح نوع اضطراب المفحوص و أعراضه، مصدره و نتائجه التي تظهر على الصحة النفسية للطفل

التركيز على كيفية استجابة الطفل الذي تعرض لصدمة الاعتداء الجنسي قصد إقناعه بأعراضه وبمفهوم مرضه وتوضيح مجرى حالته الصحية حسب النتائج التي أسفرت عنها شبكة سيكا.

تدعو الباحثة الطفل إلى ضرورة المتابعة النفسية والالتزام بالمواعيد

الوقوف على الأفكار المعرفية السلبية والسلوكات والانفعالات السلبية التي أسفرت عنها شبكة سيكا وتحليلها وتوضيحها للمفحوص ومحاولة تعديلها.

مناقشة نتائج مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، إذ أن لهذه النتائج علاقة بالأفكار السلبية التي كان يتبناها والتي بإمكانه أن يغيرها تدريجيا لتصبح أكثر إيجابية.

تدريب المفحوص على التنفس البطني.

استخدام التشجيع والتعزيز في محاولات المفحوص كي يصل ويضمن التنفس المطلوب، حيث كنا نطلب من المفحوص وضع يده على صدره ويد أخرى على بطنه ثم نطلب منه أن يستنشق بعمق، ونلح أن يبقى في حالة شعور وإحساس بأن يده على بطنه (خذ نفسا عميقا وأبقه في صدرك لبعض الوقت)، ثم نطلب منه أن يخرج الهواء المستنشق بهدوء(أنظر ملحق رقم 07)

التحدث عن تقنية الاسترخاء كتقنية للتخفيف من الضغط و التوتر العصبي لمدة 15 دقيقة، كما تم ذكر فوائدها ونتائجها على الصحة النفسية والعقلية؛ فهي تعمل على إزالة الإجهاد النفسي والجسمي والشعور بالأرق و التعب والقلق ومخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار وما ينتج عنه من اضطرابات نفسية فيسيولوجية مثل قرحة المعدة، ألآم الرأس، وقد تم التدريب عليها في مرحلة مبكرة من العلاج لكونه يعمل على تهدئة الطفل.

✚ تدريب المفحوص على التنفس البطني كبداية للدخول في الاسترخاء حيث تم اجراؤها في المكتب عبارة عن اخذ كأس به قطرة صابون يضاف إليها الماء فيتشكل لدينا فقاعات ماء شفافة ويلعب بها المفحوص بعد رمي الواحدة تلو الأخرى مستخدما بذلك التنفس البطني.

✚ فكرة الاسترخاء تقوم على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي بحيث تكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق، فإذا تم تحويل حالة التوتر إلى حالة استرخاء وراحة فإن التوتر لا يستمر على وضعيته بل يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الطفل وهذا ما يحقق التوافق مع الموقف الذي سبب القلق.

✚ إعطاء واجب منزلي وهو ضرورة ممارسة الاسترخاء في المنزل كلما تطلب الأمر ذلك، على الأقل مرتين في الأسبوع

✚ وتنتهي الحصة بتحديد موعد للأسبوع القادم.

الجلسة الخامسة:

الموضوع: التعرف على الحدث الصدمي الذي سبب الضغط ما بعد الصدمة وذكر أعراضه وأهمية كسر الصمت وتفريغ الانفعالات.

أهدافها:

✚ مساعدة وتشجيع الطفل على التحدث عن الاعتداء الذي تعرض له دون خوف وارتباك.
✚ تعديل الأفكار الأوتوماتيكية المختلة وظيفيا والمتعلقة بالموقف الصدمي المعاش التي تقف وراء ظهور الانفعالات والسلوكيات المرضية للطفل.

✚ اللعب يساعد على التخفيف من الشعور بالعدائية ومشاعر الذنب، كما يساعد على التنفيس عن المكبوتات

✚ خفض الأعراض السلوكية والانفعالية الناتجة عن الاعتداء.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز-الواجب المنزلي.

الإجراءات المتبعة:

✚ تبدأ الباحثة الجلسة باختبار الطفل المعتدى عليه لمدى فهمه لما قيل في الحصة السابقة ومعرفة استجابته لحوار الجلسة السابقة.

✚ تخصص الباحثة 5 دقائق في هذه الحصة لمعرفة مدى تنفيذ المفحوص للاسترخاء و تأثيرها عليها بإعطاء التغذية الرجعية

✚ تحاول الباحثة التعرف على الأفكار السلبية المتعلقة بالذات لدى المفحوص وهذا بالرجوع إلى أفكاره و تصوراتته تجاه الحدث الصدمي الذي تعرض إليه و كيفية تقييمه لنفسه

✚ تطلب الباحثة للمفحوص الحديث عن الموقف الصدمي المعاش عند الطفل وذكر انفعالاته، وتشجعه على ذلك من خلال ذكر الأفكار التي حضرت بباله يوم الحادث، وحواراته مع ذاته، وهذا لهدف استخلاص الأفكار السلبية وانفعالاته الناتجة عن تفكيره.

✚ تقدم الباحثة للطفل نموذج لسجل الأفكار المختلة وظيفيا وإقناع المفحوص بكتابة المواقف التي تصادفه وذكر انفعالاته وكيفية الاستجابة لها لتناقش في الجلسة الموالية.

✚ تبيان للطفل انه لا يجب أن يلوم نفسه على انه السبب فيما حدث له لأنه مازال صغير فيجب أن يكمل حياته ويركز على دروسه كما أن هناك أطفال كثيرون يشاركونه في نفس المواقف التي صادفته في حياته(يجدر الإشارة إلى أن الباحثة اهتمت كثيرا بالمصطلحات التي تتحدث بها مع الطفل فمثلا كانت تتجنب قول كلمة صدمة بدل ذلك كانت تذكر كلمة هذاك الموفق الى صرالك أو اعتداء جنسي تذكر حاجة ماشي مليحة) تجنباً لأي مضاعفات أخرى للصدمة.

✚ التطرق إلى ذكر أعراض الضغط ما بعد الصدمة على حياة الطفل كالكوابيس والتبول ... وشرحها للطفل وإمكانية التغلب عليها والأسباب التي تكمن وراء اضطراباته.

✚ تسجل الباحثة كل السلوكات والانفعالات التي يظهر عليها المفحوص من خلال مراقبتها للتغيرات الفسيولوجية و الجسدية والانفعالية والسلوكية أثناء التحدث عن موقف الاعتداء وعلاقته بالمعتدي وكيفية إدراكه لردة فعل العائلة تجاه لوضعيته.

✚ تستعين الباحثة بالألعاب أو أشغال يدوية معينة كالمكعبات والرسم للتنفيس الانفعالي وللتخفيف من مشاعر العدائية والذنب والسلوكات العدوانية التي يعاني منها المفحوص.

الجلسة السادسة:

الموضوع: التعرف على الأفكار السلبية ومواجهتها

أهدافها:

✚ الوقوف على فوائد التخلص من التفكير السلبي

✚ التعبير الطفل عن انفعالاته من خلال الأحداث التي تصادفه
✚ تعديل الأفكار السلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل إلى أفكار ايجابية.
الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز-الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

✚ تبدأ الباحثة الجلسة بترحيب الطفل وتسليم الواجب المنزلي لتصحيحه أمام الطفل وتناقش أفكاره.
✚ تسعى الباحثة إلى توضيح العلاقة بين المواقف العنيفة و الانفعالات والسلوكيات الناتجة عن الوضعية والأفكار التي بادرت إلى ذهن المفحوص، و التي تصادفه في حياته اليومية.
✚ تشجيع المفحوص على التحكم والضبط الداخلي و ملاحظة أفكاره المشوهة، وتدريبه على التفكير المنطقي والحوار الذاتي الإيجابي، وهذا من خلال إعطائه واجبات منزلية، نظرا للدور الذي تلعبه في زيادة فعالية وتقدم العلاج سريعا، إذ أنها الفنية الوحيدة التي كنا نبدأ بها ونختم بها كل جلسة علاجية كما تساهم في درجة التعاون والألفة مع الطفل لكونها تقوي العلاقة العلاجية عندما تكلف المفحوص بعمل واجبات منزلية، بالإضافة فهي تساهم في اكتشاف العوامل المتعلقة بالمشكلة التي يعاني منها المفحوص.
✚ الإصرار على ضرورة تسجيل الأفكار الآلية المختلة وظيفيا والمتعلقة بمشكلته مع توضيح كيفية إجرائها وكنا نقوم بمراجعتها في بداية كل جلسة فهي طريقة ممتازة لتحسين إدراك الأفكار الآلية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما تساهم في تعديل الأفكار التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة والحوار الذاتي بصفة عامة فهي تعمل على تعديل الأفكار بالتالي تعديل الانفعال والسلوك الذي هو محور بحثنا.
✚ تسعى الباحثة إلى التخفيف عن أعراض الاكتئاب من خلال النظرة الايجابية للذات والمحيطين بالمفحوص وبالمستقبل الجميل الذي سينتظره عندما يكبر، وللوصول لهذا الهدف استعنا بتقنية الرسم الحر مع التلوين، مع مناقشة الرسومات أي إعطاء التغذية الرجعية للفاحصة، الهدف من وراء الرسم حب الحياة ورؤيتها بشكل ايجابي وتفرغ العدوانية أيضا.
✚ تقوم الباحثة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في ذكر موقف يصادفه خارج مكتب الاستشارة النفسية وكتابة أفكاره السلبية يومها وكيف تم مواجهتها لتناقش في الجلسة اللاحقة.

الجلسة السابعة:

الموضوع: التدريب على كيفية حماية الذات وعلى مهارات حل المشكلة

أهدافها:

✚ الوقوف على مفهوم الطفل لذاته وكيفية إدراكه للمواضيع المحيطة به.

✚ تعزيز إمكانية عدم تعرض الطفل للاعتداء مرة أخرى

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز-الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

✚ تبدأ الجلسة بالترحيب بالطفل ومناقشة الواجب المنزلي وكيفية الاستجابة للمواقف الذي صادفه الطفل.

✚ تسعى الباحثة في هذه الحصة إلى معرفة درجة النجاح التي حققها المفحوص في تغيير أفكاره السلبية

بالأفكار الإيجابية، فكل تفكير إيجابي يتبع بتشجيع و تعزيز لفظي من قبل الفاحصة.

✚ الاعتماد على التعزيز الكلامي للمفحوص مثلا " أنت تستطيع تجاوز هذه الأحداث"، "أنت تملك

الإرادة في التغيير".

✚ تعليم المفحوص مهارات حل المشكلة وبناء طرق للتعامل معها مع استخدم التعزيز في كل مرة يصل

إلى النتيجة المرضية

✚ تدريب المفحوص على حماية الذات و تعزيز إمكانية عدم تعرضه للاعتداء مرة أخرى من خلال

تدريبه على توجيه الذات وحمايتها من كل الأخطار التي قد تصادفه والاستجابة لها بشكل ايجابي،

ومحاولة إدراكه أن جسمه ملك له ولا احد يجب أن يكشف عنه

✚ تقديم نماذج عن المواقف والمشكلات التي قد تواجه الطفل وكيفية حلها والتغلب عليها، وهذا من

خلال إدراك وجود مشكلة أولا فينتبه إلى انفعالاته وإلى المثير الذي يقلقه، بالتالي التوقف عن التفكير

التلقائي من خلال قولنا له: قف وفكر قبل أن تتصرف بمعنى عليه أن يضبط النفس ليكسر الإثارة

المفرطة التي تستثير سلوكيات غير مرغوبة فيها، فمن خلال التركيز يتم عرض المشكلة في شكل

يمكن حلها بشكل ايجابي بهذا نحدد الهدف مما يسمح بالتفكير نحو السلوك العقلي، من جهة أخرى

يفكر بالعواقب الناتجة عن السلوك فهذا سيكشف عن الفعل، مثلا: يقدم إجابات عن الأسئلة مثل لماذا

حدث لي هذا؟ كيف يمكنني الخروج من الموقف دون حدوث أذى أو خطأ، فمن خلال النظر إلى

النتيجة السبب والعلاقة بينهما يتعلم من النتائج هل وصل إلى الاختيار الجيد أم لا إذ أن فهم الأخطاء يجنب لوم الذات بالتالي يعمل على تغيير التفكير السلبي، وهذا تبعاً لما تم تناوله في الحصة السابقة التي نتحدث حول ضرورة تعديل الأفكار السلبية.

تنتهي الحصة بإعطاء الواجب المنزلي الذي يتمثل في كتابة المشكلات التي تعترضه وكيفية إيجاد حل لها، كما تشكر الباحثة الطفل وعائلته على الحضور والانضباط في المواعيد.

الجلسة الثامنة إلى التاسعة:

الموضوع: التعرف على معنى تقدير الذات وكيفية تحسينها، العلاقة بين الاضطراب النفسي وتقدير الذات، إعادة تطبيق المقاييس النفسية

أهدافها:

التعرف على العوامل المؤثرة في تحسين تقدير الذات وعلاقة هذا المتغير بالاضطراب النفسي
تعليم الطفل إستراتيجية حماية الذات و تعزيز الثقة في النفس.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

تبدأ الباحثة بالترحيب بالطفل وعائلته، ثم تقوم بتلخيص ما جرى خلال الجلسة الماضية ومراجعة وتصحيح الواجب المنزلي.

تسعى الباحثة إلى الرفع من تقدير الذات لدى المفحوص من خلال الوقوف على مفهوم الذات وضرورة الشعور بقيمتها وبكفاءتها من خلال الوقوف حول الصفات الإيجابية عند الطفل وشرح أهم مكونات تقدير الذات بطريقة بسيطة تسمح للطفل بفهمها والتمثلة في الثقة بالنفس، الرضا الذاتي، حب الذات، تأكيد الذات، قبول الذات كما هي، الوعي بها و معرفتها، الاعتزاز بصورة الذات، تكوين أكبر قدر مستطاع من الأفكار الايجابية تجاه الذات، فكل ما يعاكس هذه المعايير ينعكس سلباً على تقدير الذات لذا استوجب عليه أن لا يرى نقائصه فقط على حساب الايجابيات التي يتمتع بها والتي لا يراها.

استخدام تقنية إعادة البناء المعرفي للرفع من تقدير ذاته وخفض القلق والتوتر، والنظر إلى الأحداث المؤلمة التي عاشها كإحدى تجارب الحياة، كما تسعى الباحثة إلى تعديل نظرة الطفل السلبية لذاته والمحيط والمستقبل، بالإضافة إلى تغيير بعض العادات السلوكية لديه كالعوانية تجاه الإخوة أو

الزملاء وتحسين مظهره الخارجي، التخلي عن السلوك الانسحابي بمعنى العمل على تغيير أفكاره السلبية في كل ما يحيط به والعمل على وعيه قدر المستطاع بذاته التي يجب أن ينظر إليها بنظرة ايجابية.

تنتقل الباحثة إلى توضيح العلاقة الطردية القائمة بين تقدير الذات و الشعور بالقلق والحزن أي كلما انخفض تقدير ذاته أحس الطفل بارتفاع في درجة القلق وظهرت لديه علامات الحزن أكثر، وكلما ارتفعت درجة تقدير ذاته كلما شعر بالراحة وانخفضت علامات القلق والحزن لديه، بهذه العبارات المبسطة تمكن الطفل من إدراك أهمية تقدير الذات في الحياة.

تطلب الباحثة من المفحوص القيام بالواجب المنزلي من خلال كتابة كل الصفات الايجابية والسلبية التي يتحلى بها بالمقابل يعدل الصفات السلبية ليتجنبها ويضعها داخل دائرة حمراء و يبقى على الصفات الايجابية لديه.

في هذه الجلسة تم العودة إلى شبكة سيكا (SECCA) لاكتشاف التغير الذي حدث على أفكار المفحوص و انفعالاته و سلوكياته، كما تم إعادة تطبيق المقاييس المطبقة في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس بيرلسون للاكتئاب، مقياس كوبر سميث لتقدير الذات لمعرفة التغير الذي طرأ على درجات المقاييس الثلاثة.

تنتهي الجلسة بتحديد موعد للأسبوع القادم و بتعزيز كلامي تبين فيه الباحثة مقدرة المفحوص على تحسين تقدير ذاته مستقبلا و التقليل من درجة الضغط عليه.

الجلسة العاشرة إلى اثني عشرة:

الموضوع: اكتساب مهارات اجتماعية من خلال التدريب على لعب الدور

أهدافها:

تعلم مهارات اجتماعية جديدة

الدخول في مواقف اجتماعية بثقة كبيرة من خلال تكرار لعب الدور

إحداث تغييرات معرفية وسلوكية من خلال تعزيز الحوار الداخلي مع الذات بالتالي القضاء على الأفكار اللاعقلانية.

خفض الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب.

زيادة الثقة بالنفس وبالأخرين وتحسين تقدير الذات.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - لعب الدور - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

ترحب الباحثة بالمفحوص وتبدأ بمناقشة الواجب المنزلي

تسعى الباحثة في هذه الجلسة إلى تدريب المفحوص على أحد المهارات الاجتماعية و كيفية اكتسابها للتغلب على مشاعر الخوف والقلق في مواقف اجتماعية مثل مهارات الابتسام، الضحك، تحية الآخرين، الاهتمام بالمظهر؛ التحدث مع استخدام التعزيز اللفظي... ، وهذا للتخفيف من الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب لدى الأطفال الضحايا.

تقوم الباحثة بسرد بعض القصص: هل أنت خائف؟ من الخوف إلى الشجاعة، الصداقة، هذه القصص الصغيرة والمفيدة التي تمنح للطفل فرصة استحضار الأفكار والذكريات التي عاشها تلقائياً كما أنها تنمي عقل الطفل وتغذيه بأفكار وتجارب ومغامرات نهايتها الأمل والنجاح بعد مشقة.

في هذه الجلسة اشتمل أسلوب تمثيل الأدوار على قيام الأطفال بأدوار الشخصيات الموجودة في بعض القصص التي تم سردها على الأطفال، حيث كانت الباحثة تقوم بسرد القصة مثلاً من الخوف إلى الشجاعة، وأثناء القراءة يقوم الطفل بتمثيل الدور الذي تحدده له ، ويشتمل ذلك على إصدار انفعالات والقيام بحركات مناسبة، وبعد الانتهاء من القصة يعطي للطفل الفرصة للاشتراك في لعب جماعي مع الإخوة، وقد أوضحت الملاحظات أن تمثيل الأدوار أثناء قراءة القصة أدى إلى زيادة حركة الطفل ونشاطه بالتالي خروجه من العزلة النفسية والكآبة التي يعاني منها.

تنتهي الجلسة بإعطاء موعد للأسبوع المقبل

الجلسة الثالثة عشرة:

الموضوع: التدريب على النمذجة

أهدافها:

تغيير أنماط التفكير السيئة غير السوية حول الآباء المتعدين لأطفالهم والتي تؤدي بالطفل لهزيمة الذات.

التعامل مع مثيرات الخوف والقلق من خلال تقديم بعض النماذج المماثلة لمشاكل الأطفال وضرورة تعديل أفكارهم وسلوكياتهم من خلال نماذج يدركها الطفل ويقتدي بها.

التعرف على الأفكار العقلانية للنموذج الحي والاقتراء بها

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز - النمذجة- الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

ترحب الباحثة بالطفل وتطلب منه مدى استفادته من الجلسات الماضية
تسعى الباحثة في هذه الجلسة إلى تدريب الطفل على اكتساب سلوكيات مناقضة للقلق والتوتر عن طريق النمذجة بواسطة استخدام أفلام وأشرطة فيديو تتضمن تعريض الطفل إلى نماذج حية أو رمزية بحيث يظهرون سلوك اجتماعي مثل الصداقة، التعاون، التسامح، الأخذ والعطاء، طاعة الوالدين مصحوب بتدعيم لفظي خاصة فيما يخص سلوكياته ونشاطاته في المدرسة والمنزل، بالإضافة إلى كيفية مواجهة مثيرات الخوف والقلق ومناقشة أحداث القصة.

استخدمت الباحثة النمذجة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية، من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتداء بها، بالتالي يتم تعريض المفحوص على النموذج المرغوب تعلمه فيقوم بتقليده بعد ملاحظته مع تعزيز أدائه للسلوك المرغوب، وقد استخدمته الباحثة كثيراً في خفض السلوك العدواني والانسحابي والتمردية وهي سلوكيات غير مرغوبة، فلكي يحدث التعلم بالنمذجة يجب الانتباه للنموذج بغية تعلمه ثم الاحتفاظ به في الذاكرة كما يجب على الطفل أن يدرك النموذج ماذا يعني، وسيتم مكافأته على أدائه الجيد في كل مرة.

تنتهي الجلسة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في قراءة قصص معينة أو تطبيق سلوك محدد ثم مناقشة تعليقاتهم ومدى استفادتهم من طريقة التفكير المنطقية التي ميزت بطل الشخصية لتلك القصة، وهذا لمساعدة المفحوص على تغيير سلوكياته.

الجلسة الرابعة عشرة إلى الخامسة عشرة:

الموضوع: التدريب على التحصين التدريجي

أهدافها:

التقليل من درجة الخوف والقلق من خلال تعلم استجابة الاسترخاء بدل الخوف

تعبير الطفل عن مشاعره من خلال المرور إلى الفعل

الوقوف على أهمية وفوائد التخلص من الأفكار السلبية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز- الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

ترحب الباحثة بالطفل وتدعوه إلى مناقشة وتصحيح الواجب المنزلي للحصة الماضية ومدى استفادته وتطبيقه للنماذج المعروضة عليه.

تخصص الباحثة هذه الجلسة في تدريب المفحوص على التحصين التدريجي المنتظم-التخلص من الحساسية المفرطة-ويتم ذلك في الحالات التي يكون فيها سلوك الخوف المبالغ فيه قد اكتسب مرتبطاً بحادثة معينة.

تقوم الباحثة بعرض المفحوص بالتدريج للمواقف الأقل إثارة للخوف إلى أعلى مستوى في الشدة، بهدف إزالة الاستجابة المرضية لسلوك الخوف وإبدالها باستجابة الاسترخاء.

تحاول الباحثة تعريض الطفل لموقف غير طبيعي يثير الخوف عنده مثلاً قولها له اليوم سيأتي والدك ماذا ستقول له؟ تم تسأله عن الأفكار الموجودة في باله عن هذا الموقف الذي يعتبره الطفل كموقف يهدده، يثير خوفه، وتبدأ الباحثة في مناقشة أفكاره واحدة تلو الأخرى.

تقوم الباحثة بتذكير الطفل أسلوب حل المشكلة الذي تعلمه وتطلب منه التنفس العميق ثم إيقاف أفكاره وإعادة صياغتها بشكل إيجابي منطقي وهذا للتخلص من الأفكار التي تحبط الذات وتدمرها، وتدعو الطفل إلى ضرورة الضبط والتحكم الذاتي بهدف نزع الحساسية من الموقف المهدد وكيفية التعامل مع مثل هذه المواقف المحبطة للذات.

قبل ختام الجلسة تطلب الباحثة من الطفل ذكر وكتابة التغير الذي حدث على معتقداته وأفكاره وسلوكياته في المفكرة اليومية الخاصة بهم.

تنتهي الجلسة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في كتابة موقف يهدده وذكر الأفكار التي راودته وانفعالاته وكيف واجهه.

الجلسة السادسة عشرة:

الموضوع: مراجعة وتلخيص ما دار في الجلسات السابقة

أهدافها:

مراجعة ما تم انجازه في الجلسات السابقة وما اشتملت عليه من تقنيات

التركيز على أهم النقاط الأساسية في الجلسات السابقة

✚ إعطاء التغذية الرجعية عن مدى استفادة المفحوص

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز

الإجراءات المتبعة:

✚ تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطفل وعائلته وتشكرهم على الحضور.

✚ تقوم الباحثة بمراجعة ما تم انجازه في الجلسات الماضية وإعطاء التغذية الرجعية عن مدى استفادة

المفحوص من خلال الوقوف على

✓ أهمية الاسترخاء في الحياة

✓ ضرورة تعديل الأفكار السلبية ومراقبة الأفكار الأوتوماتيكية وإخضاعها للمنطق

✓ أهمية تقنية الضبط الداخلي وحل المشكلات

✓ ضرورة تنمية الثقة بالنفس لمواجهة المشاكل التي قد تهدده في الحياة

✓ ضرورة تنمية التواصل والتفاعل الاجتماعي في الحياة

✚ في نهاية الجلسة تشكر الباحثة الطفل على المشاركة في البرنامج العلاجي، تنتهي الجلسة بإعطاء

موعد للجلسة المقبلة.

ت بحفية سير مقابلات التقييم: خصصت لها الباحثة حصتين

الجلسة السابعة عشرة إلى الثامنة عشرة:

الموضوع: الختامية (تقييم البرنامج)

أهدافها:

✚ تهيئة الطفل لإنهاء البرنامج العلاجي

✚ تقديم تشكرات لمجموعة البحث

✚ تقييم فعالية البرنامج من خلال إعادة تطبيق نموذج سيكا والمقاييس النفسية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- المعززات

الإجراءات المتبعة:

✚ ترحب الباحثة بالطفل وعائلته وتشكرهم على مشاركتهم في البرنامج وانضباطهم في المواعيد

وفاعليتهم في تنفيذ الواجبات المنزلية التي أعطيت لهم وتخبر الطفل أنه الآن قادر على مواجهة

أفكاره السلبية ولديه إمكانيات تساعد على مقاومة مشاكل الحياة و ما يحيط بها من أحداث مؤلمة، وضرورة توظيف كل ما تعلمه خلال الجلسات العلاجية في حياته.

تقوم الباحثة بإعادة تطبيق المقاييس المستخدمة في المقابلات التشخيصية التي كشفت عن الخطوط القاعدية للاضطراب، تتمثل هذه المقاييس في:

1. مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان

2. مقياس الاكتئاب لبيرلسون عند الأطفال

3. مقياس تقدير الذات لكوبر سميث

4. العودة إلى شبكة سিকা (SECCA)

وهذا بهدف التعرف على فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

تسعى الباحثة إلى معرفة مدى التقدم الذي حدث في نظام التحليل العقلائي لأفكار المفحوص والتقييم العام لصحته النفسية، كما تطلب من المفحوص العودة إلى المختصة النفسية كلما شعر بالحاجة إليها تنتهي الجلسة بتحديد موعد آخر بعد شهرين للمتابعة.

ث كيفية سير مقابلات المتابعة الأولى والثانية:

الجلسة التاسعة عشرة إلى الواحد والعشرون:

الموضوع: التأكد من استمرارية فعالية البرنامج

أهدافها: مرحلة المتابعة الثانية بعد شهرين من نهاية العلاج (مقابلات التقييم).

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

بعد شهرين من انتهاء العلاج، سعت الباحثة إلى الوقوف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي؛ لجأنا إلى إتباع نفس الإستراتيجية التي اتبعناها أثناء التشخيص، العلاج و التقييم.

استخدمت فيها المقابلة العيادية، المراقبة الذاتية، الملاحظة السلوكية المباشرة والمقاييس الثلاثة المطبقة في البحث.

بعد أربعة أشهر من نهاية المتابعة الأولى، تم تحديد موعد آخر أين تم فيها تطبيق نفس المقاييس المطبقة للتشخيص للتأكد من فعالية العلاج المعرفي السلوكي، حيث دام العلاج مدة 10 أشهر كاملة وأسبوعين.

7-4- المقاييس النفسية:

7-4-1- مقياس اضطراب الكرب ما بعد الصدمة:

إعداد: نعمات شعبان علوان

قام نعمات شعبان علوان بإعداد مقياس الكرب، وذلك بعد مراجعة الأدب والدراسات السابقة حول الموضوع، يتكون المقياس من 20 فقرة، وثلاثة أبعاد رئيسية هي:

➤ التجنب عباراته: (2,8,15,18,20)

➤ التأثير على المعرفة والتفكير عباراته: (1,3,16,17,19)

التأثير على الذاكرة عباراته: (9,7,6,5,4,14,13,12,11,10)

تم تقنين هذا الاختبار، فكان معامل ارتباط الفاكروبناخ 0,84 وقد قام الباحث بحساب صدق الاتساق الداخلي لعبارات المقياس من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، حيث أجرى الباحث الصدق والثبات على عينة قوامها 40 طفلاً وطفلة، واتضح من خلال النتائج أن جميع عبارات دالة عند مستوى 0,01 والعبارات رقم 5,11,14 دالة عند مستوى 0,05

❖ تصحيح المقياس:

يتضمن المقياس 20 فقرة، يجيب المفحوص عن كل فقرة من فقرات المقياس بإجابة واحدة من أربعة اختيارات هي:

(اغلب الوقت، بعض الوقت، أحياناً، قليلاً) تعطي أربع درجات إذا كانت الإجابة أغلب الوقت، ثلاث درجات إذا كانت الإجابة بعض الوقت، درجتان إذا كانت الإجابة أحياناً، درجة واحدة إذا كانت الإجابة قليلاً. (نعمات شعبان علوان، 2009، ص225)

جدول رقم (07) درجات مقياس الضغط ما بعد الصدمة

الدرجة	شدة الاضطراب
39-20	منخفض
59-40	متوسط
80-60	مرتفع

7-4-2- مقياس الاكتئاب (B D S) (Birleson et al,1987)

- إعداد: بيرلسون

- تكيف و ترجمة: عبد العزيز ثابت.

لقد تطور هذا المقياس كأداة إكلينيكية لتقييم درجة الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين (Birleson et al 1987)، بعد أن كان يعتقد لسنوات عديدة أن الاكتئاب موجود فقط عند المراهقين ويتكون هذا المقياس من بنود مناسبة للأطفال، وتُغطي معظم أعراض الاكتئاب المسجلة لدى الأطفال، ومع ذلك فإن التشخيص الإكلينيكي يجب أن لا يعتمد على الدرجات العالية في هذا المقياس لوحده. وتكون إرشادات كيفية تعبئة هذا المقياس مكتوبة في أعلى صفحة المقياس، ويطلب من الأطفال أن يحكموا إلي أي مدى ينطبق البند عليهم خلال فترة أسبوع سابق.

يتكون هذا المقياس من 18 بند، ويطلب من الطفل وضع إجابته على كل بند في الخانة التي تنطبق على حالته، وهذه الخانات هي (لا، أحياناً، دائماً). حيث أن "لا" تأخذ صفر، "أحياناً" تأخذ 1، و"دائماً" تأخذ 2، ويتم تسجيل ذلك من البنود (3،5،6،10،14،15،17،18). وهناك دراسة وجدت أن ليس هناك طفل طبيعي لديه عدد نقاط أكثر من 11، ومع ذلك فإن الأطفال الذين يتم تشخيصهم إكلينيكيّاً على أنهم يعانون من الاكتئاب، تكون مجموع علاماتهم 17، ولقد تم استخدام هذا المقياس في

عدة دراسات على الأطفال الذين يعيشون في بيئة ضاغطة من النكبات وممن تعرضوا للحروب (Yule *et al*, 1990).

جدول رقم (08) درجات مقياس الاكتئاب:

مدى الدرجة	مدلول الدرجة
17- 0	لا يوجد اكتئاب
24-18	اكتئاب خفيف
30-25	اكتئاب متوسط
36-31	اكتئاب شديد

7-4-3- مقياس تقدير الذات:

إعداد: كوبر سميث

ترجمت: ليلى عبد الحميد

اعد المقياس في الأصل الباحث الأمريكي "كوبر سميث" (1967)، لقياس الاتجاه نحو الذات في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، العائلية والشخصية، تم ترجمة المقياس إلى اللغة العربية من قبل الدكتورة ليلى عبد الحميد، وتم تكييفه للبيئة العربية وتتميز بدرجة صدق وثبات عالية.

يتكون المقياس من 25 عبارة يقابل كل منها اختيارين (أوافق) (لا أوافق) كما يحتوي المقياس على عبارات سالبة وعبارات موجبة وهي كالتالي:

العبارات الموجبة تحمل الأرقام التالية: (1-4-5-8-9-14-19-20)

العبارات السالبة تحمل الأرقام التالية: (2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25).

كما يحتوي هذا المقياس على 04 مقاييس فرعية وفيما يلي جدول يوضح أرقام عبارات هذه المقاييس.

جدول رقم (09) المقاييس الفرعية لمقياس تقدير الذات

عدد العبارات	أرقام العبارات	المقاييس الفرعية
12	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-25-20	الذات العامة
04	5-8-14-21	الذات الاجتماعية
06	6-9-11-16-20-22	ذات المنزل
03	2-17-23	ذات المدرسة

يطبق المقياس فرديا أو جماعيا ومدة التطبيق لا تتجاوز 10 دقائق ويحتوي المقياس على تعليمة يوضح فيها الباحث كيفية الإجابة على المقياس.

عند التطبيق يشترط على الباحث أن يتجنب استعمال كلمة تقدير الذات أو تقييم الذات في التعليم، حيث يتجنب التحيز في الإجابة ويتحصل على أكبر قدر من صدق إجابات المفحوصين.
(فاروق عبد الفتاح، 1981، ص 8-11)

تصحيح المقياس:

- يتم تصحيح الإجابات التي يقدمها المفحوص استنادا إلى مفتاح التصحيح التالي:
- تعطى درجة (01) عندما تكون العبارة ايجابية ويجب عليها المفحوص ب (أوافق)
 - تعطى درجة (00) عندما تكون العبارة ايجابية ويجب عليها المفحوص ب (لا أوافق)
 - تعطى درجة (01) عندما تكون العبارة سلبية ويجب عليها المفحوص ب (لا أوافق)
 - تعطى درجة (00) عندما تكون العبارة سلبية ويجب عليها المفحوص ب (أوافق)
 - ثم يتم جمع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص على جميع عبارات المقياس ويتحصل على الدرجة الكلية للمقياس ولحساب درجة تقدير الذات يجب إتباع العملية التالية:

$$\text{تقدير الذات} = \frac{\text{عدد الدرجات} \times 100}{\text{عدد الأسئلة}}$$

الدرجة المرتفعة في المقياس تعتبر مؤشرا لتقدير ذات مرتفع، بينما الدرجة المنخفضة تشير الى تقدير ذات منخفض.

جدول رقم (10) مستويات تقدير الذات لمقياس "كوبر سميث"

مستويات تقدير الذات	الفئات
درجة تقدير الذات منخفضة	39-20
درجة تقدير الذات متوسطة	59-40
درجة تقدير الذات مرتفعة	80-60

(Coper smith, 1984, p .10)

الخصائص السيكمترية للمقياس:

تم التأكد من صدق وثبات المقياس من طرف باحثين عرب وأجانب بعد أن استعملوه.

الوثبات: حيث أظهرت الدراسات الأجنبية أن معامل الثبات لمقياس تقدير الذات تتراوح ما بين

(0,70 – 0,88) إذ تم حساب معامل الثبات في البيئة العربية بتطبيق معادلة كوردر ريتشارديون على عينة بلغ عددها 526 فرد: (370 ذكر و 156 إناث)، فوجد معامل الثبات عند الذكور يساوي (0,74) وعند الإناث (0,77) ، وبالنسبة للعينة الكلية ، بلغ معامل الثبات (0,79)

كما حسب بطريقة التجزئة النصفية، فبلغ معامل الثبات بالنسبة للذكور (0,84) و (0,88) بالنسبة للإناث، أما بخصوص العينة الكلية فبلغ (0,94).

الصدق: حسب الصدق الذاتي للمقياس في البيئة الأجنبية فوجد 90 من عبارات المقياس لها معاملات ارتباط دالة، في حين 10 لم تكن معاملاتها دالة إحصائيا، ويتبين من هذا التحليل أن عبارات المقياس

تقيس جيدا تقدير الذات. (cooper smith, 1984, p.14)

وتم التأكد من صدق المقياس في البيئة العربية عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات المقياس على عينة عددها 152 طالب وطالبة فبلغ صدق المقياس 0,84 عند الذكور و0,94 عند الإناث وبالنسبة للعينة الكلية فبلغ 0,88. (فاروق عبد الفتاح موسى، 1981، ص14)

ثبات المقاييس:

للتأكد من ثبات المقاييس قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية : وتعني هذه الطريقة تجزئة الاختبار الواحد إلى نصفين متساويين، يشمل النصف الأول غالباً البنود الفردية والثاني البنود الزوجية، ثم يحسب معامل الارتباط بيرسون بين الجزأين، والذي يشير إلى الدرجة التي تتطابق فيها درجات نصفي الاختبار، ومن ثم يعدل الخطأ الناجم بقانون آخر

وبما أن حساب الثبات بالتجزئة النصفية هو عبارة عن ثبات نصف الاختبار وليس كله، لذلك ينبغي تصحيح معامل الارتباط الذي يمثل معامل الثبات في التجزئة النصفية بمعادلة (سبيرمان براون) (بلحسيني ورده، 2011، ص148)

ولقد اعتمدت الباحثة في حساب ثبات المقاييس طريقة التجزئة النصفية: (سبيرمان وبراون) حيث تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردية والزوجية) على 30 طفل ضحية الاعتداء الجنسي يدرسون في الابتدائية، وكان معامل الثبات بعد القيام بمعادلة التصحيح سبيرمان براون لكل من مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب وتقدير الذات يقدر ب0,95، 0,84، 0,83 على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة 0,01 مما يعني أن المقاييس تتمتع بثبات عال ويمكن أن نثق في نتائجها بالتالي إمكانية تطبيقها على مجموعة البحث، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال حساب صدق وثبات المقاييس بطريقة التجزئة النصفية.

جدول رقم (11) صدق وثبات المقاييس بطريقة التجزئة النصفية

طريقة التجزئة النصفية			
الصدق		اسم المقياس	عدد أفراد العينة
الثبات	طريقة الصدق الذاتي (الجذر التربيعي)		
معامل الارتباط بيرسون	معادلة التصحيح سبيرمان براون		
0.95**	0.95**	المقياس x (الضغط ما بعد الصدمة)	30
0.84**	0.82**	المقياس x1 (الاكتئاب)	
0.83**	0.87**	المقياس x2 (تقدير الذات)	

❖ صدق المقاييس :

الصدق هو أن يقيس الاختبار فعلا القدرة أو السمة أو الاتجاه أو الاستعداد الذي وضع الاختبار لقياسه بمعنى أن يقيس فعلا ما يقصد قياسه. (مروان أبو حويج، 2002، ص132)

في البحث الحالي تناولنا نوعين من الصدق وهما:

أولاً: حساب الصدق الظاهري أو السطحي (صدق المحكمين) ويشمل المظهر العام للاختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوح هذه المفردات، ويتناول كذلك تعليمات الاختبار ومدى دقتها وموضوعيتها، وكذلك مدى مطابقة اسم الاختبار على الموضوع الذي يقيسه.

(مقدم عبد الحفيظ، 1993، ص150).

تم عرض المقاييس النفسية بصورتها المبدئية مرفقة بالتعريف الإجرائية على لجنة تحكيم تضم مجموعة من أساتذة علم النفس في كل من جامعة مولود معمري تيزي وزو، الجزائر بوزريعة 2 لاستطلاع

أرائهم حول بنود المقاييس ومدى وضوحها وملاءمتها مع موضوع البحث، حيث تم إعطاء إشكالية البحث مرفقا بالفرضيات في صورة تسمح لهم بالإجابة عن التساؤلات التالية:

هل العبارة تقيس فعلا ما وضعت لقياسه؟

هل العبارة مناسبة لقياس البعد الذي وضعت من أجله؟

هل العبارة واضحة و مفهومة عند الطفل؟

من أجل هذا، تم اعتماد نسبة اتفاق 80% على صلاحية بنود المقاييس، بحيث يحتفظ بالعبارات ذات اتفاق 80% فأكثر من المحكمين واستبعاد أو حذف العبارات التي لم يتفق عليها 80% فأكثر من المحكمين، بالتالي أعطت الباحثة نسخة للمحكمين في جدول يسمح بتقييم مدى صدق كل عبارة مع ترك خانة لتقديم اقتراحاتهم وإدخال تعديلاتهم (أنظر ملحق رقم 08)

❖ نتائج عملية التحكيم:

على ضوء نتائج عملية التحكيم، فلقد رأى أنه من الضروري إعادة النظر في صياغة بعض البنود مع عدم حذف أي بند لأن البنود كانت ملائمة لأبعاد المقاييس، ولقد استجابت الباحثة لأراء المحكمين، وقامت بإعداد الصورة المعدلة النهائية للمقاييس، كما تم حساب النسبة المئوية للاتفاق على البنود بالاعتماد على معادلة كوبر كما يلي:

$$\text{معادلة كوبر} = \frac{\text{عدد مرات الاتفاق} \times 100}{\text{عدد مرات الاتفاق} + \text{عدد مرات عدم الاتفاق}}$$

بالتالي تم إعادة صياغة بعض البنود وتعديلها (أنظر ملحق رقم 11-12-13)

ثانيا: حساب الصدق الذاتي للمقاييس:

كان هذا بعد حساب ثبات الاختبارات الثلاثة المطبقة في البحث الحالي، ويعرف الصدق الذاتي بأنه صدق الدرجات التجريبية بالنسبة للدرجات الحقيقية التي خلصت من شوائب أخطاء الصدفة، وبذلك تصبح الدرجات الحقيقية للاختبار هي الميزان أو المحك الذي تنسب إليه صدق الاختبار أو لما كان ثبات الاختبار يؤسس على ارتباط الدرجات الحقيقية للاختبار بنفسها إذا أعيد الاختبار على نفس

المجموعة التي أجري عليها أول مرة ، لهذا كانت الصلة وثيقة بين الثبات والصدق الذاتي، ويحسب الصدق الذاتي بالقانون التالي:

$$\text{الصدق الذاتي يساوي ثبات المقياس} \downarrow$$

(مروان أبو حويج وآخرون ، 2002ص138)

تم حساب معامل الصدق الذاتي لكل من مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب وتقدير الذات باستخدام الجذر التربيعي حيث يقدر ب0.97، 0.91، 0.91 على التوالي مما يعني أن المقاييس صادقة.(انظر جدول رقم 11)

7-5- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

7-5-1- الخلفية النظرية للبرنامج:

يعتمد البرنامج العلاجي المطبق في البحث الحالي على النظرية المعرفية النموذج المعرفي لبيك الذي يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيرها في السلوك والنظريات السلوكية نموذج باندورا التي تهتم بالتفاعل الاجتماعي.

تسير النظريات المعرفية في اتجاه رئيسي يحاول إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللامنطقية التي يتبناها المريض من خبراته المبكرة، ولذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتسیر له التغيير في سلوكه، حيث يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية فحسب، بل يمتد ليشمل أربعة جوانب هي: السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والانفعال (التغيرات الفسيولوجية)، والتفكير (طرق التفكير والتقييم)، والتفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين).

(برزون حسية 2012، ص 333)

يعد البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في هذا البحث من بين الأدوات الرئيسية، وهو برنامج مصمم لتعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، ومن خلاله تم تحديد فنياته، حيث يتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بهدف التخفيف من الضغط والتوتر والقلق

والاكتئاب الذي يرجع إلى الحدث الصدمي الذي تعرض إليه الأطفال، كما يهدف إلى إخراج الطفل من عزله من خلال تدعيم المشاركة الفعالة للطفل في مختلف المواقف الاجتماعية والتي كانت وراء انفعالاته وأفكاره وسلوكاته المرضية.

لهدف التأكد من ملائمة البرنامج العلاجي على مجموعة البحث، تم عرض نسخة منه متبوعة بالمقاييس النفسية على الأساتذة المحكمين (أنظر ملحق رقم 08) في صورته الأولية، ولقد أجريت بعض التعديلات تبعا لملاحظاتهم فيما يخص إضافة توضيحات وشروحات أهداف كل جلسة، التقنيات وكيفية استخدامها كذلك ضرورة تنسيق الواجبات المنزلية مع أهداف كل جلسة بالإضافة إلى زيادة وقت الجلسات.

7-5-2- مصادر بناء البرنامج العلاجي:

لتحقيق هدف البحث الحالي المتمثل في إعداد برنامج علاجي سلوكي معرفي يهدف إلى تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، تم بناء برنامج قائم على النظرية المعرفية والسلوكية، وقد بني البرنامج على ما سبق تقديمه في الفصل الثاني والثالث والرابع من أسس نظرية و تقنيات العلاج السلوكي المعرفي.

استعانت الباحثة في إعداد البرنامج بالمصادر التالية:

- أ - الإطار النظري للبحث، والذي سبق تقديمه في البحث والمتمثل في النظريات السلوكية المعرفية.
- ب - الدراسات السابقة كونت الإطار العام للإشكالية.
- ت - الدراسة الاستطلاعية الميدانية التي قامت بها الباحثة.
- ث - المقاييس النفسية (مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات)، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في البحث.
- ج - مراجعة بعض المصادر الأجنبية والجزائرية التي تناولت موضوع فعالية العلاج السلوكي المعرفي عند الأطفال منها:
- منصوري سمية (1992) : الكفالة النفسية للأطفال المتبولين لإراديا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي (دراسة أجريت في المجتمع الجزائري)

- دراسة أسماء عبد الله عطية (2008): اضطراب القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (دراسة أجريت في قطر)
- دراسة هاشيم طاوس (2011): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من الضغط ما بعد الصدمة عند نساء ضحاي العنف الزوجي (دراسة أجريت في المجتمع الجزائري)
- دراسة برزوان حسيبة (2012): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغط المهني وتنمية أساليب المواجهة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي لدى الشرطي الجزائري (دراسة أجريت على المجتمع الجزائري)
- ح - الاطلاع على بعض البرامج العلاجية والإرشادية التي تناولت خفض بعض اضطرابات القلق والخوف لدى الأطفال منها:

دراسة حامد احمد الغامدي (2010): مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف (دراسة أجريت بالطائف)

بلحسيني وردة (2010-2011): اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، دراسة تجريبية بجامعة قاصدي مرباح (دراسة أجريت على المجتمع الجزائري).

7-5-3- خطوات بناء البرنامج : رعت الباحثة عند بناء البرنامج ما يلي:

أولاً: الأسس التي يقوم عليها بناء البرنامج العلاجي

الأسس العامة: تتمثل في قابلية السلوك للتعديل و رغبة الطفل في العلاج

الأسس الفلسفية: استمد هذا البرنامج أصوله من النظرية السلوكية المعرفية، بالإضافة إلى مراعاة أخلاقيات الممارسة العيادية وسرية البيانات.

الأسس النفسية: راعت الباحثة الخصائص العامة للنمو في مرحلة الطفولة المتأخرة والخصائص المميزة لها والفروق الفردية بين الأطفال

الأسس التربوية: مراعاة أن يكون الهدف واضحاً لا يخرج عن الهدف الذي تطمح إليه المدرسة تحقيقه وهو تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل

الأسس الفسيولوجية والعصبية: تم مراعاة الأسس التي تساعد الجسم على الوصول إلى حالة الاسترخاء من خلال استخدام تقنية التحصين التدريجي، وما تتضمنه التقنية من تدريب الاسترخاء

الأسس الإدارية: تم مراعاة المناخ الإداري المناسب من المكان والأدوات والوسائل اللازمة للتطبيق.

ثانياً: تحديد أهداف البرنامج:

تحدد أهداف البرنامج من خلال تحديد أهداف عامة وأهداف إجرائية وهي على النحو التالي:

أ - الأهداف العامة وتتحدد في هدفين:

🌈 هدف علاجي: حيث يهدف إلى:

✓ خفض الأعراض السلوكية و الانفعالية الناتجة عن الخبرة الصدمية التي تعرض لها الأطفال من خلال تدريبهم على استخدام بعض من الأساليب السلوكية والمعرفية المطبقة في البرنامج.

✓ مساعدة و تشجيع الأطفال على التحدث و التعبير عن مشاعرهم المختلفة تجاه الاعتداء الذي تعرضوا له دون حرج أو ارتباك أو قلق.

✓ خفض الشعور بالعزلة الاجتماعية و التغلب على مشاعر العجز و عدم الاستحقاق و الشعور بالذنب لدى الأطفال الضحايا من خلال تنمية التفاعل الاجتماعي وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين.

✓ زيادة الثقة بالنفس و الثقة بالآخرين و تحسين تقدير الذات لدى الطفل الضحية.

✓ تغيير أنماط التفكير غير السوية و الخاطئة لدى الضحايا.

✓ تحقيق الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي.

هدف وقائي:

يهدف إلى إكساب الأطفال بعض التقنيات والفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعد على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لديهم في المستقبل، وكذا تزويد عائلة الطفل بالمعلومات و المعارف التي تساعد على تنشئة الطفل تنشئة سليمة و على تجنب الأساليب الخطيرة في المعاملة مع أطفالهم.

ب - أهداف إجرائية:

تتحقق من خلال القيام بأنشطة داخل الجلسات العلاجية وخارجها كالواجبات المنزلية التي يقوم بها الأطفال وكذلك استخدام الاسترخاء...

✓ التقليل من السلوكيات الغير مرغوبة عند الطفل كالعدوانية، السرقة، التبول اللاإرادي، النشاط الزائد والخلل.

✓ اكتساب الطفل عادات وسلوكيات وأنماط تفكير ايجابية.

✓ توعية الطفل بأهمية إعطاء نظرة ايجابية للذات والتخلي عن النقد السلبي الذي يحبط الذات ويدمرها.

✓ بناء وتنمية الثقة بالنفس

✓ تنمية القدرة على الاندماج الذاتي في المواقف الاجتماعية

✓ الصدق في التعبير عن المشاعر والانفعالات

✓ تعليم الطفل مهارات حل المشكل وكيفية التعامل مع التهديدات والضغوط المحيطة به سواء في المنزل أو في المدرسة.

✓ تعزيز السلوكيات الايجابية للطفل وتعليمه كيفية التحكم بالنفس وضبط انفعالاته.

✓ تعديل انماط التفكير السلبية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التوافق النفسي الاجتماعي للطفل.

✓ خفض درجة الضغط والاكتئاب عند الطفل المعرض للاعتداء الجنسي.

ثالثاً: مراحل البرنامج العلاجي:

المرحلة الأولى: مرحلة الخط القاعدي (المرحلة التمهيدية) وتشمل الجلسات التشخيصية الثلاث الأولى (القياس القبلي أو الخطوط القاعدية للمشكلة)

المرحلة الثانية: مرحلة العلاج السلوكي المعرفي، وتشمل الجلسات من 4-16 جلسة علاجية قائمة على العلاج السلوكي المعرفي.

المرحلة الثالثة: مرحلة التقويم: وهي مرحلة ما بعد العلاج (المرحلة الختامية) وتشمل الجلسات من 17-18 بهدف تقييم مدى فعالية العلاج (القياس البعدي)

المرحلة الرابعة: مرحلة المتابعة، وهي مرحلة تمثل ما بعد جلسات تقويم العلاج، تشمل الجلسات من 19-21 (المتابعة الأولى والثانية) بهدف التأكد من استمرارية فعالية العلاج (القياس التتبعي).

رابعاً: تحديد عدد ومحتوى ومدة جلسات البرنامج:

يحتوي البرنامج المطبق في البحث على 21 جلسة قائمة على فنيات العلاج السلوكي المعرفي، مدة كل جلسة 60 دقيقة بواقع جلسة واحدة كل أسبوع، طبق البرنامج بطريقة فردية وأحياناً ثنائية مع أحد أفراد العائلة الأم خاصة في المقابلات التمهيدية، وهذا لتعزيز الثقة بين العائلة والمختصة وأخذ المعلومات الكافية عن حياة الطفل قبل وبعد الاعتداء وكذلك مقابلات المتابعة لمعرفة نتائج الحصص على صحة المفحوص والتأكد من استمرار فعالية العلاج مع الطفل لكون أن الأم هي القائمة على ملاحظة سلوكيات ابنها خارج مكتب الاستشارة النفسية.

حسب الباحث طه عبد العظيم حسن (2008) فإن مدة العلاج الذي يقدم للأطفال الذين تعرضوا للاعتداء لا يوجد اتفاق في ذلك فهناك دراسات تشير إلى أن بعض الأطفال يمكن التخفيف من الآثار السلبية النفسية الناجمة عن الإساءة لديهم في مدة قصيرة تقريبا حيث تستغرق مدة الجلسات العلاجية من 08 إلى 12 جلسة و لكن العديد من هؤلاء الأطفال المساء معاملتهم قد يحتاجون إلى فترة علاج أطول و قد تستغرق من 20 إلى 30 جلسة و تتوقف طول مدة العلاج على طبيعة الصعوبات الانفعالية و الاجتماعية و السلوكية التي يعانيها الأطفال بمعنى أن الطفل الذي يعاني مجموعة واسعة من المشكلات الناجمة عن الإساءة من المحتمل أن يستغرق العلاج مدة أطول من الوقت، وعلاوة على ذلك

فإن نوع الدعم المساند الذي يتلقاه الطفل من الآباء إذا كانوا غير معتدين أو من أعضاء الأسرة الآخرين سوف تؤثر في طول مدة العلاج، أما إذا كان الآباء هم المسيئين للطفل فإن مشكلات الطفل تكون ذات آثار عميقة ومن ثم فإن علاج الطفل من المحتمل أن يكون أكثر امتداداً و طولاً مقارنة بالطفل الذي يتلقى المساندة و الدعم من آباء غير مسيئين. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص 247).

تم اختيار محتوى الجلسات العلاجية بناء على الأهداف التي تم تحديدها في البرنامج، بالإضافة إلى التقنيات العلاجية والوسائل المستخدمة والجدول التالي يوضح محتوى البرنامج وعدد الحصص التشخيصية والعلاجية وزمن كل جلسة والتقنيات المستخدمة في كل جلسة.

جدول رقم (12) البرنامج العلاجي المطبق (إعداد الباحثة)

نوع المقابلة وعددها	رقم الجلسة	موضوعها	الأهداف العلاجية	الوسائل	الفنيات	زمن الجلسة
المقابلات التشخيصية عددها 3 مقابلات	1	التعارف وبناء العلاقة العلاجية مع الطفل وعائلته	- بناء العلاقة العلاجية من خلال كسب ثقة الطفل وعائلته. - تعريف الطفل بسبب تواجده بالشبكة وبدورها تجاه الأطفال والتعرف على المشكلة - التأكيد على أخلاقيات المهنة وسرية المعلومات	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص و ألعاب تلفاز وجهاز كمبيوتر	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز	لم يتم تحديدها مسبقاً ما بين ساعة إلى ساعتين
	2	تطبيق التحليل الوظيفي نموذج سیکا SECCA مع الطفل تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب	- الكشف عن الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل أفكار، انفعالات والسلوكيات المرضية - الوقوف على الخط القاعدي الأول للمشكلة	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص وألعاب جهاز كمبيوتر	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز	60 دقيقة
	3	الطفولة و أهمية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من مستوى القلق عند الطفل تطبيق مقياس تقدير الذات القيام بالعقد العلاجي مع الطفل	- تعريف المختصة للطفل بالأعراض المرضية وعرض محتوى البرنامج العلاجي - إبرام العقد العلاجي: الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية والمهام المطلوبة لكلا الطرفين (حضور الوالدين ضروري للاتفاق حول العقد العلاجي)	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص وألعاب جهاز كمبيوتر	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز	60 دقيقة
المقابلات العلاجية عددها 13 مقابلة	4	تدريب الطفل على التنفس البطني كبداية لتطبيق الاسترخاء معه.	خفض استجابات الخوف والقلق لدى الطفل والإحساس بالراحة النفسية وذلك باستخدام التشجيع للوصول إلي الاستجابة المطلوبة	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص وألعاب جهاز كمبيوتر	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز الواجب المنزلي	60 دقيقة
	5	التعرف على الحدث الصدمي وأهمية كسر	مساعدة وتشجيع الطفل على التحدث عن الاعتداء الذي تعرض له دون خوف	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة	الملاحظة المناقشة	60 دقيقة

	الحوار التعزيز الواجب المنزلي	قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	وارتباك. اللعب يساعد على التخفيف من العدوانية ومشاعر الذنب، كما يساعد على التنفيس عن المكبوتات. خفض الأعراض السلوكية والانفعالية الناجمة عن الاعتداء.	الصمت وتفرغ الانفعالات. التعرف على معنى الضغط ما بعد الصدمة، أسبابه وأعراضه وسلبياته.	
6	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز الواجب المنزلي	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	الوقوف على فوائد التخلص من التفكير السلبى تعبير الطفل عن انفعالاته من خلال الأحداث التي تصادفه تعديل الأفكار السلبية تجاه الذات العالم والمستقبل إلى أفكار ايجابية.	التعرف على الأفكار السلبية ومواجهتها	
7	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز الواجب المنزلي	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	الوقوف على مفهوم الطفل لذاته وكيفية إدراكه للمواضيع المحيطة به. تعزيز إمكانية عدم تعرض الطفل للاعتداء مرة أخرى.	التدريب على كيفية حماية الذات وعلى مهارات حل المشكلة	
9-8	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز الواجب المنزلي	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	التعرف على العوامل المؤثرة في تحسين تقدير الذات وعلاقة هذا المتغير بالاضطراب النفسى تعليم الطفل إستراتيجية حماية الذات و تعزيز الثقة في النفس.	التدريب على الرفع من تقدير الذات إعادة تطبيق المقياس	
12-10	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز لعب الدور	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	تعلم مهارات اجتماعية جديدة الدخول في مواقف اجتماعية بثقة كبيرة من خلال تكرار لعب الدور إحداث تغيرات معرفية وسلوكية من خلال تعزيز الحوار الداخلى مع الذات بالتالي القضاء على الأفكار اللاعقلانية. خفض الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب. زيادة الثقة بالنفس وبالأخرين وتحسين تقدير الذات.	التدريب على المهارات الاجتماعية التدريب على لعب الدور	
13	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز النمذجة الواجب المنزلي	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	تغير أنماط التفكير السيئة غير السوية حول الآباء المتعدين لأطفالهم والتي تؤدي بالطفل لهزيمة الذات. التعامل مع مشيرات الخوف والقلق من خلال تقديم بعض النماذج المماثلة لمشاكل الأطفال وضرورة تعديل أفكارهم وسلوكياتهم من خلال نماذج يدركها الطفل ويقتدي بها. التعرف على الأفكار العقلانية للنموذج الحي والاعتداء بها	التدريب على النمذجة	

60 دقيقة	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز الواجب المنزلي	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	✚ التقليل من درجة الخوف والقلق من خلال تعلم استجابة الاسترخاء بدل الخوف ✚ التعبير الطفل عن مشاعره من خلال المرور إلى الفعل ✚ الوقوف على أهمية وفوائد التخلص من الأفكار السلبية ✚ التدريب على التحكم الذاتي	التدريب على التحصين التدريجي	15 - 14	
60 دقيقة	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	✚ مراجعة ما تم انجازه في الجلسات السابقة وما اشتملت عليه من تقنيات ✚ التركيز على أهم النقاط الأساسية في الجلسات السابقة ✚ إعطاء التغذية الرجعية عن مدى استفادة المفحوص من البرنامج	مراجعة وتلخيص ما دار في الجلسات السابقة	16	
60 دقيقة	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	✚ تهيئة الطفل لإنهاء البرنامج العلاجي ✚ تقديم تشكرات لمجموعة البحث ✚ تقييم فعالية البرنامج من خلال إعادة تطبيق نموذج سیکا والمقاييس النفسية	نهاية العلاج إعادة تطبيق نموذج سیکا والمقاييس النفسية التأكد من فعالية البرنامج	18-17	مقابلات التقييمية عددها 2
60 دقيقة	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	✚ مرحلة المتابعة الأولى بعد شهرين من نهاية العلاج	التأكد من استمرارية فعالية البرنامج	20- 19	مقابلات المتابعة الأولى عددها 2
60 دقيقة	الملاحظة المناقشة الحوار التعزيز	أوراق للرسم أقلام للتلوين ممسحة وسبورة قصص والالعاب جهاز كمبيوتر	✚ مرحلة المتابعة الثانية بعد أربعة أشهر من نهاية المتابعة الأولى.	التأكد من استمرارية فعالية البرنامج	21	مقابلات المتابعة الثانية عددها 1

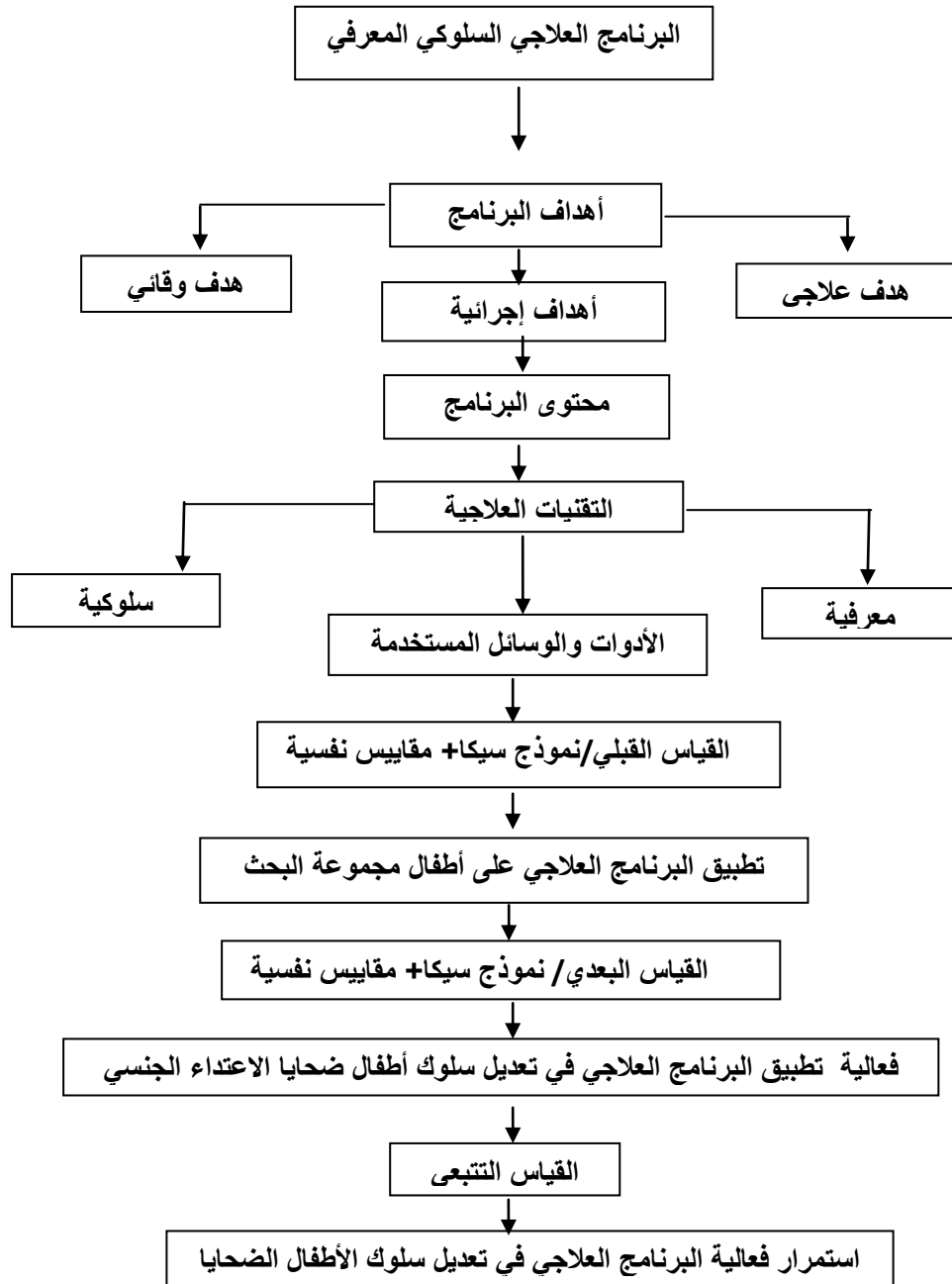
وقد رعت الباحثة مجموعة من المعايير في اختيار محتوى الجلسات وهي:

- استخدام الألفاظ والعبارات الواضحة والمفهومة لدى الأطفال في هذه المرحلة.
- تقديم المفاهيم والفنيات التي يتضمنها البرنامج في ترتيب منطقي من البسيط إلى الأكثر تعقيد.
- مراعاة خصائص الأطفال في هذه المرحلة بما يتناسب مع الخصائص النمائية لهم، وتنوع فنيات وإجراءات بما يساعد على جذب الأطفال وزيادة دافعيتهم في سبيل تحقيق أهداف البرنامج.
- استخدام الألعاب والأنشطة الترفيهية لتعزيز التواصل والتفاعل مع المختصة.
- تقديم الواجبات المنزلية على أساس ما تم تطبيقه وتعلمه في كل جلسة.

7-5-4- آليات تنفيذ جلسات البرنامج:

ثمة عوامل تساعد في نجاح الجلسات العلاجية التي تقوم على المناقشة والحوار التي أخذنا بها كأُن:

- ✓ عملنا على إشاعة جو من المحبة والألفة بين الفاحص والمفحوص حيث يكون المختص النفسي بمثابة صديق للطفل بغية كسب ثقته.
- ✓ كان مكتب المختص النفسي هادئ ونظيف يتوفر على الألعاب والقصص والرسومات والسيبورة.
- ✓ لم نحدد مكان جلوس الطفل خاصة أول مرة بمعنى ترك الحرية في التصرف تبعاً لميوله مع ملاحظة سلوكياته.
- ✓ كانت الجلسات الثلاث الأولى تشخيصية والتعرف على الطفل وعائلته بالإضافة إلى توضيح الأهداف والمهام.
- ✓ بدأنا كل جلسة بموضوع يحدده المختص النفسي وتنتهي الجلسة بإعطاء واجبات منزلية لنتناقش في بداية الحصة اللاحقة.
- ✓ عملنا على عدم مقاطعة الطفل مهما كان نوع القصة أو الحدث الذي يرغب الحديث عنه.
- ✓ أعطينا الحرية للطفل التعبير عن انفعالاته وأفكاره وسلوكياته بالإضافة إلى إعطائه الحرية دون قيود أثناء لعب الدور.
- ✓ سمحنا للطفل بإعطاء رأيه حول سيرورة العلاج وإعطاء التغذية الراجعة في أغلب الحصص العلاجية.



شكل رقم (17) المخطط العام للبرنامج العلاجي

خلاصة:

خلاصة القول أن هذا الفصل تضمن منهج البحث المتمثل في المنهج التجريبي ذو المفحوص الواحد المناسب لدراسة الحالات وتتبعها، استخدمنا في ذلك القياس القبلي والبعدي للكشف عن التغير الذي سيحدث خلال مرحلة العلاج، كما تناولنا في الفصل مجموعة البحث المتكونة من 10 أطفال تعرضوا لاعتداءات جنسية أغلبها متكررة ، ويعانون من اضطرابات نفسية يتراوح أعمارهن ما بين 10-12 سنة يمثلون مرحلة الطفولة المتأخرة، تم اختيارهم وفق شروط معينة تتوافق مع مطالب البحث الحالي، كما تم تقديم البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وتقنياته المتبعة في كل من مرحلة: التشخيص، العلاج، التقويم والمتابعة إلى جانب الوسائل المستخدمة في ذلك والمتمثلة في كل من الملاحظة السلوكية المباشرة، المقابلة العيادية نصف الموجهة والمراقبة الذاتية، كذلك المقاييس التي طبقت على مجموعة البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب و مقياس تقدير الذات للأطفال.

فيما يلي سنتطرق إلى تقديم الحالات وعرض النتائج، تحليلها ومناقشة الفرضيات بناء على النتائج المتوصل إليها وعلى ضوء الدراسات السابقة.

الفصل السادس

عرض الحالات وتحليل النتائج و مناقشتها

تمهيد

أولاً: الحالة النموذجية

الحالة الأولى " مريم "

1- عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي)

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي)

3- المقابلات العلاجية

4 - مقابلات التقييم والمتابعة

5- مدى تحقق فرضيات البحث

ثانياً: الحالات المختصرة

الحالة الثانية " وليد "

الحالة الثالثة " عمران "

الحالة الرابعة " خديجة "

الحالة الخامسة " مجيد "

الحالة السادسة " زكريا "

الحالة السابعة " إياد "

الحالة الثامنة " سارة "

الحالة التاسعة " كريم "

الحالة العاشرة " مراد "

ثالثاً: الاستنتاج العام ومناقشة نتائج البحث

رابعاً: اقتراحات للوقاية من الاعتداء الجنسي على الأطفال

خلاصة البحث

الحالة السادسة: « زكريا »

1 - عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

زكريا طفل يبلغ من العمر 10 سنوات، تعرض للاعتداء الجنسي مرة واحدة من قبل عمه البالغ من العمر 24 سنة، قبل عامين اصطحبه للمنزل مستغلا بذلك براءة الطفل المسكين ، يدرس في الابتدائية، يحتل المرتبة الأخيرة بين إخوته الأربعة، جاء إلى الشبكة الجزائرية ندى بدافع فقدانه التركيز في المدرسة مما انجر عنه الفشل الدراسي وسرعان ما توضح الأمر أنه كان ضحية اعتداء قبل عامين فكان بداية للمتابعة النفسية.

تعاني الحالة من اضطرابات نفسجسدية منها: الربو والضغط ، إذ كان يفكر في الانتحار و ترك المدرسة، بالنسبة لعائلته أفرادها يعانون من الربو كذلك نظرا للمنزل الذي يعيشون فيه سقفه مصنوع من الطين لا يحتوى على التهوية.

صرحت لنا المفحوص أن حياته كانت مليئة بالمشاكل بسبب الظروف العائلية الصعبة التي كان يعيشها، فوالده يعمل بناء، وأمه معلمة في الابتدائية لكنها تخلت عن مهنتها مجرد زواجها، تربي وسط أسرة ينعدم فيها التواصل، بالرغم من ذلك فقد عاش طفولة عادية هو وإخوته.

بداية الاعتداء كان صدمة قوية بالنسبة للحالة، لقد بدأ فجأة في البيت المنزلي حيث استدرجه عمه بهدوء إلى غرفة بعد أن قدم له هدايا عبارة عن حلويات، فنزع له سرواله ثم اغتصبه، بعد النهاية وضع له زيت الزيتون لأنه تعرض لجرح ولكي لا ينكشف أمره ولكي لا يتعرض لأي ألم، لم يكن مصحوبا لا بالتهديد ولا بالقوة لأن الطفل أطاع عمه دون تردد، وهذا ما أثر في نفسية الطفل هو يحس وكأنه طرف فعال ساهم في عملية الإخلاء به، لذا فهو يؤنب ضميره دائما، ويكي بدون سبب لأنه لم يرفض سلوك عمه تجاهه، ولقد صرح لنا أن العملية كانت بعد الظهر زوالا، كما أنه لم يفهم حقيقة ما حدث له في ذلك اليوم لذا اعتبره شيء عادي.

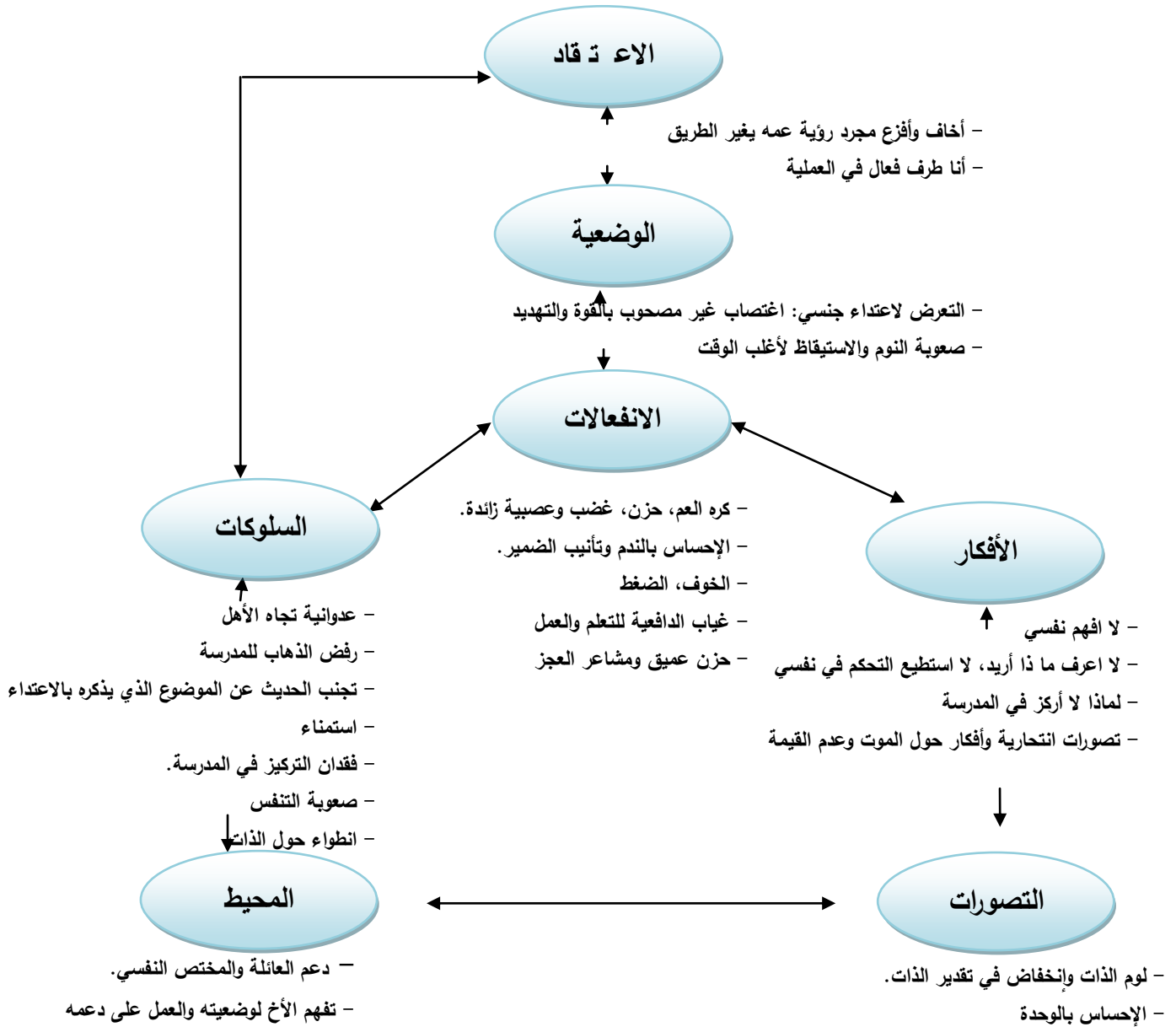
من بين الأضرار التي لحقت بالحالة نجد اكتئاب نفسي ، ضغط وقلق، خفقان القلب، كوابيس توحى إلى ما حدث له ، التعاسة، الحرمان ، الغضب، عدوانية تجاه الوالدين والإخوة ، تعرق ليلي، فقدان الشهية، اكتشاف الجنس قبل الأوان، أما في مدرسته فهو طفل خجول جدا ويكبت مشاعره، ولا يختلط بزملائه في الصف، يقول زكريا أنه لن يسامح عمه الذي كان يحبه ، حتى بعد الكبر وهو يرغب في قتله ويكن له كل الحقد والكراهة، وقد أخبرنا أنه يغير الطريق كلما رآه.

تتمثل ردة فعل الحالة تجاه المعتدى السكوت و تقبل ذلك الاعتداء، لكن بعد ذلك ذات يوم صرح لأمه بما فعله به عمه، لا حظت الأم أن سلوك ابنها تغير فأخبرت زوجها الذي لم يصدق كلامها لأن الحادثة مر عليها أكثر من سنة، كما أنها لم تقدم أي شكوى ولم تعرض ابنها للطبيب الشرعي، ليس بحوزتها أي دليل يثبت أن هناك عملية اعتداء خصوصا وأن الاعتداء على الطفل كان مرة واحدة فقط، أما عن هوية المعتدي فقد أكدت لنا أمه أنه مدمن على الكحول، عازب وليس بحوزته أي مهنة، من بين الأعراض المرضية التي ظهرت عند هذه الحالة نجد: الشعور بالذنب، جمود المشاعر، ثقل كبير للطفل، فقدان التركيز في المدرسة، عدوانية، فقدان الثقة في النفس وضعف الإرادة.

صرح لنا الطفل أن ما حدث معه يقلقه كثيرا ولا يريد لأحد أن يذكره بالقصة، فبعد الحادثة تغيرت حياته كثيرا، هو طفل لا يستطيع التعبير عن كل أفكاره، يتخذ الرسم صديق له ويتحاكى برسوماته، تغيرت عاداته في النوم إذ أصبح لا ينام كثيرا، لكونه يخاف من الليل، حاليا هو يلوم والديه لأنهما لم يعتنيا به، فحسب نظره فهما السبب وراء ما حدث له، كان يرفض الذهاب إلى المدرسة لأنه يحس بالخمول والتعب وفقدان التركيز، فما حصل معه أثر كثيرا على تحصيله الدراسي، كما أنه أصبح يحب الوحدة بعيدا عن الأصدقاء فهو لا يحس بالآمان مع أحد، كما أخبرنا أنه لا يفهم نفسه ولا يعرف ماذا يريد، أخيرا أخبرنا أنه يريد أن يشفى و يفهم حالته لماذا لا يركز في المدرسة.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة 301

بداية المقابلة مع زكريا كان بترحيبه و السعي إلى كسب ثقته و كسب معلومات حول ما جاء في دليل المقابلة نصف الموجهة بالتالي الوقوف حول تشخيص أولي للأعراض المرضية التي تظهر لديه، بعد أن تم تطبيق المقاييس الثلاثة (الضغط، الاكتئاب، تقدير الذات) التي تكشف عن شدة الاضطراب كانت نتائج المقاييس كالتالي: (56)، (27)، (24) على التوالي، و في هذه المقابلات تم الرجوع إلى شبكة سيكا للوقوف على تشخيص أولي لسلوكيات و انفعالات و أفكار زكريا كما تم الاعتماد على التحليل الوظيفي لكونفر و ساسلو Confer et Saslow كما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (38) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة السادسة

و في هذه المقابلات تم الوقوف حول الاتفاقيات و المهام و الأهداف التي نرمي إلى تحقيقها و هو التخفيف من أعراض اضطراب زكريا ، كما تم اللجوء إلى الملاحظات المباشرة التي تظهر على زكريا التي كان فيها جد تعب و محтар و قلق طيلة المقابلات خاصة الأولى، كان يتحدث بصوت خافت تتخلله نوبات بكاء و علامات الحزن و اليأس تظهر على وجهه الشاحب و نفسيته القلقة.

3- المقابلات العلاجية:

بعدما انتهينا من المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى التي كشفت عن الخطوط القاعدية الأولى للاضطراب، توطدت العلاقة بيننا و انطلقنا في تطبيق المقابلات العلاجية التي اعتمدت على تقنيات سلوكية و معرفية.

بداية كان بتدريب زكريا على تقنية التنفس العميق و على التسجيلات الذاتية عن طريق المراقبة الذاتية التي كان يحضرها بداية كل جلسة، فمن خلال العبارات التي كان يسجلها المفحوص المتمثلة في: "تتقلق كي نسمع لبرويلام"، "يخي أنايا كبير"، "عندي ليكوشمار"، "الدنيا ماشي مليحة"، "إيه ندمت"، "منحسش بزاف بروحي".

نلاحظ أن أفكار المفحوص تتميز بتأنيب الضمير، لهذا السبب فهو شعور بالحزن و الندم و باحتقار الذات، مما أثر في سلوكاته الخارجية كتوتر علاقاته بالوالدين والإخوة والآخرين. أظهر المفحوص أعراض الضغط ما بعد الصدمة المتمثلة في : أعراض التجنب و التأثير على الذاكرة والتفكير، الأحلام المزعجة، و كذلك أعراض نفس جسدية كالتعرق الليلي، فخلال المقابلات كان يتأسف كثيرا لأنه وثق بعمه ، حيث أظهر انتقاد كبير لنفسه، الشيء الذي انعكس على تقدير ذاته، و لقد كانت الحصة العلاجية التاسعة للمفحوص خصيصا لإعادة الاعتبار لذاته و لهويته التي كان يعتقد أنه لا يحس بها.

لقد حقق البرنامج العلاجي المطبق بعد تقديم 13 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية تحسنا واضحا في درجة الضغط ما بعد الصدمة عند زكريا قدر ب (49) درجة على مقياس الضغط ما بعد الصدمة أي بفارق (07) درجة عن الخط القاعدي قبل العلاج و هذا التحسن كان متبوع بتحسن على مستوى مزاج المفحوص و في نسبة تقدير ذاته حيث سجل مقياس بيرلسون للاكتئاب و مقياس تقدير الذات (23) (37) مما يعني أن المفحوص تفاعل مع البرنامج. يجدر الإشارة هنا إلى أن زكريا نجح في دراسته وتحصل على نتائج أرضت أولياءه.

4- إستراتيجية التقييم والمتابعة:

4-1- إستراتيجية التقييم:

في هذه الحصة تم مواصلة البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقييم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصص التشخيصية الثلاثة، و توصلنا إلى النتائج التالية:

- سجل زكريا على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (35) درجة

- سجل زكريا على مقياس الاكتئاب (18) درجة

- سجل زكريا على مقياس تقدير الذات (49) درجة

بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن زكريا تحسنت حالته سواء في درجة الضغط الذي كان يعاني منه، و على مستوى مزاجه كما أن نسبة تقدير الذات عنده ارتفعت.

فيما يخص نتائج شبكة سيكا SECCA فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن واضح في سلوك و أفكار و انفعالات زكريا التي انعكست على مظهره الخارجي.

4-2- إستراتيجية المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند زكريا، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس الوسائل والتقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا غياب علامات العدوانية ، كما أصبح يهتم بمظهره و بشعره كما أن خوفه زال و التعرق الذي كان يظهر لديه.

و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في الدراسة خلال المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة سجل (32)، (31) درجة

- مقياس الاكتئاب لبييرلسون سجل (18)، (17) درجات

- مقياس تقدير الذات سجل (56)، (58) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت و أصبحت خالية من الأعراض المرضية الاكتئابية ودرجة الضغط أصبحت متوسطة، كما أن تقدير ذاته تحسن.

5- مدى تحقق فرضيات البحث: يمكن تلخيص التقييم العام للحالة زكريا فيما يلي:

جدول رقم (23) نتائج الاختبارات النفسية للحالة السادسة (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

الفترات والبرنامج العلاجي	المقاييس النفسية	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : - التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية -تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلاني لبيك. -العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. -تعديل الحوار الداخلي ميكنبوم -التدريب على رفع تقدير الذات. - التدريب على حل المشكلة -في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	نهاية العلاج: بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: -التدريب على المهارات الاجتماعية. - تقنية سرد القصص ولعب الدور - التدريب على النمذجة - التحصين التدريجي	المتابعة الأولى: بعد شهرين من انتهاء العلاج	المتابعة الثانية: بعد 4 أشهر من انتهاء المتابعة الأولى
		56	49	35	31
مقياس الضغط ما بعد الصدمة					
مقياس بيرلسون للاكتئاب	27	23	18	18	17
مقياس تقدير الذات كوير سميث	24	37	49	56	58

يبين الجدول رقم (24) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه زكريا ، و التي قدرت ب (56) درجة، و هو ضغط مرتفع جدا، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	25	44,64
أعراض التجنب	17	30,35
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	14	25
المجموع	56	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهورا عند الحالة السادسة زكريا بنسبة 44,64% تليها أعراض التجنب بنسبة 30,35% ثم تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة 25 %

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " زكريا " فقد سجل (27) درجة على المقياس ، و هو اضطراب متوسط تتميز أعراضه بالنظرة السلبية للذات و للعالم و المستقبل بالإضافة إلى تشوه أفكاره التي تتميز بالاستنتاج الخاطئ حول وضعيته التي حمل فيها المسؤولية للأبوين بعدم حمايته.

أما بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيست بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (24) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات المنخفض عند زكريا ، كونه لا يعطى أهمية لذاته و يعاني من نقص الثقة بالنفس، و من احتقار نفسه الذي يرجع إلى ما تعرض إليه من قبل العم الذي كان يعتقد أنه يحبه.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيرا واضحا في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي " زكريا "، حيث أصبح يقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار ايجابية أعطته ثقة كبيرة في النفس و مفهوم ايجابي للذات.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (49)، (23)، (37) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد حسنة حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " زكريا " ليصل إلى (35) درجة بعدما كان (56) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (18) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (32)، (18) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (31)، (17) درجات و هو ضغط منخفض ، كما أن أعراض الاكتئاب تم التخفيف منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " زكريا " لذاته، و تقيمه للأحداث المحيطة به، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (49) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات متوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، حيث قدرت ب (56) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (58) درجة و هي مؤشر عال لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة).

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار ،انفعالات وسلوكيات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى زكريا يمكن القول: أفكار و اعتقادات " زكريا " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم التخفيف من معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الصور الرجعية و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، الغضب والحقد...كذلك تم القضاء على اضطرابات الأكل و النوم لدى زكريا.

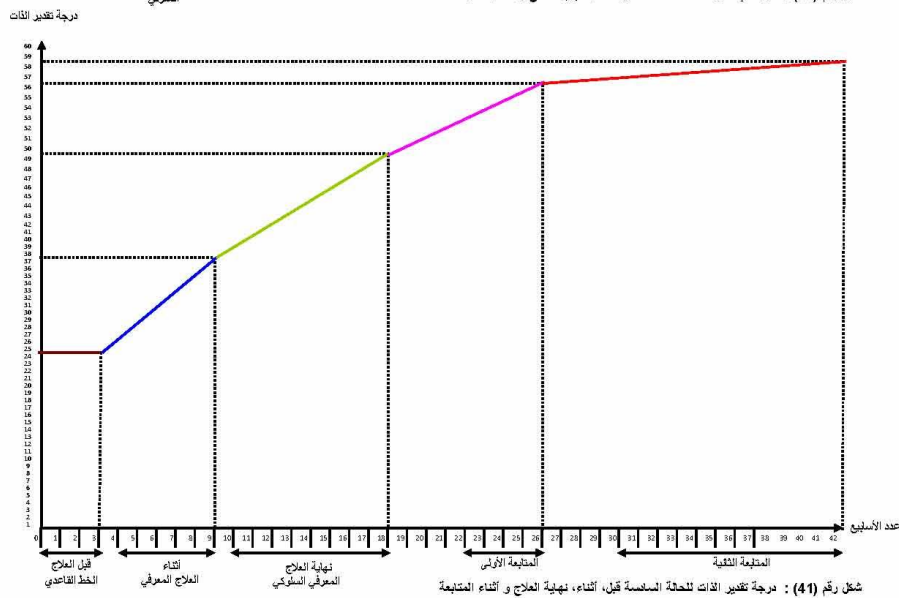
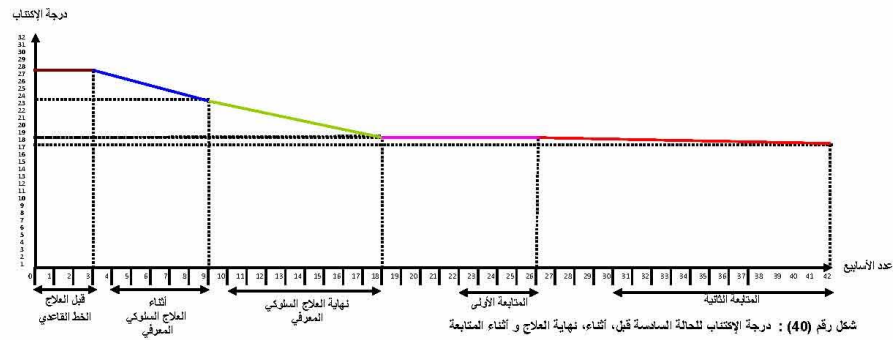
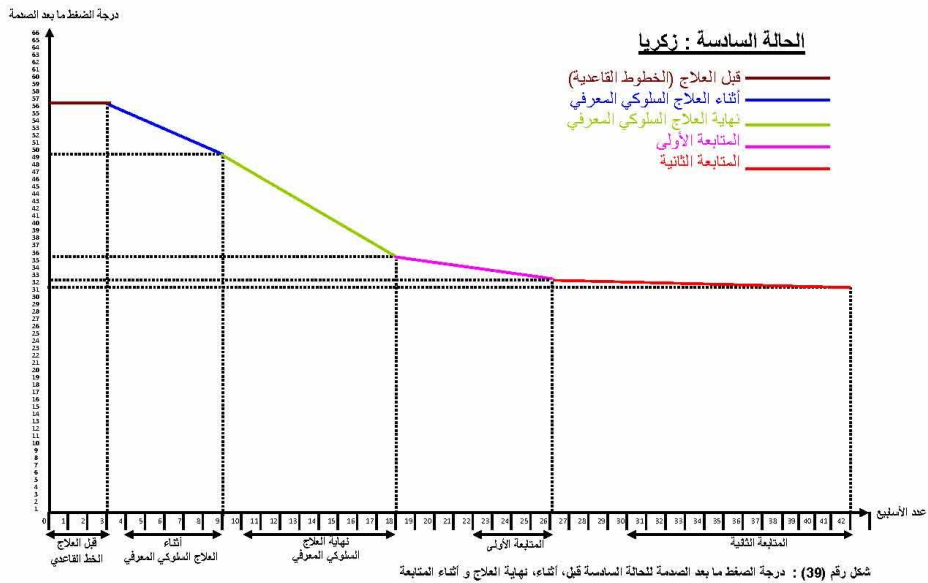
✓ أفكار زكريا قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، بعد العلاج تميزت أفكاره بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و يأمل في مستقبل أحسن، كما تخلص عن أفكاره الغير منطقية.

✓ انفعالات زكريا قبل العلاج كانت تتميز بالخوف وكره وحقد وغضب تجاه العم ، قلق واكتئاب، بعد العلاج أصبحت انفعالاته متوافقة مع المواقف التي تصادفه بفضل تعديل أفكاره السلبية حيث زال خوفه من المعتدي و الكره الذي كان يظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجه تحسن، و الضغط الذي كان يعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكيات زكريا كان يتميز قبل العلاج بالصمت، خجل في المدرسة، عدوانية تجاه الوالدين والإخوة، بعد العلاج تعدلت للأحسن من جهة علاقته بالعائلة، والزملاء في الصف، كما تخلص عن عدوانيته تجاه أفراد العائلة ووحدته، حيث أصبح يتفاعل إيجابيا مع الآخرين، خاصة في المدرسة إذ أصبح يخالط زملائه وعلاقته بهم طيبة، بمعنى أن سلوكه أصبح متوافقا مع مواقف الحياة، ومستواه الدراسي تحسن مقارنة بالخطوط القاعدية، بفضل التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (39) ص 308.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " زكريا " حيث سجل المقياس الدرجة (56) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (49) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (35)، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (32)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (31) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوص.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (40) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (27) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه " زكريا "، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (23) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (18) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (18) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (17) التي تدل على انخفاض الاكتئاب عند " زكريا ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (41) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (24) لتقدير الذات كخط قاعدي، و هي مؤشر على انخفاض تقدير الذات عند " زكريا "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (37) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " زكريا " لتصبح (49) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (59) درجة ليزداد في الارتفاع لتصل (58) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " زكريا " أصبح يتمتع بثقة كبيرة في النفس و بتقدير الذات مقبول.

ثانيا: مناقشة النتائج والاستنتاج العام:

تناول هذا البحث مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل السلوك من خلال معالجة أعراض بعض الاضطرابات النفسية (الضغط ما بعد الصدمة، الاكتئاب، نقص تقدير الذات) لدى مجموعة من الأطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية بالشبكة الجزائرية ندى.

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها، يمكن القول أن البحث الحالي بين أن تعرض الأطفال للاعتداء ترك آثارا سلبية على مستوى شخصيتهم، بنيتهم النفسية مما أدى بهم إلى عدم التكيف مع المجتمع، ومع هذا يبقى التدخل المبكر أمر ضروري لتفادي أي اضطراب نفسي مفاجئ.

ظهر أن مجموعة البحث التي تعرضت إلى الاعتداء الجنسي يعانون الكثير من الاضطرابات النفسية و السلوكية منها على سبيل المثال: القلق، العدوانية والنشاط الزائد والتبول اللاإرادي، الضغط ما بعد الصدمة...، فكل الحالات المدروسة أظهروا أعراضا اكتئابية من حزن وخوف و سرعة التهيج وسهولة الاستثارة الانفعالية، بالإضافة إلى وجود أعراض أخرى تدل على عمق الصدمة التي تعرض لها الأطفال من فقدان للتركيز، وأعراض التجنب، وهذا ما يتفق مع الدراسات السابقة حيث توصلت دراسة **جنان أ. أسطا وآخرون (2006)** للبحث عن الوضع في لبنان، بهدف رصد عدد من ضحايا الاعتداءات الجنسية للطفل عند نهاية حرب تموز (2006) حيث شمل البحث قطاعات مختلفة في لبنان، ضم مسح مقطعي لأطفال تتراوح أعمارهم بين 7 سنوات-18، تمت مقابلة 1025 طفلا لملئ استمارة ضمن عملية مسح هدفت إلى جمع المعلومات حول تعرض الأطفال للاعتداءات الجنسية قبل الحرب، خلالها وبعدها، لوحظ ارتفاع في نسبة مشاكل النوم واضطراب ما بعد الصدمة وحالات القلق لدى الفتيات مقارنة بالفتيان.

(جنان أ. أسطا، 2008، ص10)

كل أطفال مجموعة البحث يعانون من فقدان الثقة بالنفس الذي هو متغير مهم في تكوين مفهوم الذات وتقدير الذات خاصة بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للاعتداء من قبل الأب الذي كان من المفروض أن يكون المصدر الأول للثقة أصبح المصدر الأول للخوف والرعب عند الطفل وهذا ما ظهر عند معظم الحالات المدروسة.

يتضح من نتائج البحث الحالي مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالتحسن الذي حدث على مجموعة البحث يرجع إلى فعالية وجدوى البرنامج

العلاجي المستخدم في البحث، حيث استهدف البرنامج العلاجي الجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي للطفل.

فيما يخص الفرضية الأولى التي وضعناها في تصميم هذا البحث، فقد أظهرت أن البرنامج العلاجي المطبق في البحث له فعالية ايجابية في تعديل سلوك الطفل ضحية الاعتداء الجنسي، حيث كشفت نتائج المقابلات العلاجية والتقويمية والمتابعة على وجود تحسن ملحوظ في سلوك هؤلاء الأطفال بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي لصالح القياس البعدي، هذا التحسن يرجع إلى انتظام مجموعة البحث في جلسات العلاج، وكذلك من حيث جودة وتنوع الفنيات المستخدمة في البرنامج والإقبال الشديد عليها من قبل بعض الحالات، ولا ننسى الدور الفعال الذي لعبته تقنية الواجبات المنزلية في تعديل سلوك هؤلاء الأطفال، منه فالفرضية الأولى تحققت بدليل اختفاء أغلب الأعراض المرضية وهذا بفضل البرنامج العلاجي المطبق في البحث، وتدخل العائلة المستمر ودعمها الكبير والمتواصل للضحية.

فيما يخص الفرضية الثانية والثالثة التي مفادها إنه يمكن للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي أن يخفف من درجة الضغط ما بعد الصدمة والاكنتاب عند الطفل ضحية الاعتداء الجنسي تحققت أيضاً، فقد لاحظنا أنه بعد إدخال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يتناول الإنسان من الناحية المعرفية والسلوكية إذ يهتم بالعوامل البيئية (المحيطة) والمعرفية للفرد والقيام بعملية التقييم، ظهر تحسناً كبيراً في إحداث تغير على درجة هذه الاضطرابات النفسية، وهذا يتفق مع نتائج دراسة مارش (March 1998) التي أظهرت فعالية بعض المهارات المعرفية والسلوكية في خفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة، من جهة أخرى فقد كشف لنا التحليل الوظيفي على نمط الأفكار السائد لدى أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي ويتمثل في وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات، سلوكيات، تصورات سلبية عندهم بسبب الاعتداء الجنسي الممارس ضدهم على سبيل المثال:

✓ أفكار مجموعة البحث تتميز بوجود تشوهات فكرية وهي أفكار لا منطقية تتميز بالاستنتاج التعسفي عند معظم الحالات بالإضافة إلى التعميم الذي ظهر عند الحالة الخامسة والرابعة "مجيد وخديجة"، التضخيم الذي ظهر عند الحالة السابعة "إياد"، فكل الحالات يؤكدون على وجود أفكار وتصورات سلبية تجاه ذواتهم من فشل ونقص اعتبار الذات الذي يعتبر جوهر الشخصية عند الإنسان.

✓ انفعالات مجموعة البحث تتميز بالخوف من المعتدي، القلق، الحزن والكآبة، تأنيب الضمير عند كل من الحالات (الثانية، الثالثة، الرابعة، السادسة والتاسعة)، الغضب، الكره والحقد، مشاعر العجز (الحالة السادسة والسابعة "زكريا وإياد") والشعور بالألم.

✓ سلوكيات مجموعة البحث تتميز بالخضوع والاستسلام للواقع، التجنب الذي ظهر عند كل الحالات، التبول اللاإرادي الذي ظهر عند كل من الحالة الثانية "وليد"، الثالثة "عمران"، السابعة "إياد" الذي كان يعاني من التبرز الدائم بالإضافة إلى:

✚ السلوك العدواني: المتمثل في الأذى الجسدي والنفسي الذي ظهر عند كل من الحالات (الأولى "مريم"، الثالثة "عمران"، الرابعة "خديجة"، السادسة "كريم" والسابعة "إياد") سواء تجاه الإخوة أو الزملاء في المدرسة.

✚ السلوك الانسحابي: المتمثل في نقص التفاعل الاجتماعي والعزلة عن الآخرين الذي ظهر عند كل من الحالات عدا الحالة الثالثة "عمران".

✚ السلوك التمردى: المتمثل في الهروب من المنزل والمدرسة الذي ظهر عند الحالة الخامسة "مجيد".

✚ السلوك الانحرافي: المتمثل في سلوكيات جنسية منحرفة التي ظهرت عند الحالة السابعة "إياد" تجاه أخيه، السرقة والكذب التي ظهرت عند الحالة الخامسة "مجيد".

أما الفرضية الرابعة المتعلقة بتقدير الذات عند مجموعة البحث التي مفادها أن البرنامج العلاجي يساعد الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي في الرفع من درجة تقدير الذات فقد ثبتت بحكم أن كل الحالات تحسنت نظرتهم للذات ولو أن بعض الحالات مثل الحالة العاشرة والتاسعة والسابعة تقدير الذات عندهم مازال منخفض وقريب من المتوسط، بحكم الوضعية التي يعيشونها ومدى الدعم الذي تلقوه بالإضافة إلى الفروق الفردية بين الأطفال ودرجة تكرار الاعتداء وعمق الألم عندهم.

فيما يخص نتائج شبكة سيكا (SECCA) فقد تغيرت للأحسن مقارنة بالخطوط القاعدية الأولى وهذا بفضل البرنامج العلاجي المطبق في البحث، بالأخص التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية المطبقة في البحث فالأطفال الذين أظهروا عدوانية أصبحوا يتفاعلون بشكل إيجابي مع غيرهم خاصة أمام العائلة والإخوة والزملاء، كما أن مزاج الأطفال تحسن حيث أصبحوا ينظرون لذاتهم وللمحيطين بهم بتقاول، كما أصبحوا مقتنعين بما تعرضوا إليه من أحداث صادمة مما يعني أنه يوجد اختلاف بين القياس القبلي والبعدي للاضطرابات المصاحبة للاعتداء الجنسي عند الطفل لصالح القياس البعدي.

جاءت نتائج البحث لتكشف عن استمرارية فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات وخفض درجة ضغوط ما بعد الصدمة والاكنتاب لدى أفراد مجموعة البحث في قياس المتابعة، وهذا يشير إلى أن البرنامج العلاجي كان له آثار إيجابية بعيدة المدى ومستمرة على مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للاعتداء الجنسي عند الطفل، يمكن أن تكون النتائج المتوصل إليها في البحث نتيجة لما اكتسبه أفراد مجموعة البحث من تحصين ضد الضغوط والتوترات والقدرة على حل المشكلات أثر بشكل إيجابي على تعاملهم مع الأحداث الصادمة التي يتعرضون لها، في انخفاض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة والاكنتاب إيجابيا مقارنة بالقياس البعدي.

أثناء المقابلات ظهر لنا أنه في حالة الاعتداء الجنسي على الطفل الذكر فإن الأهل يتابعون القضية مع الحرص على معاقبة المعتدي مهما كان، أما إذا كانت الضحية فتاة أو كان المعتدي من أفراد الأسرة نفسها، فالأسرة تفضل التستر والمحافظة على سرية الحادثة لاجتناب الفضيحة كونه متعلق أكثر بقضية فقدان العذرية الذي هو رمز لشرف العائلة مثلما هو الحال مع الحالة الرابعة "خديجة"، هذا ما أدى بالمجتمع الجزائري إلى تعزيز بقاء هذه الظاهرة وانتشارها وبقائها في الكتمان.

إن محاولة حفظ شرف العائلة واجتناب العار والوصم يساهم في التقليل من أهمية الظاهرة، خاصة وأن كان مكان الاعتداء هو المنزل الذي من المفروض أن يكون مصدرا للامان وللرعاية، فلقد أظهرت نتائج البحث الحالي أن هناك ميلا إلى الاعتماد على السرية في الحالات التي تكون فيها الضحية أنثى، فمثلا الأطفال المقبلون على الشبكة الجزائرية ندى كان أغلبهم ذكور وخير دليل مجموعة البحث كان أغلبهم ذكور باستثناء حلتين أنثى(خديجة وسارة)، ففي حالات الضحية هي الأنثى العائلة تكتفي فقط بالاتصال فقط وتقديم المساعدة عن طريق الهاتف، كما تبين أن هناك تحفظ وتمنع حيال الكشف عن هوية المعتدي في الحالات التي يكون فيها هذا الأخير من أفراد العائلة.

ظهر عند كل الحالات المدروسة أن الطفل يجهل كيفية حماية نفسه من الاعتداء، خاصة لما يمارس عليه بصورة متكررة، لدرجة أن بعض الحالات أخبرتنا أنهم والفوا وتأقلموا مع الوضعية واعتبروها بالشئ العادي مثلما ظهر عند الحالة الثانية "وليد" لكون نموهم النفسي لم يسمح لهم بادراك حقيقة الوضعية المتكررة معه، خصوصا لما يكون المعتدي هو الأب أي الشخص الذي يثق به الطفل.

تشير نتائج البحث الحالي إلى أن ردة الفعل الأطفال حيال الاعتداء عليهم قد تحدثوا إلى شخص (الأم) عن الحادثة بعد أن تمت عملية الاعتداء عليهم سواء أكان متكرر أم مرة واحدة، وهذا لكون أن الأم

هي القائمة على رعاية ابنها بالإضافة إلى الخالة عند عجز الطفل البوح بما حدث معه مثلما ظهر عند الحالة التاسعة "كريم"، فأغلب الحالات تعرضت إلى اعتداءات متكررة ومصحوبة بالقوة عدا الحالة الثانية "وليد" والسادسة "زكريا".

كشفت النتائج إلى أن الشخص الذي تم البوح له بالحادثة قد أصغى للطفل، وتابع قضيته إلى أن ادخل المعتدي السجن هذا عند معظم الحالات، باستثناء الحالة الأولى "مريم" اكتفت العائلة بعدم التحدث عن الأمر صيانا لشرف العائلة، بينما الحالة الخامسة "مجيد" احتفظ بالسر بسبب الخوف من تهديدات المعتدي، والحالة الثامنة "سارة" بسبب الخوف من الوالدين، في حين اعتبر البعض أن ما جرى لهم شيء عادي مثل أي علاقة أخرى وهذا ما ظهر عند كل من الحالة الثانية "وليد" والحالة الثالثة "عمران" أما الحالة الرابعة "خديجة" فقد كانت تحس بالعار كانت مجبرة ولم تلقى الشخص المناسب ليساعدها في حين أن الحالة السابعة "إياد" تعرض للتوبيخ من قبل عائلته بالرغم من هذا فقد ساندته ودعمته كثيرا خاصة بعد قيامه بالجلسات العلاجية تفتنت الأم لحقيقة وخطورة وضعية ابنها.

حوادث الاعتداء التي تناولناها في البحث كانت معظمها زنا المحارم أي المعتدي كان موجودا داخل العائلة وقد وقعت كلها في المنزل علما أن قلة الغرف أو اتساعها لا يعني شيئا ما دام المعتدي قد يخلوا بالضحية في أي زاوية يريد، ومعظم الحالات المعتدى كانت هويته الأب (الحالة الأولى "مريم"، الثانية "وليد"، العاشرة "مراد")، العم (الحالة السادسة "زكريا")، الأخ (الحالة الرابعة "خديجة")، ابن العم (الحالة الثالثة "عمران" والتاسعة "كريم") وهذا ما يمنع كشف الضحية لهوية المعتدي في حين أن الاعتداء خارج نطاق العائلة كان من قبل أصدقاء (الحالة الخامسة "مجيد")، جيران (الحالة الثامنة "سارة")، مجهول (الحالة السابعة "إياد").

كشف البحث الحالي أن العنف المنزلي أو العائلي: (عنف زوجي، نفسي، جسدي، اقتصادي، مشاهدة أعمال العنف...) يدعم من انتشار الظاهرة، فقد لوحظ أن معظم حالات الأطفال مجموعة البحث ينتمون إلى عائلات مفككة، ويعيشون إما في منازل صغيرة أو كبيرة، بحيث يعانون من العنف المنزلي، وأن معظم حالات الاعتداء حدثت في البيت العائلي على سبيل المثال كل من الحالة الأولى "مريم"، الثانية "وليد"، الثالثة "عمران"، الرابعة "خديجة"، السادسة "زكريا"، التاسعة "كريم" والعاشرة "مراد" كلها حدثت في البيت من خلال اغتنام المعتدى فرصة غياب الأم وتواجدها في العمل، باستثناء كل من الحالة الخامسة "مجيد"، والسابعة "إياد" والثامنة "سارة" التي كانت تتعرض للاعتداء سواء في الشارع أو المدرسة وهذا ما أشارت إليه نتائج عملية

المسح التي قامت بها الباحثة **جنان أسطا (2006)** على أن نسبة انتشار حالات الاعتداء الجنسي ترتفع في المنازل التي تشهد عنفاً أو يتعرض فيها الأطفال لعنف جسدي أو نفسي، كما في أواسط الأطفال الذين يشعرون بانعدام التعاطف الأسري. (**جنان.أ.أسطا، 2008، ص 9**)

كل من العوامل النفسية، الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية تتفاعل فيما بينها لتشكل الاعتداء الجنسي على الطفل، ولقد ظهر لنا أن الدراسات التي تناولت الظاهرة في الجزائر قليلة فحتى الآن لا توجد إحصائيات تكشف عن النسبة الحقيقية للأطفال الذين تم الاعتداء عليهم، هذا راجع لعدة أسباب منها الخوف من الفضيحة، والتردد في الإفصاح عن هوية المعتدي أو فقدان شرف العائلة أو خوفاً من فقدان الأبناء، ولهذا السبب نجد أن معظم العائلات تتخذ الصمت حيال هذه الظاهرة.

لقد أشار التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية (DSM4) إلى أن الحالات التي تؤدي إلى نقص الانتباه والتركيز منها على سبيل المثال حالات العدوان، القلق الشديد، الغضب والانفعال الشديدين، فالطفل الجزائري المتعرض للاعتداء الجنسي يعاني من قلق مستمر، هذا ما يؤثر على تركيزه ويعمل على تشتت أفكاره لشدة وقوة أثر ما يخلفه الاعتداء عليه من ذكريات مستمرة، الشيء الذي ينتج عن عدم التركيز، صعوبة التعلم وهذا ما يؤدي بالطفل إلى ظهور مشاكل في عملية التعلم، بالإضافة إلى صعوبة الحدث الصدمي المعاش يجعل الطفل كثير السرحان والشروذ الذهن في القسم، فكلما اتجه الطفل للقراءة والتعليم تذكر الحدث، فيتشتت انتباهه ويقل تركيزه هذا ما يبين تدني المستوى الدراسي والتحصيلي لكل الحالات المدروسة بالإضافة إلى الحالة (السابعة"إياد"و العاشرة"كريم") اللذان يعانيان من الشروذ الذهني.

الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الطفل الضحية لها الدور الواضح والفعال في التأثير على التركيز والانتباه القدرات العقلية والمعرفية وكذلك على السلوك والأعصاب (التبول اللاإرادي، عدوانية، نشاط زائد)، فنجد مثلاً من الأسباب النفسية للتبول اللاإرادي شعور الطفل بعدم الأمان، فقدانه الطمأنينة والمعاناة من القلق الدائم.

التوتر والغضب الشديد والمستمر يؤدي بالطفل إلى الإصابة بالاضطرابات الجسمية أو ما يعرف بالسيكوسوماتية، نظراً لإصابة الجهاز العصبي نتيجة الانفعالات الحادة التي تظهر في سلوك الطفل من تقلب المزاج، نشاط زائد، عصبية شديدة... فالغضب الشديد يؤثر على العمليات العقلية.

الطفل ضحية الاعتداء الجنسي هو الأكثر تضررا من الناحية النفسية، فقد يميل إلى الاعتماد على أنماط عيش غير صحيحة مثل: التدخين، تعاطي الكحول والمخدرات إلى جانب المشاكل الدراسية، فقد يتوقف عن المدرسة نتيجة نقص أدائه المدرسي أو لفقدانه التركيز، مثلما ظهر عند الحالة الخامسة "مجيد" الذي تخلى عن دراسته.

هناك حالات استصعب تعديل سلوكها نظرا لاضطرابها الشديد، فاكثفينا بالتخفيف منها، مثلا الحالة الثالثة "عمران" أظهر عدم الاستجابة للبرنامج، كذلك الحالة الرابعة "خديجة" التي يعود سبب عدم تحسنها الكبير مقارنة بالحالات الأخرى إلى غياب الدعم الاجتماعي خاصة الأهل والبيئة الاجتماعية التي تعيش فيها، كذلك نجد الحالة الخامسة "مجيد" الذي تتميز ببيئته بالعنف الدائم ولهذا وضعيته النفسية لم تتحسن كثيرا بالإضافة إلى الحالة السابعة "إياد" والسبب يرجع إلى عدم استجابته للبرنامج المتكون من 21 جلسة تضمن الباحثة أن هذه الحالة تستوجب وقت أطول بالإضافة إلى التدخلات الطبية المتواصلة وضرورة تغيير مكان تدريسه وإقامته ربما كنا سنحصل على نتائج أفضل بكثير.

فهؤلاء الأطفال الذين لم تتحسن حالتهم كثيرا، ربما لأن نموهم لم يكتمل، ولأن بعض الأعراض المرضية خلال فترة العلاج لم تظهر، بعد انتهاء المتابعة بأشهر، أصبحت تظهر لديهم أعراض بداية لاضطرابات أخرى جديدة من شأنها أن تؤثر على شخصيتهم كالقلق الدائم، انحرافات سلوكية مما يعني أن الطفل المتعرض لاعتداء جنسي يلزمه تدخل مستمر على كل مراحل حياته ونموه خاصة فيما يخص بمتغير الثقة بالنفس في مرحلة البلوغ والمراهقة، فالصدمة الجنسية عند هؤلاء الضحايا متعلقة بمجموعة من المتغيرات منها:

خطورة الاعتداء الجنسي والعنف النفسي والعاطفي أو الجسدي المرافق له، هشاشة الطفل وقوته النفسية، سنه ومستوى تطوره ورد فعل المحيط العائلي.

نستطيع عزو هذه الظاهرة إلى تأثير الانترنت ومختلف وسائل الإعلام التي تعرض الأفلام المثيرة والإباحية، فالرجال والنساء لم يعد يكتفون جنسيا، سواء في إشباع رغباتهم أو حاجاتهم الجنسية، هذا ما يجعلهم عنيفين وعدائيين فاقد التبرية فيلجؤون للأطفال الذين لا يستطيعون الدفاع عن أنفسهم، زد على ذلك تفكك معظم الأسر الجزائرية خاصة التي يسودها العنف المنزلي بمختلف أشكاله وكذا العنف الزوجي الذي تعاني منه الكثير من الأسر الجزائرية، مما يؤدي لانعدام مراقبة الأطفال، فالكثير من الأطفال يكونون قد شاهدوا والديهم يمارسون الجنس بعنف.

يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي تم تطبيقه على مجموعة البحث قد حقق أهدافه ضمن واقع مجتمع البحث، وساعد في الرفع من درجة تقدير الذات وخفض الضغط ما بعد الصدمة والاكنتاب لدى الأطفال الضحايا الذين طبق عليهم البرنامج العلاجي، وعلى الرغم مما توصل إليه هذا البحث الصغير من نتائج ايجابية، فإن الباحثة لا تستبعد أن يكون هناك متغيرات قد أثرت على نتائجه، مثل اقتصار البحث على مجموعة صغيرة تتمثل في حالات أطفال يختلفون في نوع الاعتداء، وقصر الفترة الزمنية العلاجية لبعض الحالات، واقتصاره على فنيات البرنامج العلاجي المطبق، باعتبارها غير كافية في ظل تعامله مع أطفال لم يكتمل نموهم الجسمي والجنسي والنفسي والعقلي، بالإضافة إلى نمط تفكيرهم التي تختلف من طفل لآخر والفروق الفردية بينهم، مدى تكرار أو عدم تكرار الاعتداء ومصاحبته للتهديد، كلها عوامل أثرت في نتائج العملية العلاجية، بالإضافة إلى تأثيرات البيئة الأسرية من مدى الدعم العائلي والأسري، المدرسي، دعم الشرطة والقضاء... بحكم أن الطفل مازال يحتاج للرعاية والمتابعة والأمان.

يمكن القول أن تحسن الحالة النفسية الحاضرة للأطفال تجعلهم أقل اضطرابا في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطرابات في المستقبل، الشيء الذي يقودنا للقيام بدراسات معمقة أكثر حول هذه الظاهرة ومحاولة إيجاد حلول لها وبرنامج علاجي ملائم لوضعيتهم لأن البرنامج المتبع في البحث لم يكن كاف بل هو محاولة صغيرة فقط للتخفيف من معاناتهم في الحاضر، كما أنه من الصعب ملاحظة مخلفات الاعتداء إما لصعوبة تقدير هذه الأخيرة لخمولها أو لإمكانية اختفائها أو انتقالها وظهورها من جديد خاصة وأن مجموعة بحثنا هي في مرحلة كمون أين الطفل لا تستيقظ رغباته، أما المعاناة الكبرى عندما يدخل الطفل مرحلة المراهقة ويبدأ يبحث عن هويته، وتستيقظ رغباته ويواجه تحديات والمشاكل التي حوله كبداية للدخول في أزمة المراهقة التي من شأنها أن يتعرض لأزمة الهوية الجنسية ما لم يجد حولا ايجابية لمشاكله، وقد تختلط عليه الأدوار نتيجة للصدمة التي عاشها في الطفولة ولعدم تقمص شخصية الأب الايجابي فهو يتقمص هوية الشخص المعتدي سواء في حالة إذا ما كان المعتدي هو الأب أو أحد أفراد العائلة، مما يعني أن مستقبل الطفل الجزائري المتعرض للاعتداء الجنسي يبقى مجهول، سؤال صعب الإجابة عليه ونحن في ظل ظهور مختلف أنواع التكنولوجيا، فهل هذا الطفل سيواكب تغيرات المجتمع أم يبقى حبيس ماضيه؟ ويثر على المجتمع الذي يحقد عليه ليصبح في الجزائر جيلا منحرفا فاقد الشخصية.

ثالثا: اقتراحات لمحاربة الاعتداء الجنسي على الأطفال:

تتطلب محاربة الاعتداء الجنسي تجاه الأطفال مجموعة من الإجراءات المتكاملة من الفاعلين الذين تلقوا تكويننا جيدا وملائما بخصوص هذه الظاهرة، فيما يلي سنتحدث قليلا عن بعض الاقتراحات قبل وبعد الاعتداء:

قبل وقوع الاعتداء(الوقاية):

- ✓ إعطاء الطفل وقتا واهتماما كافيا
- ✓ ضرورة متابعة الوالدين لابنهم من خلال متابعته مع من يقضي وقته والحذر من أن يجالس غرباء في أماكن منعزلة.
- ✓ تحسيس عامة الناس والأطفال وتحسين ظروف عيش الأطفال في وضعية هشاشة وخطر
- ✓ بحكم أن المدرسة تلعب دورا هاما في حياة الطفل، فغالبا ما يكون المدرس واحد من الأشخاص الذين يعرفون الطفل حق المعرفة بعد أسرته، هذا يمكنه من التعرف بسهولة على العلامات الدالة على سوء معاملة أحد تلامذته، وتبليغ ذلك المسؤولين، كما بإمكان المدرس تحسيس التلاميذ من خلال مناقشات وأنشطة حول موضوع الاعتداء الجنسي.

بعد وقوع الاعتداء(الحماية):

- ✓ الاستماع للطفل عندما يحاول أن يقول لوالديه أو المقربين له شيئا وخاصة لو بدا لديه صعوبة أو حرج في الكلام.
- ✓ إبلاغ المواطنين السلطات الخاصة عن كل طفل يعتقد بأنه ضحية اعتداء جنسي لضمان حمايته.
- ✓ القيام بالفحوصات الطبية الشرعية وكشف الطبيب حالات الاعتداء وتلقي التصريحات بها والتأكد من الشكوك الدائرة حولها.
- ✓ تقديم الدعم للأطفال وأسرهم حالة التعرض للاعتداء الجنسي.
- ✓ تعاون الطبيب والمختص النفسي و قاضي الأحداث الذي تعود إليه مهمة إثبات وقوع الاعتداء.
- ✓ المتابعة النفسية ضرورية لإعادة بناء شخصية الطفل وإعادة إدماجه في بيئة آمنة من خلال القيام بمقابلات منتظمة مع المختص النفسي من أجل تقييم معاناة الطفل النفسية والاضطرابات النفسية التي تحدث بعد الصدمة بالتالي اقتراح العلاج الملائم لمساعدة الطفل على تجاوز وضعيته.

- ✓ ضرورة تدخل الشرطة والدرك الوطني في مثل هذه الحالات من خلال الدور الذي يقومون به والذي يتمحور حول 3 نقاط: الوقاية، الحماية(الشرطة الإدارية) والزجر (الشرطة القضائية) حيث يتمثل دورهما على المستوى القضائي في معارضة مخالفة القانون الجنائي وجمع الأدلة والبحث عن مرتكبي الجرائم قبل رفع الملف الذي تم تشكيله إلى القضاء، بالإضافة إلى قيام الشرطة والدرك بأعمال وقائية كمراقبة الحانات والملاهي الليلية.
- ✓ ضرورة القيام بالتكفل القضائي، إذ يمكن لنائب الوكيل عند استقباله لإحدى الشكايات أن يقوم بإحالة الملف إلى قاضي التحقيق للقيام ببحث معمق حول الضحية ووالديه والشهود ومقترف الجريمة.
- ✓ ضرورة إعداد برامج علاجية خاصة لفائدة هؤلاء الضحايا و تدريب أخصائيين نفسانيين على مفاهيم أساسية عن طبيعة البرنامج وتوضيح سيرورته مع المفحوص.

خلاصة البحث

هدف البحث الحالي إلى التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية الذين يتابعون علاجهم على مستوى الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل ندى، بالإضافة إلى التخفيض من درجة الاضطرابات النفسية (الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب) التي يعاني منها هؤلاء الأطفال و(الرفع من درجة التقدير الذات) لديهم.

للإجابة على تساؤلات البحث اتبعت الباحثة المنهج شبه التجريبي قياس الحالة الواحدة قبل التجربة وبعدها حيث تكونت مجموعة البحث من 10 حالات ذكور وإناث (9-12 سنة)، تعرضوا لاعتداءات جنسية أغلبها متكررة يدرسون في المرحلة الابتدائية طبقت عليهم الأدوات التالية:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان(2009)
- مقياس الاكتئاب بيرلسون(1987) ترجمة عبد العزيز ثابت.
- مقياس تقدير الذات كوبر سميث (1967) ترجمة ليلي عبد الحميد.
- البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي (إعداد الباحثة) يتكون من تقنيات معرفية وسلوكية

توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- 1 للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 4 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في الرفع من درجة تقدير الذات عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

قائمة المراجع:

- 1 أسماء عبد الله العطية (2008): اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 2 أحمد محمد ألزغبى (2002): أسس علم النفس الجنائي، دار زهران، عمان
- 3 أمال محمد حسيونة (2004): علم النفس النمو، دار العلمي للنشر والتوزيع، مصر
- 4 -إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2007): تعديل سلوك الاطفال والمراهقين المفاهيم والتطبيقات، دار الفكر، الاردن
- 5 إبراهيم عبد الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، القاهرة، دار الفجر للنشر و التوزيع.
- 6 إبراهيم عبد الستار و آخرون (1993): العلاج السلوكي للطفل، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 7 إجلال محمد سري (2000): علم النفس العلاجي، علام الكتب نشر وتوزيع طباعة، القاهرة، ط2
- 8 السيد إبراهيم السمد ونى (بدون سنة): الصحة النفسية للطفل، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 9 توما جورج (2000): إيديولوجية النمو عند الطفل والمراهق، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع
- 10 - حسين فايد (2004) دراسات في الشخصية والسلوك القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع .
- 11 - حامد عبد السلام زهران (2005): الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، نشر و توزيع طباعة.
- 12 - حسن مصطفى عبد المعطي (1993): ضغوط الحياة واساليب مواجهتها، القاهرة- مكتبة زهراء الشرق.
- 13 - حنيفه الهرشامي وآخرون (بدون سنة): دليل لحماية الأطفال ضد الاعتداء والاستغلال الجنسي، جمعية آمنة للدفاع عن حقوق الطفل، طنجة.
- 14 - جليل وديع شكور (2008): الطفولة المنحرفة، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان
- 15 - جمال محمد أبو شنب (2008): البحث العلمي الجزء الثاني، التصميم و التنفيذ التجريبي، الإسكندرية جمال الخطيب (2010): تعديل السلوك الإنساني، المملكة الأردنية الهاشمية، الأردن

- 16 - جنان أسطا وآخرون (2008): الإساءة الجنسية للطفل الوضع في لبنان، منظمة كفى عنف واستغلال.
- 17 - جمعية آمان (بدون سنة): العنف الجنسي تجاه الاطفال، نظرة عن اربعة بلدان بشمال افريقيا والشرق الاوسط المغرب- الجزائر- تونس- لبنان. الرباط- المغرب
- 18 - جمعية آمان (2012) : التكفل بالطفل ضحية العنف الجنسي ومواكبته، الرباط- المغرب
- 19 - رمضان محمد ألقذافي (1989): علم النفس نمو الطفولة والمراهقة، الإسكندرية.
- 20 - سامي سلطي عريفج وآخرون (1999) : في مناهج البحث العلمي، عمان- دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- 21 - سعيد جاسم الاسدي وعطاري محمد سعيد(2014): الصحة النفسية للفرد والمجتمع، دار الرضوان للنشر والتوزيع، عمان
- 22 - عادل عبد الله محمد (2000) : العلاج المعرفي السلوكي، أسس و تطبيقات دار الرشاد.
- 23 - عبد العظيم طه حسن (2008) : سيكولوجية العنف العائلي و المدرسي، الأزاريطه، الإسكندرية دار الجامعة الجديدة.
- 24 - عبد الرحمان محمد العيسوي (2006): الأسس البيولوجية للشخصية والسلوك، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية
- 25 - عبد العزيز جادو (2001) : علم نفس الطفل وتربيته ، المكتبة الجامعية الاراريطه ، الإسكندرية
- 26 - عبد الرحمان الوفي (2007): مدخل إلى علم النفس، دار الهدى للنشر والتوزيع، عمان.
- 27 - عبد الفتاح دويدار (1996): سيكولوجية النمو والارتقاء، دار المعرفة الجامعية العربية، بيروت.
- 28 - عبد الفتاح فاروق موسى (1981): اختيار تقدير الذات ، مكتبة النهضة المصرية، مصر عادل عبد الله
- 29 - علي إسماعيل عبد الرحمان (2006): العنف الأسري الأسباب والعلاج، المكتبة أنجلو مصرية
- 30 - غسان يعقوب (1999) : سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة) بيروت، لبنان ،دار الفرابي.
- 31 - فاروق الروسان (2000): تعديل وبناء السلوك الانساني، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن

- 32 - فاطمة الزهراء مشتاوي وآخرون (1999): دورة تكوينية للمعلمين من أجل المساهمة في التكفل البيداغوجي، دار النهضة العربية، بيروت، بدون طبعة.
- 33 - ماهر محمد عمر (1987): المقابلة في الإرشاد و العلاج النفسي، الازايطة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة.
- 34 - ماجدة السيد عبيد (2000): علم النفس، دار صنعاء، عمان.
- 35 - محمد خليفة المحرزي (2010): كيف احمي ابني من التحرش الجنسي، مركز نجمة الخليج، نشر وتوزيع دولة الإمارات العربية المتحدة، دبي
- 36 - مقدم عبد الحفيظ (1993): الإحصاء والقياس النفسي والتربوي مع نماذج من المقاييس والاختبارات، الجزائر بن عكنون، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 37 - مروان أبو حويج وآخرون (2002): القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، عمان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- 38 - مرسلين حسن شعبان (2013): الدعم النفسي ضرورة مجتمعية، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية.
- 39 - محمد السعيد فرج (1993): الطفولة والثقافة في المجتمع، الإسكندرية
- 40 - محمد حسيونة (2003): علم النفس النمو، الدار العالمية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 41 - معاوية محمد أبو غزال (2013): علم النفس العام، دار وائل للنشر والتوزيع، عملن
- 42 - مصطفى زيدان (1972): الدراسة السيكولوجية التربوية لتلاميذ التعليم العالي، دار النشر العربية، الإسكندرية.
- 43 - مورييس انجريس ترجمة بوزيد صحراوي (2004): منهجية البحث في العلوم الانسانية تدريبات عملية، الجزائر.
- 44 - كامل الفرخ شعبان (1990): الصحة النفسية للطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 45 - لويس كامل مليكة (1992): العلوم السلوكية وتعديل السلوك، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت
- الرسائل الجامعية:
- 46 - بلحسيني وردة 2010-2011: اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، دراسة تجريبية بجامعة قاصدي مرباح، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس المدرسي.

47 - برزوان حسيبة(2012): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغط المهني وتنمية أساليب المواجهة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي لدى الشرطي الجزائري، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الإرشاد والصحة النفسية.

48 - عرار سامية(2002) تشخيص الاكتئاب (العصبي و الاستجابي) و التكفل النفسي بالمصابين من الراشدين رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، علاج معرفي سلوكي.

49 - روبنة سليمة 2014-2015: فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي يهدف لرفع تقدير الذات وخفض درجة القلق لدى الأطفال المتدربين الناجم عن طلاق الوالدين، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الإرشاد والصحة النفسية.

50 - منصوري سميرة (1992) : الكفالة النفسية للأطفال المتبولين لإراديا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، رسالة ماجستير،معهد علم النفس ،جامعة الجزائر.

المجلات والمقالات:

51 - نفين صابر عبد الحكيم السيد (2009): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللا توافقي للأطفال المعرضين للانحراف.ص 695-847 مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان.

52 - برزوان حسيبة (2012): دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية بجامعة قاصدي مرباح، دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، ورقة العدد 22

53 - محمد أحمد شاهين محمد نزيه حمدي(بدون سنة): العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين وفاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفضها

54 - نعمات شعبان علوان (2009): اضطراب الكرب التالي للرض، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 21-22

55 - مركز الإعلام والتوثيق لحقوق الطفل والمرأة (2011): اتفاقية حقوق الطفل، الجزائر

- 56- Angers (1997) : Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Québec, les éditions ecifre ,
- 57- Bruno Comby (1988) : stress contrôle guide pratique pour vous libérer du stress par les méthodes naturelles, France ,éditions dangles.
- 58- Colette Chiland (1983) : l'enfant, la famille, l'école, paris, imprimerie de France.
- 59- Christine Mirabel Sarron Luis Vera(2004) :l'entretien en thérapie comportementale et cognitive, donod , paris, 2 eme edition.
- 60- Chantal de Mey-Guillard(2008) : initiation aux thérapies cognitives et comportementales, France,cronique sociale.
- 61- Clark, Susan (2008): Identifying group differences between youth whose sexually offend and those who do not, after controlling for maltreatment histories: A model For understanding Juvenile sexual offenders, the sciences and Engineering, vol 69 (3-B).
- 62- Cooper Smith (1984) : manuel inventaire d'estime de soi S.E.I ; 1 er édition du centre psychologie appliqué, paris
- 63- Fontaine .O & Philippe Fontaine(2007) : guide clinique de thérapie comportementale et cognitive, France.
- 64- Association pour l'aide psychologique,la recherche et la formation (SARP) (2008) : Formation a la relaxation technique et application Dely Ibrahim Alger.
- 65- Karen Sadlier (2012) : cartes d'émotion, volcans de colère et bulles de bonheur : identification et gestion des émotions chez l'enfant traumatisé, 2eme congrès international de neuroscience, plais de la culture, Alger
- 66- APA(1996) : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux(DSM IV), Masson,paris.
- 67- Yule,W, Undwin,O & Mordoch,K(1990) : The Jupiter sinking :effects on children's fears, depression and anxiety, journal of child psychology& psychiatry.

ملحق رقم (01) دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة

المحور الأول: معلومات شخصية

- الاسم
- السن
- مكان الإقامة
- المستوى الدراسي
- عدد الإخوة
- المرتبة بين الإخوة
- الحالة العائلية للوالدين
- مهنة الوالدين
- ما هو الدافع للاستشارة ؟
- من رافق الطفل ؟

المحور الثاني: السوابق المرضية

- هل الطفل مصاب بمرض عضوي ؟
- هل حدث و أن فكر في الانتحار؟
- هل هناك احد من أفراد عائلتك مصاب بمرض نفسي أو عقلي ؟

المحور الثالث: الاعتداء الجنسي على الطفل

- هل أخبرت أي شخص عن الحادثة؟
- من هو الشخص الذي تم اطلاقه على الاعتداء؟
- كيف كان ردة فعل ذلك الشخص؟
- ما هي الأسباب وراء عدم الكشف عن الاعتداء والإفصاح عنه؟
- كم كان عمرك يوم تعرضت للحادثة ؟
- هل هناك شخص في حياتك تخاف منه؟ مع تحديد هويته في حالة الإجابة بنعم.
- كم كان عمر الشخص الذي اعتدى عليك؟
- ما نوع العلاقة التي كانت تجمعك بالمعتدي ؟
- ماذا يعمل؟
- كيف وقع الحادث؟
- في أي مكان؟ ومتى؟
- كم هي عدد مرات الاعتداء؟

- هل شاهدك احد عندما تعرضت للاعتداء؟
- هل كان المعتدي عليك يضربك، يهددك؟
- بماذا شعرت لحظة الاعتداء؟
- ما هي الأضرار التي لحقت بك جراء الاعتداء ؟
- هل سبق وان قدمت شكوى ضد الشخص المعتدي؟
- لمن قدمتها؟
- هل قمت بزيارة الطبيب الشرعي؟

المحور الرابع: أفكار وانفعالات وسلوكيات للطفل

- ما هي الأعراض الأولى التي ظهرت لديك ؟
- هل تغيرت حياتك بعد الحادث ؟
- هل تعاني من كوابيس في الليل ؟
- هل تحاول تجنب كل الأفكار و المشاعر التي تذكرك به ؟
- هل مازلت تخاف من الشخص المعتدي ؟
- هل تشعر بالذنب بسبب الحادث؟
- هل تعاني من بعض الصعوبات في الكلام أو التعبير عن شيء ما؟
- هل حدث لك تغير في عاداتك من حيث النوم، اللعب، الأكل، والإخراج؟
- كيف هي علاقتك بوالديك ؟
- هل تغيرت معاملتهم لك؟
- من هو الشخص الذي ترتاح له أكثر في حياتك ؟

المحور الخامس: خاص بالدراسة

- كيف تشعر وأنت في المدرسة؟
- هل أثرت الحادثة على تحصيلك الدراسي؟
- هل لديك أصدقاء؟
- هل تخاف من احد هناك ؟
- هل تشعر بالوحدة .لماذا؟
- هل تشعر انك بأمان . لماذا؟

ملحق رقم (02) مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (في صورته الاولى)

إعداد: نعمات شعبان علوان

عزيزي: أمامك مجموعة من العبارات التي تقيس ردود الفعل على الأحداث الصعبة التي قد يتعرض لها من هم في سنك في أوقات الحروب خلال الشهر الماضي . الرجاء وضع علامة (X) حول الإجابة التي تراها مناسبة لك.

الرقم	العبارات	قليلا	أحيانا	بعض الوقت	اغلب الوقت
1	أجد صعوبة في التركيز				
2	أتجنب كل ما يذكر بالحدث الصارم				
3	أعاني من مشاكل في العليم عند التفكير بالحدث				
4	أعاني من قلق أثناء النوم				
5	أحب الابتعاد عن الأشخاص				
6	زادت عصبيتي وأصبحت متقلب المزاج				
7	أخاف من الوحدة				
8	تأثيتني كوابيس أثناء النوم				
9	أبتول على نفسي أثناء النوم				
10	أبتول على نفسي نهارا بصورة لا إرادية				
11	أتحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة				
12	أنام نوما متقطعا				
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة				
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين				
15	يأثيتني شعور كما لو أن الحدث موجود				
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني				
17	أتردد في اتخاذ القرار الذي يخصني				
18	اشعر بالذنب				
19	أصبحت غير مبال بشيء				
20	عندما أتذكر الحدث اضرب الحائط بيدي بعنف				

ملحق رقم (03) مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال (في صورته الأولية)

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

العمر: _____ الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى

عزيزي / عزيزتي

أمامك مجموعة من الأسئلة تتعلق بما تشعر/ي به في خلال الأسبوع الماضي من فضلك ضع علامة في الخانة الصحيحة.

الرقم	البند	دائماً	بعض الأحيان	لا
01	ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها			
02	أنا جيداً .			
03	أشعر بأنني سوف أبكي .			
04	أحب أن أخرج في الشارع للعب .			
05	أرغب في الهروب بعيداً .			
06	أتمتع بطاقة كبيرة .			
07	تصيبني آلام في المعدة .			
08	استمتع بالأكل.			
09	أستطيع القيام بخدمة نفسي .			
10	أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .			
11	أفعل الأشياء بشكل جيد .			
12	استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق			
13	أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .			
14	أحلم أحلام مزعجة.			
15	أشعر بالوحدة الشديدة .			
16	من السهولة أن أبتهج			
17	أشعر بالتعاسه لدرجة لا تطاق			
18	أشعر بالملل .			

ملحق رقم (4) مقياس كوبر سميث

التعليمة

الاسم

السن

اقرأ بتأني بهدوء قبل الإجابة:

في الصفحات التالية تجد عبارات تعبر عن المشاعر، أو ردود أفعالك، اقرأ هذه العبارات بهدوء.

عندما تكون العبارة تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (×) في الخانة التي تحمل كلمة "أوافق"

عندما تكون العبارة لا تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (×) في الخانة التي تحمل كلمة "لا أوافق"

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقني الأشياء عادة		
2	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل		
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6	أضايق بسرعة في المنزل		
7	أحتاج وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة		
8	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني		
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	استسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	يتبع زملائي أفكارني عادة		
15	لا اقدر نفسي حق قدرها		
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		
17	اشعر بالضيق في المدرسة غالبا		
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة		
20	تفهمني عائلتي		
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني		
22	أشعر عادة بأن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية		
23	لا ألقى التشجيع في غالبا المدرسة		
24	ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر		
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي		

ملحق رقم (05) جدول الملاحظة المباشرة

المتابعة الثانية	المتابعة الأولى (القياس التتبعي)	نهاية العلاج مرحلة التقويم (القياس البعدي)	أثناء العلاج (المعرفي السلوكي)	أثناء المقابلات التشخيصية (القياس القبلي)	الفترة
					1-المظهر الخارجي اللباس النظافة
					2- التعبير الجسدي: الاتصال بالعين الوضعية الجسدية التعبير الوجهي
					3- الحديث: الحجم الصوت الطلاقة اللفظية
					4- التفاعل مع الأخصائية النفسية: اتصال مباشر طريقة الاستجابة للمقياس
					5- النشاط الجسدي و الحركي

الملحق رقم (06) استمارة التحليل العقلاني لبيك BECK

الاسم و اللقب:..... التاريخ:.....

الوضعية	الانفعالات	الأفكار الأوتوماتيكية	الاستجابة العقلانية	النتائج
وصف: *الحدث المحدد المؤدي إلى الانفعال السيئ	1- تحديدها:.....	أكتب الفكرة الأوتوماتيكية التي تسبق الانفعال:	أكتب الفكرة المنطقية الناجمة التي تجيب على الفكرة الأوتوماتيكية.....	قيم مستوى اعتقادك للفكرة الأوتوماتيكية 100 - 0
* الأفكار الذكريات التي تنتج الانفعالات السلبية	2- تقييم حدة الانفعال: 100 - 0	قيم مستوى اعتقادك في الفكرة الأوتوماتيكية 100-0	قيم مستوى اعتقادك في الفكرة المنطقية 100 - 0	حدد و قيم الانفعالات التي تنتج.

ملحق رقم (07) تمرين لتنظيم التنفس
إعداد : جمعية la sarp مأخوذ عن مصطفى المصري

تمرين لتنظيم التنفس

- خذ نفسا عميقا و أبقه في صدرك لبعض الوقت أرخ عضلات بطنك و دعها تتمدد إملأ صدرك و بطنك بالهواء.
- أخرج الهواء من صدرك ببطء، وعد من 1 إلى 5 خلال ذلك.
1....2....3....4....5....
- أبق في هذا الوضع مدة قصيرة بينما تعد من 1 إلى 5.
- الآن أعد التنفس مرة أخرى: شهيق، زفير 5. 4. 3. 2. 1.
- جيّد.

تعليمة الاسترخاء:

تخيل مكان جميل وضعية مريحة، مكان آمن أين تحس بالسعادة والأمان...تخيل أنك داخل هذه الفقاعات مثلا تطير وأنت هادئ ...

ملحق رقم (08) نموذج تحكيم المقاييس النفسية المطبقة في البحث

اسم ولقب الأستاذ:

الدرجة العلمية:

التخصص العلمي:

القسم:

الجامعة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته؛

أنا بصدد تحضير رسالة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه تحت عنوان: **فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي بالجزائر.**

أقدم إليكم زملائي الأساتذة الكرام بهذه المقاييس المعتمدة في موضوع البحث المذكور بهدف التحكيم وهذا بوضع X في الخانة التي تراها مناسبة حيث لدينا خانة لمدى مناسبة العبارة أو عدم مناسبة، وخانة أخرى لمدى وضوح العبارة أو عدم وضوحها، ثم لدينا خانة أخرى خاصة بالملاحظات التي يمكن أن تقترحها حول العبارة التي لا تناسب أو العبارة غير الواضحة. كما يرجى من الأساتذة الكرام إعطاء ملاحظاتهم حول محتوى البرنامج العلاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي المقدم للضحايا.

شكرا مسبقا على مساعدتكم.

فيما يلي التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث:

الطفولة المتأخرة:

هي المرحلة التي تقع بين 09- 12 سنة وهي مرحلة ما قبل المراهقة وهي التي تقابل ثلاث صفوف الأخيرة من الطور الابتدائي

الاعتداء الجنسي:

الاعتداء الجنسي على الطفل عمل أو فعل مقصود إرادي يتمثل في ممارسة علاقة جنسية، نشاط جنسي أو سلوك جنسي مع الطفل لهدف إشباع رغبات جنسية من قبل الشخص البالغ، والذي لاحظنا أثاره المعنوية والمادية على شخص الطفل بحيث تترك هذه العلاقات الجنسية اثر على الصحة النفسية للطفل

السلوك:

نقصد بالسلوك هو السلوك الخارجي الذي يمكن ملاحظته ومشاهدته من أفعال وحركات يظهر في الاستجابات الداخلية والخارجية الغير سوية التي يظهرها الطفل نتيجة تعرضه لمثيرات البيئة.

تعديل السلوك:

أسلوب أو طريقة يستخدم مع أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، وذلك لإكسابهم المهارات اللازمة للسلوك التكيفي، و نعني به استخدام مختلف التقنيات العلاجية والتدريبية للتعليم التي تهدف إلى تغيير السلوك المنحرف أو غير المرغوب فيه، وتحويلها إلى أشكال السلوك المرغوب فيه، بحيث تهدف إلى تثبيت السلوك المرغوب فيه عند الطفل للمحافظة على استمرار يته، وذلك بالاعتماد على مبادئ واستراتيجيات نظريات التعلم.

يتمثل السلوك المرضي في هذه الدراسة في:

السلوك العدواني: أذى جسمي مادي نفسي على الطفل أو الغير

السلوك التمردى: الهروب من المدرسة

السلوك الانسحابي: الخجل الانعزال عن الآخرين

السلوك المنحرف: تعاطي المخدرات، السرقة، انحرافات جنسية مختلفة

ونعني بالسلوك السوي قدرة الطفل في الاعتماد على ذاته، والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية.

برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

يعني مساعدة الطفل الذي تعرض إلى الاعتداء الجنسي من خلال توظيف برنامج علاجي اعتمادا على تقنيات علاجية سلوكية تتمثل في التدريب على بعض التقنيات كالاسترخاء، اكتساب المهارات الاجتماعية و لعب الدور وعلى تقنيات معرفية تتمثل في إعادة البناء المعرفي لبيك وتغيير الأفكار السلبية وحل محلها أفكار أكثر ايجابية وعلى أسلوب النمذجة لألبرت باندورا، وهذا بالاعتماد على استراتيجيات المقابلات التشخيصية والعلاجية والمتابعة والتقويمية من بداية العلاج إلى نهايته منطلقين من القياس القبلي والبعدى عن طريق تحديد الخط القاعدي لكل مرحلة.

الفرضية العامة:

- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل السلوك المرضي للطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.

الفرضيات الجزئية:

- 1 يساعده محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة عند الطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعده محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب عند الطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعده محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات عند الطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.

مقياس كرب ما بعد الصدمة

إعداد: نعمات شعبان علوان

عزيزي: أمامك مجموعة من العبارات التي تقيس ردود الفعل على الأحداث الصعبة التي قد يتعرض لها من هم في سنك. الرجاء وضع علامة (X) حول الإجابة التي تراها مناسبة لك، علما انه لا توجد اجابة صحيحة او خاطئة.

الرقم	العبارات	مدى مناسبة العبارة		مدى وضوح العبارة		الملاحظات
		مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
1	أجد صعوبة في التركيز					
2	أتجنب كل ما يذكر بالحدث الصارم					
3	أعاني من مشاكل في التعليم عند التفكير بالحدث					
4	أعاني من قلق أثناء النوم					
5	أحب الابتعاد عن الأشخاص					
6	زادت عصبيتي وأصبحت متقلب المزاج					
7	أخاف من الوحدة					
8	تأثيتني كوابيس أثناء النوم					
9	أقبل على نفسي أثناء النوم					
10	أقبل على نفسي نهارة بصورة لا إرادية					
11	أحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة					
12	أنام نوما متقطعا					
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة					
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين					
15	يأثيتني شعور كما لو أن الحدث موجود					
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني					
17	أتردد في اتخاذ القرار الذي يخصني					
18	اشعر بالذنب					
19	أصبحت غير مبال بشيء					
20	عندما أتذكر الحدث اضرب الحائط بيدي بعنف					

مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال

ترجمة عبد العزيز ثابت

التعليمة:

عزيزي عزيزتي : أمامك مجموعة من الأسئلة تتعلق بما تشعر/ي به في خلال الأسبوع الماضي من فضلك ضع علامة (X) في الخانة المناسبة، علما انه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

ملاحظات	مدى وضوحها		مدى مناسبتها		العبارات
	واضحة	غير واضح	غير مناسب		
					1- ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها
					2- أنام جيداً .
					3- أشعر بأنني سوف أبكي .
					4- أحب أن أخرج في الشارع للعب .
					5- أرغب في الهروب بعيداً .
					6- أتمتع بطاقة كبيرة .
					7- تصيبني آلام في المعدة .
					8- استمتع بالأكل.
					9- أستطيع القيام بخدمة نفسي .
					10- أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .
					11- أفعل الأشياء بشكل جيد .
					12- استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق
					13- أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .
					14- أحلم أحلام مزعجة .
					15- أشعر بالوحدة الشديدة .
					16- من السهولة أن أبتهج
					17- أشعر بالتعاسه لدرجة لا تطاق
					18- أشعر بالملل .

مقياس كوبر سميث
ترجمة: ليلي عبد الحميد

الاسم

السن

التعليمة

اقرأ بتأني بهدوء قبل الإجابة:

في الصفحات التالية تجد عبارات تعبر عن المشاعر، أو ردود أفعالك، اقرأ هذه العبارات بهدوء. عندما تكون العبارة تصف ما تفكر فيه عادة أو ردوك أفعالك، ضع علامة (X) في الخانة التي تحمل كلمة "أوافق"

عندما تكون العبارة لا تصف ما تفكر فيه عادة أو ردوك أفعالك، ضع علامة (X) في الخانة التي تحمل كلمة "لا أوافق"

الرقم	العبارات	مناسبة العبارة		وضوح العبارة		ملاحظات
		مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
1	لا تضايقني الأشياء عادة					
2	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل					
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي					
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي					
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي					
6	أتضايق بسرعة في المنزل					
7	أحتاج وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة					
8	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني					
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة					
10	استسلم بسهولة					
11	تتوقع عائلتي مني الكثير					
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا					
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي					
14	يتبع زملائي أفكارني عادة					
15	لا اقدر نفسي حق قدرها					

16	أود كثيرا لو أترك المنزل	
17	اشعر بالضيق في المدرسة غالبا	
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	
20	تفهمني عائلتي	
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني	
22	أشعر عادة بان عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية	
23	لا ألقى التشجيع في غالبا المدرسة	
24	ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	

البرنامج العلاجي المطبق (الصورة الأولية)

نوع المقابلة	رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
المقابلات التشخيصية	الأولى	كسب ثقة الطفل وعائلته التعرف على المشكلة	المقابلة العيادية الملاحظة السلوكية رسم حر للطفل	لم يتم تحديد مسبقا	ثنائية
	الثانية	الكشف عن الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل أفكار، انفعالات وسلوكيات المرضية الوقوف على الخط القاعدي الأول للمشكل	المقابلة العيادية الملاحظة السلوكية تطبيق التحليل الوظيفي نموذج سبكا مع الطفل تطبيق المقاييس النفسية	60 دقيقة	فردية
	الثالثة	تعريف المختصة للطفل بالأعراض المرضية وعرض محتوى البرنامج إبرام العقد العلاجي: الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية	المقابلة العيادية الملاحظة السلوكية القيام بالعقد العلاجي مع الطفل	60 دقيقة	ثنائية
المقابلات العلاجية	الرابعة	الاسترخاء يساعد على خفض استجابات الخوف والقلق لدى الطفل والإحساس بالراحة النفسية .	تدريب الطفل على التنفس البطني كبداية لتطبيق الاسترخاء معه. استخدام التشجيع للوصول إلى الاستجابة المطلوبة	60 دقيقة	فردية
	الخامسة	مساعدة وتشجيع الطفل على التحدث عن الاعتداء الذي تعرض له دون خوف وارتباك. اللعاب يساعد على التخفيف من العداية ومشاعر الذنب خفض الأعراض السلوكية والانفعالية الناتجة عن الاعتداء.	الملاحظة السلوكية المباشرة تدريب المفحوص على اللعب بالعجينة مع العلاب معينة سرد القصص	60 دقيقة	فردية
	السادسة	تعديل الأفكار السلبية تجاه الذات العالم والمستقبل إلى أفكار إيجابية.	التدريب على الأفكار الإيجابية والتفكير المنطقي الواجب المنزلي الرسم الجماعي مع التلوين	60 دقيقة	فردية
الثامنة الى التاسعة	السابعة	تعزيز إمكانية عدم تعرض الطفل للاعتداء مرة أخرى.	تدريب الطفل على كيفية حماية الذات	60 دقيقة	فردية
		تعليم الطفل إستراتيجية حماية الذات و تعزيز الثقة في النفس.	التدريب على الرفع من تقدير الذات تغير من العادات السيئة إعادة تطبيق المقياس	60 دقيقة	فردية

فردية	60 دقيقة	التدريب على المهارات الاجتماعية التدريب على لعب الدور	خفض الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب لدى الأطفال الضحايا. إدارة الانفعالات وتحسين الوظائف الاجتماعية ومواجهة الاستجابات السلبية من الأقران. زيادة الثقة بالنفس وبالأخرين وتحسين تقدير الذات لديه.	العاشرة إلى الثاني عشر	
فردية	60 دقيقة	التدريب على النمذجة	تغير أنماط التفكير السيئة غير السوية حول الآباء المتعدين لأطفالهم والتي تؤدي بالطفل لهزيمة الذات. التعامل مع مثيرات الخوف والقلق	الثالث عشرة إلى الخامسة عشرة	
فردية	60 دقيقة	إعادة تطبيق نموذج سيكا ومقياس الاكتئاب	مرحلة نهاية العلاج مراجعة وتلخيص ما دار في الجلسات السابقة	السادسة عشر	
ثنائية	60 دقيقة	التأكد من فعالية البرنامج	مرحلة التقييم	السابعة عشر الثامنة عشر	مقابلات التقييم
فردية ثنائية	60 دقيقة	التأكد من استمرارية فعالية البرنامج	مرحلة المتابعة	التاسعة عشر الواحد وعشرون	مقابلات المتابعة بعد شهرين

ملحق رقم (09) قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	اسم الأستاذ المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	اسم الجامعة
01	ناصر ميزاب	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
02	كلتوم بلميهوب	أستاذة التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
03	حسيبة برزوان	أستاذة محاضرة أ	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
04	ساجية مخلوف	أستاذة محاضرة أ	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
05	أحمد فاضلي	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
06	صبرينة قهار	أستاذة محاضرة ب	علم النفس الصدمي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
07	كريمة طوطاوي	أستاذة محاضرة ب	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
08	نسيمة وندلوس	أستاذة محاضرة ب	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
09	فتيحة فضيلي	أستاذة محاضرة ب	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو

ملحق رقم (10) نتائج تحكيم المقاييس النفسية
مقياس الضغط ما بعد الصدمة

الرقم	العبارات	نسبة الاتفاق	القرار	العبرة بعد التعديل
01	أجد صعوبة في التركيز	%100	تثبيت	/
02	أتجنب كل ما يذكر بالحدث الصارم	%100	تعديل	أتجنب كل ما يذكرني بالحدث الصادم
03	أعاني من مشاكل في العليم عند التفكير بالحدث	%100	تعديل	أعاني من صعوبة في التعلم عند التفكير بالحدث
04	أعاني من قلق أثناء النوم	%100	تعديل	اشعر بالقلق أثناء النوم
05	أحب الابتعاد عن الأشخاص	%100	تعديل	ارتاح بتجنب الآخرين
06	زادت عصبيتي وأصبحت متقلب المزاج	%100	تعديل	اشعر بأحاسيس متناقضة
07	أخاف من الوحدة	%100	تعديل	أخاف من البقاء وحيدا
08	تأتيني كوابيس أثناء النوم	%100	تثبيت	/
09	أقبل على نفسي أثناء النوم	%100	تثبيت	/
10	أقبل على نفسي نهارا بصورة لا إرادية	%100	تثبيت	/
11	أتحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة	%100	تثبيت	/
12	أنام نوما متقطعا	%100	تثبيت	/
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة	%100	تثبيت	/
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين	%100	تثبيت	/
15	يأتيني شعور كما لو أن الحدث موجود	%100	تعديل	يأتيني شعور كما لو أن الحدث حصل الآن
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني	%100	تثبيت	/
17	أتردد في اتخاذ القرار الذي يخصني	%100	تعديل	يصعب علي اتخاذ قرارات تهمني
18	اشعر بالذنب	%100	تعديل	أحس بالذنب
19	أصبحت غير مبال بشيء	%100	تعديل	أصبحت لا اهتم بشيء
20	عندما أتذكر الحدث اضرب الحائط بيدي بعنف	%100	تثبيت	/

مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الاطفال

الرقم	العبارة	نسبة الاتفاق	القرار	العبارة بعد التعديل
1	ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها	100%	تعديل	ما زلت أرى الأشياء في حياتي كما تعودت عليها
2	أنا جيداً .	100%	تثبيت	/
3	أشعر بأنني سوف أبكي .	100%	تثبيت	/
4	أحب أن أخرج في الشارع للعب.	100%	تعديل	أحب اللعب في الشارع
5	أرغب في الهروب بعيداً .	100%	تثبيت	/
6	أتمتع بطاقة كبيرة .	100%	تثبيت	/
7	تصيبني آلام في المعدة .	100%	تعديل	أعاني من آلام في المعدة
8	استمتع بالأكل.	100%	تثبيت	/
9	أستطيع القيام بخدمة نفسي .	100%	تعديل	أستطيع الاعتناء بنفسني
10	أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .	100%	تثبيت	/
11	أفعل الأشياء بشكل جيد .	100%	تثبيت	/
12	استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق	100%	تعديل	استمتع بأداء الأشياء كما كنت في السابق
13	أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .	100%	تثبيت	/
14	أحلم أحلام مزعجة.	100%	تعديل	أعاني من أحلام مزعجة
15	أشعر بالوحدة الشديدة .	100%	تثبيت	/
16	من السهولة أن أبتهج	100%	تعديل	أبتهج بسهولة
17	أشعر بالتعاسة لدرجة لا تطاق	100%	تعديل	أشعر بالحزن لدرجة لا تطاق
18	أشعر بالملل .	100%	تثبيت	/

نتيجة تحكيم مقياس كوبر سميث

الرقم	العبارات	نسبة الاتفاق	القرار	العبارة بعد التعديل
01	لا تضايقتني الأشياء عادة	100%	تعديل	عادة لا تضايقتني الأشياء
02	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل	100%	تثبيت	/
03	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي	100%	تثبيت	/
04	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي	100%	تثبيت	/
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي	100%	تثبيت	/
06	أتضايق بسرعة في المنزل	100%	تثبيت	/
07	أحتاج وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة	100%	تعديل	أحتاج لوقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديد
08	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني	100%	تثبيت	/
09	تراعي عائلتي مشاعري عادة	100%	تعديل	عادة تراعي عائلتي مشاعري
10	استسلم بسهولة	100%	تثبيت	/
11	تتوقع عائلتي مني الكثير	100%	تثبيت	/
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا	100%	تثبيت	/
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي	100%	تثبيت	/
14	يتبع زملائي أفكاري عادة	100%	تعديل	عادة يتبع زملائي أفكاري
15	لا أقدر نفسي حق قدرها	100%	تثبيت	/
16	أود كثيرا لو أترك المنزل	100%	تثبيت	/
17	أشعر بالضيق في المدرسة غالبا	100%	تعديل	غالبا ما أشعر بالضيق في المدرسة
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	100%	تعديل	مظهري ليس جميلا كغيري من الناس
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	100%	تعديل	إذا كان لدي شيء أود قوله فاني أقوله عادة
20	تفهمني عائلتي	100%	تثبيت	/
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني	100%	تثبيت	/
22	أشعر عادة بأن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية	100%	تثبيت	/
23	لا ألقى التشجيع في غالبا المدرسة	100%	تعديل	غالبا لا أتلقي التشجيع في المدرسة
24	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	100%	تثبيت	/
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	100%	تثبيت	/

ملحق رقم (11) مقياس الضغط ما بعد الصدمة

إعداد: نعمات شعبان علوان

(النسخة النهائية)

عزيزي: أمامك مجموعة من العبارات التي تقيس ردود الفعل على الأحداث الصعبة التي قد يتعرض لها من هم في سنك في أوقات الحروب خلال الشهر الماضي . الرجاء وضع علامة × حول الإجابة التي تراها مناسبة لك.

الرقم	العبارات	قليلا	أحيانا	بعض الوقت	اغلب الوقت
1	أجد صعوبة في التركيز				
2	أتجنب كل ما يذكرني بالحدث الصادم				
3	أعاني من صعوبة في التعلم عند التفكير بالحدث				
4	أشعر بالقلق أثناء النوم				
5	ارتاح بتجنب الآخرين				
6	أشعر بأحاسيس متناقضة				
7	أخاف من البقاء وحيدا				
8	تأتيني كوابيس أثناء النوم				
9	أقبل على نفسي أثناء النوم				
10	أقبل على نفسي نهارا بصورة لا إرادية				
11	أتحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة				
12	أنام نوما متقطعا				
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة				
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين				
15	يأتيني شعور كما لو أن الحدث حصل الآن				
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني				
17	يصعب علي اتخاذ قرارات تهمني				
18	أحس بالذنب				
19	أصبحت لا أهتم بشيء				
20	عندما أتذكر الحدث أضرب الحائط بيدي بعنف				

ملحق رقم (12) مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال
ترجمة د. عبد العزيز ثابت
(النسخة النهائية)

العمر: _____ الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى

عزيزي/ عزيزتي

أمامك مجموعة من الأسئلة تتعلق بما تشعر/ي به في خلال الأسبوع الماضي من فضلك ضع علامة (X) في الخانة المناسبة، علما انه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

البند	دائما	بعض الاحيان	لا
1- ما زلت أرى الأشياء في حياتي كما تعودت عليها			
2- أنام جيداً .			
3- أشعر بأنني سوف أبكي .			
4- أحب اللعب في الشارع.			
5- أرغب في الهروب بعيداً .			
6- أتمتع بطاقة كبيرة .			
7- أعاني من ألام في المعدة.			
8- استمتع بالأكل.			
9- استطيع الاعتناء بنفسي.			
10- أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .			
11- أفعل الأشياء بشكل جيد .			
12- استمتع بأداء الأشياء كما كنت في السابق.			
13- أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .			
14- أعاني من أحلام مزعجة.			
15- أشعر بالوحدة الشديدة .			
16- ابتهج بسهولة.			
17- اشعر بالحزن لدرجة لا تطاق			
18- أشعر بالملل .			

ملحق رقم (13) مقياس تقدير الذات لكوبر سميث

ترجمة: ليلي عبد الحميد

(النسخة النهائية)

الاسم:

السن

التعليمة

اقرأ بتأني بهدوء قبل الإجابة:

في الصفحات التالية تجد عبارات تعبر عن المشاعر، أو ردود أفعالك، اقرأ هذه العبارات بهدوء.

عندما تكون العبارة تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (X) في الخانة التي تحمل كلمة "أوافق"

عندما تكون العبارة لا تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (X) في الخانة التي تحمل كلمة "لا أوافق"

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	عادة لا تضايقني الأشياء		
2	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل		
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6	أتضايق بسرعة في المنزل		
7	أحتاج لوقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديد		
8	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني		
9	عادة تراعي عائلتي مشاعري		
10	استسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	عادة يتبع زملائي أفكارني		
15	لا اقدر نفسي حق قدرها		
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		
17	غالبا ما اشعر بالضيق في المدرسة		
18	مظهري ليس جميلا كغيري من الناس		
19	إذا كان لدي شيء أود قوله فاني أقوله عادة		
20	تفهمني عائلتي		

		معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
		أشعر عادة بأن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية	22
		غالبا لا أتلقى التشجيع في المدرسة	23
		ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

ملحق رقم (14) البرنامج العلاجي المطبق في البحث (النسخة النهائية)

الجلسة الأولى:

أ - كيفية سير الجلسات التشخيصية

الجلسة الأولى:

الموضوع: التعارف وبناء العلاقة العلاجية مع الطفل وعائلته

أهدافها:

- بناء العلاقة العلاجية من خلال كسب ثقة الطفل وعائلته.
- تعريف الطفل سبب تواجده بالشبكة وبدورها تجاه الأطفال والتعرف على المشكلة
- التأكيد للطفل ولعائلته على أخلاقيات المهنة وسرية المعلومات
- التعرف على المشكلة
- اقناع الطفل وعائلته بإمكانية الاستفادة من البرنامج وضرورة حضور الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز لتشجيع الطفل على الكلام

الإجراءات المتبعة:

- تقديم الباحثة نفسها (اسمها ، وظيفتها) للطفل ولعائلته(الأم)، وتقديم خدمات الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل.
- تتعرف الباحثة على الطفل من خلال ذكر اسمه وعمره، السنة التي يدرس فيها، عدد أفراد عائلته، مكان إقامته...
- الإصغاء الجيد الخال من أي أحكام مسبقة والتحلي بالموضوعية
- تدعو الباحثة والدة الطفل الحديث عن حياة الطفل قبل وبعد الاعتداء وجمع معلومات عن وضعية الطفل الحالية.
- تتحدث الباحثة عن البرنامج العلاجي المتكون من 21 جلسة بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع والذي يحتوى على مجموعة أنشطة وواجبات يقوم بها الطفل وضرورة متابعة العلاج.(تم تحديد 21 جلسة تبعا لقوة درجة اضطراب الحالة)

الجلسة الثانية:

الموضوع: تطبيق التحليل الوظيفي نموذج سیکا - تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب

أهدافها:

- الوقوف على الخط القاعدي الأول للمشكلة من خلال تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب.
- الكشف عن الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل أفكار، انفعالات والسلوكيات المرضية عن طريق نتائج تطبيق شبكة سیکا.
- الكشف عن العوامل التي تدعم بقاء الطفل في الوضعية الحالية التي يعيشها
- التعريف بالعلاج السلوكي المعرفي ودوره في التخفيف من درجة بعض الاضطرابات النفسية ودوره الفعال في تحسين تقدير الذات.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- تعزيز الثقة مع المفحوص، والاهتمام بالعلاقات والتفاعلات ما بين المختصة النفسية والطفل والتي يعتمد عليها نجاح البرنامج من خلال الترحيب به وشكره على حضور الجلسة في الوقت المطلوب
- تتحدث الباحثة عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض التي تصاحبه كالاكتئاب والشعور بالذنب الناتجة من الحدث الصدمي الذي يتعرض إليه الشخص وتوعية الطفل بان ما حدث له عبارة عن حادثة يستطيع تجاوزها، وهذا بمساعدة الأم القائمة على رعاية ابنها.
- تبيان للام والطفل أهمية استخدام الاختبارات النفسية في التدخل العلاجي، باعتبارها أحد الأدوات التي ستساعدنا على التشخيص
- استخدام التحليل الوظيفي بمراحله السبعة لساسلو وكونفار (Saslow et Confer 1969)، تم اختيار نموذج سیکا (SECCA) للوقوف حول تشخيص أعراض المفحوص المرضية(بحكم أن هذا النموذج يدرس الوضعية الحالية للمفحوص من اعتقادات، أفكار، انفعالات، تصورات والسلوكيات الصادرة من المفحوص وتفاعله مع البيئة(المحيط).
- قبل نهاية المقابلة تم تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان المتكون من 20 بند، و مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال والمتكون من 17 بند.
- تشكر الباحثة المفحوص وعائلته على كل المعلومات التي قدموها.

- تنتهي الحصة بتحديد موعد في الأسبوع المقبل.

الجلسة الثالثة:

الموضوع: الطفولة و أهمية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيض من مستوى الضغط عند الطفل
تطبيق مقياس تقدير الذات والقيام بالعقد العلاجي مع الطفل

أهدافها:

- تتحدث الباحثة عن مرحلة الطفولة وحاجياتها وخصائصها وتبيان أهميتها للطفل وللام وكيف يجب أن يعيشها
- تعريف المختصة للطفل وعائلته بالأعراض المرضية وعرض محتوى البرنامج العلاجي
- إبرام العقد العلاجي: من خلال عرض محتوى البرنامج، الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية والمهام المطلوبة بين الباحثة (مختصة نفسية) والطفل (المفحوص) ومشاركة أهل الطفل (الأم) في العقد العلاجي.
- تعريف المختصة للطفل بالأعراض المرضية
- تحمل الطفل جزء من المسؤولية من خلال القيام بالواجبات المنزلية ومتابعة تطبيق المهارات المطلوب تعلمها.
- كسب الثقة التامة للطفل وعائلته.
- معرفة درجة تقدير الذات عند الطفل من خلال تطبيق مقياس تقدير الذات الذي أعده كوبر سميث

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- تعريف المختصة للمفحوص بالأعراض المرضية التي يعاني منها و الدرجة التي سجلت على المقاييس التي طبقت على الطفل، و هذا لاستبصاره بحالته فيما بعد.
- توضيح سبب اضطراباته التي ترجع إلى كيفية تفكيره السلبي تجاه الذات و المحيط و المستقبل، و كيفية تفسيره لطبيعة أعراض مرضه و إدراكه لوضعيته المتمثلة في تعرضه لصدمة الاعتداء الجنسي، و أن الأحداث التي عاشها هي التي ولدت له ضغوطات نفسية
- تقديم مقياس تقدير الذات لكوبر سميث مع ذكر تعليمته و كيفية الإجابة عليه ومشاركة والدته الطفل أثناء التطبيق

- تعريف المفحوص بطريقة الواجبات المنزلية
- بناء العقد العلاجي مع المفحوص وعائلته؛ حيث تم الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية التي تدوم 45 دقيقة إلى ساعة للطفل و 15 دقيقة لأهل الطفل، و عدد الحصص اللازمة للوصول إلى الهدف الذي نريده والتي تقدر بـ 21 جلسة، نظام الحصص ، اتفقنا مع الطفل وأمه أن تكون حصة واحدة في الأسبوع ،كما تم الاتفاق حول المهام الذي ينتظر كل طرف، وأن العملية العلاجية لا يكتمل نجاحها إلا بمشاركة المفحوص وعائلته في ذلك، تم الاتفاق أيضا على التقنيات التي ستوظف في العملية العلاجية ، كذلك تم توضيح الأهداف التي نريد الوصول إليها، و هو تعديل سلوكاته السلبية من خلال التخفيف عن أعراض الاضطرابات النفسية التي يعانيها أو القضاء عليها، وهذا بالتعاون بين الطرفين، كما تم توضيح التقنيات التي تستعمل في العلاج السلوكي المعرفي ، كانت إجابة المفحوص على هذا العقد بالقبول والموافقة عليه خاصة من قبل أم الطفل حيث اظهروا فرحة كبيرة
- فيما يلي نذكر أهم السلوكات المستهدفة والمشكلات المرغوب علاجها وأهم التقنيات والأساليب العلاجية التي اختيرت لمساعدة الطفل.

جوانب السلوك المستهدف و التقنيات العلاجية

السلوك المستهدف والمشكلات المرغوب التخلص منها	التقنيات والأساليب العلاجية
التخفيف من القلق والضغط والتوتر مواجهة المواقف الصعبة والحرجة، المخاوف...	التدريب على الاسترخاء وحل المشكلات
العمل على رفع تقدير الذات والتخفيف من الحزن والكآبة الصراعات الاجتماعية، الاندفاعية و العدوان، الخوف والفشل المدرسي، النشاط الزائد وضعف الدافعية للعمل.	التدريب على تغيير الأفكار السلبية تجاه الذات من خلال تعديل الأفكار الأوتوماتيكية المختلة عقليا الناقدة للذات وضبط الذات (الحوار الداخلي)
نواحي الضعف في السلوك الاجتماعي (الخجل ، العجز عن التعبير عن النفس، التعامل مع التهديدات الخارجية...) التخفيف من العزلة الاجتماعية والشعور بالذنب	التدريب على لعب الدور وتعلم المهارات الاجتماعية
المخاوف المرضية، القلق، العزلة، التجنب الاجتماعي والتعامل الاجتماعي مع مواقف التهديد.	التدريب على تقنية التحصين التدريجي- التعريض لمنبه غير مرغوب- (نزع الحساسية المنتظم)

والاسترخاء وعلى النمذجة	
التدريب على التعزيز الايجابي والرمزي	النشاط الزائد، المخاوف المدرسية، المشكلات الصحية كالتبول اللاإرادي، اضطرابات الأكل، اضطرابات السلوك (السرقة، الكذب...) اكتساب المهارات الاجتماعية (الحديث، الابتسامه...) والمهارات الحركية (تنظيف الملابس ...)

فيما يلي سنتطرق إلى الحديث عن الحصص العلاجية المستخدمة في البحث:

ب - كيفية سير المقابلات العلاجية (عددها 13 جلسة):

الجلسة الرابعة:

الموضوع: تدريب الطفل على التنفس البطني كبداية لتطبيق الاسترخاء معه.

أهدافها:

- خفض استجابات الخوف والقلق لدى الطفل والإحساس بالراحة النفسية وذلك باستخدام التشجيع للوصول إلى الاستجابة المطلوبة
- توعية العائلة بأهمية الاسترخاء في حياة الطفل من حيث أنها تقنية علاجية تسعى للقضاء على الضغوطات النفسية عند الطفل في نفس الوقت هو يمارس تقنية أخرى تساعد على التنفيس الانفعالي المتمثل في اللعب

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز- الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تسعى الباحثة إلى توضيح نوع اضطراب المفحوص و أعراضه، مصدره و نتائجه التي تظهر على الصحة النفسية للطفل
- التركيز على كيفية استجابة الطفل الذي تعرض لصدمة الاعتداء الجنسي قصد إقناعه بأعراضه و بمفهوم مرضه و توضيح مجرى حالته الصحية حسب النتائج التي أسفرت عنها شبكة سيكا
- تدعو الباحثة الطفل إلى ضرورة المتابعة النفسية والالتزام بالمواعيد

- الوقوف على الأفكار المعرفية السلبية و السلوكات و الانفعالات السلبية التي أسفرت عنها شبكة سيكا و تحليلها و توضيحها للمفحوص و محاولة تعديلها
- مناقشة نتائج مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، إذ أن لهذه النتائج علاقة بالأفكار السلبية التي كان يتبناها و التي بإمكانه أن يغيرها تدريجيا لتصبح أكثر إيجابية
- تدريب المفحوص على التنفس البطني.
- استخدام التشجيع والتعزيز في محاولات المفحوص كي يصل ويضمن التنفس المطلوب، حيث كنا نطلب من المفحوص وضع يده على صدره ويد أخرى على بطنه ثم نطلب منه أن يستنشق بعمق، ونلح أن يبقى في حالة شعور وإحساس بأن يده على بطنه (خذ نفسا عميقا وأبقه في صدرك لبعض الوقت)، ثم نطلب منه أن يخرج الهواء المستنشق بهدوء(أنظر ملحق رقم 07)
- التحدث عن تقنية الاسترخاء كتقنية للتخفيف من الضغط و التوتر العصبي لمدة 15 دقيقة، كما تم ذكر فوائدها و نتائجها على الصحة النفسية و العقلية؛ فهي تعمل على إزالة الإجهاد النفسي و الجسمي و الشعور بالأرق و التعب والقلق ومخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار وما ينتج عنه من اضطرابات نفسية فيسيولوجية مثل قرحة المعدة، ألأم الرأس، وقد تم التدريب عليها في مرحلة مبكرة من العلاج لكونه يعمل على تهدئة الطفل.
- تدريب المفحوص على التنفس البطني كبداية للدخول في الاسترخاء حيث تم اجراؤها في المكتب عبارة عن اخذ كأس به قطرة صابون يضاف إليها الماء فيتشكل لدينا فقاعات ماء شفافة ويلعب بها المفحوص بعد رمى الواحدة تلو الأخرى مستخدما بذلك التنفس البطني.
- فكرة الاسترخاء تقوم على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي بحيث تكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق، فإذا تم تحويل حالة التوتر إلى حالة استرخاء وراحة فان التوتر لا يستمر على وضعيته بل يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الطفل وهذا ما يحقق التوافق مع الموقف الذي سبب القلق.
- إعطاء واجب منزلي وهو ضرورة ممارسة الاسترخاء في المنزل كلما تطلب الأمر ذلك، على الأقل مرتين في الأسبوع
- وتنتهي الحصة بتحديد موعد للأسبوع القادم.

الجلسة الخامسة:

الموضوع: التعرف على الحدث الصدمي الذي سبب الضغط ما بعد الصدمة وذكر أعراضه وأهمية كسر الصمت وتفريغ الانفعالات.

أهدافها:

- مساعدة وتشجيع الطفل على التحدث عن الاعتداء الذي تعرض له دون خوف وارتباك.
- تعديل الأفكار الأوتوماتيكية المختلة وظيفيا والمتعلقة بالموقف الصدمي المعاش التي تقف وراء ظهور الانفعالات والسلوكيات المرضية للطفل.
- اللعب يساعد على التخفيف من الشعور بالعدائية ومشاعر الذنب، كما يساعد على التنفيس عن المكبوتات
- خفض الأعراض السلوكية والانفعالية الناتجة عن الاعتداء.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز- الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة الجلسة باختبار الطفل المعتدى عليه لمدى فهمه لما قيل في الحصة السابقة و معرفة استجابته لحوار الجلسة السابقة
- تخصص الباحثة 5 دقائق في هذه الحصة لمعرفة مدى تنفيذ المفحوص للاسترخاء و تأثيرها عليها بإعطاء التغذية الرجعية
- تحاول الباحثة التعرف على الأفكار السلبية المتعلقة بالذات لدى المفحوص وهذا بالرجوع إلى أفكاره و تصوراتته تجاه الحدث الصدمي الذي تعرض إليه و كيفية تقييمه لنفسه
- تطلب الباحثة للمفحوص الحديث عن الموقف الصدمي المعاش عند الطفل وذكر انفعالاته، وتشجعه على ذلك من خلال ذكر الأفكار التي حضرت بباليه يوم الحادث، و حواراته مع ذاته، وهذا لهدف استخلاص الأفكار السلبية و انفعالاته الناتجة عن تفكيره.
- تقدم الباحثة للطفل نموذج لسجل الأفكار المختلة وظيفيا وإقناع المفحوص بكتابة المواقف التي تصادفه وذكر انفعالاته وكيفية الاستجابة لها لتناقش في الجلسة الموالية.
- تبيان للطفل انه لا يجب أن يلوم نفسه على انه السبب فيما حدث له لأنه مازال صغير فيجب أن يكمل حياته ويركز على دروسه كما أن هناك أطفال كثيرون يشاركونه في نفس المواقف التي صادفته في حياته(يجدر الإشارة إلى أن الباحثة اهتمت كثيرا بالمصطلحات التي تتحدث بها مع الطفل فمثلا

كانت تتجنب قول كلمة صدمة بدل ذلك كانت تذكر كلمة هذاك الموفق الى صرالك أو اعتداء جنسي تذكر حاجة ماشي مليحة) تجنبنا لأي مضاعفات أخرى للصدمة.

- التطرق إلى ذكر أعراض الضغط ما بعد الصدمة على حياة الطفل كالكوابيس والنبول ... وشرحها للطفل وإمكانية التغلب عليها والأسباب التي تكمن وراء اضطراباته.
- تسجل الباحثة كل السلوكات والانفعالات التي يظهر عليها المفحوص من خلال مراقبتها للتغيرات الفسيولوجية و الجسدية والانفعالية والسلوكية أثناء التحدث عن موقف الاعتداء وعلاقته بالمعتدي وكيفية إدراكه لردة فعل العائلة تجاه لوضعيته.
- تستعين الباحثة بالألعاب أو أشغال يدوية معينة كالمكعبات والرسم للتنفيس الانفعالي وللتخفيف من مشاعر العدائية والذنب والسلوكات العدوانية التي يعاني منها المفحوص.

الجلسة السادسة:

الموضوع: التعرف على الأفكار السلبية ومواجهتها

أهدافها:

- الوقوف على فوائد التخلص من التفكير السلبي
 - تعبير الطفل عن انفعالاته من خلال الأحداث التي تصادفه
 - تعديل الأفكار السلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل إلى أفكار ايجابية.
- الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز-الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بترحيب الطفل وتسليم الواجب المنزلي لتصحيحه أمام الطفل وتناقش أفكاره.
- تسعى الباحثة إلى توضيح العلاقة بين المواقف العنيفة و الانفعالات و السلوكات الناتجة عن الوضعية و الأفكار التي بادرت إلى ذهن المفحوص، و التي تصادفه في حياته اليومية.
- تشجيع المفحوص على التحكم و الضبط الداخلي و ملاحظة أفكاره المشوهة، و تدريبه على التفكير المنطقي و الحوار الذاتي الإيجابي، وهذا من خلال إعطائه واجبات منزلية، نظرا للدور الذي تلعبه في زيادة فعالية و تقدم العلاج سريعا، إذ أنها الفنية الوحيدة التي كنا نبدأ بها ونختم بها كل جلسة علاجية كما تساهم في درجة التعاون والألفة مع الطفل لكونها تقوي العلاقة العلاجية عندما نكلف

المفحوص بعمل واجبات منزلية، بالإضافة فهي تساهم في اكتشاف العوامل المتعلقة بالمشكلة التي يعاني منها المفحوص.

■ الإصرار على ضرورة تسجيل الأفكار الآلية المختلفة وظيفيا والمتعلقة بمشكلته مع توضيح كيفية إجرائها وكنا نقوم بمراجعتها في بداية كل جلسة فهي طريقة ممتازة لتحسين إدراك الأفكار الآلية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما تساهم في تعديل الأفكار التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة والحوار الذاتي بصفة عامة فهي تعمل على تعديل الأفكار بالتالي تعديل الانفعال والسلوك الذي هو محور بحثنا.

■ تسعى الباحثة إلى التخفيف عن أعراض الاكتئاب من خلال النظرة الايجابية للذات والمحيطين بالمفحوص وبالمستقبل الجميل الذي سينتظره عندما يكبر، وللوصول لهذا الهدف استعنا بتقنية الرسم الحر مع التلوين، مع مناقشة الرسومات أي إعطاء التغذية الرجعية للفاحصة، الهدف من وراء الرسم حب الحياة ورؤيتها بشكل ايجابي وتفريغ العدوانية أيضا.

■ تقوم الباحثة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في ذكر موقف يصادفه خارج مكتب الاستشارة النفسية وكتابة أفكاره السلبية يومها وكيف تم مواجهتها لتناقش في الجلسة اللاحقة.

الجلسة السابعة:

الموضوع: التدريب على كيفية حماية الذات وعلى مهارات حل المشكلة

أهدافها:

- الوقوف على مفهوم الطفل لذاته وكيفية إدراكه للمواضيع المحيطة به.
- تعزيز إمكانية عدم تعرض الطفل للاعتداء مرة أخرى

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز-الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الجلسة بالترحيب بالطفل ومناقشة الواجب المنزلي وكيفية الاستجابة للمواقف الذي صادفه الطفل.
- تسعى الباحثة في هذه الحصة إلى معرفة درجة النجاح التي حققها المفحوص في تغيير أفكاره السلبية بالأفكار الإيجابية، فكل تفكير إيجابي يتبع بتشجيع و تعزيز لفظي من قبل الفاحصة.
- الاعتماد على التعزيز الكلامي للمفحوص مثلا " أنت تستطيع تجاوز هذه الأحداث"، "أنت تملك الإرادة في التغيير".

- تعليم المفحوص مهارات حل المشكلة وبناء طرق للتعامل معها مع استخدام التعزيز في كل مرة يصل إلى النتيجة المرضية
- تدريب المفحوص على حماية الذات و تعزيز إمكانية عدم تعرضه للاعتداء مرة أخرى من خلال تدريبه على توجيه الذات وحمايتها من كل الأخطار التي قد تصادفه والاستجابة لها بشكل ايجابي، ومحاولة إدراكه أن جسمه ملك له ولا احد يجب أن يكشف عنه
- تقديم نماذج عن المواقف والمشكلات التي قد تواجه الطفل وكيفية حلها والتغلب عليها، وهذا من خلال إدراك وجود مشكلة أولاً فينتبه إلى انفعالاته وإلى المثير الذي يقلقه، بالتالي التوقف عن التفكير التلقائي من خلال قولنا له: قف وفكر قبل أن تتصرف بمعنى عليه أن يضبط النفس ليكسر الإثارة المفرطة التي تستثير سلوكيات غير مرغوبة فيها، فمن خلال التركيز يتم عرض المشكلة في شكل يمكن حلها بشكل ايجابي بهذا نحدد الهدف مما يسمح بالتفكير نحو السلوك العقلي، من جهة أخرى يفكر بالعواقب الناتجة عن السلوك فهذا سيكشف عن الفعل، مثلاً: يقدم إجابات عن الأسئلة مثل لماذا حدث لي هذا؟ كيف يمكنني الخروج من الموقف دون حدوث أذى أو خطأ، فمن خلال النظر إلى النتيجة السبب والعلاقة بينهما يتعلم من النتائج هل وصل إلى الاختيار الجيد أم لا إذ أن فهم الأخطاء يجنب لوم الذات بالتالي يعمل على تغيير التفكير السلبي، وهذا تبعاً لما تم تناوله في الحصة السابقة التي نتحدث حول ضرورة تعديل الأفكار السلبية.
- تنتهي الحصة بإعطاء الواجب المنزلي الذي يتمثل في كتابة المشكلات التي تعترضه وكيفية إيجاد حل لها، كما تشكر الباحثة الطفل وعائلته على الحضور والانضباط في المواعيد.

الجلسة الثامنة إلى التاسعة:

الموضوع: التعرف على معنى تقدير الذات وكيفية تحسينها، العلاقة بين الاضطراب النفسي وتقدير الذات، إعادة تطبيق المقاييس النفسية

أهدافها:

- التعرف على العوامل المؤثرة في تحسين تقدير الذات وعلاقة هذا المتغير بالاضطراب النفسي
- تعليم الطفل إستراتيجية حماية الذات و تعزيز الثقة في النفس.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار - التعزيز-الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة بالترحيب الطفل وعائلته، ثم تقوم بتلخيص ما جرى خلال الجلسة الماضية ومراجعة وتصحيح الواجب المنزلي.
- تسعى الباحثة إلى الرفع من تقدير الذات لدى المفحوص من خلال الوقوف على مفهوم الذات وضرورة الشعور بقيمتها وبكفاءتها من خلال الوقوف حول الصفات الإيجابية عند الطفل و شرح أهم مكونات تقدير الذات بطريقة بسيطة تسمح للطفل بفهمها والمتمثلة في الثقة بالنفس، الرضا الذاتي، حب الذات، تأكيد الذات، قبول الذات كما هي، الوعي بها و معرفتها، الاعتزاز بصورة الذات، تكوين أكبر قدر مستطاع من الأفكار الايجابية تجاه الذات، فكل ما يعاكس هذه المعايير ينعكس سلبا على تقدير الذات لذا استوجب عليه أن لا يرى نقائصه فقط على حساب الايجابيات التي يتمتع بها والتي لا يراها.
- استخدام تقنية إعادة البناء المعرفي للرفع من تقدير ذاته وخفض القلق والتوتر، والنظر إلى الأحداث المؤلمة التي عاشها كإحدى تجارب الحياة، كما تسعى الباحثة إلى تعديل نظرة الطفل السلبية لذاته والمحيط والمستقبل، بالإضافة إلى تغيير بعض العادات السلوكية لديه كالعوانية تجاه الإخوة أو الزملاء وتحسين مظهره الخارجي، التخلي عن السلوك الانسحابي بمعنى العمل على تغيير أفكاره السلبية في كل ما يحيط به والعمل على وعيه قدر المستطاع بذاته التي يجب أن ينظر إليها بنظرة ايجابية.
- تنتقل الباحثة إلى توضيح العلاقة الطردية القائمة بين تقدير الذات و الشعور بالقلق والحزن أي كلما انخفض تقدير ذاته أحس الطفل بارتفاع في درجة القلق وظهرت لديه علامات الحزن أكثر، وكلما ارتفعت درجة تقدير ذاته كلما شعر بالراحة وانخفضت علامات القلق والحزن لديه، بهذه العبارات المبسطة تمكن الطفل من إدراك أهمية تقدير الذات في الحياة.
- تطلب الباحثة من المفحوص القيام بالواجب المنزلي من خلال كتابة كل الصفات الايجابية والسلبية التي يتحلى بها بالمقابل يعدل الصفات السلبية ليتجنبها ويضعها داخل دائرة حمراء و يبقي على الصفات الايجابية لديه.
- في هذه الجلسة تم العودة إلى شبكة سيكا (SECCA) لاكتشاف التغير الذي حدث على أفكار المفحوص و انفعالاته و سلوكياته، كما تم إعادة تطبيق المقاييس المطبقة في البحث: مقياس الضغط

ما بعد الصدمة، مقياس بيرلسون للاكتئاب ،مقياس كوبر سميث لتقدير الذات لمعرفة التغير الذي طرأ على درجات المقاييس الثلاثة.

- تنتهي الجلسة بتحديد موعد للأسبوع القادم و بتعزيز كلامي تبين فيه الباحثة مقدرة المفحوص على تحسين تقدير ذاته مستقبلا و التقليل من درجة الضغط عليه.

الجلسة العاشرة إلى اثني عشرة:

الموضوع: اكتساب مهارات اجتماعية من خلال التدريب على لعب الدور

أهدافها:

- تعلم مهارات اجتماعية جديدة
- الدخول في مواقف اجتماعية بثقة كبيرة من خلال تكرار لعب الدور
- إحداث تغيرات معرفية وسلوكية من خلال تعزيز الحوار الداخلي مع الذات بالتالي القضاء على الأفكار اللاعقلانية.
- خفض الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب.
- زيادة الثقة بالنفس وبالأخرين وتحسين تقدير الذات.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- لعب الدور- التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالمفحوص وتبدأ بمناقشة الواجب المنزلي
- تسعى الباحثة في هذه الجلسة إلى تدريب المفحوص على أحد المهارات الاجتماعية و كيفية اكتسابها للتغلب على مشاعر الخوف والقلق في مواقف اجتماعية مثل مهارات الابتسامة، الضحك، تحية الآخرين، الاهتمام بالمظهر؛ التحدث مع استخدام التعزيز اللفظي... ، و هذا للتخفيف من الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب لدى الأطفال الضحايا.
- تقوم الباحثة بسرد بعض القصص: هل أنت خائف؟ من الخوف إلى الشجاعة، الصداقة، هذه القصص الصغيرة والمفيدة التي تمنح للطفل فرصة استحضار الأفكار والذكريات التي عاشها تلقائيا كما أنها تنمي عقل الطفل وتغذيه بأفكار وتجارب ومغامرات نهايتها الأمل والنجاح بعد مشقة.
- في هذه الجلسة اشتمل أسلوب تمثيل الأدوار على قيام الأطفال بأدوار الشخصيات الموجودة في بعض القصص التي تم سردها على الأطفال، حيث كانت الباحثة تقوم بسرد القصة مثلا من الخوف إلى الشجاعة، وأثناء القراءة يقوم الطفل بتمثيل الدور الذي تحدده له ، ويشتمل ذلك على إصدار

انفعالات والقيام بحركات مناسبة، وبعد الانتهاء من القصة يعطي للطفل الفرصة للاشتراك في لعب جماعي مع الإخوة، وقد أوضحت الملاحظات أن تمثيل الأدوار أثناء قراءة القصة أدى إلى زيادة حركة الطفل ونشاطه بالتالي خروجه من العزلة النفسية والكآبة التي يعاني منها.

■ تنتهي الجلسة بإعطاء موعد للأسبوع المقبل

الجلسة الثالثة عشرة:

الموضوع: التدريب على النمذجة

أهدافها:

- تغيير أنماط التفكير السيئة غير السوية حول الآباء المتعدين لأطفالهم والتي تؤدي بالطفل لهزيمة الذات.
- التعامل مع مثيرات الخوف والقلق من خلال تقديم بعض النماذج المماثلة لمشاكل الأطفال وضرورة تعديل أفكارهم وسلوكياتهم من خلال نماذج يدركها الطفل ويقتدي بها.
- التعرف على الأفكار العقلانية للنموذج الحي والاقتداء بها

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز- النمذجة- الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالطفل وتطلب منه مدى استفادته من الجلسات الماضية
- تسعى الباحثة في هذه الجلسة إلى تدريب الطفل على اكتساب سلوكيات مناقضة للقلق والتوتر عن طريق النمذجة بواسطة استخدام أفلام وأشرطة فيديو تتضمن تعريض الطفل إلى نماذج حية أو رمزية بحيث يظهرون سلوك اجتماعي مثل الصداقة، التعاون، التسامح، الأخذ والعطاء، طاعة الوالدين مصحوب بتدعيم لفظي خاصة فيما يخص سلوكياته ونشاطاته في المدرسة والمنزل، بالإضافة إلى كيفية مواجهة مثيرات الخوف والقلق ومناقشة أحداث القصة.
- استخدمت الباحثة النمذجة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية، من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتداء بها، بالتالي يتم تعريض المفحوص على النموذج المرغوب تعلمه فيقوم بتقليده بعد ملاحظته مع تعزيز أداءه للسلوك المرغوب، وقد استخدمته الباحثة كثيرا في خفض السلوك العدواني والانسحابي والتمردية وهي سلوكيات غير مرغوبة، فلكي يحدث التعلم بالنمذجة يجب الانتباه

للمنموذج بغية تعلمه ثم الاحتفاظ به في الذاكرة كما يجب على الطفل أن يدرك النموذج ماذا يعني، وسيتم مكافأته على أدائه الجيد في كل مرة.

- تنتهي الجلسة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في قراءة قصص معينة أو تطبيق سلوك محدد ثم مناقشة تعليقاتهم ومدى استفادتهم من طريقة التفكير المنطقية التي ميزت بطل الشخصية لتلك القصة، وهذا لمساعدة المفحوص على تغيير سلوكاته.

الجلسة الرابعة عشرة إلى الخامسة عشرة:

الموضوع: التدريب على التحسين التدريجي

أهدافها:

- التقليل من درجة الخوف والقلق من خلال تعلم استجابة الاسترخاء بدل الخوف
- التعبير الطفل عن مشاعره من خلال المرور إلى الفعل
- الوقوف على أهمية وفوائد التخلص من الأفكار السلبية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز-الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالطفل وتدعوه الى مناقشة وتصحيح الواجب المنزلي للحصة الماضية ومدى استفادته وتطبيقه للنماذج المعروضة عليه.
- تخصص الباحثة هذه الجلسة في تدريب المفحوص على التحسين التدريجي المنتظم-التخلص من الحساسية المفرطة-ويتم ذلك في الحالات التي يكون فيها سلوك الخوف المبالغ فيه قد اكتسب مرتبطا بحادثة معينة.
- تقوم الباحثة بعرض المفحوص بالتدرج للمواقف الأقل إثارة للخوف إلى أعلى مستوى في الشدة، بهدف إزالة الاستجابة المرضية لسلوك الخوف وإبدالها باستجابة الاسترخاء.
- تحاول الباحثة تعريض الطفل لموقف غير طبيعي يثير الخوف عنده مثلا قولها له اليوم سيأتي والدك ماذا ستقول له؟ ثم تسأله عن الأفكار الموجودة في باله عن هذا الموقف الذي يعتبره الطفل كموقف يهدده، يثير خوفه، وتبدأ الباحثة في مناقشة أفكاره واحدة تلو الأخرى.

- تقوم الباحثة بتذكير الطفل أسلوب حل المشكلة الذي تعلمه وتطلب منه التنفس العميق ثم إيقاف أفكاره وإعادة صياغتها بشكل ايجابي منطقي وهذا للتخلص من الأفكار التي تحبط الذات وتدمرها، وتدعو الطفل إلى ضرورة الضبط والتحكم الذاتي بهدف نزع الحساسية من الموقف المهدد وكيفية التعامل مع مثل هذه المواقف المحبطة للذات.
- قبل ختام الجلسة تطلب الباحثة من الطفل ذكر وكتابة التغير الذي حدث على معتقداته وأفكاره وسلوكاته في المفكرة اليومية الخاصة بهم.
- تنتهي الجلسة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في كتابة موقف يهدده وذكر الأفكار التي راودته وانفعالاته وكيف واجهه.

الجلسة السادسة عشرة:

الموضوع:مراجعة وتلخيص ما دار في الجلسات السابقة

أهدافها:

- مراجعة ما تم انجازه في الجلسات السابقة وما اشتملت عليه من تقنيات
- التركيز على أهم النقاط الأساسية في الجلسات السابقة
- إعطاء التغذية الرجعية عن مدى استفادة المفحوص

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطفل وعائلته وتشكرهم على الحضور.
- تقوم الباحثة بمراجعة ما تم انجازه في الجلسات الماضية وإعطاء التغذية الرجعية عن مدى استفادة المفحوص من خلال الوقوف على
 - ✓ أهمية الاسترخاء في الحياة
 - ✓ ضرورة تعديل الأفكار السلبية ومراقبة الأفكار الأوتوماتيكية وإخضاعها للمنطق
 - ✓ أهمية تقنية الضبط الداخلي وحل المشكلات
 - ✓ ضرورة تنمية الثقة بالنفس لمواجهة المشاكل التي قد تهدده في الحياة
 - ✓ ضرورة تنمية التواصل والتفاعل الاجتماعي في الحياة

- في نهاية الجلسة تشكر الباحثة الطفل على المشاركة في البرنامج العلاجي، تنتهي الجلسة بإعطاء موعد للجلسة المقبلة.

ت كفية سير مقابلات التقييم: خصصت لها الباحثة حصتين

الجلسة السابعة عشرة إلى الثامنة عشرة:

الموضوع: الختامية (تقييم البرنامج)

أهدافها:

- تهيئة الطفل لإنهاء البرنامج العلاجي
- تقديم تشكرات لمجموعة البحث
- تقييم فعالية البرنامج من خلال إعادة تطبيق نموذج سیکا والمقاييس النفسية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- المعززات

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالطفل وعائلته وتشكرهم على مشاركتهم في البرنامج وانضباطهم في المواعيد وفاعليتهم في تنفيذ الواجبات المنزلية التي أعطيت لهم وتخبر الطفل أنه الآن قادر على مواجهة أفكاره السلبية ولديه إمكانيات تساعد على مقاومة مشاكل الحياة و ما يحيط بها من أحداث مؤلمة، وضرورة توظيف كل ما تعلمه خلال الجلسات العلاجية في حياته.
- تقوم الباحثة بإعادة تطبيق المقاييس المستخدمة في المقابلات التشخيصية التي كشفت عن الخطوط القاعدية للاضطراب، تتمثل هذه المقاييس في:

1. مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان

2. مقياس الاكتئاب لبيرلسون عند الأطفال

3. مقياس تقدير الذات لكوبر سميث

4. العودة إلي شبكة سیکا (SECCA)

و هذا بهدف التعرف على فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

- تسعى الباحثة إلى معرفة مدى التقدم الذي حدث في نظام التحليل العقلائي لأفكار المفحوص والتقييم العام لصحته النفسية، كما تطلب من المفحوص العودة إلى المختصة النفسية كلما شعر بالحاجة إليها
- تنتهى الجلسة بتحديد موعد آخر بعد شهر للمتابعة.

ث كيفية سير مقابلات المتابعة الأولى والثانية:

الجلسة التاسعة عشرة إلى الواحد والعشرون:

الموضوع: التأكد من استمرارية فعالية البرنامج

أهدافها: مرحلة المتابعة الثانية بعد شهر من نهاية العلاج (مقابلات التقييم).

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- بعد شهرين من انتهاء العلاج، سعت الباحثة إلى الوقوف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي؛ لجأنا إلى إتباع نفس الإستراتيجية التي اتبعناها أثناء التشخيص، العلاج و التقييم.
- استخدمت فيها المقابلة العيادية، المراقبة الذاتية، الملاحظة السلوكية المباشرة والمقاييس الثلاثة المطبقة في البحث.
- بعد أربعة أشهر من نهاية المتابعة الأولى، تم تحديد موعد آخر أين تم فيها تطبيق نفس المقاييس المطبقة للتشخيص للتأكد من فعالية العلاج المعرفي السلوكي، حيث دام العلاج مدة 10 أشهر كاملة وأسبوعين.

Corrélations

		X	Y
X	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N		
Y	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,950** ,000 30	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

ملحق رقم (15) نتائج حساب الصدق والثبات للمقاييس

بالتجزئة النصفية

Corrélations

			X	Y
Rho de Spearman	X	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	1,000 , 30	,952** ,000 30
	Y	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	,952** ,000 30	1,000 , 30

** . La corrélation est significative au niveau .01 (bilatéral).

Corrélations

		X1	Y1
X1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N		
Y1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,820** ,000 30	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

Corrélations

			X1	Y1
Rho de Spearman	X1	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	1,000 , 30	,842** ,000 30
	Y1	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	,842** ,000 30	1,000 , 30

** . La corrélation est significative au niveau .01 (bilatéral).

Corrélations

		X2	Y3
X2	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N		
Y3	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,879** ,000 30	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

Corrélations

			X2	Y3
Rho de Spearman	X2	Coefficient de corrélation	1,000	,834**
		Sig. (bilatérale)	,	,000
		N	30	30
	Y3	Coefficient de corrélation	,834**	1,000
		Sig. (bilatérale)	,000	,
		N	30	30

** . La corrélation est significative au niveau .01 (bilatéral).

تمهيد:

بعدما تعرفنا على البرنامج العلاجي المتبع في هذا البحث، يقدم هذا الفصل عرض خاص لكل الحالات العشرة المكونة لمجموعة البحث، معتمدين في ذلك على طريقة عرض المعطيات العامة أو سوابق الاعتداء الجنسي لكل حالة، وتحليل نتائج المقابلات التشخيصية لكل حالة، حيث تم رسم الحط القاعدي واستخدام التحليل الوظيفي نموذج سيكا لدى كل حالة، كما تم تقديم المقابلات العلاجية لكل حالة والتقنيات المعرفية السلوكية المتبعة في تعديل السلوك لدى كل حالة، حيث تم الوقوف على كل من مقابلات التقييم والمتابعة لكل حالة، وعلى مدى تحقق فرضيات البحث لكل حالة وهذا بالاعتماد على نتائج المقاييس المطبقة في البحث والمتمثلة في مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات والملاحظة السلوكية المباشرة على كل الحالات ومقارنة نتائج البرنامج العلاجي المطبق بالخطوط القاعدية الأولى، لنصل في الأخير إلى تقديم الاستنتاج العام ومناقشة نتائج البحث.

أولاً: الحالة النموذجية:

تم عرض الحالة الأولى بشكل دقيق ومفصل، وتعتبر كنموذج عما تم تطبيقه من تقنيات في البرنامج العلاجي في ه ذا البحث مع بقية الحالات الأخرى ، ويجدر الإشارة إلى أنه في الحالات المختصرة تم الاعتماد على نفس الاستراتيجيات والتقنيات في تعديل السلوك المرضي لدى كل الحالات المتبقية ، حيث اعتمدنا على تقنية التلخيص لما جاء في سير ونجاح المقابلات المطبقة في التشخيص، العلاج ،التقييم والمتابعة لدى كل الحالات الأخرى.

الحالة الأولى: « مريم »

1 - عرض المعطيات العامة (الاعتداء الجنسي):

"مريم" طفلة عمرها 12 سنة، تدرس في السنة الرابعة ابتدائي، تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها الثلاثة،لها أخان وأخت صغيرة تبلغ 3 سنوات ، أبوها يعمل سائق سيارة بدون رخصة، يبلغ من العمر 46 سنة، أمها لا تعمل، تتحدث اللغة العربية ، ولدت في مدينة الجزائر.

جاءت مريم مع أمها للشبكة الجزائرية ندى بهدف مساعدة "مريم" التي تؤلمها معدتها بعدما تعرضت إلى ملامسات جنسية متكررة من قبل الأب ، حيث أصبحت تأكل كثيرا و تهمل دروسها، فكانت بداية للمتابعة النفسية هي و ابنتها .

لما التقينا "مريم" أول مرة، كانت تظهر عليها العديد من الأعراض المرضية كالخوف، القلق، أعراض نفس جسمية كالقرحة المعدية، تعرضت للاعتداء منذ عام 2012 أي لما كانت في عمرها 10 سنوات، هي لم تخبر أمها لأن والدها كان يرغمها ويجبرها على تلك الأفعال المخلة للحياء، كان يقول لها "هذي حاجة مليحة" حسب تصريحاتها لنا، هذا ما أثر في نفسية الطفلة التي أظهرت علامات الصدمة التي عاشتها كانت تحلم بكوابيس ليلية، فأبوها كان يكرها منذ ولادتها لأنها ولدت مريضة، كان يضربها ويهددها ويحتقرها يمارس الجنس معها بتهديد، مارس الجنس كذلك مع الابنة الصغرى البالغة من العمر 4 سنوات، كان ينام مع "مريم" لكون أنه ليس لديهم بيت واسع، كما كان يمارس العنف الجسدي على زوجته التي كان يضربها لدرجة أنها فقدت حدة بصرها فهي لا ترى جيداً، فعائلة مريم كانت تعاني من مشاكل أسرية اقتصادية كذلك فالزوج لا يتفاهم مع زوجته

الأب كان يمارس ملامسات جنسية مع مريم مستغلاً فترات غياب الأم عن البيت، لما يجد مريم في البيت لوحدها يشدها من يديها ليمارس الجنس معها في الخلف وحسب تصريحات مريم فقد كان يقول لها: "هذا فيه فايذة" مريم ترفض أفعاله وتقول له: "ما فيش فايذة لالا أبتى انا بنتك" كان يهددها ويقول لها: "ما تقوليش ليماك راح نذبك" كان يجبرها على أن لا تقول أي شيء ولا تخبر احد بذلك كما كان يقول لها أن هذا الأمر مفيد، كان يرغمها على الجلوس في خضنه ليلاطفها ويتلذذ منها، كما يقوم بلمسها ضد رغبتها في بعض مناطق جسدها.

حاولت مريم تفادي والدها مرارا لكنها لم تتمكن التخلص منه لكونه اقرب الناس للعائلة تقول: "كنت نهرب بزاف منه منحبش نقعد معاه هو الي يجي لعندي"، "كنت نقول لو طلقني هو ماحبش يخليني"

عاشت مريم حياة مضطربة و تعيسة ينعدم فيها الأمان، و تميزت بكثرة التعب و الأحزان، كان بداية الاعتداء ضد مريم فجأة من غير إنذار، كان يستغل أوقات مغادرة زوجته البيت ليتفرغ بأفعاله الدنيئة بالابنة ويمارس معها المحرمات أمام أختها الصغرى التي لا تعرف معنى الأشياء حسب المفحوصة لقد بدأ هذا الاعتداء بحوالي عامين و مؤخراً، ازدادت الوضعية سوء لأن المعتدي أصبح لا يستطيع التخلي عن عاداته وملامساته لها.

لقد تعرضت مريم لاعتداءات متكررة دون سابق إنذار ففي كل مرة يجدها في البيت لوحدها إلا و يهجم عليها وصرحت المفحوصة أنها أصبحت تتفعل دون سبب كما أنها تخاف من سلوك والدها اتجاهها مهما يكن، فعلى حد تعبيرها تقول: "نخافو بزاف".

من بين الأضرار التي لحقت بها جراء الاعتداءات المتكررة ما يلي:

-آلام في المعدة

- أعراض القلق وارتجاف أثناء الحديث عن الأب

- الخوف الدائم من الأب واضطرابات في النوم

- نقص تقدير الذات لديها

- العدوانية تجاه الأخت

- الحزن و التعاسة

- اضطرابات سلوكية وانفعالية

- كثرة الأكل

- التبول اللاإرادي نتيجة خوفها من أبيها و من عدوانه تجاه أمها، عزلة اجتماعية، خجل و انطواء حول الذات، ولقد صرحت لنا الطفلة أن أباه لا يحبها ولا يهتم بها، وهي تريد من أبيها أن يغير من سلوكاته وأن الشخص الموجود معهم بالبيت ليس بابيها " هو ماشي بابا" كما أنها تعاني من فشل دراسي حيث أصبحت نتائجها المدرسية متدنية يوم بعد يوم كما أنها أعادت بعض السنوات نظرا لفقدانها التركيز في القسم، كانت تخاف كثيرا تحكي وهي تبكي، وأحيانا تتلاعب بيديها.

حسب تصريحات المفحوصة فإنها تصاب بالقلق والتوتر لما يذكرها أحد بالحادثة، كما تنتابها صور وكوابيس دون رغبة منها في استرجاعها "منحبش نفكر فيه"، إذ تشعر بالغضب والتهيج، كما تحاول جاهدة أن لا تتحدث عن الأشياء التي حدثت لها، فبمجرد سماع صوت عال لأي رجل تحس وكأن والدها هو الذي يتحدث وأنه بالقرب من المنزل فتبدأ يخفق قلبها بشدة، وتختبئ في البيت. والدة مريم البالغة من العمر 35 سنة لم يكن من السهل أن تصرح بما حدث بابنتها فقد عرفت بالأمر حاليا، كانت تلبس حجاب أسود لا يظهر عليها سوى عيناها المليئتان بالدموع الغزيرة، اشتكت جروحها وفتحت قلبها لأعضاء الشبكة الجزائرية "ندى" هذا الحدث الصدمي غير مجرى حياة أفرادها واحد وراء الآخر.

والدة مريم كانت ضحية عنف زوجي حيث كانت تتعرض للضرب لأسباب تافهة، وذات يوم ذهبت للطبيب الشرعي كي يعطي لها شهادة توقف عن العمل لمدة 13 يوم لتشتكي على سلوكات زوجها الذي كان يضربها، لم تقدم الشكوى حفاظا على أولادها الذين سيتأثرون جراء طلب الطلاق.

لم تفكر ولو ليوم أن السوء الأكبر سيحدث لها " مافكرتش قاع في حياتي يصرا لي واش صرا ويكون باباها هو إلى تعدى عليها، على بالي بلي مايجبهاش ويحقد عليها نهار إلى زادت مابغاهاش بصح ماشي **a ce point** خاصة وان زوجها كان يساير أمور الدين ويصلى بالمساجد حسب تصريحات ام "مريم".

تواصل أم "مريم" تصريحاتها بانفعالات حادة : " راجلي مكانش يحب مريم خاطرش زايدت **handicape** (لديها تشوه خلقي على مستوى الشفة العليا) ماقتننش بالاعاقة تاعها، ماكانش يحسبها ولا يشري لها حاجة، كان يضربها برك" واصلت حديثها قائلة: " كي قريب تلحقت **la puberté** تاعها، هنا وين بدا راجلي يتدنى ليها، كان يلعب بزاف معاها **au point il dépasse** معاها **des fois** كان يتوشىها **mais** ما كنتش شاكة فيه حتى حاجة، كنت ندير له برك **des remarques** "

أختها الصغرى البالغة من العمر 3 سنوات الشاهدة على سلوكات أبيها وهو يقوم بملامسات جنسية مع أختها "مريم" هي التي حكّت لأمها بالرغم أن سنّها لم يسمح لها بفهم أمور الكبار إذ قالت لأمها: "ماما أبتي يمس أختي مريم هنايا (أشارت إلى صدرها) علاش يدير هكا" كررت كل ما حدث لأمها الغائبة عن المنزل في ذلك اليوم تقول : " بنتي الصغيرة حكات لى قاع واش صرا مع أختها مريم" على اثر هذا الخبر اصطدمت الأم لمعرفة هذه الحقيقة وأخبرت أنّها في بعض الأحيان كانت تشك في شيء لكون أن زوجها يقضي معظم وقته مع "مريم" لكن ليس إلى هذه الدرجة لما سمعت أم "مريم" الخبر فزعت وقالت لها مريم : " يما أبتي راح يقتلني غير ما تقولي لو راح يقتلني" توسلت لها "مريم" ، فتفهمت الوضعية لكنها غضبت كثيرا ، أصبحت الأم لا تترك ابنتها في المنزل لوحدها أخذتها لجارتها لأنها كانت تعمل خياطة

واجهت أم مريم زوجها أنكر فعلته حتى وصل به الأمر لأن يقول لزوجته ولمريم أن زملاءها في المدرسة هم الذين يعتدون عليها، وبعد ذلك واجهت مريم والدها وطلب منها السماح والتستر وحسب تصريحات والدّة مريم فليق زوجها تربى يتيما منذ طفولته وهو ابن 8 سنوات تعرض لاغتصاب من قبل عمه، فهو لم يتربى في أسرة واحدة كانت طفولته مضطربة جدا، هي تعتقد ان زوجها لم يلقى أي وسيلة كي يتقرب لابنته أو يحبها ما عدا ملامساتها جنسيا السيئ الذي يشعره بالحب تجاهها.

فيما يخص الطبيب الشرعي لم يكن لديها إثبات شرعي لأنه كان يمارس الجنس معها فوق الملابس، الأم لا تعرف ماذا تفعل أمام قضية ابنتها خاصة و أن المحامي أكد لها أنه بدون إثبات

الطبيب الشرعي تصعب حل قضيتها وإرجاع حقوق الضحية، وأمام ابنها المراهق الذي اصطدم بفكرة اعتداء والده على أخته أصبحت الأم لا تثق بأحد لا بأمرها ولا أختها، حيث قررت إخفاء الحقيقة عن الجميع واتخاذ الصمت والسكوت كملجأ لحماية أبنائها من الضطّيع، وتسترا لسمعة العائلة

طلبت الطلاق من الزوج a l' amiable بدون نفقة، بدون مشاكل، لم يرغب في الطلاق في البداية ثم ترك البيت الزوجي الذي هو أصلاً مسجل باسم والدته مريم، حالياً فهما مطلقان حيث منحت له حق الزيارة لأن القاضي لا يعرف سبب طلاقهما الحقيقي فهي لم تخبره أنه يؤدي البنات.

حاليا الزوج تزوج وأم مريم تعيش كوايبس يومياً، ليس لها إلا أن تحمي زوجها من ذاكرتها، الأب يزور أبنائه لأنه لا شيء يمنعه من ذلك يعطي لهم حق النفقة التي تقدر ب 1200 دج كل شهر المفحوصة لديها علاقات مضطربة مع أخوها الأكبر البالغ من العمر 16 سنة فقد أصبح يكرهها لما عرف بحقيقة الحادثة، وقد هدد أمه بالهروب من المنزل إذا فضحت والده أمام المحكمة بالحادثة لهذا السبب سكنت الأم وصياراً لسمعة العائلة، وحفاظاً على تماسك أولادها، أما عن الأخ الصغير فهو لا يعرف بما حصل وعن السبب الحقيقي لطلاق والديه، فهو منشغل فقط بدراسته.

أما عن الأخت الصغرى "لمريم" فقد تعرضت هي الأخرى للاعتداء من قبل والدها إذ كانت تنزع سروال لعبة كانت على طاولة الفاحص حيث كان يداعبها يعضها، كان ينام بين بناته.

لقد أدركت الأم غلطتها بعد زواجها، إذ كانت تتصور و تعتقد أن زوجها سيكون كما تتمناه قبل زواجها خصوصاً أن ذلك الزواج تم عن ق راعة من الطرفين إذ كانت تنتظر أن يكون شريكاً دائماً يحقق لها كل ما تحتاجه لكن بعد زواجها، تحولت مشاعرها إلى كره، استياء، حزن، تعاسة و غضب دائم كما أنها تشعر بالحقرة و الفشل و أنه ليس لديها قيمة حيث كانت نهايته طلب الطلاق من قبل الزوجة بعد معرفتها بما جرى مع ابنتها تقول أم مريم: "تفاهمت معاه باش نطلق a l' amiable"

إن الحالة تتذكر دائماً ما حدث لها من اعتداءات؛ ففي الكثير من الحالات تحاول تجنب هذه الذكريات والمشاهد التي تقتحم مخيلاتها، إلا أنها لا تستطيع تقول وهي تبكي: "منقدرش ننسى واش دار بيا".

لقد كانت استجابة مريم تجاه الاعتداءات المتتالية عليها؛ الصمت و السكوت كما أن خوفها من الأب أصبح يسكن بداخلها، و قد أخبرتنا بأنها كانت تتعرض للتهديدات، الشيء الذي سمح للأب بأن يكرر اعتدائه عليها كيفما يريد إلى أن اكتشفت أختها هذه العلاقة وصرحت لأمرها.

على حد قول "مريم"، فإنها تملك علاقة طيبة جدا مع أمها فهي التي تتكفل بها خاصة بعد معرفتها بالحادثة أصبحت تخاف عليها أكثر ولا تتركها لوحدها لدرجة أنها تخلت عن عملها إلى أن تجد حلا لوضعيتها

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة رقم 226

الجلسة الأولى:

تبدأ الباحثة الجلسة الأولى بالترحيب بأم المفحوصة وابنتها، و فيها تم سؤالها عن الدافع لطلب الاستشارة النفسية من خلال قول الباحثة لها:

صباح الخير مادام، تفضلي، أنا Psychologue نخدم مع أعضاء الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل ندى، قاع واش تقولي لي يقعد هنا، ما تخافي وما تقلقي، حنا عند خدمتك، راح نسمعوا لك ونعاونوك، يك غير الخير؟

بعد إجراء المقابلة مع الأم وجمع المعلومات عن حياة الطفلة تقوم الباحثة بترحيب "مريم" على انفراد بهذا الشكل:

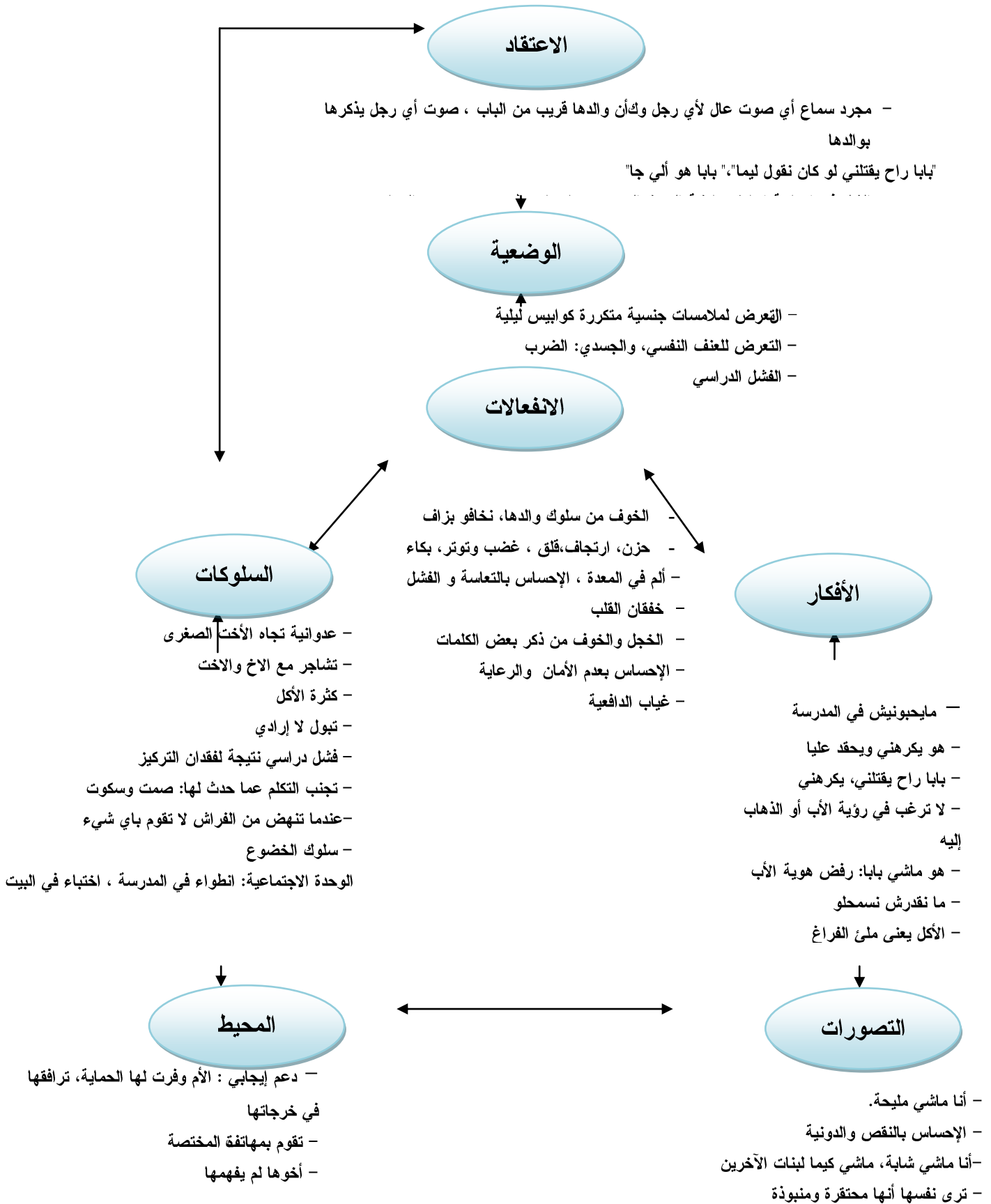
Bonjour ma fille، تفضلي مع الابتسامة، واش راكي، اليوم راح نتفاهمو باش نكونوا أصدقاء مع الاحتكاك الجسدي بها، يك نقدر نهدر معاك شوية، راح نسقسيك على حوايج أورا حجابيني عليها، لازم نتعاونوا في زوج باش تحسي براحتك، ما تخافي وما تقلقي، قاع واش تقولي لي يقعد هنا، معليش تحكي لي شوية عليك؟

بمعنى ارتكزت المقابلة الأولى على التعريف بدور المختصة النفسية و أخلاقيات المهنة، بالأخص الحرص على السرية المهنية و كسب ثقة المفحوصة، و الإصغاء التام الخالي من أي حكم. حيث تم مقابلة والدّة "مريم" بشكل منفصل عن ابنتها لمدة 45 دقيقة لأخذ المعلومات الكافية عن سبب مجيئها ووضعية ابنتها، كما تم مقابلة الطفلة مريم لوحدها والتعرف عليها لمدة نصف ساعة. في هذه الجلسة تم عرض محتوى البرنامج العلاجي بصفة عامة وإخبار المفحوصة بضرورة القيام بالواجبات المنزلية التي ستقدم لها أثناء الجلسات العلاجية.

يجدر الإشارة إلى أن الباحثة كانت تحرص على أن لا تحكم على الطفلة ولا تقارنها مع غيرها من الأقران كما كانت تحترم وتراعي معاناة وخوف الطفلة دون تعظيم أو تصغير ما حدث لها بالإضافة إلى أنها كانت تسمع و تعطى فرصة أكبر للطفلة كي تكشف عما تعرضت له من أحداث، انتهت الجلسة بتحديد موعد للحصة المقبلة.

الجلسة الثانية:

استغلت الباحثة هذه الجلسة بتوطيد العلاقة مع "مريم" و كسب ثقتها ،كما تم الرجوع إلى دليل المقابلة لأخذ المعلومات المتبقية عنها، و التي تم الوقوف عندها في الحصة الماضية، وفي هذه الجلسة تم إخبار مريم بأن العملية العلاجية تكتمل برغبتها في التغيير للأحسن، وبطمأنتها بأنه لا شيء يستدعي الخوف على حالتها مادامت مع مختصة نفسانية تدعمها و سترساندها لتتخطي أزماتها. في هذه المقابلة قامت الباحثة باستخدام التحليل الوظيفي لـ "كونفارو ساسلو" "confer et Saslow" و الرجوع إلى شبكة سيكا (SECCA) للوقوف على تشخيص كامل لاضطراب الحالة والشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة .



شكل رقم (18) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة الأولى

قبل نهاية المقابلة، تقوم الباحثة بتطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة و مقياس بيرلسون للاكتئاب، حيث كشفت نتائج المقياس على وجود أعراض مرضية حادة لدى "مريم"، سببها الاعتداء الجنسي المتكرر الذي تعرضت إليه والذي سبب لها صدمات نفسية متكررة لم تنتظرها. قدرت نتائج مقياس الضغط ما بعد الصدمة ب (56) درجة و هو ضغط متوسط يظهر في شكل الأعراض التالية:

- أعراض تؤثر على الذاكرة: توحى إلى وجود كوابيس و أحلام مزعجة ذكريات مؤلمة.
- أعراض التجنب: تتمثل في أن المفحوصة تحاول تجنب كل ما يذكرها بالصدمة التي تعرضت إليه، حيث تأتيها كوابيس عن الحدث الصدمي المعاش وتحاول عدم تذكرها، بالإضافة إلى أعراض سلوكية كالعدوانية عند اقتحام الذكريات الصعبة لمخيلتها ، انطواء في المدرسة ، الشيء الذي ولد لديها الخوف المرضي من مواجهة الواقع المر.
- أعراض معرفية: كصعوبة التركيز، مشاكل وصعوبة في عملية التعلم والمعرفة.
- في حين أن أعراض الاكتئاب كانت ظاهرة على وجهها ،حيث قدرت الدرجة على مقياس بيرلسون للاكتئاب ب (27) درجة، وهو اكتئاب متوسط، تتمثل أعراضه الحالية في:
- حزن واضح على وجهها و الدموع التي تظهر عليها أثناء المقابلة وحتى كيفية البكاء كانت توحى إلى القهر والعذاب الذي مرت به الضحية.
- النظرة السلبية للحياة وللذات.
- فقدان الرغبة في عمل أي شيء.
- اضطرابات في النوم.
- الشعور بالوحدة كما أنها تعاني من أحلام تزعجها وتقلقها.
- الشعور بالملل والرغبة في الهروب بعيدا عن العائلة

الجلسة الثالثة:

استغلت الباحثة هذه الجلسة في التحدث عن مرحلة الطفولة وكيف يجب أن يعيشها الطفل وفي هذه الجلسة تم وضع إستراتيجية علاجية تهدف إلى إخراج المفحوصة " مريم" من الصدمة التي تعرضت إليها و الضغوط التي تعانيها جراء الأحداث الصدمية المؤلمة، كما أوضح ت لها أن هذه الإستراتيجية لا تتجح إلا بتعاونها مع المختصة النفسية، حيث تم عرض البرنامج العلاجي وذكر

الأعراض التي تعاني منه المفحوصة و على هذا الأساس تم تشخيص الاضطراب الذي تعانيه المفحوصة و المتمثل في أعراض الضغط ما بعد الصدمة، و بعض أعراض الاكتئاب التي تظهر عليها، كما تم توضيح و تفسير سبب الاضطراب الذي يرجع إلى نمط التفكير السلبي للمفحوصة نحو الذات و المحيط و المستقبل و الأحداث العنيفة الصدمية التي عاشتها مع أبيها، حيث تم استبصار المفحوصة بطريقة التسجيلات اليومية فيما يتعلق بأفكارها التلقائية والسلوكيات الناتجة عنها مجرد تعرضها لأي حدث مؤلم في الحياة أو لمجرد تذكرها للأحداث العنيفة التي تعرضت لها.

و في هذه الجلسة تم بناء العقد العلاجي مع المفحوصة، كما تم مشاركة ام مريم في الاتفاق عليه، حيث تم الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية التي تدوم من ساعة إلى ساعة وربع، و عدد الحصص اللازمة للوصول إلى الهدف الذي نريده، و قررنا أن تكون حصة واحدة في الأسبوع، كما تم الاتفاق حول المهام التي تنتظر كل طرف، وأن العملية العلاجية لا يكتمل نجاحها إلا بمشاركة "مريم" في ذلك، تم الاتفاق أيضا على التقنيات التي ستوظف في العملية العلاجية، كذلك تم توضيح الأهداف التي نريد الوصول إليها، الذي هو تعديل سلوكياتها السلبية المتمثلة في السلوك العدواني والانسحابي من خلال التخفيف أو القضاء من الأعراض المرضية للاضطرابات التي تعانيها، إذ علينا أن نتعاون معا كي نتخلص منه، كما تم توضيح التقنيات التي تستعمل في العلاج السلوكي المعرفي، كانت إجابة "مريم" و أمها على هذا العقد بالقبول والموافقة عليه الشيء الذي دعم العلاقة العلاجية أكثر و عزز ثقة "مريم" فينا، باعتبار أن كل طرف أصبح راض عن دوره و المهام الموكلة له.

في نهاية هذه المقابلة تم تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث بعد شرح التعليلة و البنود لمريم، و لقد أسفرت النتائج على أن المفحوصة تعاني من نقص في تقدير ذاتها إذ قدرت الدرجة ب (12) و هذا لكون أن الحالة كانت تحتقر نفسها خاصة أمام الغير والزملاء بالأخص.

يجدر الإشارة إلى أنه خلال المقابلات التشخيصية الثلاثة، تم استخدام الملاحظة المباشرة الموجودة في الملحق رقم (06) فمثلا "مريم" كانت لا تهتم بطريقة حديثها، جمود في التعبيرات الوجهية، طريقة لباسها لا تبالي به، تعاني من الخمول و بطء في الاستجابة خاصة أثناء مناداة أمها لها. تشكر الباحثة المفحوصة على كل المعلومات التي قدمت لها وتعطي لها موعد للأسبوع المقبل.

3- المقابلات العلاجية

تم تخصيص (13) حصة علاجية تم خلالها ما يلي:

الجلسة الرابعة:

تبدأ الباحثة الجلسة العلاجية الأولى "لمريم" بتوضيح نوع اضطرابها المتمثل في أعراض الضغط ما بعد الصدمة، و تبيان الأعراض التي تظهرها كأعراض التجنب، أعراض مرضية تؤثر على العمليات المعرفية لديها وعلى التفكير والذاكرة، كما تم الرجوع إلى أسباب اضطرابها المتمثل في صدمة الاعتداء الجنسي الممارس ضدها، و أن تكرار تلك الأحداث العنيفة عليها و كيفية الاستجابة لها هي التي تسبب خلا في حياتها النفسية مما أدى بها لأن تصاب بضغط و كآبة و نقص في تقدير الذات.

وفي هذه الجلسة، تم تدريب "مريم" على تقنية التنفس كخطوة أولى تستغل لاحقا في تقنية الاسترخاء، وتطلب الباحثة من مريم مراقبة حوارها مع ذاتها عندما تواجه أحداث و مواقف ضاغطة، و ما هي الانفعالات التي تظهر تجاه ذلك، كما تم إقناعها بأن أعراضها كانت نتيجة تفكيرها السلبي حول الذات والعالم و المحيط؛ بالإضافة إلى ذلك تم إعطاء نصائح مريم بضرورة تسجيل كل الأحداث المؤلمة التي عاشتها كلما تذكرتها في ورقة أو مذكرة يومية.

وفي هذه الجلسة قامت الباحثة بتقديم شرح مفصل عن ما جاء في شبكة سيكا (SECCA) وتوضيحها للمفحوصة وضرورة تعديلها، لقد كانت تعتقد المفحوصة أن والدها سيقتلها إن أخبرت أمها بما يجري معها، فمجرد تعرضها إلى وضعية اعتداء جنسي تغيرت انفعالاتها حيث أصبحت تحس بالخوف والاكنتاب، بالتالي تبنت سلوكيات منها الصمت، الخضوع لسيطرة الأب وتهديداته لها، إلى أن اكتشفت الحقيقة وانفجر السر الذي كان بمثابة صدمة قوية لوالدة مريم التي طلبت الطلاق مباشرة. تجدر الإشارة إلى أن في هذه الجلسة خصصت الباحثة 15 دقيقة للتحدث عن تقنية الاسترخاء و ذكر نتائجها على الصحة النفسية ، وقبل التدريب على التقنية قمنا بتحضير المفحوصة بإعطائها تصور عام لطبيعة اضطرابها النفسي سواء قلق، خوف، عدوانية، عزلة حيث بينا لها أن الاسترخاء ما هي إلا طريقة للتخفيف من التوتر والقلق.

استخدمت الاسترخاء كذلك في تقنية الضبط الذاتي مثلا الظهور أمام الزملاء في الصف ،
التغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي هي السبب في الاضطرابات الانفعالية بحيث تسمح له
بادراك الموقف المهدد بصورة عقلية منطقية.

استخدمت مع الحالة في علاج القلق والخوف بالتالي تغير مفهوم الذات و الإحساس بالثقة في
النفس.

وقد تم إجراؤها في وقت مناسب بحيث ننظم هذه الممارسة وفي ظروف واستعدادات المفحوصة
الجسمية والنفسية فلا يجب أن نكون مجهدة لجسمنا مثلا عندما نعود من المدرسة مباشرة، بل يجب أن
تختار الوقت الذي يلزمه والذي يكون فيه مستعدة لأداء التدريبات، كما تم حثه على ضرورة القيام
بها في المنزل مرتين في الأسبوع خاصة عندما نتعرض للتوتر أو نتذكر أحداث مؤلمة، انتهت هذه
الجلسة بتحديد موعد للأسبوع المقبل.

الجلسة الخامسة:

تميزت هذه الجلسة باختبار "مريم" لمدى فهمها لما تحدثنا عنه سابقا، و معرفة استجاباتها
للمقابلات السابقة؛ ومدى تنفيذها للواجب المنزلي الذي أعطي لها والمتمثل في ممارسة الاسترخاء،
تقول: "عجبني بزاف، نحس في روعي كي نديرها " وقد أكدت أنه تقنية رائعة إذ تبعدها عن التوتر
الذي كانت تشعر به.

في هذه الجلسة تم الوقوف بشكل دقيق على أحداث العنف التي تعرضت إليها، إذ طلب منها
استحضار موقف عنيف لا زالت تتذكره دائما و لا تستطع أن تمحيه من ذكرياتها تقول: " كان يزيّر
في... يهددني بالقتل... ضربني... يديني لعندو بسيف... كان يجيني ملور... نحس بيه... أشياء
ثقيلة جدا على سنّها ذكرتها مريم.

و من بين الحوارات الذاتية التي أجرتها لنفسها، أن أباها فعلا سيقفلها إن كشف السر، هو لا يحبها،
يحتقرها...

لقد كانت الباحثة بتواقب انفعالات المفحوصة مريم، إذ كانت تتحدث و الدموع تسقط من عينيها
البريئتان، ويدها ترتجفان من شدة الخوف حتى مع وجودها معنا، كما يصفر وجهها وتخلج و هي
تفرع مجرد تذكرها لسلوك والدها المخل للحياء.

و بهذا فقد تم شرح سبب هذه الانفعالات و التغيرات الفيزيولوجية و الجسدية للحالة التي ترجع
إلى تفكيرها السلبي تجاه الوضعية التي عاشتها.

قبل ختام هذه الجلسة قدمت الباحثة "لمريم" مجموعة ألعاب وأدوات مدرسية لتختار ما يعجبها، اختارت la peinture استخدمت فيها كل الألوان لتشكل زخرفة لمدة لا تتجاوز 10 دقائق، بهدف التنفيس الانفعالي أثناء استحضارها لمشاهد الاعتداء، وللتخفيف من مشاعر الذنب التي كانت تعاني منها.

انتهت الحصة بإعطاء موعد للحصة المقبلة والإلاحاح على ضرورة ممارسة الاسترخاء خارج مكتب الاستشارة، وكتابة كل الأفكار التي تدور بمخيلاتها لتناقش في الجلسة المقبلة.

الجلسة السادسة:

تبدأ الباحثة هذه الجلسة بتقديم حوصلة للحصة السابقة و إعطاء التغذية الرجعية للفاحصة، عما تم مناقشته سابقا، وفي هذه الجلسة تم توضيح العلاقة بين الأفكار و الانفعالات و السلوكات التي تعرضت لها المفحوصة في حياتها ،كمواقف الاعتداء التي تعرضت إليها مع والدها و كيف كانت تفكر "أبتي راح يقتلني وراح يزحف علي"، مما يجعلها تحس بالخوف و الحزن خشية منه، بالتالي تتخذ سلوك الخضوع تجاهه و أفكارها هذه هي المسؤولة عن مشاعر الدونية تجاه ذاتها، خصوصا بعد تعرضها للاعتداء لأكثر من مرة ،فيتضخم هذا النقص الذي تنسبه إليها، فتصبح مشائمة من المستقبل بسبب الحوارات الداخلية التي تفكر فيها: "مانيش كيما البنات الآخرين"، "علاش أبتي يدير في هكا" خاصة مع معاشة التهديدات المستمرة من قبل والدها.

تم تشجيع المفحوصة على التحكم الذاتي والتفكير المنطقي في الأحداث التي حولها، خاصة في حالة اقتحام الذكريات المؤلمة تفكيرها، و محاولة الاحتفاظ و تذكرها لتناقش في الجلسة المقبلة، و إن لم تستطع التعبير عنها بالكلام تكتبها في المذكرة اليومية حيث شرحنا لها كيفية تسجيل الأفكار الآلية ، و هذا للتخفيف من المعاناة الداخلية التي تعانيها الحالة في نفس الوقت نعطي لها الفرصة لإعادة الثقة في نفسها و أن بإمكانها أن تتحكم فيما تعرضت إليه من أحداث عنيفة و تحلله بطريقة إيجابية وهذا بتغيير أفكارها السلبية إلى أفكار ايجابية بالتالي تتغير انفعالاتها وسلوكاتها، فعندما نرى أن المفحوصة تحكمت في الوضعية الصعبة التي تعرضت إليها بفضل تغير أفكارها السلبية تجاه الآخرين إلى أفكار إيجابية، نقدم لها التعزيز عن طريق الحث الكلامي بقولنا: "لقد تمكنت من فهم الموقف بطريقة إيجابية"

" أنت ذكية واصل على هذا التفكير" في حالة الفشل في تعديل أفكارها السلبية إلى الإيجابية، فإن الفاحصة لا تحسها بالفشل، بل تدعمها وتواصل تشجيعها بأن لديها قدرات تمكنها من الوصول إلى التفكير الإيجابي خصوصا في الأمور المتعلقة بحياتها الخاصة وبأحداث الاعتداء الذي تعرضت إليها

فمثلا تقول لنا: "ماقدرش نشوف فيه"، "خافو بزاف خاطر يضربني"، "كي نحس هو الى جا نتخبا " مجرد تفكيرها بهذا تتوتر و تفرع فنتدخل بطمأننتها بأن : " الأمر لا يستدعي الخوف، فوالدها لن يفعل بها أي شيء وان ما حدث لها لن يتكرر خاصة وان أمها بجانبها فهي تعلم الآن بالحقيقة" إذ عليها أن تبدل تفكيرها السلبي بتفكير إيجابي نحو ذاتها ، الآخرين و العالم و المستقبل، و هذا حسب جدول رقم (06) للتحليل العقلاني لبالك، فمثلا المفحوصة حدثتنا عن موقف جعلها تفكر بطريقة سلبية حول ما حدث لها، لكن تدريبها على التحليل العقلاني جعلها تعدل من الطريقة السلبية التي كانت تحدث نفسها: "أبتي راح يقتلني". "أبتي ما يحبنيش" لقد قيمت هذه الفكرة الأوتوماتيكية ب (90) درجة مما جعلها تشعر بالانقباض، القلق و التوتر، بعد ذلك تذكرت كلام الفاحصة عندما كانت تقول لها أن أسباب الإصابة بالتشاؤم هو الأفكار السلبية تجاه الذات و الآخرين و العالم، و تتابع مريم كلامها قائلة: "حوست لقيت فكرة مليحة تجاوب على واش كنت نفكر فيه تقول، بلاك أبتي كان يكذب علي باش ما نهدرش ليما"، "بالاك هو مريض"، قيمت هذه الفكرة الإيجابية ب (50) درجة (70) درجة على التوالي، بعد ذلك أصبحت تحس أن الانقباض والقلق و التوتر و الحزن أصبح يزول شيئا فشيئا، وفي كل مرة تنجح فيه مريم في تعديل افكارها السلبية نعزز كلامها بضرورة إخضاع الأفكار الأوتوماتيكية السلبية لهذا النوع من التحليل كلما صادفت وضعيات ومواقف خارجية مؤلمة سواء في العائلة أو خارجها خاصة أثناء تواجدها في المدرسة التي تذهب إليها كل صباح، ذكرياتها عن ماضيها أحداث الاعتداء التي تعرضت إليها.

وبعد إخضاع المفحوصة إلي حصص علاجية معرفية، ارتكزت على المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية للمواقف الصعبة التي تمر بها في حياتها اليومية، لاحظنا تغير في تفكيرها الذي انعكس على مزاجها، و على علاقتها بالمختصة وبزميلاتها في الصف، إذ أصبحت تتعامل معها بكل تفهم وثقة كبيرة.

يجدر الإشارة إلى أنه طلب من المفحوصة القيام برسم حر مع استخدام الألوان في نهاية الحصة، كانت النتيجة أن تعطي لنا رسم للطبعة فيها مختلف الألوان التي استعملت، مما يعني أن مريم بدأت تتجاوب مع البرنامج العلاجي بشكل جيد.

الجلسة السابعة:

استغلت الباحثة هذه الجلسة في تدريب المفحوصة على أسلوب حل المشكلة من خلال مساعدة " مريم " على تعلم عمليات حل المشكلة تقوم المختصة بتشجيعها على كيفية معرفة المشكلة وتحديدها

بموضوعية و إيجاد الحلول المناسبة واختيار البدائل وتقدير الإمكانيات المتاحة بمعنى تم تعليمها طرق مواجهة المشكلات وحلها "مريم" كانت تعيش وضعيات غير عادية في المنزل والمدرسة، تتمثل في مشاكل علائقية مع الأخت الصغرى كونها تسرق لها أدوات الدراسة فتصبح عدوانية تجاهها وتضربها، طلبنا منها أن تقوم هي بنفسها البحث عن حل لهذه الوضعية، من خلال رسم جدول به اسم المشكلة، النتائج السلبية عليها وعلى أختها، الحل المناسب، إن لم ينجح الحل فعليها أن تبحث عن بدائل لحلها وتعمم هذه التقنية على كل المشاكل التي تحيط بها. وفي هذه الجلسة تم تدريبها على كيفية حماية الذات من الأخطار، وعدم إعطاء الفرصة للغير كي يتلاعب بها والثقة العمياء المفرطة وضرورة إثبات الذات والوجود في المواقف اللازمة. انتهت الجلسة بإعطاء الواجب المنزلي ومناقشته في الجلسة المقبلة.

الجلسة الثامنة إلى التاسعة:

بدأت الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي حيث وجدت مريم الحل لوضعية أختها بتعزيز علاقتها بالأخت من خلال إعطائها أدوات مدرسية تتعلم بها لوحدها دون اللجوء إلى محفظتها، وتم تعزيز المفحوصة لأنها وجدت الحل الصحيح. وفي هذه الحصة تم مناقشة موضوع هام و هو تقدير الذات عند مريم، و شرح مكوناته إذ بيننا لها أن درجة تقدير الذات متعلقة بالأفكار التي تتبناها تجاه ذاتها؛ فالمفحوصة كانت تعاني من تقدير منخفض للذات قدر درجته ب(12) درجة على مقياس كوبر سميث، كما كانت تقيم المواقف بطريقة سلبية، إذ ترى نفسها أنها كانت سيئة و ليست جميلة، كما كانت تحس بالنقص تجاه إعاقاتها؛ أي أن المفحوصة كانت ترى في نفسها سوى صفات النقص و العيوب حتى و إن لم تكن موجودة فيها تنسبها إلي نفسها.

تدخلنا هنا يكمن في ضرورة النظر إلى الحياة وللأشياء نظرة إيجابية خصوصا تجاه الذات مثلا قولنا لها: "كل الناس لديهم عيوب و محاسن أنت مثلهم، أضن أنه عدم تبنيك نظرة إيجابية تجاه ذاتك هو السبب في إحساسك بالنقص" بعد ذلك تصرح لنا المفحوصة على أن النقص في تقدير ذاتها كان سببه الأفكار و الاعتقادات التي تنسبها لذاتها، والتي أدخلتها لعقليتها لان عائلتها وزملائها كانوا يروها دائما بشكل سلبي، أي أنها أدركت وضعيتها و على هذا تم إعطاء طريقة تستعين بها في أمور حياتها كلما بادر إلى ذهنها أنها غير قادرة على شيء و ناقصة بقولنا: "كلما بادر إلى ذهنك الصفات السلبية لنفسك، غيريها بالعكس" مثلا: "أنا لا أستطيع- أنا قادرة"، "أنا حزينة، أنا سعيدة"، "زملائي يكرهونني- لا يوجد سبب يمنعهم أن يحبونني..."

بعدما تدربت "مريم" على كيفية رفع تقدير ذاتها أصبحت تحاول أن تفكر عكس ما كانت تتصوره، و كواجب منزلي ، تم إعطاؤها أن ترسم دائرة كبيرة، و تكتب فيها كل ما تعتقد فيها من عيوب بالمقابل ترسم دائرة أخرى تعاكس فيها كل ما كتبتة على أن يتم استدخال هذه الأفكار تدريجيا للعقل، و تراجعها قبل دخولها لأي موقف ما مثلا في المدرسة التحدث مع الزملاء في الصف، الخروج معهم للإفطار... وقبل نهاية هذه الجلسة تم العودة إلى شبكة سيكا (SECCA) لاكتشاف التغير الذي حدث على أفكارها وانفعالاتها و سلوكياتها.

كشفت نتائج شبكة سيكا على وجود تقدم ملحوظ لدى المفحوصة و هذا يظهر في ملاحظة سلوكياتها، أفكارها و انفعالاتها التي انعكست على سلوكياتها، كما تم إعادة تطبيق المقاييس المطبقة في البحث التي كشفت على وجود تغير في درجة المقاييس الثلاثة: مقياس الضغط ما بعد الصدمة ، الاكتئاب، تقدير الذات كالتالي : (49) ، (24) ، (34) درجة ،انتهت هذه الجلسة بإعطاء موعد للأسبوع القادم و الحث على ممارسة الواجبات المنزلية: الاسترخاء، إخضاع الأفكار الآلية المشوهة للتعديل، إيجاد حلول لمشاكلها و النظرة الايجابية للذات.

الجلسة العاشرة إلى الثانية عشرة:

في هذه الحصة تم مراجعته الواجب المنزلي الذي تم إعطاؤه لها في الحصة الماضية ، و في كل مرة تنجح المفحوصة في اعتبار ذاتها يتبع بتعزيز كلامي مثلا في قولنا: " جيد واصل على هذا التفكير الإيجابي نحو ذاتك".

كما تم تعريض المفحوصة إلى نموذج اجتماعي يتمثل في الصداقة بين الأصدقاء من خلال سرد قصة الصداقة، من أصدقائك القدامى إلى أصدقائك الجدد، وكيف أنهم يتعاونون ويتفاعلون فيما بينهم من أجل أن يتقاسموا كل شيء، سواء الأسرار، الألعاب والهوايات، التليفون... وهذا لإكسابها بعض المهارات الاجتماعية، لكونها تعاني من ضعف في العلاقات الاجتماعية مما أدى بها للانسحاب وتجنب التحدث مع الآخرين و إحساسها بالعزلة والنبذ ، الشيء الذي ولد لديها مشاكل نفسية، قمنا بتدريبها على تعلم سلوكيات ايجابية انطلاقا من النموذج المعروض والذي يظهر التفاعل الاجتماعي مع الآخرين الشيء الذي مكنها من الإحساس بالثقة في النفس في المواقف الاجتماعية التي تتعرض إليها، خاصة لما أعدنا النموذج في شكل لعب الدور بين المفحوص والفاحصة؛ لاح ظلنا تغيرات جد ايجابية متعلقة أكثر بمزاجها حيث أظهرت سعادة كبيرة و حركات جعلتها تخفف من خجلها وانطوائها حول

الذات، كما عملنا على تعزيز مريم بالألفاظ الإيجابية و الحث على أنها لعبت دور ماهر في هذه الجلسة. و هذا التعزيز الإيجابي كان لهدف إخراج مريم من حالة الكسل و الخمول و العزلة التي كانت تعاني منهما،أنهينا هذه الجلسة بإعطاء واجب منزلي .

الجلسة الثالثة عشرة:

بدأت هذه الجلسة بالتعرف على مدى التقدم الذي أحرزته "مريم"؛ إذ لاحظت الفاحصة تقدما و تحسنا واضحا في تفكيرها عند تقييمها للأحداث الخارجية أو الداخلية؛ وفي كيفية إقبالها على تعلم تقنية أخرى، ففي هذه الحصة طلب منها مشاهدة **وملاحظة نموذج حي** والانتباه إليه كي تكتسب سلوكيات النموذج المتمثل في سلوك أعضاء شبكة ندى، من حيث إكسابها بعض من المهارات الاجتماعية كالابتسامة في الوجه، التحية بينهم، وكيف أنهم في مواقف ووضعيات ضغط وقلق لا يفقدون توازنهم، بل يتعاملون مع الموافق بفاعلية ونجاح.

الهدف من عرضها لهذا النموذج إمكانية التخلص من وضعيات قلقه بنجاح وفاعلية، كما طلب منها تكرار النموذج والاقتراء به.

انتهت الجلسة بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الرابعة عشرة إلى الخامسة عشرة:

في بداية هذه الجلسة قمنا بتدريب "مريم" على تقنية أخرى أخيرة، تساعدنا في حياتها تتمثل في **تقنية التحصين التدريجي المنتظم**، من خلال التعرف على المثيرات التي تستثير عندها الخوف والذعر المبالغ فيه تجاه الأب والآخرين، حيث كنا نطلب من "مريم" أن تعرض نفسها بشكل متكرر بالتدريج من المواقف الأقل إثارة للخوف إلى الأكثر إثارة، ثم نعلمها استجابة الاسترخاء بدل الخوف من والدها، فمثلا : سماعها بان احد قادم لدارهم تخاف وتقلق، أو سماع صوت أي رجل في ظروف تشعر بها بأقل درجة من الخوف، وهي في حالة هدوء واسترخاء بحيث لا تنتج استجابة الذعر والخوف، ثم نستمر عرضها إلى أعلى مستوى متدرج في الشدة إلى أن لا تستثير الاستجابة المرضية عندها.وقد طبقنا هذه التقنية للتخفيف من الشعور بالذنب والخوف عند المفحوصة.

الجلسة السادسة عشرة:

في هذه الجلسة تم تدريب مريم على الاسترخاء المتمثلة في

-التنفس البطني

-الاسترخاء

حيث تم إعطاء التغذية الرجعية للمختصة .

4- مقابلات التوجيه والمتابعة:

4-1- مقابلات التوجيه :

الجلسة السابعة عشرة والثامنة عشرة:

في هذه الجلسة أعدنا تقديم المقاييس المطبقة في العلاج.

- سجلت "مريم" على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (42) درجة و الذي يدل على أن الضغط لديها انخفض مع تقدم العملية العلاجية.

- سجلت "مريم" على مقياس الاكتئاب (20) درجة مما يدل على أن الاضطراب انخفض تدريجيا بعد مرور 13 حصة علاجية.

- سجلت "مريم" على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات (41) درجة مما يدل على تقدير ذاتها ارتفع مقارنة بالخطوط القاعدية.

- أما عن شبكة سيكا؛ فالحالة "مريم" أظهرت تقدما واضحا و تحسن إيجابي سواء في تفكيرها الذي انعكس على سلوكياتها و انفعالاتها.

أظهرت نتائج المراقبة الذاتية فيما يخص التحليل العقلاني لأفكار "مريم" تعديلا إيجابيا إذ أصبحت تفكر بطريقة منطقية خصوصا فيما يتعلق بنظرتها تجاه ذاتها و المحيط و المستقبل؛ إذ تأمل في الأحسن و لم تعد تخضع لمشاكلها اليومية ،كما تخلت عن الاستنتاج التعسفي، التضخيم والتعميم. أنهينا الحصة بإعطاء موعد " لمريم" بعد شهر من نهاية العلاج، كما تم حثها على ضرورة متابعة وممارسة كل التقنيات التي تعلمتها خلال العلاج، والتي طلب القيام بها كواجبات منزلية خارج مكتب الاستشارة.

4-2- مقابلات المتابعة:

4-2-1- مقابلات المتابعة الأولى :

الجلسة التاسعة عشرة و العشرين:

بعد مضي 6 أشهر من انتهاء العلاج، تم مقابلة "مريم" و هذا لمعرفة مدى التغير الذي حدث على صحتها النفسية، حيث تم تطبيق جميع التقنيات العلاجية التي تم تطبيقها في المقابلات العلاجية و التقييم النهائي و المتمثلة في:

المقابلة العيادية النصف الموجهة، الملاحظة السلوكية المباشرة، المراقبة الذاتية (ألفاظ و عبارات المفحوصة)، و كذا المقاييس المطبقة في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب لبيرلسون و مقياس كوبر سميث لتقدير الذات.

كانت النتائج كالتالي:

- انخفاض معظم أعراض الضغط ما بعد الصدمة طوال مدة العلاج؛ حيث سجلت "مريم" على المقياس الدرجة (37) مما يدل على أن الاضطراب أصبح متوسط الدرجة.
- انخفاض معظم الأعراض الاكتئابية لدى "مريم" إذ أظهر المقياس (18) درجات مما يدل على أن ها تجاوزت مرحلة الحزن، إذ أصبحت تأمل في حياة أخرى غير التي عاشتها.
- فيما يخص مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، فقد سجلت "مريم" (45) درجة مما يدل على أن تقدير ذاتها أصبح عال؛ إذ تخلت عن معظم الأفكار التي تنقص من تقدير ذاتها.
- فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد أظهرت اعتناء ملحوظ بمظهرها الخارجي و الضحك في المواقف التي تتطلب الضحك، انتهت الجلسة بإعطاء موعد بعد شهرين من نهاية المتابعة الأولى.

4-2-2- المتابعة الثانية:

الجلسة الواحدة والعشرون: وهذا للتأكد من استمرارية فعالية البرنامج المقدم للمفحوصة

تتميز هذه الجلسة بما يلي:

- استمرار انخفاض الأعراض المرضية للمفحوصة حيث سجلت (35) درجة على مقياس الضغط ما بعد الصدمة مما يدل على تقليص أثر صدمة الاعتداء الجنسي الذي تعرضت إليه مريم.
- انخفاض كل الأعراض الاكتئابية لدى "مريم" حيث قدرت درجة الاكتئاب على المقياس ب (17) درجة وهذا يخدم صحة المفحوصة.
- أثبتت نتائج إعادة تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث عند مريم أنها أصبحت تتمتع بنظرة إيجابية تجاه ذاتها و تقتنع بما تملكه من خصائص جيدة، مما أعاد ثقتها الكبيرة في نفسها حيث قدرت نتائج مقياس كوبر سميث لتقدير الذات ب (47) درجة وهو تقدير ذات متوسط أعاد لها توازنها النفسي.

5- مدى تحقق فرضيات البحث:

نلخصها فيما يلي:

جدول رقم (13) نتائج المقاييس النفسية للحالة الأولى (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

الفترة والبرنامج العلاجي	المقاييس النفسية	56	49	42	37	35
المتابعة الأولى: بعد شهرين من انتهاء العلاج	المتابعة الثانية: بعد أربعة أشهر من انتهاء المتابعة الأولى	– قبل العلاج تم الوقوف ورسم الخطوط القاعدية في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى. - تم استخدام التحليل الوظيفي : شبكة سيكا SECCA	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : – التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية –تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلاني لبيك. –العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. –تعديل الحوار الداخلي ميكنيوم –التدريب على رفع تقدير الذات. – التدريب على حل المشكلة –في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	نهاية العلاج: بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: –التدريب على المهارات الاجتماعية. – تقنية سرد القصص ولعب الدور – التدريب على النمذجة – التحصين التدريجي		
مقياس الضغط ما بعد الصدمة	مقياس بيرلسون للاكتئاب	27	24	20	18	17
مقياس تقدير الذات كوبر سميث		12	34	41	45	47

239

يبين الجدول رقم (14) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي تعاني منه مريم، و التي قدرت ب (56) درجة، و هو ضغط مرتفع جداً، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	26	46,42
أعراض التجنب	11	19,64
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	19	33,92
المجموع	56	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهوراً عند الحالة الأولى مريم بنسبة 46.42% تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة 33.92% ثم تليها أعراض التجنب بنسبة 19.64%.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند "مريم" فقد سجلت (27) درجة على المقياس ، و هو اضطراب متوسط تتميز أعراضه بالنظرة السلبية للذات و للعالم و المستقبل بالإضافة إلى تشوه أفكارها التي تتميز بالاستنتاج الخاطئ، التضخيم والتعميم المفرط.

أما بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيس بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (12) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات المنخفض عند مريم، كونها لا تعطي أهمية لذاتها و تعاني من نقص الثقة بالنفس، ومن احتقار نفسها الذي يرجع إلى ما تعرضت إليه من اعتداءات من قبل الأب الذي كانت تعتقد أنه سيحبها يوماً ما.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبنيك ، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيراً واضحاً في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي "لمريم"، حيث أصبحت تقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار ايجابية أعطتها ثقة كبيرة في النفس و مفهوم ايجابي للذات.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (49)، (24)، (34) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد حسنة حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى "مريم" ليصل إلى (42) درجة بعدما كان (56) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين من نهاية العلاج حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (20)، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (37)، (18) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (35)، (17) درجات و هو ضغط خفيف ، كما أن أعراض الاكتئاب تم التخفيف منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة "مريم" لذاتها، و تقييمها للأحداث المحيطة بها، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (41) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات متوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من نهاية العلاج، حيث قدرت ب (45) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (47) درجة و هي مؤشر متوسط لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة).

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات وسلوكيات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى مريم يمكن القول: أن أفكار و اعتقادات "مريم" تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المطبق في البحث حيث تم تخفيف معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الصور الرجعية و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، الارتجاف... كذلك تم القضاء على اضطرابات الأكل والشهية لدى مريم والتبول اللاإرادي الناتج من الخوف تجاه الوالد.

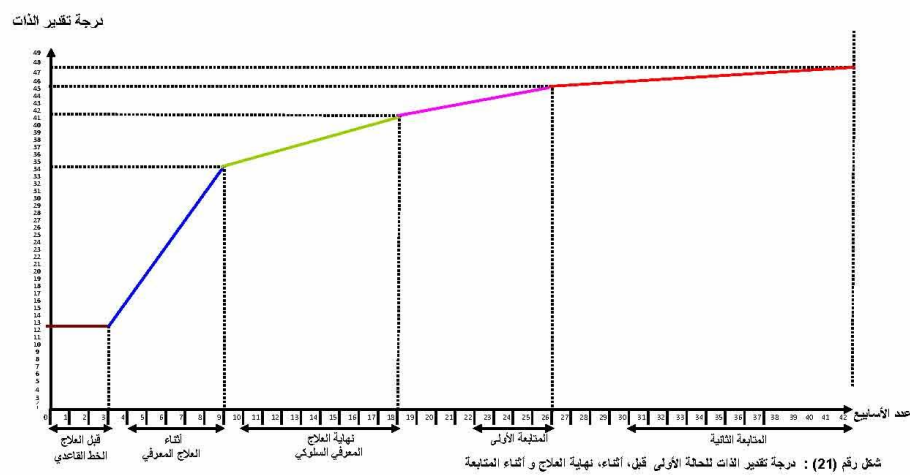
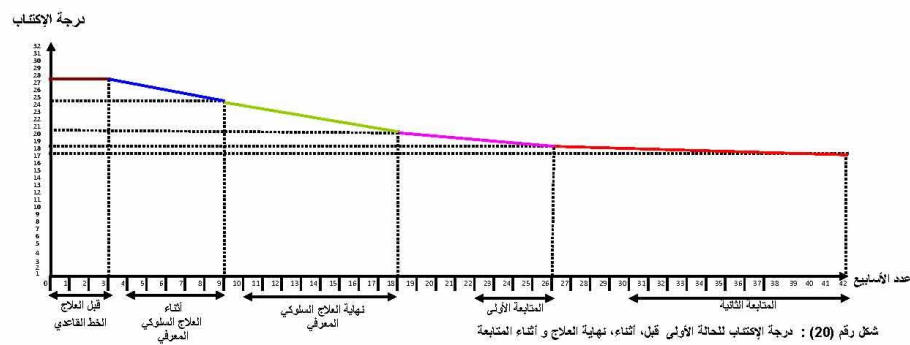
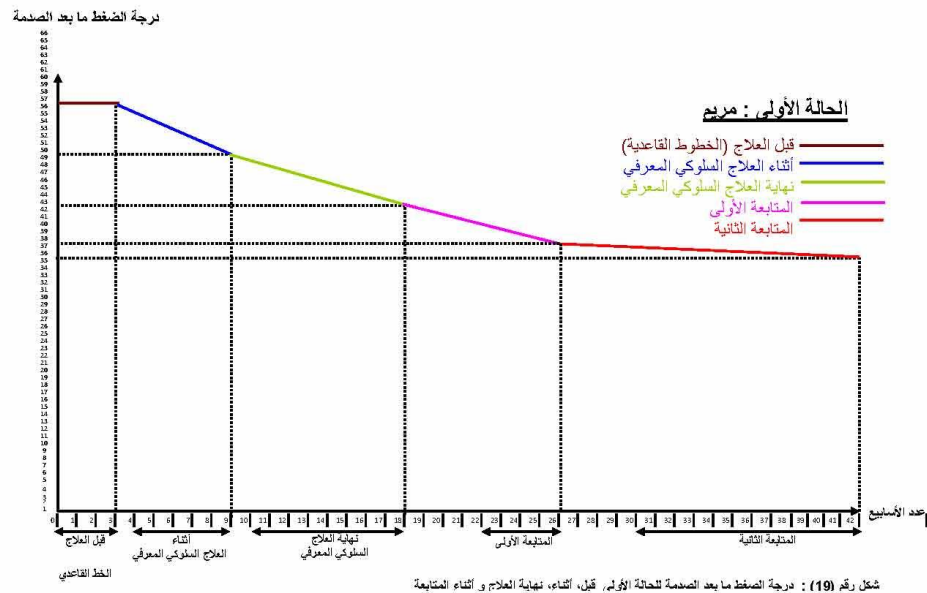
✓ أفكار مريم قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل و بالاستنتاج التعسفي. "سماع أي صوت عال يعني الأب وصل للبيت " وأصبحت بعد العلاج تخلت عن فكرة أنها تتقرب مجيئ والدها في أي لحظة ، كما أصبحت أفكارها تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط وتأمل في مستقبل أحسن، و تخلت عن أفكارها الغير منطقية.

✓ انفعالات مريم قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك الأب ، قلق واكتئاب، بعد العلاج أصبحت مرتاحة البال بفضل تعديل أفكارها السلبية، كما تحسن مزاجها، فقد زال خوفها من الأب و الارتجاف الذي كانت تظهر عليه في المقابلات الأولى ، و الضغط الذي كانت تعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكيات مريم كان يتميز قبل العلاج بالصمت، الخضوع لسيطرة الأب، عدوانية تجاه الأخت، بعدها صرحت لامها بأفعال والدها تجاهها وانتهت بالانفصال الزوجي بعد العلاج تعدلت للأحسن من جهة علاقتها بالأخت الصغرى أصبحت تساندها في المدرسة وفي ترتيب أثاثها ولوازمها كما تخلصت من عدوانيتها تجاه الأخت، حيث أنها أصبحت تتمتع بتفاعل إيجابي مع الآخرين، وتخلت عن انطوائها خاصة في المدرسة حيث أصبحت تخالط زملائها وعلاقتها بهم طيبة، بمعنى أن سلوكها أصبح متوافقا مع مواقف الحياة، بفضل التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (19) ص 242.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى "مريم" حيث سجل المقياس الدرجة (56) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (49) ثم تتخفض بعد إتمام البرنامج إلى (42) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من نهاية العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (37)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (35) بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوصة.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (20) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (27) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه "مريم"، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (24) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (20) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (18) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (17) التي تدل على انخفاض الاكتئاب عند "مريم".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (21) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (12) لتقدير الذات كخط قاعدي، و هي مؤشر على انخفاض تقدير الذات عند "مريم"، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (34) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى "مريم" لتصبح (41) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (45) درجة لتزداد في الارتفاع لتصل (47) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن "مريم" أصبحت تتمتع بثقة في النفس وبتقدير الذات متوسط.

ثانيا: الحالات المختصرة

الحالة الثانية: « وليد »

1 - عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

وليد طفل عمره 09 سنوات تعرض لاعتداء جنسي متكرر من قبل والده منذ عامين ، يسكن بضواحي مدينة الجزائر العاصمة، تعرفنا على وليد في 2014 اثر تواجدها بشبكة ندى، يتحدث اللغة العربية وهو ممتاز في دراسته، لديه أخ أصغر منه عمره 6 سنوات .

لقد كان الدافع لمجيء وليد إلى الشبكة هو مساعدته في تجاوز وضعيته التي يعيشها حيث كانت الحالة تعاني كوابيس ليلية ومن التبول اللاإرادي بالرغم من النجاحات التي حققها في مجال الدراسة.

في أول لقاء مع وليد وأمه أخبرتنا أنه يعاني من بعض الأمراض التي تستدعي العلاج ، ولقد ظهر لنا أن عائلة المفحوص كانت تعيش حياة عائلية سعيدة ، كانت كلها خير لم يضربها زوجها و لم يسيء معاملتها؛ إذ كانت تعتقد أن حياتها ستبقى سعيدة دائما، إلى أن أتى ذلك الحادث الصدمي الذي غير مجرى حياتها.

ذات يوم، بينما كانت الأم تساعد ابنها في تغيير ملابسه لاحظت وجود احمرار على مستوى دبره، وعندما سألتها عن سبب ذلك ترددت في البداية وعند إلحاحها أخبرها بأن والده هو من اعتاد على لمسها في دبره بإصبعه إلى غاية جرحه بظفره، وأخبرها وليد أنه خلال غيابها أو عندما تكون منهمكة في أشغال المنزل فلن والده يقوم بأخذه إلى غرفة النوم ويقوم بنزع سرواله.اعتقد الطفل أن هذا شيء عادي لأنه اعتاد عليه منذ الصغر فقد وافق على فكرة الاعتداء الغير مصحوب بأي تهديد أو قوة يقول:

"والفت جاتني normale "

عرضت الأم ابنها على طبيبة شرعية حررت لها شهادة طبية تثبت لها أن ابنها تعرض لاعتداء جنسي و بأن الضحية يعاني من احمرار وتهيج حول الدبر وجرحين سطحيين على مستوى هوامش الدبر.

ولقد صرحت أن الاحمرار والتهيج ناتج إما عن ملامسات جنسية وإما عن الحكّة الذاتية بالظفر مع غياب أثار الاعتداء على مستوى بقية الجسم.

رفعت الأم دعوى قضائية تتهم فيه الزوج بارتكابه جنحة مخلة للحياء ضد ابنه القصر، بالمقابل من ذلك رفع الزوج دعوى الطلاق ضدها.

في كل مرة يقترب موعد زيارة الأب له يتغير سلوكه وتصبح نفسيته جد متوترة، كما انه يرفض الذهاب مع الأب خوفا من أن يتكرر له نفس الأمر.

حاليا فإن حالة الحالة جد متأزمة تستدعي متابعة طبية ونفسية، فهي تعاني من عدة أضرار تركتها آثار الاعتداء الذي تعرض إليه، من الناحية النفسية فإن وليد يعاني من مشاعر الدونية التي يخفيها و نقص في اعتبار الذات و الإحباط، قلق حاد، احتقار الذات رغم أنه لا تظهر عليه و يحاول إخفاء مشاعره قدر المستطاع.

يظهر جليا أن وليد يعاني من تأنيب الضمير، حيث أظهر عدة انفعالات، منها: سرعة الغضب ، الخوف من الأب بعد أن اكشف أن ما كان يحدث معه شيء مناف للأخلاق.

اليوم وليد يعاني من تبول لا إرادي لديه كوابيس يخاف كثيرا ، كما أنه شخص خجول وجد مؤدب، في بداية المقابلات الحالة كانت تتذكر الاعتداء الذي تعرض إليه، إذ أنه يتجنب الحديث مع الآخرين حول حياته مع والده، فهو يتذكر كل ما تعرض إليه و بصفة دائمة، كما أنه يحاول تجنب الأفكار و المشاعر التي تذكره بمشاهد الوضعية التي عاشها ، ففي الجلسات الأولى لم يصرح وليد بأي شيء حيث كانت ردت فعله الصمت ، لكن لدى مواجهته للوالد أمام القاضي صرح وليد وخرج من صمته بعد ان تم تحضيره نفسيا، حيث صرح كيف كان والده يلمس دبره ويجبره على أفعال مشينة.

خضع الطفل لاختبارات نفسية أثبتت أن قدرته الذهنية طبيعية ولم تتعرض لأي تلف، رسوماته أظهرت غياب الوالدين ورفض للمشاكل التي يعيشها، شرحنا للطفل أن والده مريض سيخضع للعلاج حتى لا تتكسر صورة الأب لديه.

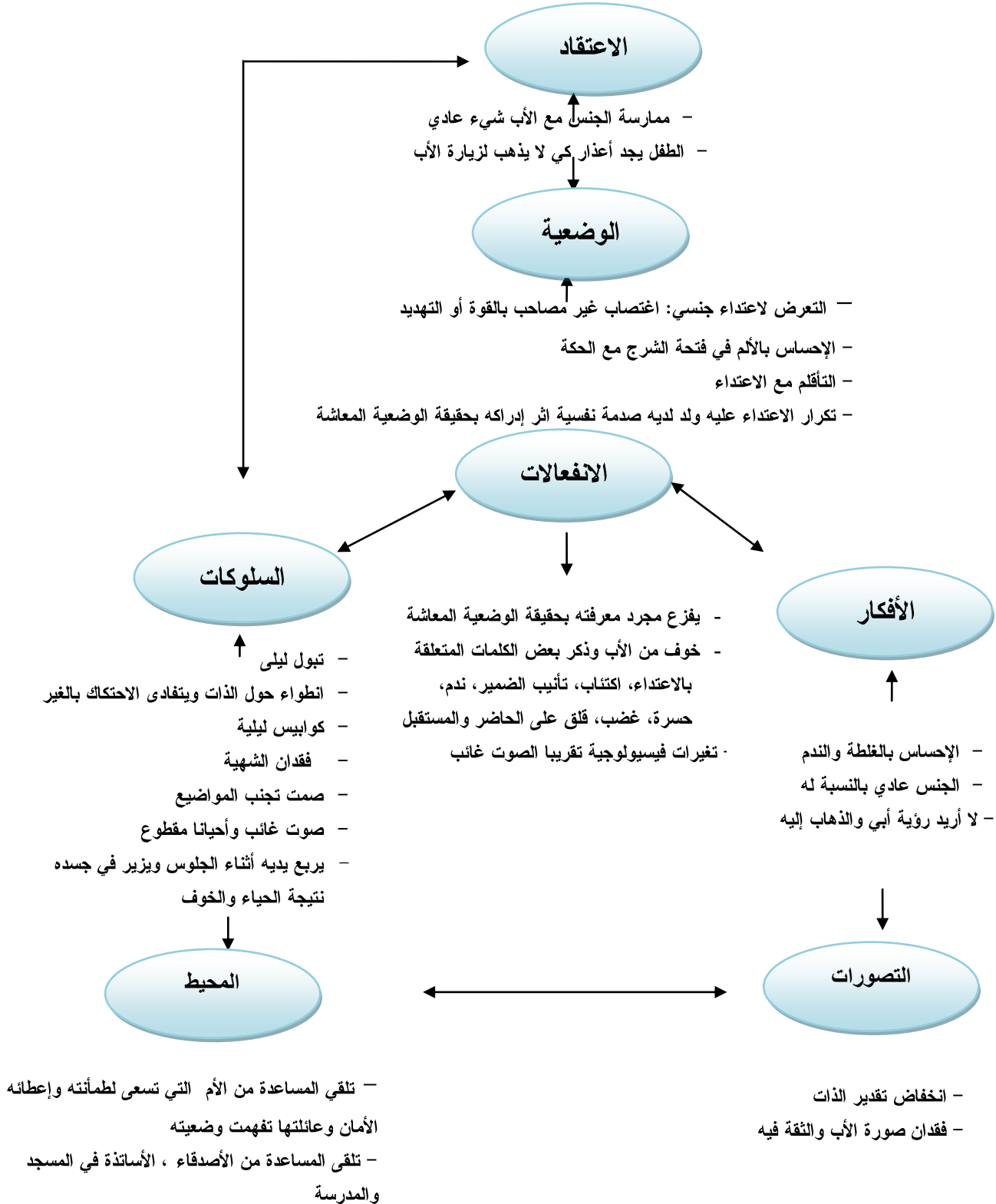
حاليا الأم تعيش في بيت أهلها خوفا من أبنائها اللذان تعرضا للاعتداء الجنسي من قبل والدهما، انتظارا لإكمال إجراءات الطلاق بينهما، تقول أن هذا لمصلحة الأولاد " على جالهم، باش نحميم ديتهم لدارنا" لقد صرحت لنا أم وليد أنها لا تتق بأحد في هذه الحياة، ولذلك فهي ترفض ترك الطفلين معه فقط وترغب أن تكون الزيارة بحضورها أو بحضور احد أفراد عائلتها، و حسب تصريحاتها فان أبوه كان ضحية اعتداء جنسي في طفولته.

فيما يخص مستقبل الحالة، فهي تأمل في الأحسن ، و أن ينجح في حياته الدراسية والمهنية وحاليا الحالة تتابع دروس القرآن منذ أن كان في عمره 4 سنوات، ولقد تحصل وليد على ممتاز في دراسته أعطيت له عدة جوائز لكن هذا العام تراجع معدله إلى 7 بعد أن كان 9.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة 247

تميزت المقابلات التشخيصية بتطبيق تقنيات و مقاييس نفسية تهدف إلى الوقوف على تشخيص الاضطراب الذي يعانيه "وليد" حيث تم في هذه المقابلات:

- 1 - بناء علاقة وطيدة أساسها التفاهم و الثقة مع "وليد".
- 2 - الحصول على معلومات شخصية، أسرية و اجتماعية تتعلق بوليد من خلال تطبيق المقابلة نصف الموجهة.
- 3 - استخدام التحليل الوظيفي للوقوف على العوامل التي تعمل على تطوير و استمرار أعراض الاضطرابات النفسية عند "وليد"، والوقوف على تشخيص أولي لسلوك وليد المرغوب في تعديله وهو السلوك الانسحابي
- 4 - استخدام تقنية الملاحظة المباشرة للتعرف على مستوى النشاط الجسمي و الحركي و السلوك التعبيري، الاتصال حيث كان يهتم جدا بلباسه خاصة من حيث النظافة، أما تحركاته كانت بطيئة، ونظراته حزينة و صوته كان خافت و هادئ و متردد في كلامه عن والده بسبب الإحباط الذي تعرض إليه وإحساسه بتأنيب الضمير.
- 5 - استخدام شبكة سيكا SECCA للوقوف على أفكار و انفعالات و سلوكيات "وليد" الحالية و الشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة :



شكل رقم (22) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة الثانية

تطبيق المقاييس النفسية المتمثلة في مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات الذي أسفر على نتائج كالتالي (52)، (23)، (56) و هذا للوقوف على الخطوط القاعدية لدرجة الضغط ما بعد الصدمة، الاكتئاب، تقدير الذات قبل بداية العلاج.

3- المقابلات العلاجية:

تميزت المقابلات العلاجية لهذا المفحوص بما يلي:

- إعطائه الشرح الكافي حول نوع الاضطراب الذي يعاني منه و الأعراض التي تظهر لديه؛ حيث كان "وليد" يعاني من:

قلق أثناء النوم إذ تفرعه الكوابيس فيصرخ و يكي ، وأحيانا يتبول على نفسه في الليل نتيجة إحساسه بالخوف وبعدم الأمان، فهو يحس بأن الحدث الصدمي الذي عاشه مازال موجود، إذ يتجنب تذكر ما حدث له، لدرجة أنه في بعض الأحيان يؤثر على تفكيره خاصة أثناء وجوده بالمدرسة.

"وليد" كان يشعر بالوحدة، ويتردد في اتخاذ قراراته، كما يشعر بالدونية بالرغم من ذلك نجده يقاوم مشاعره السلبية التي تشعره بالنقص، اتخذ تفوقه الدراسي كوسيلة لتعويض نقصه.

- إن تجربة الاعتصاب التي مر بها "وليد" جعلت مزاجه يتغير و سلوكه أيضا ، فهو لا يتحمل الإحباط كما نجده يشعر بالذنب و يظلم نفسه عما حصل له وكأنه طرف فعال في العملية ، فهو يعاني من الانطواء الذاتي و الاجتماعي، حيث يرفض البقاء مع الأشخاص كثيرا، والتحدث عن حياته مع والده، فهو يخفي مشاعره الحقيقية تجاه الوالد الذي كان يحبه كثيرا.

يجدر الإشارة إلى أننا كنا نلجأ إلى عملية التقييم طيلة العلاج النفسي المقدم للمفحوص بواسطة المقاييس الثلاث المطبقة في البحث.

لقد أدى تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي ارتكز على تقنيات عديدة إلى تغيرات

إيجابية ملحوظة على جميع المستويات بعد العلاج، أهم هذه التقنيات مايلي:

- تغيير الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية عن طريق تقنية التحليل العقلاني لبيك و تقنية العلاج الانفعالي المنطقي لإليس ، وطريقة ميكنبوم الحوار الداخلي

- القيام بالواجبات المنزلية ساعد كثيرا "وليد" على التفكير الايجابي في الحياة واكتساب مهارات حل المشكلات التي قد تعترضه في الحياة.
- الاشراف الكلاسيكي (الاسترخاء) الذي ساعد وليد على التخفيف من الضغط والتوتر الذي كان يحس به هذه التقنية كانت مدعومة بالتحصين التدريجي للضغوط، حيث تخلص "وليد" من إحساسه بتأنيب الضمير تجاه الوالد بفضل نزع الحساسية المفرطة لسلوكاته التي توحى بالذعر أثناء قيامه بالاسترخاء.
- التدريب على رفع تقدير الذات وحمايتها من خلال الوقوف على مزايا ومحاسن "وليد" خاصة من جهة تفوقه الدراسي على زملائه في الصف.
- أدى التعلم بالنمذجة عن طريق ملاحظة نماذج إلى إكساب "وليد" المهارات الاجتماعية اللازمة لإنجاز نشاطات تنبع من اهتمامات "وليد" و التعزيز الاجتماعي و الشفهي من أجل اكتساب مهارات جديدة والتمكن من فنون التعامل مع الغير والتخلص من شعوره بالوحدة.

4- استراتيجيات التقويم والمتابعة:

4-1- استراتيجيات التقويم:

- في هذه الجلسة تم مواصلة البرنامج المعرفي السلوكي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقويم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصص التشخيصية الثلاثة، حيث توصلنا إلى النتائج التالية:
- سجل "وليد" على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (35) درجة
 - سجل "وليد" على مقياس الاكتئاب (13) درجة
 - سجل "وليد" على مقياس تقدير الذات (67) درجة
- بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن "وليد" تحسنت كثيرا حالته سواء في درجة الضغط الذي كان يعاني منه، بالإضافة إلى القضاء على أعراض الاكتئاب المرضية، كما أن نسبة تقدير الذات عنده ارتفعت.

فيما يخص نتائج شبكة سিকা SECCA فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن واضح في سلوك وأفكار وانفعالات "وليد" التي انعكست على مزاجه.

4-2- استراتيجيات المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند ولید، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس

الوسائل

و التقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا غياب علامات وآثار الندم والحسرة عليه، الشيء الذي انعكس على مزاجه وانفعالاته وأفكاره وسلوكه حيث تخطى عن عزلته بزملائه وبالأخرين كما أن مستواه الدراسي تحسن وهذا بفضل دعم العائلة له خاصة أمه التي تحبه وتشجعه دائما.

و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في البحث أثناء المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة (32)، (31) درجة

- مقياس الاكتئاب (12)، (12) درجة

- مقياس تقدير الذات (68)، (69) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت كثيرا مقارنة بالخطوط القاعدية وما نريد الإشارة إليه

أن المفحوص كان طرف فعال جدا في العملية العلاجية حيث كان متعاوننا جدا منذ بداية البرنامج إلى نهايته، في الأخير انتهى بإعطاء نتائج جد مقبولة لكلا الطرفين.

5- مدى تحقق فرضيات البحث:

نلخصها فيما يلي:

جدول رقم (15) نتائج الاختبارات النفسية للحالة الثانية (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

المقاييس النفسية المقاييس النفسية	52 56	43 61	35 67	32 68	31 69
قياس الضغط ما بعد لصدمة قياس بيرلسون للاكتئاب قياس تقدير الذات بوبر سميث	23	19	13	12	12
أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : – التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية –تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلائي لبليك. –العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. –تعديل الحوار الداخلي ميكنبوم –التدريب على رفع تقدير الذات. – التدريب على حل المشكلة –في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	– قبل العلاج تم الوقوف ورسم الخطوط القاعدية في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى. - تم استخدام التحليل الوظيفي : شبكة سيكا SECCA	نهاية العلاج: بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: –التدريب على المهارات الاجتماعية. – تقنية سرد القصص ولعب الدور – التدريب على النمذجة – التحصين التدريجي	المتابعة الأولى: بعد شهرين من انتهاء العلاج	المتابعة الثانية: بعد 4 أشهر من انتهاء المتابعة الأولى	الفترات والبرامج العلاجية

يبين الجدول رقم (16) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه وليد، و التي قدرت ب (52) درجة، و هو ضغط متوسط ، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	10	19,23
أعراض التجنب	16	30,76
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	26	50
المجموع	52	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على المعرفة والتفكير أكثر ظهوراً عند الحالة الثانية وليد بنسبة 50 % تليها أعراض التجنب بنسبة 30,76 % ثم تليها أعراض التأثير على الذاكرة بنسبة 19,23%.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " وليد " فقد سجل (23) درجة على المقياس ، و هو اضطراب منخفض تتميز أعراضه بالحزن والشعور بالوحدة النفسية، قلق أثناء النوم وفقدان اللذة في الحياة والملل، بالإضافة إلى تشوّه أفكاره التي تتميز بالاستنتاج الخاطئ .

بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيسّت بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (56) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات متوسط جداً عند "وليد" ، كونه يشعر بنقص في اعتبار الذات بسبب نقص الثقة بالنفس، الذي يرجع إلى ما تعرض إليه من اعتداءات من قبل الأب الذي كان يعتقد أنه يحبه.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبنيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيراً واضحاً في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي ل" وليد "، حيث أصبح يقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار إيجابية أعطته ثقة كبيرة في النفس و مفهوم إيجابي للذات.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (43)، (19)، (61) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد مرضية حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " وليد " ليصل إلى (35) درجة بعدما كان (52) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (13) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (32)، (12) درجات تم بعد مرو 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (31)، (12) درجات و هو ضغط خفيف ، كما أن أعراض الاكتئاب تم القضاء منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " وليد " لذاته، و تقييمه للأحداث المحيطة به، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (67) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات عال، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، حيث قدرت ب (68) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (69) درجة و هي مؤشر عال لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة) عند الطفل.

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار ،انفعالات وسلوكيات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سيكا **SECCA** لدى "وليد" يمكن القول: أن أفكار و اعتقادات " وليد " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية التي توجي إلى وجود التجنب و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات ومشاعر الدونية لديه ، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توجي إلى وجود الخوف، القلق، تأنيب الضمير... كذلك تم القضاء على اضطرابات النوم لدى "وليد".

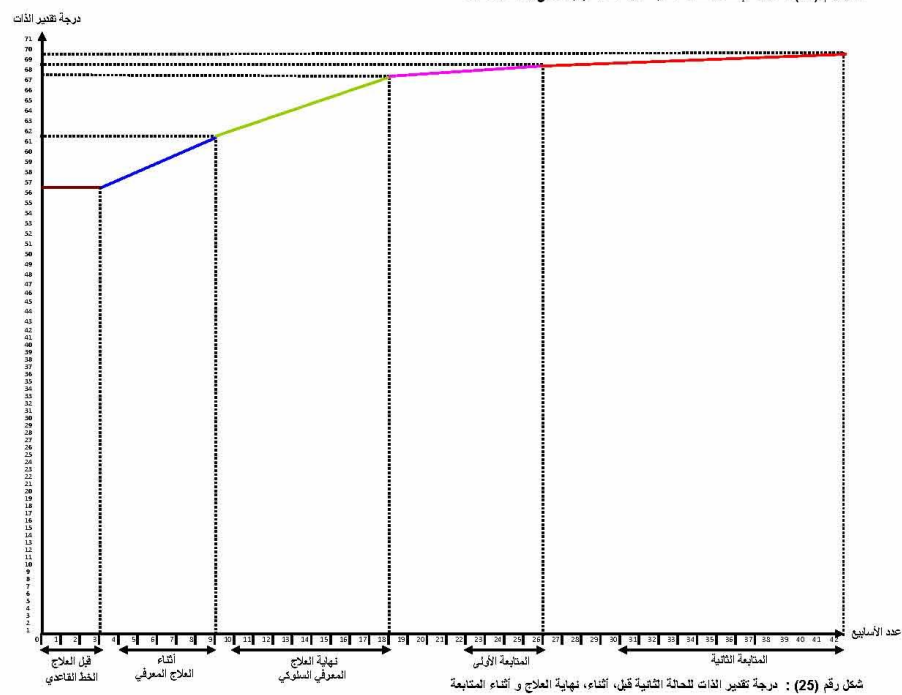
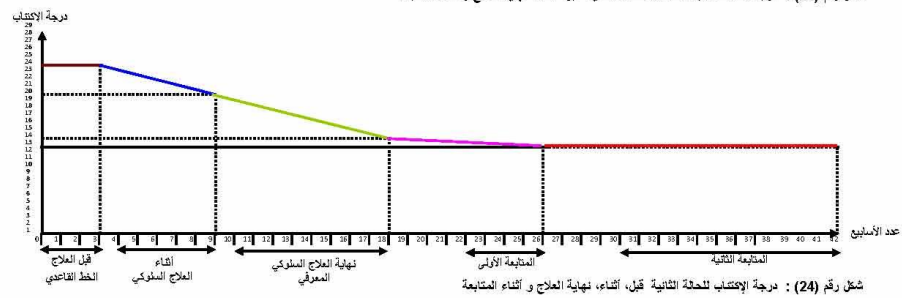
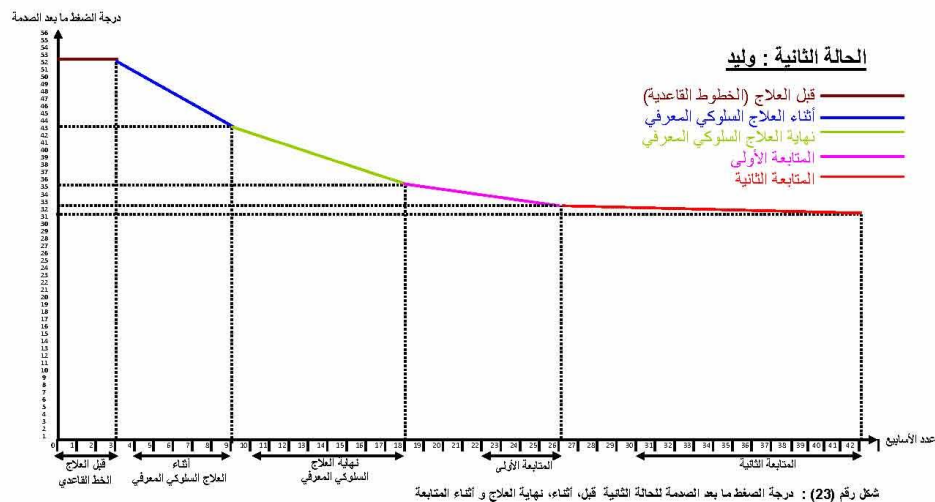
✓ أفكار "وليد" قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و بالاستنتاج التعسفي. "هو طرف فعال فيما حصل له" وأصبح بعد العلاج تخلص عن فكرة أنه مذنب فيما حصل معه الشيء الذي منحه ثقة أكثر في النفس، كما أصبحت أفكاره تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و يُهل في مستقبل أحسن، بفضل تخليه عن أفكاره الغير منطقية.

✓ انفعالات "وليد" قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك الأب، قلق تقلب المزاج، بعد العلاج أصبح مرتاح البال بفضل تعديل أفكاره السلبية، كما تخلص عن التبول اللاإرادي في الليل، فقد زال خوفه من الأب الذي كان يظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجه المتقلب تحسن، و الضغط الذي كان يعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكيات "وليد" كان يتميز قبل العلاج بالصمت، الخضوع لسيطرة الأب، الوحدة والابتعاد عن الأشخاص، بعده صرح لأمه بأفعال والده تجاهه وانتهت بالانفصال الزوجي ، بعد العلاج تعدلت سلوكياته للأحسن من جهة علاقته بالزملاء في المدرسة كما تخلص عن السلوك الانسحابي ، فقد تعدل و تخلص من وحدته، حيث أصبح يتفاعل بشكل إيجابي مع الآخرين خاصة عائلته التي تحبه كثيرا، وتخلص عن انطوائه خاصة في المدرسة كما أن معدله تحسن ليصل إلى 8,56 وأصبح لديه علاقات طيبة بزملائه في المدرسة ويشاركهم في تمارينهم وفي التدريبات الرياضية بفضل التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (23) ص 255.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " وليد " حيث سجل المقياس الدرجة (52) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (43) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (35) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (32)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (31) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوص.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (24) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (23) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه " وليد "، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (19) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (13) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (12) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (12) التي تدل على زوال الاكتئاب عند " وليد ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (25) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (56) لتقدير الذات كخط قاعدي، و هي مؤشر متوسط في تقدير الذات عند " وليد "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (61) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " وليد" لتصبح (67) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (68) درجة لتزداد في الارتفاع لتصل (69) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " وليد " أصبح يتمتع بثقة كبيرة في النفس و بتقدير الذات عال.

الحالة الثالثة: « عمران »

1- عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

عمران طفل عمره 09 سنوات، تعرض لاعتداء جنسي متكرر من قبل ابن عمه البالغ من العمر 26 سنة، يدرس في السنة الرابعة ابتدائي، لديه أخ أكبر منه بسنتين، أمه لا تعمل و أبوه عامل. وجه عمران من قبل الطبيب إلى الاستشارة النفسية، لكون أن الشبكة الجزائرية "ندى" تعمل مجاناً لفائدة أطفال ضحايا الاعتداءات، أصبح عمران يقبل على الاستشارة النفسية لهدف التخفيف أو القضاء على اضطراباته النفسية، جاء بصحبة أمه التي اكتشفت الأمر بعد مرور سنة على وقوع الحادثة.

يظهر أن "عمران" لا يعاني من أي سوابق شخصية مرضية قبل تعرضه للاعتداء الذي أثر على حالته النفسية، ويعود سبب الاعتداءات المتكررة على الحالة أن المعتدي كان يدمن على المخدرات، كما أنه صاحب سوابق مرضية.

حيث أن الأم عندما كانت تقوم باستحمام ابنها لاحظت خدوش واحمرار في فتحة الشرج هذا ما جعلها تسأل ابنها الذي أخبرها بأن ابن عمه استدرجه إلى غرفته ليقوم بفعلته الدنيئة مستغلاً في ذلك براءته وحبه له، مع العلم أن الضحية كان يتعرض للضرب و للصفع وقرص للخدود.

تم سماع أقوال "عمران" حيث تأكدنا من كلام الأم من خلال ابنها الذي رفض الكلام في المقابلة الأولى وتصرف بكل عدوانية، كما أن المفحوص كبت حقه وكرهه على المعتدي وهذا ما يؤكد أنه كان يتعرض للتهديد والضرب، ومن خلال عدة مقابلات تحدث الطفل عما تعرض له من اعتداء، فحسب تصريحات الأم فإن المعتدي يتعاطى المخدرات تقول: "il se drogue"

لقد صرحت لنا أم عمران أن ابنها كان يقضي معظم أوقاته مع ابن عمه الذي يطلبه دائماً للبقاء معه في دار جده، لكونه يعيشان في نفس المنزل، الطابق الأرضي كان مسرحاً لهذه الجريمة أين يسكن جده أما عائلته فكانت تتواجد في الطابق الأول، تفتنت الأم بهذه الوضعية بحكم أن ابنها صغير لا يجب أن يلعب مع شخص كبير عليه ولأكثر من 10 ساعات أحياناً، ولقد صرحت لنا كذلك لكونها الأقرب إلى ابنها، أنه قبل الاعتداء على ابنها كانت طفولته عادية خالية من المشاكل، أما بعد الاعتداء فقد أصبح لا يطاق، يتحرك كثيراً ويرفض الصياغة للأوامر، كما أصبحت تظهر على الطفل تغيرات في عادات النوم، الأكل والمشي.

أثناء المقابلة مع الحالة تجنب عمران التحدث عن كل ما يتعلق ب ابن عمه، كان يتهرب من الحديث عنه، ففي بداية المقابلة معه خربش الورقة التي أعطيت له للرسم بغضب وعنف، ومع مرور الجلسة الثالثة رفض الإدلاء بتصريحاته أولاً ثم بدأ بنوبات بكاء حادة وعلامات الخوف والحياء بادية على وجهه مع تغطية وجهه بصدر أمه أثناء التصريح، حيث أخبرنا أن ابن عمه الذي كان يعتقد أنه يحبه، كان يطلب منه نزع سرواله ويعطيه المال لكي يلهيه ثم يهدده بعدم البوح بما حدث يقول: " نحالي سروالي، أعط لي دراهم ودار لي زيزي في كيكي"، طلبنا منه رسم شيء حر يعجبه قال للمختصة ضاحكاً: "نديسيني كيلوطا" المختص جوابه: "و اش بيها كيلوطا، علاش حبيت تدسينيها"، جواب الطفل: "هاهاها، نديرها في فمك" وعلامات الحقد والشر والعدوانية بادية في وجهه، كان يخلط في الأمور تلقائياً، ويحكي كلام غير أخلاقي نظراً للمصاحبة السيئة لابن عمه.

المعتدي كان يقول له أن ما يفعله معه هو نفس الشيء الذي تفعله أمه مع والده واعتبر ذلك

شيء عادي وليس عيب، يظهر ذلك من خلال قوله لأمه: "يك أماما normale أك"

لقد لحق بالحالة عدة أضرار جراء الاعتداء عليها، منها الاضطرابات الانفعالية، إذ أصبح يخاف، يتحدث بسرعة و لهفة، اضطرابات فسيولوجية تتمثل في سرعة نبضات القلب، التعرق الليلي، آلام في الرأس... اضطرابات نفسية جسدية تتمثل في القلق، ضغط، كوابيس ليلية مستمرة، انزعاج مجرد سماع أي كلمة لا تعجبه، و من الناحية الانفعالية، نجد الحالة مرهقة نفسياً و قلقاً، يتهيج لأنفه الأسباب ويتغير وجهه للأسوأ بالإضافة إلى أعراض أخرى تتمثل في:

- عدم الاستقرار في مكان واحد،

- يعاني الطفل من أعراض النشاط الزائد

- عدوانية لفظية سلوكية

- سلوك التجنب عدم الإفصاح عن مجريات الحادثة

- تبول لا إرادي

- بكاء

- يخلط في الأمور والأحداث والأرقام

- سلوكيات تشبه سلوكيات أشخاص ناضجين

- كبت الكره والحقد تجاه المعتدي

- أحيانا الطفل يفرض رأيه على أمه ويتحايل عليها، ويهددها بكلمات: "تجيبني لي هذا، مانهدرش، عييت مانحكيش مانحكيش" وأحيانا عندما يحس بالتهديد الداخلي يقول لأمه: "يك أمانا تحبيني، يخي تحبيني"

- لديه نظرات شخص كبير السن وكأنه إنسان ناضج قبل الأوان.
- يظهر أن عمران يحاول أن يتجنب تلك الأحداث المربكة التي عاشها، لكنه لا يقدر أن يمحيها من ذاكرته لأنها كانت جزء من حياته، فهو يتجنب الحديث عما حصل له بعد أن عرف أن ما تعرض إليه ليس بالشيء الجيد.

صاحبت الأم ابنها وكأنها صديقه حتى حكي لها كل شيء والطفل لم يكن يعلم بحقيقة ما كان يحدث معه، كان يطلب منه أن يلمس عضوه الذكري ويداعبه، كان يضربه ويقرصه، ولقد أكد لنا الطفل أنه لا يستطيع إحصاء عدد مرات الاعتداء ويكتفي بالقول: "مانقدرش نحسبهم لك، اوه بزاف" كان يتنمر من كل شيء يذكره بآبى عمه الذي أحبه كثيرا، وحسب تصريحات الحالة فلا أحد شاهده لأن عملية الإخلاء بالطفل كانت في سرية تامة وبعيدة عن كل الشبهات.

لقد صرح لنا "عمران" أنه شعر يوم تعرضه للاعتداء بالغضب في البداية وسرعان ما تعود عليه وأصبح يعجبه الأمر لأن المعتدي كان يزين له الكلمات وأوهمه أن ما يحدث بينهما شيء عادي . قدمت الأم شكوى ضد المعتدي بعد فوات الأوان لأنه لم يكن لديها أي دليل للطب الشرعي يثبت أن الطفل تعدى عليه.

يظهر أن والدي "عمران" وعائلتهما وقفت إلى جانبه، و دعموه كثيرا، ساعدته أمه كثيرا وعلمته أن ما حدث له عيب، كما أن معاملة عائلته له لم تتغير بل أصبحوا يخافون عليه كثيرا ويهتمون أكثر بسلامته، كان ينام لوحده قبل أن يخبر أمه بما يحصل معه، في كل ليلة كان يأخذ أثاثه ويذهب لغرفة واحدة فينام بها، الأم لم تنطق لهذا الأمر حتى بعد فوات الأوان ، عندما صرح لها تغيرت حياته جذريا و أصبح ينام مع أخوه وأمّه حالة غياب والده، كما أن أمه قطعت علاقتها بعائلة المعتدي وغيّرت طريق خروجها من المنزل بحيث لا يرى الطفل المعتدي مهما يكن.

فيما يخص دراسته فهي سيئة جدا، "عمران" لا يحب المدرسة فهو كثير الحركة ويصعب عليه التركيز جراء ما حدث معه، يكسر أثاث المدرسة والأدوات التي يتعلم بها كالمسطرة، أقلام زملائه في القسم يضربهم ويشتم فيهم.

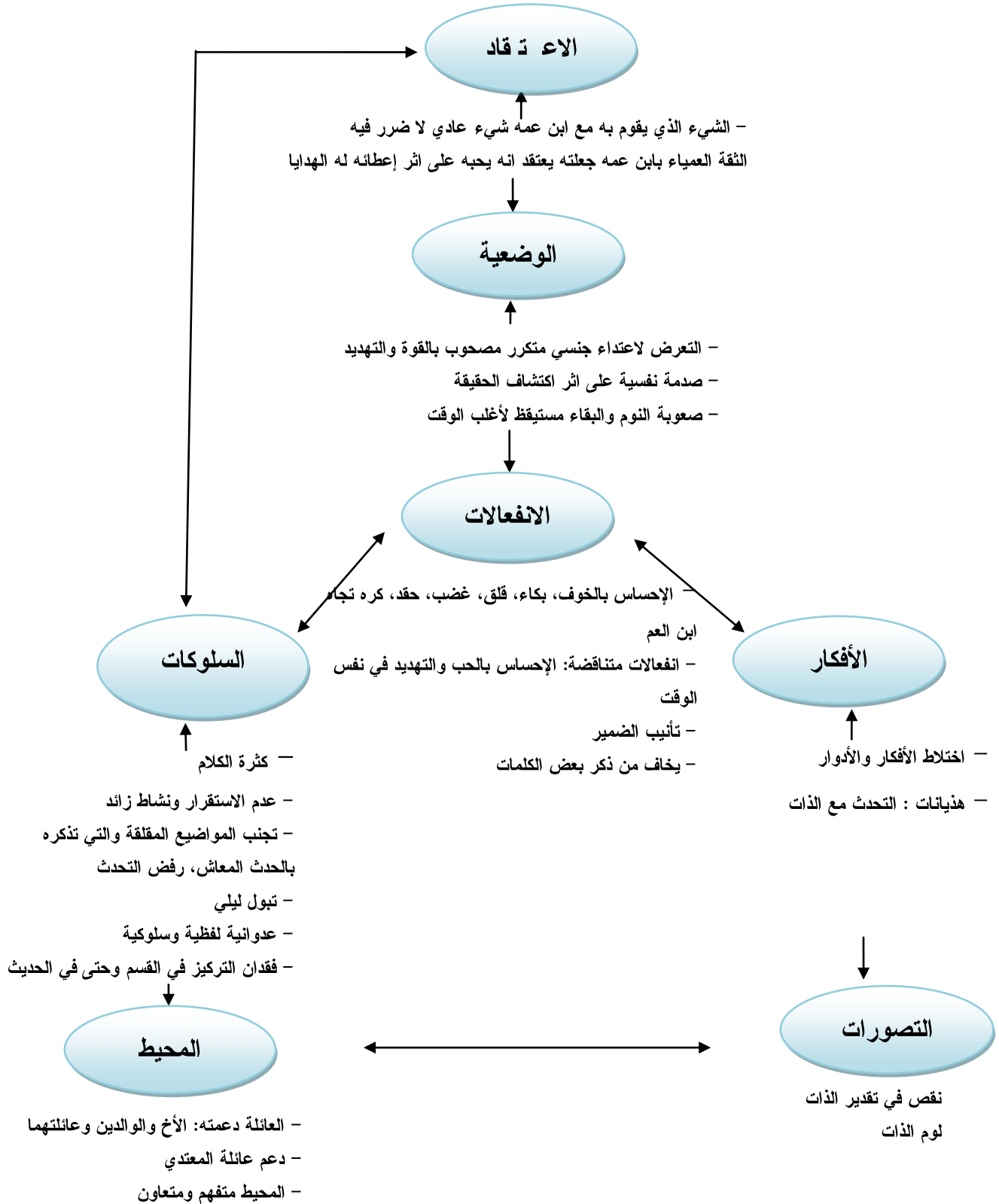
في البداية أخبرنا أنه يرغب في أن يصبح سراق في المستقبل لكنه الآن يريد أن يصبح رجل حماية مدنية مستقبلا مثل أبيه عكس أخوه الذي يرغب أن يكون طيارا في المستقبل وهو يساعد أخاه الصغير في كل شيء.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر شكل رقم (26) صفحة 261

أتى "عمران" للاستشارة النفسية بعد تعرضه للاعتداء الجنسي من قبل ابن عمه ، وبعد ترحيبنا له و قولنا له: " صباح الخير وليدي، واش راك ؟ تفضل اقعد، الحاجة ألي تحتاجها راح نعاونك فيها، عندي خويا صغير كيما انتايا، الآن احكي لي شوية عليك باش نتعارفو " مع هذه الكلمات بدأ عمران ينظر نظرة عنف و يحدق في الفاحصة وهو صامت مع عدم الجلوس بشكل عادي ، و المظاهر الفسيولوجية للانفعال بادية على وجهه الذي كان مصفرا و متعصبا، كانت أفكاره متشتتة، أحيانا كان يهذي تحدثه عن شيء هو يحدثك عن أشياء غريبة بالنسبة له لديها معنى، كان غير مستقر ر في مكان واحد، قاعة الاستشارة تحولت إلى مكان للعب و الخربشة فقد جرب كل الألعاب وفتش المكتب بكل محتوياته، ليأخذ معه بعض القصص والألوان التي كانت تعجبه.

بعدما توطدت العلاقة بيننا، طبقنا على "عمران" مقياس الضغط ما بعد الصدمة، الذي كشف على وجود أعراض مرضية لديه إذ قدرت الدرجة على المقياس ب (61) درجات، و هو ضغط عال، كما تم تطبيق مقياس الاكتئاب لبيرلسون الذي أسفر على (24) درجة مما يعني أن لديه كذلك أعراض اكتئابية.

يجدر الإشارة إلى أن أعراض الاكتئاب كانت بمثابة أعراض ثانوية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى جميع الحالات المدروسة، وفي هذه الحصة تم الوقوف و استخراج أفكار و انفعالات و سلوكات "عمران" انطلاقا من تحليلنا لشبكة سيكا .
والشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة:



شكل رقم (26) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة الثالثة

مع بداية المقابلة الثانية "عمران"، عملنا على تعزيز الثقة معه و التحلي بالإصغاء و إظهار الاهتمام لما يقوله، دون قطعه من الكلام، كنا نلاحظ كثيرا سلوكاته أكثر مما نتحدث إليه، فهو لم يكن مهياً للتحدث عما جرى له، أعطينا له الحرية والفرصة للقيام بكل ما يعجبه، وفي هذه الحصة طبقنا مقياس تقدير الذات لكوبر سميث للكشف عن الخطوط القاعدية حيث سجل المقياس (36) درجة مما يدل على أن "عمران" يعاني من انخفاض في تقدير الذات.

في المقابلة الثالثة، تم بناء علاقة ودية مع "عمران" أساسها الثقة و الاحترام المتبادل، وبناء العقد العلاجي معه حيث تم التفاهم و الاتفاق على المهام التي تنتظر كل طرف فينا و التقنيات التي ستطبق في علاج اضطرابه و تعديل سلوكاته المرضية والمتمثلة في السلوك العدواني ، و على عدد الحصص العلاجية التي تقدر بـ 13 حصص باستثناء المقابلات التشخيصية والمتابعة و الوقت للزم لإجراء كل مقابلة، و هو 60 دقيقة مع "عمران" و 15 دقيقة مع أمه في كل حصة، وعلى الأهداف التي نرغب في تحقيقها وهو التخفيف او القضاء على الاضطراب.

فيما يخص الملاحظة المباشرة لأفكار "عمران" فقد تميزت بعدم التنظيم، ينتقل من قصة إلى أخرى حيث كان يفضل أن يتحدث مع نفسه بلهفة، ويتجنب التحدث مع الآخرين، أما عن سلوكه الخارجي فهو لا يتحكم فيه أبدا.

3- المقابلات العلاجية:

تتميزت المقابلات العلاجية لـ "عمران" بإعطاء الشرح الكافي للاضطراب الذي يعاني منه و نوع الأعراض التي تظهر عليه و التي ترجع إلى كون أن أحداث الاعتداء الجنسي التي تعرض إليها خلفت لديه صدمة نفسية، و بتكرار هذه الأحداث المؤلمة في حياته، أصبح يعاني من قلق و ضغط شديد لا تتحمله نفسيته، كما تم تدريب "عمران" على تقنية المراقبة الذاتية لأفكاره و انفعالاته عند مواجهته لأحداث خارجية أو داخلية، و ضرورة التحدث عنها في المقابلات الآتية لتناقش في كل جلسة علاجية، و في هذه الحصة تم تدريبه أيضا على تقنية التنفس البطني مع تشجيعه في كل مرة يصل إلي الاستجابة المطلوبة.

تتميزت الحصة العلاجية الثانية بالقيام بالتنفس البطني و الانتقال بعدها إلى التحدث عن الأفكار التلقائية التي أحضرها عمران كواجب منزلي للمناقشة و التي كانت تدور حول الأعمال اليومية التي يقوم بها كالذهاب للمدرسة بماذا يفكر ماذا سيفعل... كانت أغلب اعتقاداته وأفكاره سلبية، كانت الأفكار

الأوتوماتيكية ل عمران تدور بدرجة أكبر حول نظرتة السلبية للذات والانتقاء السلبي للأحداث التي تعترضه في حياته، وفي هذه الحصة طلبنا من المفحوص التحدث عما كان يزعجه ويقلقه بخصوص ما حدث له يقول " كان يضربني، كلخلي، أوه عييت منكملش" و تم خلالها تعزيز عمران على ضرورة الحديث لإرجاعه إلى الواقع أن ذلك الأمر لن يتكرر معه مرة أخرى، كما تم تشجيعه على التفكير الإيجابي المنطقي و التخلي عن تلك الأفكار السلبية التي تزيد من قلقه و توتره ، وقبل ختام الحصة قدمنا تمرين تركيب الصور ل عمران كي يتنفس قليلا بهدف التخلص من شعوره بالذنب ومشاعر العدوانية التي تظهر لديه .

ترتكزت الحصة العلاجية الثالثة بتشجيع عمران على التفكير المنطقي و كل سلوك إيجابي صادر منه يعزز بألفاظ بغية إكسابه التفكير الايجابي، و يجدر الإشارة إلى أن عمران كان يهتم كثيرا بالواجبات المنزلية المقدمة له حيث كان يكتب الأحداث التي يتعرض إليها، و كيفية الاستجابة لها و الانفعالات الصادرة عنها.

في الحصة العلاجية الرابعة، تم تدريب المفحوص على كيفية حماية ذاته، وان لا يثق كثيرا في الغرباء سواء في المدرسة أو الشارع، ويسمع لنصائح والديه، كما تم تدريبه على مهارات حل المشكلة، ففي كل مرة يتعرض لوضعية صعبة أو مشكل سواء بالمنزل أو خارجه يبدأ يجيب عن هذه الأسئلة قبل المواجهة: لماذا حدث هذا؟ كيف يمكنني الخروج من الوضعية دون خطر.

في الحصة العلاجية الخامسة والسادسة، تم مناقشة ما جاء في شبكة سيكا، كما تم التحدث حول ضرورة إخضاع الأفكار السلبية إلى التحليل العقلاني، و في هذه الحصة تناولنا مفهوم تقدير الذات عند عمران إذ تم إخباره بأن تقدير الذات عنده مرهون بنوع الأفكار التي يعطيها لنفسه و بتقييمه الإيجابي لقدراته حيث تم الوقوف على ايجابياته ومساوئه، حيث قلنا له أن: " كل الناس لديهم نقائص وأنت مثلهم وبإمكانك تعديلها للأحسن كي تحبك أمك أكثر وستشتري لك ما تريد، لذا عليك بطاعتها، وإن لم تسعى لتغير هذه النقائص عندما تكبر لن يحبك أحد، وستعاقبك أمك ولن تحصل على هداياها".

قبل نهاية المقابلة، قمنا بإعادة تطبيق المقاييس الثلاثة المطبقة و هي كالتالي: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات أظهرت نتائج إيجابية مقارنة بالخطوط القاعدية و هي كالتوالي:

(56)، (22)، (39)، كما تم العودة إلى شبكة سيكا و الكشف عن التغير الذي ظهر على أفكاره وسلوكيات و انفعالاته انطلاقا من الملاحظة المباشرة لا أفكار و انفعالات وسلوك عمران الذي أصبح يستجيب للبرنامج.

و قبل ختام هذه الحصة، طلبنا من عمران ضرورة القيام بالاسترخاء والواجبات المنزلية و أن يحتفظ بإحساسه بالراحة والطمأنينة خلال ممارسته للتقنية للحصة المقبلة.

مع بداية الحصة السابعة والثامنة، خصصت للمهارات الاجتماعية من خلال سرد قصص ولعب الدور في الحصة الثامنة حيث أظهر عمران ابتسامة توحى بمزاجه، حيث اختفت علامات الحزن و التهيج على غرار ما كان يظهر لديه سابقا إذ أن حالته الصحية أصبحت واضحة على وجهه، كما أن سلوكياته الذي كان يتميز بعدم الاستقرار تحسن، حيث أبدى إصغاء كبير لأحداث القصة التي تدور حول كيفية التعامل مع الأصدقاء، قمنا بتمثيل الدور وكأنه الصديق الموجود في القصة، أصبح يتفاعل مع البرنامج، في الأخير ودعنا وهو يضحك ويبتسم لأعضاء الفريق الذي كنا نتعامل معه. استغلينا الجلسة التاسعة والعاشر بتدريب عمران على النمذجة حيث تم تعريضه إلى نماذج رمزية وحية مأخوذة من القصة التي تم سردها للاقتداء بسلوك الطفل المهدب، وهذا بعد أن طلب منه أن ينتبه للنموذج ويلاحظه جيدا كي يركز عليه ويستدخله لعقله، وفي كل حركة يقلد به النموذج إلا وندعمه لفظيا بقولنا له جيد واصل.

في الحصة الحادية عشر والثاني عشر، خصصت لتدريب عمران على تقنية نزع الحساسية المنتظم كان يشعر بالخوف من الوحدة والتهديد، وللتخفيف منه قمنا بعرضه إلى مواقف أقل صعوبة كتركه بعيدا عن أمه أثناء الجلسات، ثم نقول له أن أمه ذهبت لتشتري له هدية في الطابق السفلي، بعد ذلك نعلمه أن أمه تأخرت قليلا وعليه انتظارها، وفي كل مرحلة تقوم الأم بمهاتفة ابنها كي يحس بالأمان، هذه التقنية بهدف تعلم استجابة الأمان بدل الخوف من الوحدة.

يجدر الإشارة أن الأم كانت معنا مع أعضاء شبكة ندى في مكتب ونحن بمكتب آخر بحيث لا يراها الطفل، في نهاية الجلستين طلب من الأم مراقبة سلوك ابنها وضرورة القيام بالتقنية حسب متطلبات الموقف.

الحصة الثالثة عشرة تم استغلالها في تطبيق التنفس العميق للوصول إلى الاسترخاء كما تم تلخيص كل ما جاء في الحصص العلاجية ومناقشة الواجبات المنزلية للمفحوص وإعطاء التغذية الرجعية حول سيرورة العلاج.

4- استراتيجيات التقويم والمتابعة:

4-1- استراتيجيات التقويم :

في هذه الحصة تم مواصلة البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقويم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصص التشخيصية الثلاثة، و توصلنا إلى النتائج التالية:

- سجل عمران على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (49) درجة
 - سجل عمران على مقياس الاكتئاب (18) درجة
 - سجل عمران على مقياس تقدير الذات (43) درجة
- بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن عمران تحسنت حالته سواء في درجة الضغط الذي كان يعاني منه، و على مستوى مزاجه كما أن نسبة تقدير الذات عنده ارتفعت.
- فيما يخص نتائج شبكة سیکا SECCA فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن واضح في سلوك و أفكار و انفعالات عمران التي انعكست على مظهره الخارجي.

4-2- استراتيجيات المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند عمران ، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس الوسائل والتقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا أنه أصبح يهتم بمظهره كما أن خوفه انخفض و التهيج الذي كان يظهر لديه.

و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في البحث في المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة ب(42)، (40) درجات
- مقياس الاكتئاب لبيرلسون (18)، (16) درجات
- مقياس تقدير الذات (44)، (45) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت و أصبحت خالية من الأعراض المرضية الاكتئابية و درجة الضغط أصبحت عادية، كما أن تقدير ذاته تحسن.

5- مدى تحقق فرضيات البحث : يمكن تلخيصها كمايلي:

ومناقشتها

جدول رقم (17): نتائج الاختبارات النفسية للحالة الثالثة (قبل العلاج أثناء العلاج بعد العلاج وأثناء المتابعة)

المتابعة الثانية: بعد 4 أشهر من انتهاء المتابعة الأولى	المتابعة الأولى: بعد شهرين من انتهاء العلاج	نهاية العلاج: بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: -التدريب على المهارات الاجتماعية. - تقنية سرد القصص ولعب الدور - التدريب على النمذجة - التحصين التدريجي	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : - التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية -تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلاني لبيك. -العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. -تعديل الحوار الداخلي مكنبوم -التدريب على رفع تقدير الذات. - التدريب على حل المشكلة -في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	- قبل العلاج تم الوقوف ورسم الخطوط القاعدية في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى. - تم استخدام التحليل الوظيفي : شبكة سيكا SECCA	الفترات والبرنامج العلاجي
40	42	49	56	61	المقاييس النفسية
16	18	18	22	24	مقياس الضغط ما بعد الصدمة
45	44	43	39	36	مقياس بيرلسون للاكتئاب
					مقياس تقدير الذات كوبر سميث

يبين الجدول رقم (18) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه عمران ، و التي قدرت ب (61) درجة، و هو ضغط مرتفع جداً، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	28	45,90
أعراض التجنب	16	26,22
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	17	27,86
المجموع	61	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهوراً عند الحالة الثالثة عمران بنسبة % 45,90 تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة % 27,86 ثم تليها أعراض التجنب بنسبة % 26,22.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " عمران " فقد سجلت (24) درجة على المقياس ، و هو اضطراب منخفض تتميز أعراضه بالشعور بالوحدة النفسية والملل، بالإضافة إلى أحلام مزعجة واضطرابات في النوم وتقلب المزاج.

أما بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيست بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (36) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات منخفض عند عمران ، كونها لا تعطي أهمية لذاتها و تعاني من نقص الثقة بالنفس، و من احتقار نفسها الذي يرجع إلى ما تعرضت إليه من اعتداءات من قبل الأب الذي كان يعتقد أنه سيحبه يوماً ما.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبنيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيراً واضحاً في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي لـ " عمران "، حيث أصبح يُقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار إيجابية أعطته ثقة في النفس و مفهوم إيجابي للذات.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (56)، (22)، (39) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد حسنة حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " عمران " ليصل إلى (49) درجة بعدما كان (61) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (18) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (42)،(18) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (40)، (16) درجات و هو ضغط متوسط ، كما أن أعراض الاكتئاب تم القضاء عليها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " عمران " لذاتها، و تقييمها للأحداث المحيطة بها، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (43) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات متوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، حيث قدرت ب (44) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (45) درجة و هي مؤشر متوسط لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة).

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات وسلوكيات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى عمران يمكن القول: أفكار و اعتقادات " عمران " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم التخفيف من معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب والشعور بان الحدث مازال موجود و الأحلام المزعجة، قلق أثناء النوم والتبول اللاإرادي، النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، والغضب كذلك تم القضاء على اضطرابات النوم لدى عمران.

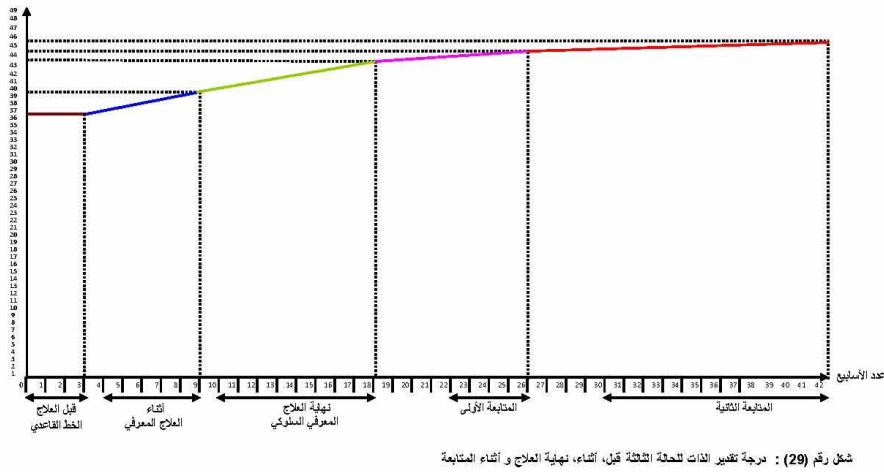
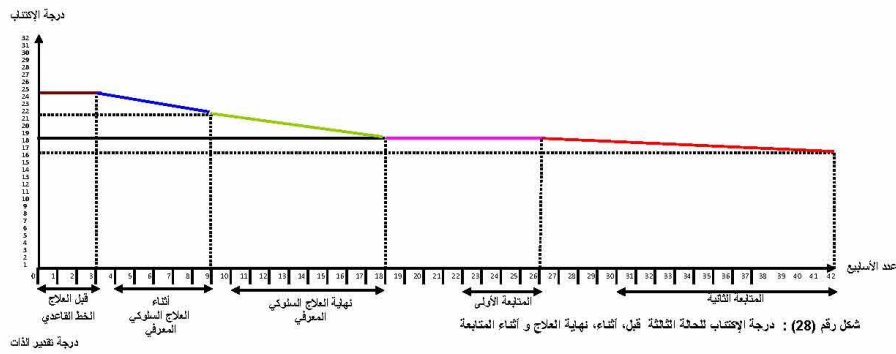
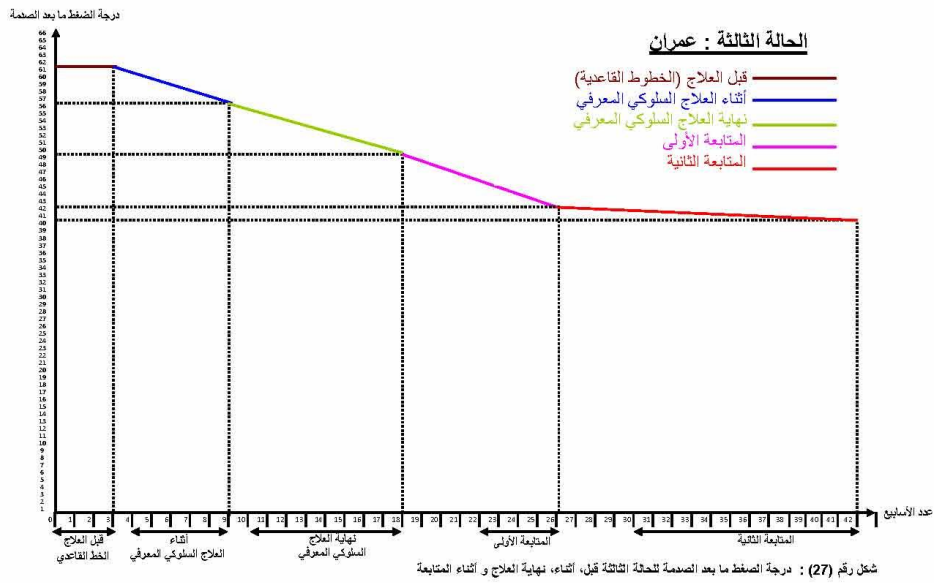
✓ أفكار عمران قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل وأصبحت بعد العلاج تخلق عن فكرة أنه مذنب فيما حصل معه، كما أصبح لا يتهم ذاته . أصبحت أفكاره تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و يؤمل في مستقبل أحسن، كما تخلق عن أفكاره السلبية في أن يصبح سراق مستقبلاً.

✓ انفعالات عمران قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك المعتدي والشعور بالتهديد، والحدق على المعتدي، قلق وتهيج، تبول لا إرادي، لشعوره بان الحدث لازال موجود معه، بعد العلاج زال خوفه من وتعديل مزاجه و العصبية التي كان يظهر عليها في المقابلات الأولى، كما تخلص من التعرق الليلي، و الضغط الذي كان يعاني منه انخفض تدريجياً مع تقدم العملية العلاجية، ولو أن هذه الحالة لازالت تعاني من بعض الأعراض المرضية كالكوابيس الليلية و صعوبة التركيز أثناء التعليم.

✓ سلوكيات عمران كان يتميز قبل العلاج بالصمت، عدم الاستقرار في مكان واحد، عدوانية لفظية وسلوكية تجاه الغير، الميل للسلوك الانحرافي، في قوله أريد أن أصبح سراق مستقبلاً، بعد العلاج تعدلت للأحسن من جهة علاقته بالعائلة والزملاء في المدرسة كما انخفضت عدوانيته حيث كان عندما يتذكر الحدث يصبح عدواني، كما تخلق عن سلوكيات الكبار التي كان يظهرها في بداية العلاج وهذا بفضل التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (27) ص 271.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " عمران " حيث سجل المقياس الدرجة (61) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (56) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (49) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (42)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (40) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوص.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (28) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (24) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه " عمران "، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (22) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (18) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (18) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (16) التي تدل على انخفاض الاكتئاب عند " عمران ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (29) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (36) لتقدير الذات كخط قاعدي، وهي مؤشر على انخفاض تقدير الذات عند " عمران "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (39) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " عمران " لتصبح (43) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهر ين إلى (44) درجة لتزداد في الارتفاع لتصل (45) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " عمران " أصبحت يهتم بثقة في النفس و بتقدير الذات متوسط.

الحالة الرابعة: « خديجة »

1- عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

خديجة طفلة يتيمة تبلغ من العمر 12 سنة، تعرضت للاعتداء الجنسي من قبل أخيها من الأب، والمتزوج البالغ من العمر 34 سنة ولديه أبناء، لها أخت كبرى و أربعة إخوة ذكور من زوجة أبيها، تحتل خديجة المرتبة الأخيرة بين إخوتها الأشقاء، وهي تنتمي إلى أسرة فقيرة، تعاني من الحرمان، أما عن والديها فهما متوفيان إثر مرض لم يتلقيا العلاج فيه علما أن أمها كانت مختلة عقليا.

وجهت الحالة للشبكة الجزائرية "ندى" بغية المساعدة القانونية من قبل أختها المتزوجة، و أثناء استجوابنا للحالة، صرحت لنا أنها تفكر في الانتحار كحل لإنهاء معاناتها و حياتها التي تكرهها.

بدأت الحالة حديثها عن حالتها بنوبات البكاء وهي ترتجف، كانت تحكي و هي خائفة ، كما أظهرت عدوانية، كانت تحكي و هي تكسر وتمزق الأوراق الموجودة على مكتب الاستشارة وعليها علامات الحقد والكره على أخيها والتي نلمسها من عينيها اللتان لم تكاد تظهر من شدة دموعها، حدثتنا الحالة أنها تعرضت للاغتصاب عمدا وكان مصحوبا بالقوة والتهديد والاحتقار تقول: " خويا إلاق أيحمين إخذي أك" بمعنى "أخي الذي من المفروض أن يحميني فعل بي هذا" وبعد أن حملت خديجة بأخيها أراد تزويجها من صديق له ، أعطاه مبلغ مالي مقابل السكوت على جريمته، رفض الشاب المسكين فكرة الأخ، و أخذت الفتاة إلى دار أختها بالجزائر إلى أن أجهضت.

عاشت خديجة طفولة غير عادية تتميز بالحرمان من حنان الوالدين، أبوها كان سكران لا يعمل وأمها كانت تعاني من الضعف العقلي اتخذت التسول عملا لها لتكسب رزقها ولتطعم أبناءها الصغار إلى أن جاء قدرها وتوفيت إثر مرض في الكلية لم تتلقى فيه العلاج نظرا لحالتها المزمنة.

لقد صرحت لنا خديجة أن العنف بدأ فجأة، كان ذلك في البيت العائلي كانت تتعرض للضرب أمام الأهل، الجيران، الأقارب، الغرباء من قبل إختوتها من الأب الذين لا يعيرون لها أي احترام أو تقدير، كانت زوجة أبيها تطلبها لتغسل لها الملابس وهي في سن صغيرة، وتساعد في الطبخ، لكون أن زوجة أبيها ليس لديها بنت لتساعد، أخوها البالغ من العمر 35 سنة كان يغتنم فرصة مجيئها كل يوم وقام بفعلته، أين كان يأخذها بغضب ليغتصبها في غرفته ويهددها فوق السرير ويمارس معها الجنس بصفة متكررة، مستعملا بذلك التهديد بالقتل.

فمن بين الأعراض التي لحقت بالحالة:

- أعراض جسدية: تتمثل في بقايا زرقة الجسم نظرا لآثار الضرب الشديد الذي كانت تتعرض إليه.
- أعراض نفسية: تتمثل في الاكتئاب، صدمات نفسية، ضغط حاد، انخفاض تقدير الذات و احتقار نفسها، كره الرجال و عدم الثقة فيهم، فقدان الشهية، التعب و الإرهاق، أفكار سوداء وكره الحياة، عدوانية تجاه الذات و الغير.
- أعراض جنسية: تتمثل في الالتهابات الجنسية.
- أضرار صحية ناتجة عن الوضعية الاقتصادية التي تعيشها منها الإصابة بفقر الدم نتيجة نقص كمية الغذاء اللازمة للجسم.

صرحت لنا الحالة أنه عندما تتعرض للاعتداء كانت تشعر بالحقرة فليس لديها أحد في هذه الحياة ليحميها، كما أنها تكره الذكور و الحياة عندها لا معنى لها، فالناس كلهم مخادعون و لا يرحمون الضعيف، كانت ترى أن الموت قريبة منها، فالحالة تتخللها عدة انفعالات منها: القلق، الغضب من نفسها و على كل شيء، العدوانية تجاه الأخ ، وكرهه فهي تتمنى أن لا تراه أبداً، إذ أصبحت تتذمر من كل شيء، و لا تتحكم في نفسها، تقول أن الشجار و الأصوات القوية المزعجة و الصراخ يزعجها و يزيد من اضطرابها لأنها تجعلها تتذكر ما عاشته من أحزان و مآسي في حياتها، كما أنها لا تتحمل أي عراقيل في الحياة.

لقد كانت استجابة الحالة تجاه الاعتداء المتكرر تجاهها رفض ذلك الاعتداء مع اتخاذ الصمت على وضعيتها، فهي لم تقدم أي شكوى ضد المعتدي، كما أن ه لا أحد في العائلة صدق كلامها، و قد صرحت لنا الحالة أنه بعد الاعتداءات المتكررة عليها وشعورها بالحقرة والخزي والعار وكره النفس أصبحت ترغب في الموت لكن بعد الثأر من أخيها التاجر الذي حول حياتها للجحيم، إذ ترغب في قتله وتتمنى أنها لو لم تلد لهذه الحياة .

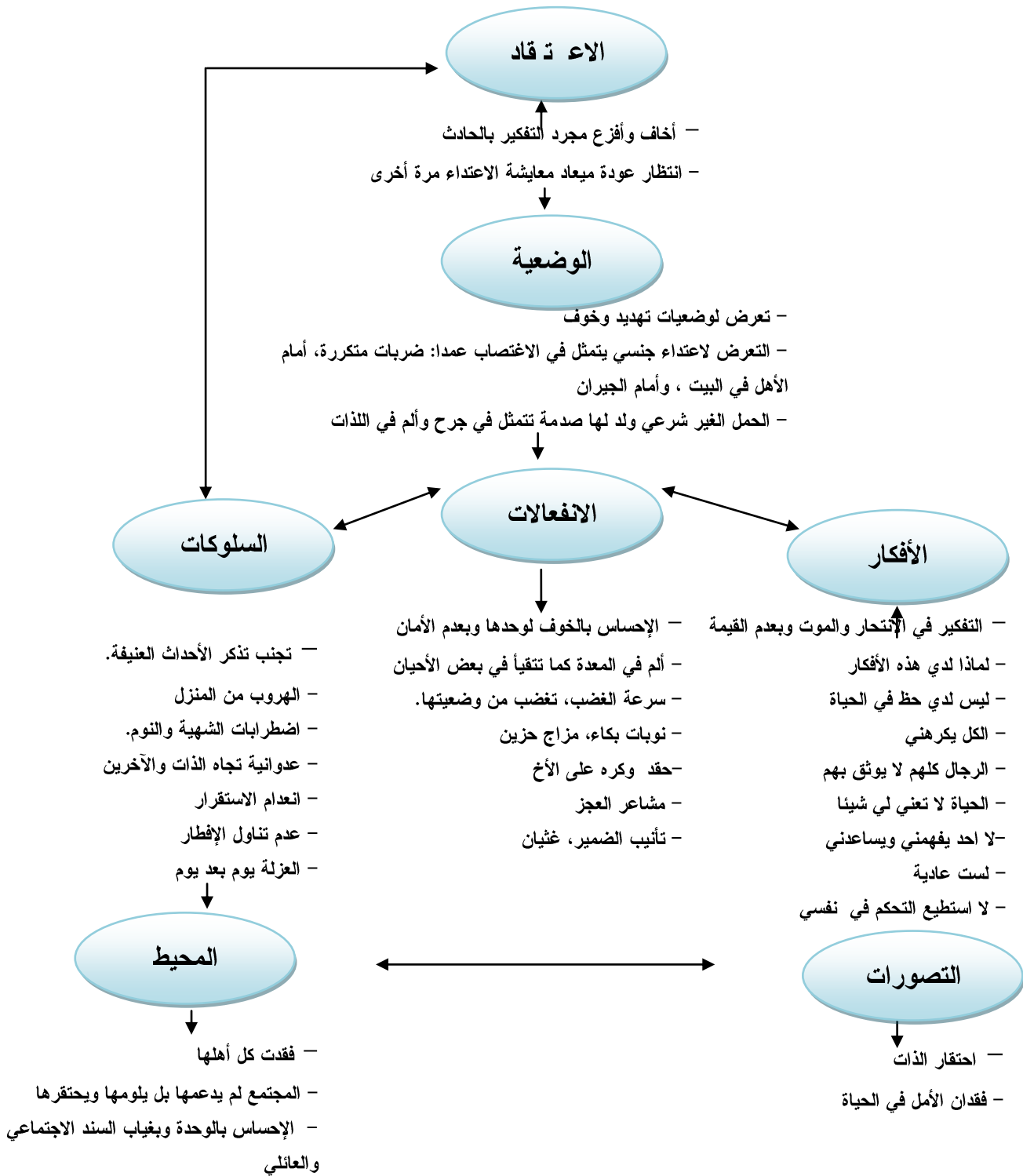
يظهر أن الحالة لديها نظرة سلبية للمستقبل، فالماضي و الحاضر و المستقبل نفسه عاشته في بؤس ، كما أن حياتها تغيرت جذريا بعد إجهاضها، سلوكها أصبح يتميز بالعدوانية اللفظية والسلوكية، تخط في الكثير من الأمور، أصبحت تكذب وتسرق بغية لفت النظر إليها، هي تحس بالذنب وتأنيب الضمير، وتشعر أن صورتها الجسدية تغيرت بعد الحادث، وأصبحت مكروهة لدى الجميع، تقريبا لا تنام طوال الليل وتعاني من فقدان الشهية والوزن.

بدا لنا أن المجتمع يعطيها نظرة سلبية كونها وحيدة، إذ تقول أن كل واحد لنفسه، منهم من يشفق عليها، علاقتها بعائلتها متدهورة فقد طردت من العائلة ولا تثق بأحد سوى أختها. فيما يخص تعليمها فقد توقفت عن الذهاب للمدرسة بعد الحادثة، ولكونها تتشاجر مع الزملاء في الصف تقول: "أحشغارا إلاكول" بمعنى: "أنا لست ذكية في المدرسة"

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة رقم 276

جاءت خديجة للاستشارة النفسية كي تشتكي من آلامها، بداية الحوار مع خديجة كان يدور عن الصعوبات التي تعرضت إليها خلال حياتها فتمسك بقوة يديها تقول: "سحوسوغ تعلقا مليح" بمعنى: "أشعر بقلق كبير"، وبيدات قلقها كلما أحست بالغضب، حيث كانت تعاني من أحلام مزعجة و مزاجها كان قلق و متوتر، كما أن طباعها كان متوتر جدا، انفعالاتها كانت عبارة عن بكاء و خوف من المجهول طيلة المقابلة، بعد السعي إلى كسب ثقة خديجة و توضيح لها أخلاقيات مهنتنا التي تتطلب السرية المهنية، طبق عليها مقياس الضغط ما بعد الصدمة و مقياس الاكتئاب الذي كشف عن وجود أعراض مرضية لدى خديجة تقدر درجته ب (66)، (27) على التوالي و هو مؤشر على وجود اضطراب متوسط عند خديجة.

والشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة:



شكل رقم (30) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة الرابعة

خصصنا المقابلة الثانية لتدعيم الثقة مع خديجة؛ حيث تم إخبارها بدرجة الضغط ما بعد الصدمة، و بأعراضها التي تظهر لديها، كما لجأنا إلى وضع خطط قاعدية لدرجة تقدير الذات لدى خديجة بفضل تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث حيث سجل المقياس (08) درجة، و هو ما يدل على أن الحالة تعاني من انخفاض كبير في تقدير الذات.

أما المقابلة الثالثة، فقد استغللت لربح ثقة خديجة أكثر، و فيها تم بناء علاقة أساسها الاحترام و الثقة المتبادلة بين كل من خديجة و المختصة النفسية، الشيء الذي سمح ببناء العقد العلاجي معها، كما تم توضيح أهمية التعاون مع المختصة كطرف نشط من أجل نجاح العملية العلاجية، وفيها تم التحدث حول المهام التي تنتظر كل طرف و التقنيات التي تستخدم طيلة المدة العلاجية التي تقدر ب (13) حصص علاجية التي حددت بمعدل حصّة واحدة كل أسبوع، كما تم توضيح زمن المقابلة الذي لا يقدر ب 60 دقيقة.

يجدر الإشارة إلى أن خديجة من أصل قبائلي كانت تقيم عند أختها بالجزائر، أسفرت الملاحظة المباشرة لخديجة علي أنها كانت لا تبالي بشيء ولا بكيفية جلوسها، كما أبدت بطء في الاستجابة للمقاييس المقدمة.

3- المقابلات العلاجية:

بداية الحصّة العلاجية الأولى كان بتدريب المفحوصة على التنفس البطني لمدة 15 دقيقة، كما تم إعطاؤها الشرح الكافي للاضطراب الذي تعانيه و نوع الأعراض التي تظهر لديها و أن الكوابيس و الأحلام المزعجة و القلق التي تعاني منه عبارة عن أعراض لذلك الاضطراب الذي تعاني منه نتيجة الاعتداء الجنسي عليها، حيث تم اطلاع خديجة على ما جاء في شبكة سيكا SECCA إذ تم مناقشة ما جاء فيها من اعتقادات، أفكار، انفعالات، سلوكيات، التصورات، المحيط، كما تم تدريبها كذلك على تقنية المراقبة الذاتية لأفكارها و انفعالاتها عند مواجهتها لأحداث خارجية و ضرورة التحدث عن حواراتها الذاتية أثناء هذه المواقف لمناقشتها في كل جلسة علاجية لأنها تخفف من ثقل اضطرابها ، انتهت الحصّة بتحديد موعد للأسبوع المقبل و بتعزيز خديجة مراقبة حواراتها الذاتية.

بداية الحصّة العلاجية الثانية، استهلناها بمدى استجابتها لحوار المقابلة السابق، ومدى تنفيذها للواجب المنزلي، حيث أظهرت علامات في وجهها توحى بالتفاعل مع مجريات المقابلة ، وفي هذه الجلسة طلب من خديجة إغماض عينيها للتحدث عن تفاصيل الاعتداء الذي تعرضت إليه، حيث ذكرت

أنها كانت تكره نفسها وتتمنى الموت، " كرهاغ إمانيو، تحسوغ دونيث ثحبس " بمعنى: " أكره نفسي، أحس بأن الدنيا انتهت"، الطفلة كانت تتحدث والدموع تسقط على خديها، كانت غاضبة جدا على حالها كنا نراقب انفعالاتها المختلفة من حقد، حزن، بكاء، ارتجاف... تقول: "أولاش ويسحوسن" بمعنى: "لا يوجد من يحس بي" نتدخل لتهدئتها ونطلب منها القيام بعمليات التنفس شهيق- زفير مع محاولة تخيل أماكن جميلة ومريحة للتخفيف عنها، وطلبنا منها ممارستها كلما أحست بالضيق و التوتر. أخيرا طلبنا منها أن تحفظ هذا الإحساس للحصة القادمة.

سعيانا في الحصة الثالثة إلى تشجيع خديجة على التفكير المنطقي و التخلي عن الأفكار السلبية التي تبادر إلى ذهنها كقولها: "بغيع أدسثافوغ أذرثيحاغ" بمعنى "أريد أن ارتاح"، "أعيع إلغاشي" بمعنى: "تعبت من الناس"...، حيث تم مناقشة أفكارها هذه على أنها أفكار سلبية و هي المسؤولة وراء الانفعالات السلبية التي تعاني منها، تم تشجيعها على رؤية الأحداث التي تحيط بها بنظرة ايجابية من خلال قولنا لها أنت مازلت صغيرة بإمكانك تعديل هذه الأفكار السوداء مازلت في بداية العمر أنت تقدرين على ذلك، كما أخبرنا خديجة بضرورة مراقبة أفكارها و انفعالاتها و سلوكاتها عند مواجهتها لمواقف في حياتها وتسجيل أفكارها الأوتوماتيكية في ورقة لتناقش في الحصة المقبلة.

الحصة العلاجية الرابعة خصصت لتدريب المفحوصة على مهارات حل المشكلة وكيفية

التعامل معها، حيث تم إعطاؤها ورقة بهذا الشكل:

وجود مشكلة أو موقف صعب تنفسي جيدا ثم ركزي، أوقفي التفكير مع الذات، فكري جيدا بالنتائج بدون التعرض للأذى، وقبل أن تقومي بأي فعل أجبي عن هذه الأسئلة لماذا حدث لي هذا الموقف؟ كيف يمكنني معالجته؟ وما هو الحل البديل أن لم ينجح الحل الأول، بهذه العبارات البسيطة تمكنت المفحوصة من إدراك هذه الإستراتيجية المطلوب إتباعها أثناء تعرضها لمشكلة ما في حياتها، كما تم تعليمها لمهارات حماية الذات والاعتماد علي نفسها.

في الحصة العلاجية الخامسة والسادسة، تم مناقشة موضوع هام هو تقدير الذات لديها بهدف استرجاع ثقتها بنفسها، و تكوين نظرة إيجابية لذاتها، حيث كانت ترى أنها فاشلة وناقصة و تحتقر نفسها نظرا للحدث الصدمي الذي تعرضت إليه، حيث تم إخبار خديجة على أن أفكارها السلبية تجاه الذات و المحيط و المستقبل هي التي ساهمت في تفاقم اضطرابها، لذا فمن الضروري إخضاع الأفكار الأوتوماتيكية السلبية إلى التحليل العقلاني.

وقبل ختام هذه الحصة، تم إعادة تطبيق المقاييس المطبقة في البحث التي كشفت على نتائج جد إيجابية: مقياس الضغط ما بعد الصدمة (66) درجة، مقياس الاكتئاب (27) ، مقياس تقدير الذات (29) درجة.

كما تم العودة إلى شبكة سيكا لاكتشاف التغير الذي حدث في أفكارها و سلوكياتها و انفعالاتها انطلاقا من الملاحظة المباشرة لها والمقابلات التي أجريناها مع المفحوصة.

تميزت الحصة السابعة والثامنة بتعزيز الثقة في نفسية المفحوصة و تشجيعها على التفكير المنطقي كلما تحكمت في الوضعيات التي تواجهها، نقدم لها تعزيز إيجابي كقولنا لها "جيد"، "واصلي"، " كالاهتمام بمظهرها وكيفية حديثها، الضحك وهذا للتخفيف من مشاعر الذنب والعجز التي كانت تعاني منها، استخدمنا تقنية سرد القصص في مساعدتها للوصول للاستجابة المطلوبة، كما قمنا بلعب الدور الموجود في قصة الصداقة اخترنا حكاية بعنوان الاتفاق والاختلاف حيث تدربت المفحوصة على كيفية اكتساب بعض المهارات الاجتماعية المهارات الاجتماعية مع الغير كقول أنا آسف عندما تخطيء في حق احد، شكرا في الحالات التي يقدم لها هدية أو خدمة، انتهت الحصة بخروج خديجة من مكتب الاستشارة وهي تبسم ومرتاحة.

بدأت الحصة التاسعة والعاشرة بسؤالنا للمفحوصة عن حالتها الصحية، بعد إجراء المقابلة الثامنة معها، أخبرتنا أنها جيدة إذ أصبحت لا تعاني كثيرا من الكوابيس و من القلق أثناء النوم و الكثير من الأعراض المرضية تم زوالها كـ رغبتها في الموت وإحساسها بالاحتقار ، وفي هذه الحصة تم عرضها لنموذج زمري يظهر التفاعل الاجتماعي والسلوك العدواني بين الأطفال، ففي كل مرة يصدر السلوك المرغوب نوقف الفيديو لتلاحظه المفحوصة لتقلده وتقتدي به مع تعزيز الاستجابة الصحيحة، هذا للخروج من العزلة التي كانت تعاني منها وتنمية التفاعل الاجتماعي لديها. قبل ختام الحصة، تم سؤالها هل لديها أسئلة؟ هل كل شيء مفهوم؟ هل بمقدورك تلخيص ما ناقشناه في هذه الحصة؟ هل بإمكانك إعادة التدريب على النموذج، أعطت استجابة مرضية توحى إلى الثقة بالنفس.

بدأت الحصة الحادي عشر والثاني عشر التحصين التدريجي بتعبير أميرة عن رضاها للمهمات التي تم انجازها منذ بداية العلاج، أعطيت التغذية الراجعة كما قمنا بحث خديجة على مزاولة الاسترخاء في البيت ، و بضرورة القيام بالواجبات المنزلية، وفي آخر المقابلة تم حثها على تذكر الكلمة أمان، راحة لتحفظه للحصة المقبلة.

4- استراتيجيات التقويم والمتابعة:

4-1- استراتيجيات التقويم:

في هذه الحصة تم مواصلة البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقويم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث أعدنا تطبيق كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصة التشخيصية الثلاثة الأولى، و توصلنا إلى النتائج التالية:

- سجلت خديجة على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (53) درجة

- سجلت خديجة على مقياس الاكتئاب (22) درجة

- سجلت خديجة على مقياس تقدير الذات (38) درجة

وبمقارنة هذه النتائج مع النتائج التالية يمكن القول أن خديجة تحسنت حالتها سواء في درجة الضغط الذي كانت تعاني منه، و على مستوى مزاجها كما أن نسبة تقدير الذات عندها ارتفعت.

فيما يخص شبكة سیکا **SECCA** فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن واضح في سلوك و

أفكار

و انفعالات خديجة التي انعكست على مظهرها الخارجي فعدوانيتها انخفضت وأصبحت تتفاعل مع الغير

4-2- إستراتيجية المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند خديجة ، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس الوسائل و التقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا غياب علامات العدوانية ضد الآخرين، كما

أصبحت تهتم بمظهرها و بجمالها كما أن خوفها زال و الارتجافات التي كانت تظهر لديها، وكذا الإحساس بالخطر.

وعلى مستوى المقاييس النفسية المطبقة في البحث خلال المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة (51)، (42) درجات

- مقياس الاكتئاب لبيرلسون (21)، (21) درجات

- مقياس تقدير الذات (40)، (41) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت و أصبحت الأعراض المرضية الاكتئابية و درجة الضغط خفيفة، كما أن تقدير ذاتها تحسن.

5- مدى تحقق فرضيات البحث: نلخصها فيما يلي:

جدول رقم (19) نتائج الاختبارات النفسية للحالة الرابعة (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

الفترات والبرنامج العلاجي	المقاييس النفسية	– قبل العلاج تم الوقوف ورسم الخطوط القاعدية في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى. - تم استخدام التحليل الوظيفي : شبكة سیکا SECCA	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : – التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية –تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلائي لبيك. –العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. –تعديل الحوار الداخلي ميكنيوم –التدريب على رفع تقدير الذات. – التدريب على حل المشكلة –في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	نهاية العلاج: بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: –التدريب على المهارات الاجتماعية. – تقنية سرد القصص ولعب الدور – التدريب على النمذجة – التحصين التدريجي	المتابعة الأولى: بعد شهرين من انتهاء العلاج	المتابعة الثانية: بعد 4 أشهر من انتهاء المتابعة الأولى
مقياس الضغط ما بعد الصدمة	66	60	53	51	49	
مقياس بيرلسون للاكتئاب	27	25	22	21	21	
مقياس تقدير الذات كوبر سميث	08	29	38	40	41	

يبين الجدول رقم (20) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه خديجة، و التي قدرت ب (66) درجة، و هو ضغط مرتفع جدا، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	30	45,45
أعراض التجنب	19	28,78
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	17	25,75
المجموع	66	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهورا عند الحالة الرابعة خديجة بنسبة 45,45% تليها أعراض التجنب بنسبة 28,78% أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة 25,75%.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " خديجة " فقد سجلت (27) درجة على المقياس ، و هو اضطراب متوسط تتميز أعراضه بالنظرة السلبية للذات و للعالم و المستقبل بالإضافة إلى تشوه أفكارها التي تتميز بالتعميم المفرط " الرجال لا يوثق بهم"، والاستنتاج التعسفي " ليس لدي الحظ في الحياة".

أما بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيست بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (08) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات المنخفض عند خديجة ، كونها لا تعطي أهمية لذاتها و تعاني من نقص الثقة بالنفس، و من احتقار نفسها الذي يرجع إلى ما تعرضت إليه من اعتداءات من قبل الأب الذي كان يعتقد انه سيحبه يوما ما.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبنيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع

لاحظنا تغيرا واضحا في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي لـ " خديجة "، حيث أصبحت تقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار ايجابية أعطتها ثقة كبيرة في النفس و مفهوم ايجابي للذات. ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (60)، (25)، (29) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد حسنة حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " خديجة " ليصل إلى (53) درجة بعدما كان (66) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (22) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (51)، (21) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (49)، (21) درجات و هو ضغط متوسط ، كما أن أعراض الاكتئاب تم التخفيف منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " خديجة " لذاتها، و تقييمها للأحداث المحيطة بها، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (38) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات متوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، حيث قدرت ب (40) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (41) درجة و هي مؤشر متوسط لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة).

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات وسلوكات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى خديجة يمكن القول: أفكار و اعتقادات " خديجة " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم زوال معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الصور الرجعية و الأحلام المزعجة، الشعور بالوحدة النفسية، النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق خاصة أثناء النوم، الارتجاف، تقلب المزاج... كذلك تم القضاء على اضطرابات الأكل و الشهية لدى خديجة، حيث استعادت توازنها الغذائي.

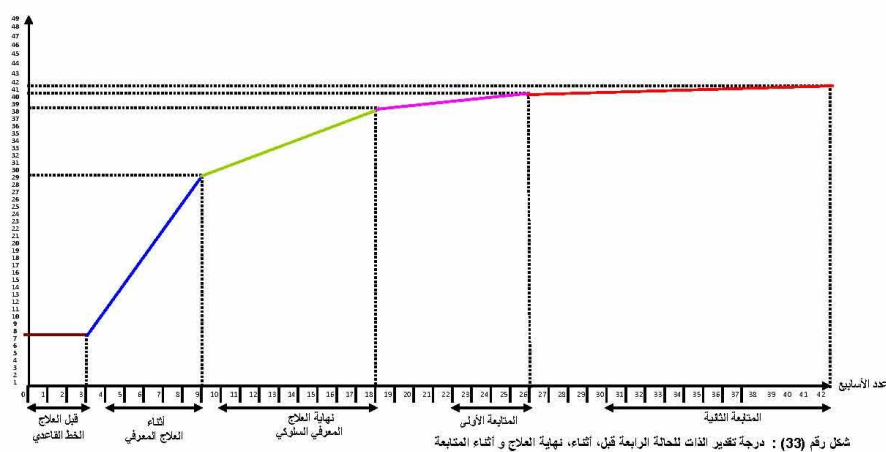
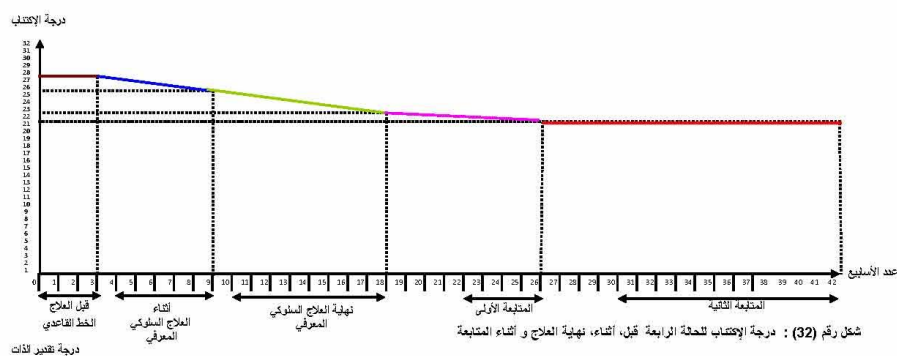
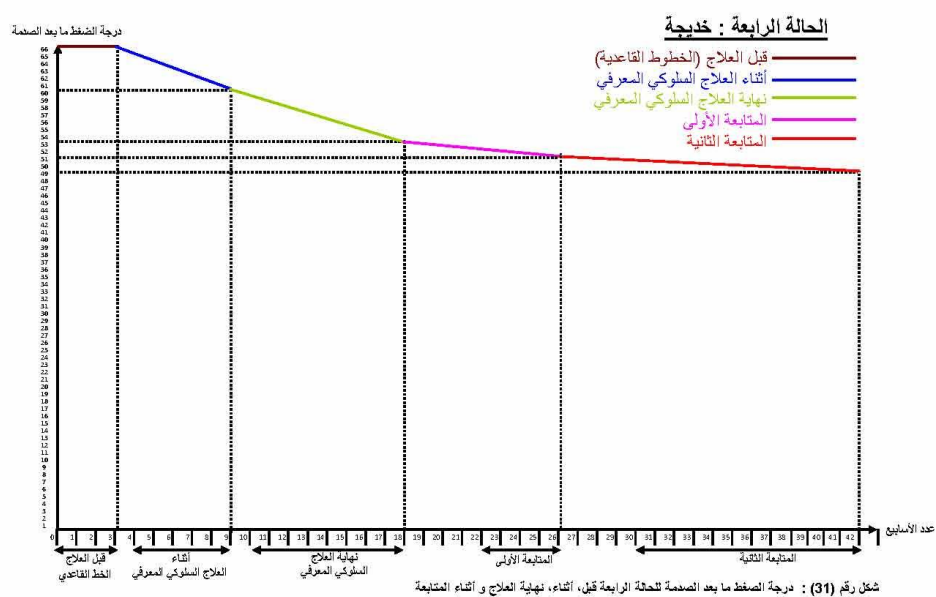
✓ أفكار خديجة قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل وبالتعميم المفرط على الرجال، وأصبحت بعد العلاج تخلت عن فكرتها كما أصبحت أفكارها تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و تأمل في مستقبل أحسن، كما تخلت عن أفكارها الغير منطقية التي كانت تتميز بالتعميم المفرط.

✓ انفعالات خديجة قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك الأخ، الشعور بالتهديد، غضب وحقده، قلق و اكتئاب، بعد العلاج أصبحت تتحكم بانفعالاتها بفضل تعديل أفكارها السلبية، حيث زال خوفها من الأخ و الارتجاف الذي كانت تظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجها تحسن، و الضغط الذي كانت تعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكات خديجة كان يتميز قبل العلاج بالصمت، الخضوع لسيطرة الأخ، عدوانية لفظية تجاه الغير، بعد العلاج تعدلت للأحسن حيث تخلت عن عدوانيتها تجاه الغير، كما أنها أصبحت تتمتع بتفاعل إيجابي مع الآخرين، بفضل تعلمها فنيات التعامل مع الغير، و تخلت عن انطوائها حيث أصبحت تزاوّل تكوينها في مدرسة خاصة، بمعنى أن سلوكها أصبح متوافقا مع مواقف الحياة، و هذا بفضل التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (31) ص 285.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " خديجة " حيث سجل المقياس الدرجة (66) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (60) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (53) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (51)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (49) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوصة و لو أن البعض من الأعراض المرضية لازال لم يتم القضاء عليها.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (32) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (27) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه " خديجة "، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (25) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (22) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (21) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (21) التي تدل على انخفاض الاكتئاب عند " خديجة ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (33) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (08) لتقدير الذات كخط قاعدي، وهي مؤشر على انخفاض تقدير الذات عند " خديجة "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (29) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " خديجة " لتصبح (38) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهر ين إلى (40) درجة لتزداد في الارتفاع لتصل (41) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " خديجة " أصبحت تتمتع بثقة في النفس و بتقدير الذات متوسط مما كانت عليه.

الحالة الخامسة: « مجيد »

1 عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

مجيد طفل في 12 من عمره تعرض للاعتداء الجنسي المتكرر لأكثر من عام من قبل صديق له، والبالغ من العمر 25 سنة، يدرس في الابتدائية، هو يعيش مع أمه وأخته والداه مطلقان بسبب العنف الزوجي الذي كان سائدا بينهما.

وجهت الحالة للتكفل النفسي من قبل أمه، بدافع مساعدة ابنها الصغير من الحالة النفسية التي هو عليه، ولكونه يتحرك كثيرا.

الحالة لا تعاني من أي مرض عضوي إلا أن نفسيته مضطربة جدا، فقد حاول الهروب من البيت العائلي في الكثير من المرات، كان يهدد أمه دائما بعدم العودة إليها.

عاشت الحالة حياة قاسية جدا مع والديه، حياته الطفلية كانت مليئة بالعنف العائلي، وحتى الآن فهو لم يدرك وضعيته، فهو يكذب علي أمه و لا يصارحها، و مؤخرا اكتشفت أنه تعرض لاعتداء الجنسي من قبل شخص راشد مجهول يتعاطى المخدرات ولديه سوابق عدلية، لم يسبق و أن صرح لها بذلك.

حدثتنا الحالة على أن الاعتداء كان في خارج البيت والحي الذي يسكن فيه، و بدأ بالصفع ثم اشتد ليصبح جنسي، و النتيجة هي بداية دخول الطفل للانحراف بعد أن اعتدى عليه بالضرب مستخدما بذلك التهديد بالقتل بالسكين، المعتدي كان يدمن على الكحول يزداد عنفه كلما ازداد في الشرب، كان يلمس الطفل ضد رغبته، كما كان يقوم بعرض أعضائه التناسلية ويطلب منه لمسها. تعرضت الحالة لعدة اعتداءات متكررة منها:

- الجسدية إذ ضربت بالكف و الصفع، الدفع، كما حاول خنقه وشده بالشعر.
- نفسية و انفعالية و لفظية: بقوله له " جيب لي دراهم تاع يماك " ، " زد أعطيلي ذهب تاع يماك " ، " أعطيلي نمر و تاع ختك " ، مجيد هرب منه فضربه المجرم لعينه يقول لنا: " هربت له زاد ضربني هنا " مشيرا إلى عينيه ، و هذا ما انعكس في ظهور الهلع عند الحالة نظرا لتعرضها للضرب الحاد.

تعرض للاعتداء الجنسي حيث اغتصب مجيد، إذ أصبح يقيم علاقات جنسية معه عن غير رغبة و بقوة ،و فوق ذلك يهدده بـلن يعطي له هدايا من خلال سرقة أمه، ذات يوم أقدم على سرقة

مجوهراتها التي لم يكن بحوزتها إلا القليل والذكرى لزواجها، حيث أن المجرم أرغمه على ذلك وإلا سيقنته، يقول لنا: "كان يقول لي جيب لي مساحات ناع يماك، إيه أنا سرققتها سرققتها لها مساحات فظة زعفت عليا بزاف".

جاء كل ما تعرضت إليه الحالة نجدها تعاني من عدة أضرار نفسية، منها نقص تقدير الذات، عدوانية تجاه الغير، الإحساس بالذنب، تجنب ما يذكره بالمجرم، قلق حاد، حزن، كما أنه يعاني من مرض فقر الدم نتيجة نقص التغذية، فشل دراسي، نشاط زائد وطاقة مكبوتة، يأكل كثيرا نتيجة القلق اليومي الذي يعيشه، فقدان النوم فهو ينام لساعة ثم يستيقظ، كوابيس ليلية.

صرحت لنا الحالة أنه أثناء الاعتداء كان يحس بالخوف والتهديد وهو تحت ضغط وإجبار للمعتدي أن يفعل بكل ما يؤمر به، أصبح شديد القلق يعاني من الضغط، اصطدم بالواقع لأنه وجد صديقه عكس ما كان ينتظره قبل مخالطته ومعاشرته، ولقد صرح لنا كذلك بأنه يكره أمه التي كانت تلح له دائما أن يبتعد عن هذا المجرم، أصبح لا يحتملها ويؤنب ضميره على أشياء قام بها دون رغبة منه، لأنه كان تحت ضغط التهديد بالإساءة لعائلته.

فيما يتعلق باستجابة مجيد تجاه الاعتداءات المتتالية عليه، في البداية كان السكوت والصبر على سلوكات وأفعال المعتدي والقيام بكل ما يطلب له، بعد ذلك قاومه وواجه عنفه بالهروب وإخبار عائلته بالحقيقة بعد أن عمت الفوضى في بيتهم.

يظهر أن الحالة ينظر إلى نفسه و كأنه تائهة في الحياة لا أحد يلجأ إليه، فأمه هي الوحيدة التي تسانده ماديا ومعنويا، كما يظهر أن نظرة المجتمع للحالة سلبية جدا.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة رقم 289

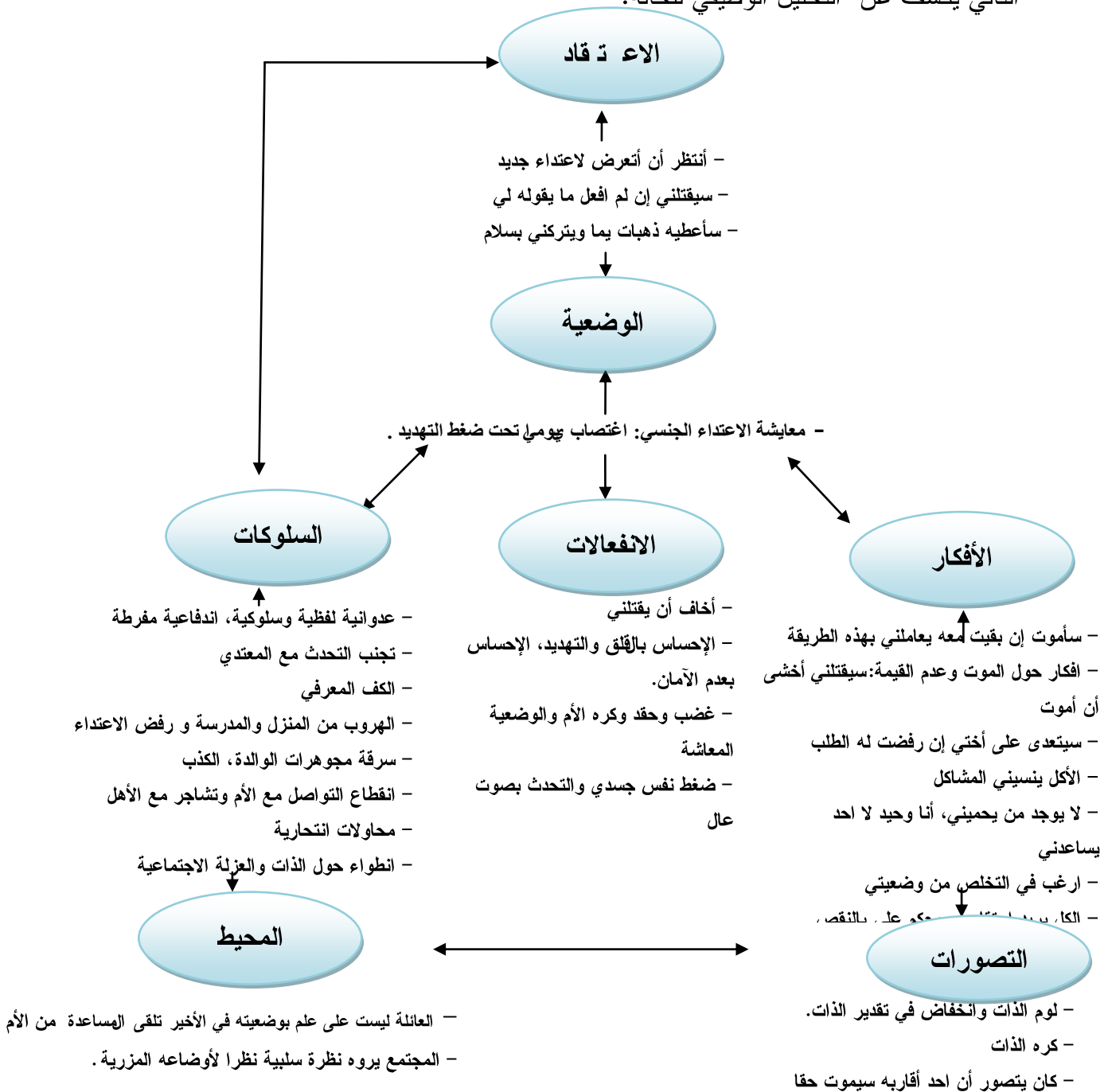
تميزت هذه المقابلات بتطبيق تقنيات و مقاييس نفسية التي تهدف إلى الوقوف على تشخيص الاضطراب الذي يعانيه مجيد، لقد كانت المفحوص جد مضطرب و قلبه كان يخفق بسرعة و نبرات صوته عدوانية، و في هذه المقابلات تم ما يلي:

1. بناء علاقة وطيدة أساسها التفاهم و الثقة مع مجيد.
2. الحصول على معلومات شخصية، أسرية و اجتماعية تتعلق بمجيد من خلال تطبيق المقابلة نصف الموجهة.

3. استخدام التحليل الوظيفي للوقوف على العوامل التي تعمل على تطوير و استمرار الضغط ما بعد الصدمة لدى مجيد

4. استخدام تقنية الملاحظة المباشرة للتعرف على مستوى النشاط الجسدي و الحركي، و السلوك التعبيري، الاتصال حيث كانت لا تبالي بلباسه تحركاته سريعة جدا ، نظراته حزينة و صوته عال، كلماته غير منتظمة.

5. استخدام شبكة سيكا SECCA للوقوف على أفكار و انفعالات و سلوكيات مجيد الحالية. والشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة:



شكل رقم (34) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة الخامسة

6. تطبيق المقاييس النفسية المتمثلة في مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات الذي أسفر على نتائج كالتالي (53)، (44)، (12) و هذا للوقوف على الخطوط القاعدية لدرجة الضغط ما بعد الصدمة، الاكتئاب، تقدير الذات قبل بداية العلاج.

3- المقابلات العلاجية:

في المقابلات العلاجية الستة الأولى تم تقديم معلومات حول الصدمة و العنف و الضغط، كما تم تدريبه على تقنية المراقبة الذاتية لحواراته التي كان يقوم بها كل جلسة، و في هذه المقابلات تدرب مجيد على تغيير الأفكار الغير المنطقية و حل محلها الأفكار الإيجابية و المنطقية، كما سعينا إلى رفع تقدير الذات لديه.

يجدر الإشارة إلى أنه من بداية هذه المقابلات، بدأ مجيد يتدرب على تقنية التنفس العميق في كل جلسة، تم إعادة تطبيق المقاييس النفسية عليه في الجلسة السادسة و التي أسفرت على نتائج إيجابية بفعل البرنامج المطبق، حيث سجل مقياس الضغط ما بعد الصدمة الدرجة (62) و الاكتئاب (27) و مقياس تقدير الذات (25).

بداية المقابلة العلاجية الثامنة، تم تطبيق البرنامج العلاجي الذي تناول العلاج المعرفي السلوكي لدى مجيد النقاط التالية:

- التدريب على تقنية لعب الدور و النمذجة.
- التخفيف من التجنب لدى مجيد حتى يتمكن من التكيف بالواقع.
- التخفيف من الأفكار و الصور الدخيلة التي تقتحم أفكاره و هذا بفضل تدريبه على تقنية التحصين التدريجي للضغوط كي يشعر بالأمان و الراحة الداخلية باستبدال مشاهد و صور العنف و الاعتداء باستجابة الاسترخاء التي تعلمها
- العمل على اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة التي تمكنه من التعامل مع الضغوط و التوترات مثل الحوار الذاتي الإيجابي.
- إن الاسترخاء الذي تم تدريب مجيد عليها خلال الجلسات العلاجية ساعده كثيرا على التحكم بانفعالاته و مخاوفه بالأخص على الصعيد الجسدي و الفسيولوجي: خفقان القلب، الأرق، الغضب، التوتر...

- حاليا فإن مجيد تخلص من شعوره بالوحدة و هو يزاول تكوينه في الميكانيك لأن سنه لم يسمح له بالعودة إلى المدرسة التي هرب منها.
- إن الدعم العائلي و الاجتماعي الذي تلقاه مجيد لم يكن كاف بدرجة كبيرة في تحسن ظروفه النفسية
- الوضعية السيئة المليئة بالعنف والتي يعيشها مجيد في المنزل لم تدعمه كثيرا.

4- إستراتيجية القويم والمتابعة:

4-1- إستراتيجية القويم:

في هذه الحصة تم مواصلة البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقويم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصص التشخيصية الثلاثة الأولى، و توصلنا إلى النتائج التالية:

- سجل "مفيد" على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (59) درجة
 - سجل "مفيد" على مقياس الاكتئاب (23) درجة
 - سجل "مفيد" على مقياس تقدير الذات (37) درجة
- بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن مجيد تحسنت حالته سواء في درجة الضغط الذي كان يعاني منه، و على مستوى مزاجه كما أن نسبة تقدير الذات عنده ارتفعت ، لكن ليس كباقي الحالات الأخرى.

فيما يخص نتائج شبكة سیکا SECCA فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن واضح في سلوك و أفكار و انفعالات مجيد التي انعكست على مظهره الخارجي.

4-2- إستراتيجية المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند مجيد، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس الوسائل و التقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا غياب علامات العدوانية ضد الأم والآخرين، كما أصبح يهتم بمظهره نوعا ما و أن الخوف زال لديه.

و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في البحث خلال المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة سجل (57)، (56) درجات
- مقياس الاكتئاب لبيرلسون سجل (21)، (20) درجات

- مقياس تقدير الذات سجل (40) ، (41) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت و أصبحت الأعراض المرضية الاكتئابية و درجة الضغط أصبحت متوسطة ، كما أن تقدير ذاته تحسن.

5- مدى تحقق فرضيات البحث: يمكن تلخيص التقييم العام للحالة "مفيد" فيما يلي:

جدول رقم (21) نتائج الاختبارات النفسية للحالة الخامسة (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

الفترات والبرنامج العلاجي	المقاييس النفسية	70	62	59	57	56
مقياس الضغط ما بعد الصدمة	مقياس بيرلسون للاكتئاب	29	27	23	21	20
مقياس تقدير الذات كوبر سميث		12	25	37	40	41

يبين الجدول رقم (22) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه مجيد ، و التي قدرت ب (70) درجة، و هو ضغط مرتفع جدا، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	30	42,85
أعراض التجنب	20	28,57
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	20	28,57
المجموع	56	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهورا عند الحالة الخامسة مجيد بنسبة 42,85% تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير وأعراض التجنب بنفس النسبة 33.92% التي تقدر ب 28,57%.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " مجيد " فقد سجل (29) درجة على المقياس ، و هو اضطراب متوسط تتميز أعراضه بالنظرة السلبية للذات و للعالم و المستقبل بالإضافة إلى تشوّهات أفكارية تتميز بالاستنتاج الخاطئ والتضخيم "سيقتلني المعتدي"، التعميم " الكل يريد احتقاري". أما بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيست بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (12) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات المنخفض جدا عند مجيد ، كونه لا يعطى أهمية لذاته و يعاني من نقص الثقة بالنفس، و من احتقار نفسه الذي يرجع إلى ما تعرض إليه من اعتداءات من قبل المعتدي الذي كان يعتقد أنه صديق له.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية : (إعادة البناء المعرفي لبيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيرا واضحا في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي " مجيد "، حيث أصبحت تقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار ايجابية أعطته ثقة كبيرة في النفس و مفهوم ايجابي للذات.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (62)، (27)، (25) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد حسنة حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " مجيد " ليصل إلى (59) درجة بعدما كان (70) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (23) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (57)،(21) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (56)، (20) درجات و هو ضغط متوسط ، كما أن أعراض الاكتئاب تم التخفيف منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " مجيد " لذاته، و تقييمها للأحداث المحيطة به، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (37) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات متوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهر من العلاج، حيث قدرت ب (40) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (41) درجة و هي مؤشر متوسط لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة).

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات وسلوكات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سيكا **SECCA** لدى مجيد يمكن القول: أن أفكار و اعتقادات " مجيد " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم التخفيف عن معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الصور الرجعية و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، الشعور بالتهديد وبالذنب... كذلك تم التخفيف من اضطرابات الأكل و النوم لدى مجيد.

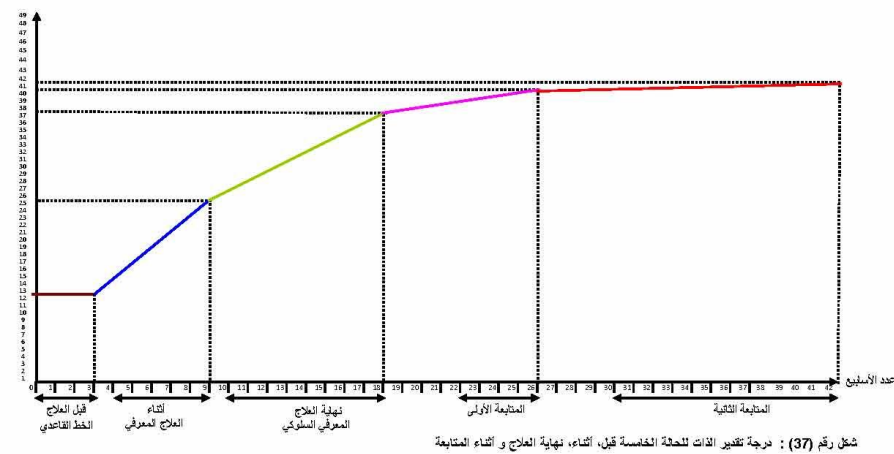
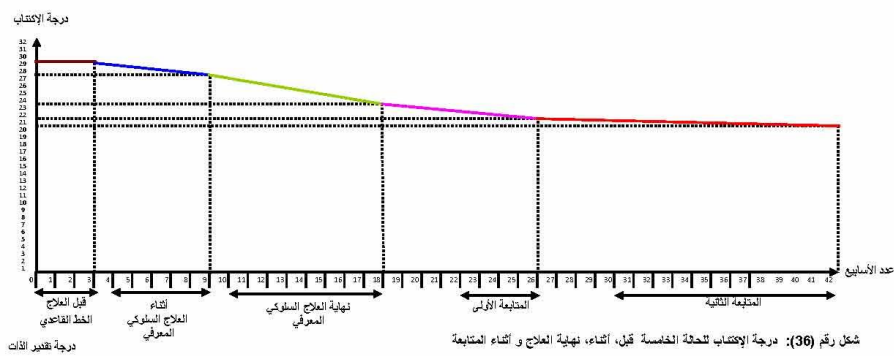
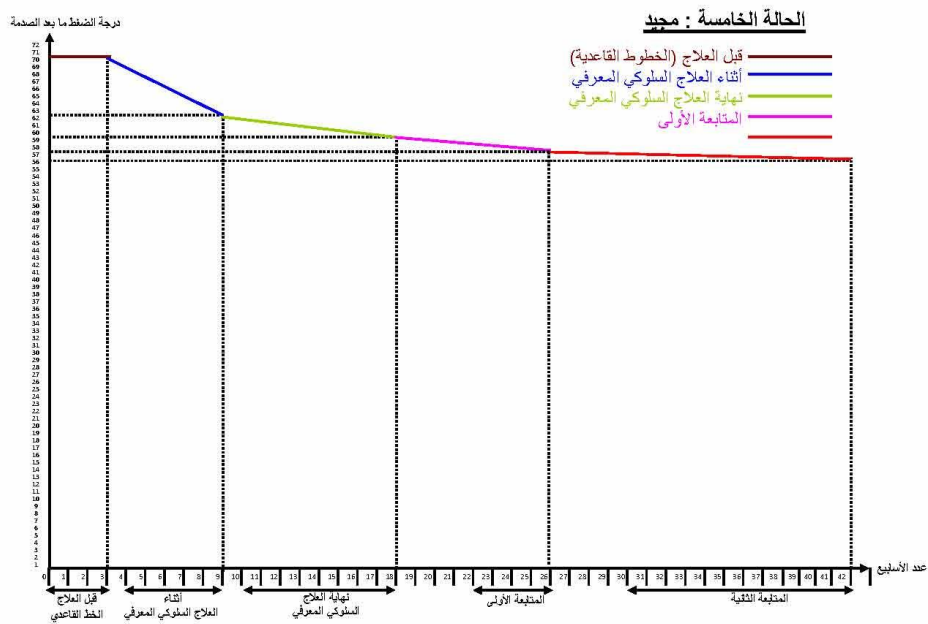
✓ أفكار مجيد قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل و بالاستنتاج التعسفي. "إن لم يعطي له الدراهم يمس بسمعة الأخت " ، التعميم " الكل يريد احتقاري " بعد العلاج وأصبحت أفكاره تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و يُهل في مستقبل أحسن، كما تخلص عن أفكاره الغير منطقية.

✓ انفعالات مجيد قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك الصديق ، قلق و اكتئاب، الشعور بالتهديد وكره الأم ، بعد العلاج أصبح لا يفعل كثيرا بفضل تعديل أفكاره السلبية فقد زال خوفه من المعتدي و القلق الذي كان يظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجه تحسن، و الضغط الذي كان يعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكات مجيد كان يتميز قبل العلاج بالصمت، الخضوع لسيطرة المعتدي، الانحراف حيث كتن يكذب ويسرق، عدوانية تجاه العائلة، الانسحاب والهروب من الوسط العائلي، بعد العلاج تعدلت للأحسن من جهة علاقته بالعائلة ، كما تخلص عن عدوانيته تجاه العائلة، كما أنه أصبح يتمتع بتفاعل إيجابي مع الآخرين، وتخلص عن انطوائه حيث أصبح يزاول تكوينه في الميكانيك ، بمعنى أن سلوكه أصبح متوافقا مع مواقف الحياة، وهذا بفضل التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (35) ص 297.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " مجيد " حيث سجل المقياس الدرجة (70) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (62) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (59) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (57)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (56) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوص.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (36) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (29) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه " مجيد "، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (27) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (23) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (21) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (20) التي تدل على انخفاض الاكتئاب عند " مجيد ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (37) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (12) لتقدير الذات كخط قاعدي، وهي مؤشر على انخفاض تقدير الذات عند " مجيد "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (25) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " مجيد " لتصبح (37) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (40) درجة لتزداد في الارتفاع لتصل (41) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " مجيد " أصبح يتمتع بثقة في النفس وبتقدير الذات متوسط.

الحالة السابعة: « إياد »

1 - عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

إياد طفل يبلغ من العمر 09 سنوات، تعرض للاعتداء جنسي متكرر من قبل مجموعة من مرهقين يسكنون في الحي الذي يسكن فيه، يدرس السنة الرابعة ابتدائي، لديه أخ أصغر منه بعامين، تراجع مستواه الدراسي في الآونة الأخيرة وأصبح يتحصل فقط على التوبيخ، والديه على قيد الحياة، الأب يعمل في الجنوب، أما الأم لا تعمل هي ماكثة بالبيت ترعى أبناءها ولديها مستوى الثانوي، لقد توجهت الحالة للتكفل النفسي بصحبة أمه رغبة من أن تتحسن أوضاعه النفسية.

تعاني الحالة من فشل دراسي و من اضطرابات نفسية كالقلق والتوتر، بعض أعراض الاكتئاب كما أنه في بعض الأحيان يخبر أمه بأنه يريد أن يموت جراء الوضعية السيئة التي يعيشها باستمرار.

يظهر أن حياة إياد كانت غير عادية فهو يعاني من الحرمان الأبوي لكونه لا يرى والده الذي يعمل بعيدا عن أسرته فهو يشتاق إليه كثيرا، وبعد أن تعرض للاعتداء المتكرر أصبح لا يتحدث كثيرا ويفضل البقاء لوحده.

أخبرتنا الحالة أنه تعرض للاعتداء الجنسي من قبل أكثر من شخص عندما كان في عمره 8 سنوات، ففي البداية كان من قبل مرهقين في الحي الذي يسكن فيه كانوا يتعاطون المخدرات، بعد ذلك تحول إلى عراك وسب بين المرهقين وكانت الضحية الطفل الذي كان أمامهم، ومع مرور الوقت أصبحوا يتناوبون عليه واحد تلو الآخر لكونهم مدمني المخدرات، وفي المدرسة التي يدرس فيها تعرض لاعتداء جنسي من قبل زملائه الأكبر سنا لأكثر من مرة في دورة المياه، حيث أنما لما سألناه عن عدد هذه الاعتداءات لم يستطع إحصاءها واكتفى بالقول أنه تعرض لمثل هذا النوع لأكثر من 10 مرات حتى أن هوية المعتدي لا يتذكرهم جميعا ولا يعرفهم.

حسب تصريحات والدته إياد، يعود سبب تعرضه لهذا الاعتداء لكون ابنها يثق كثيرا في الناس حتى الغرباء، وكل الاعتداءات التي تعرض لها أغلبها كانت مصحوبة بالقوة والتهديد بالقتل لأنه وقع بين يدي كلاب لا تعرف الرحمة على حد قول والدته الضحية.

من بين الاعتداءات التي تعرضت إليها الحالة نجد: الاعتداء النفسي المتمثل في الاحتقار وازدراء، اعتداء جنسي يتمثل في الاغتصاب مصحوب بالقوة، ولقد صرحت لنا الحالة أنه كان يشعر

بالغضب والحقرة والحزن وهو تحت ضغط الاعتداء العنيف الممارس عليه، هو لا يستطيع المقاومة نظرا لبنيته الضعيفة أمام المعتدي.

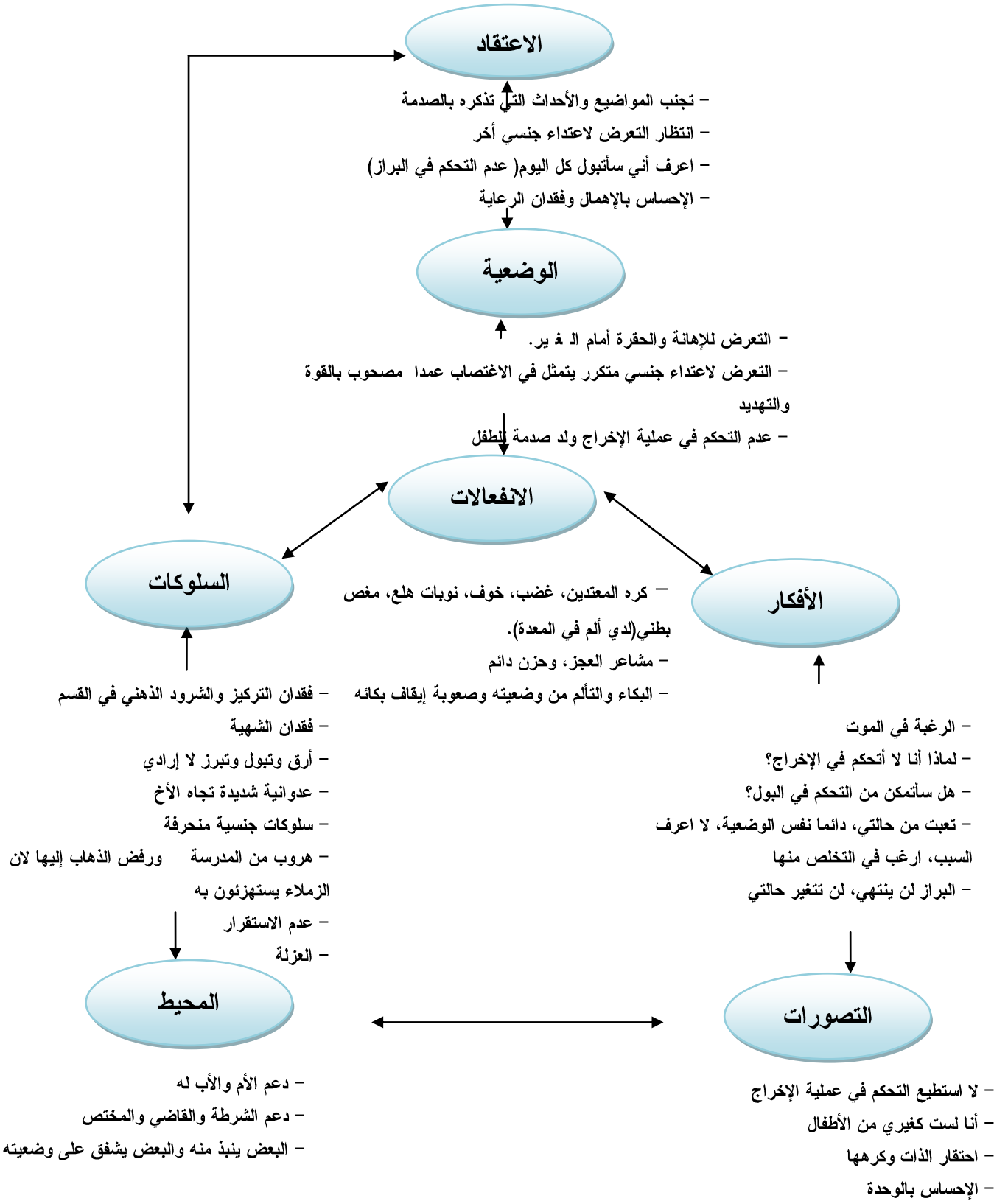
جاء ما تعرضت إليه الحالة من اعتداء ظهرت عليه أعراض مرضية كاحتقار الذات ، سلوكات جنسية منحرفة حيث كان يتقمص شخصية المعتدي ، نجده يضرب أخاه الصغير ويمزق له سرواله، بالإضافة إلى أنه يداعبه في الخلف بيده، الحزن، القلق الدائم فهو يخاف حتى من خياله، يبكي كثيرا، كما أنه يعاني من التبول اللاإرادي، ومن التبرز la diarrhée كل ساعة ودائما يوسخ ملابسه الداخلية وتبعث منه رائحة كريهة، اضطرابات النوم و الأكل فهو يعاني من فقدان الشهية لمعظم اليوم لا يأكل، كما أنه أصبح عدواني تجاه أخوه، لديه كوابيس تخيفه كل ليلة كما أنه يصرخ أثناء نومه ويتمتم كلام غير مفهوم.

تتمثل ردت فعل الحالة تجاه الاعتداء الممارس عليه في البداية الصمت رغم المعانات الشديدة التي يعيشها كل يوم، وبعد ذلك اكتشفت الأم جروح على مستوى الدبر أثناء تنظيفه، فلأخبر أمه بكل ما حصل معه ومع ذلك كانت الاعتداءات متواصلة عليه، اتصلت الأم بالشرطة وأودعت شكوى ضد الأشخاص المشتركين في الجريمة، وأخذته للطبيب الشرعي الذي شخص حالته أنه في خطر ويلزمه وقت لتلتئم جروحه، كما عرضته على طبيب الأمراض العصبية، أصبحت الأم تجري وحدها من أجل قضية ابنها، من محكمة إلى أخرى، من طبيب لآخر، إباد شخص لا يستطيع التعبير عما يحسه أو ما بداخله، هو يعاني من الكف المعرفي والفكري حتى الانفعالي، عدم الرغبة في تذكر بعض مشاهد الاعتداء فهذا يثير خوفه ويتجنبه، يكره نفسه، نجده دائما يذهب للمرحاض وقبل أن يصل يوسخ ملابسه، فيبكي لعدم تحكمه في عملية الإخراج وعلامات الحزن والتعب بادية على وجهه.

إباد يرغب في نسيان الأحداث الصدمية التي تقتحم أفكاره، هذا ما يزيده اضطرابا، خصوصا و أنه أصبح يعاني من الضغط والتوتر والتردد في اتخاذ القرار، لقد تراجع مستواه الدراسي فحتى في المدرسة فهو يشعر بالخوف والقلق، المجتمع يعطي له نظرة احتقار نظرا للرائحة الكريهة التي تبعث منه كما أن البعض يعطي له نظرة شفقة نظرا لحالته، حتى هو يرى نفسه أنه ليس كغيره من الأطفال، اتخذ الألعاب وسيلة للتفيس الانفعالي، فهو يحب المسدس والألعاب الموجودة في الكمبيوتر الشيء الذي يلهيه كثيرا، ويأمل في أن تتغير حالته.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة 313

- تتميزت المقابلات التشخيصية بتطبيق تقنيات و مقاييس نفسية تهدف إلى الوقوف على تشخيص الاضطراب الذي يعانيه إياد حيث تم في هذه المقابلات:
1. بناء علاقة وطيدة أساسها التفاهم و الثقة مع إياد.
 2. الحصول على معلومات شخصية، أسرية و اجتماعية تتعلق بإياد من خلال تطبيق المقابلة نصف الموجهة.
 3. استخدام التحليل الوظيفي للوقوف على العوامل التي تعمل على تطوير و استمرار الضغط ما بعد الصدمة لدى إياد.
 4. استخدام تقنية الملاحظة المباشرة للتعرف على مستوى النشاط الجسمي و الحركي و السلوك التعبيري، الاتصال حيث كان لا ييالي بشيء تحركاته بطيئة، سلوكه عدواني مع الأخ، نظراته حزينة و تعيسة و صوته خافت جدا.
 5. استخدام شبكة سيكا SECCA للوقوف على أفكار و انفعالات و سلوكيات إياد الحالية.
- و الشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة:



شكل رقم (42) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة السابعة

5- تطبيق المقاييس النفسية المتمثلة في مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات أسفرت على النتائج التالية (72)، (28)، (16) و هذا للوقوف على الخطوط القاعدية لدرجة الضغط ما بعد الصدمة، الاكتئاب، تقدير الذات قبل بداية العلاج.

3- المقابلات العلاجية:

دامت الحصص العلاجية 13 وقد حققت تحسن طفيف، وقد تابعنا نفس التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي حتى نهايته حيث تركزت الحصص العلاجية الأولى لإياد على تغيير الأفكار السلبية و حل محلها أفكار منطقية إيجابية و هذا من خلال المراقبة الذاتية لأفكاره التي تناقش في بداية كل حصة حيث تميزت المقابلات العلاجية مع هذه الحالة بما يلي:

- صعوبة إكمال البرنامج العلاجي مع هذه الحالة نظرا لصعوبة وضعيته عدم تحكمه في عملية الإخراج يزعجه كثيرا، يعتبر أكبر عرض مرضي يقلقه، عملنا على التخفيف منه من خلال برنامج يومي محكم بالساعة بمساعدة الأم لكنه لم ينجح كثيرا، ضرورة الذهاب للمرحاض كل صباح قبل الذهاب للمدرسة، قبل الدخول والخروج من المدرسة، قبل وبعد الإفطار، وفي الليل قبل الذهاب للنوم مع ضرورة القيام بعملية التنفس في كل وقت وتجنب شرب السوائل خاصة أثناء الليل وعدم توبيخه حالة إصدار السلوك غير المرغوب ومكافأته بعد إصدار السلوك المرغوب.

- عدم الاستجابة للكثير من التقنيات سواء السلوكية أو المعرفية التي من المفروض القيام بها في المرحلة العلاجية لكونه لا يتكلم كثيرا ولا يفصح عن كل ما بداخله، كما أن عدم تحكمه في الإخراج يعرضه للإحباط في كل مرة.

- لاحظنا أن المفحوص يتجاهل كيفية حماية نفسه، حيث يظهر ثقة كبيرة في الناس حوله، أحيانا نحس أن لديه مشكل في الهوية.

- المفحوص كان لديه سلوكيات جنسية منحرفة « il baise le pantalon de son frère »،

أعطي له نماذج أشرطة فيديو لكيفية التعامل مع أخوه ليقنتدي بها

- لديه أفكار مدمرة للذات، كما يرغب في الانتحار، مرة أخبرتنا والدته أنه شاهده وهو يلعب بخيط

ويضعه حول رقبتة فتدخلت والدته وخافت عليه: " محبوبونيش...، ننتلق بزاف...، مانقدرش

نقرا...، منروحش ليكول...، مانحبش الشيغة..."

- انخفاض الدرجات بنسبة 5% راجع لكون أن الطفل أحس بالمساعدة وأن هناك من يتابعه ويريد له الشفاء.
- المفحوص يحب فقط اللعب ويرفض كل شيء عدا تقنية الاسترخاء التي أبدى إقبال كبير عليها، وبعض الأشغال اليدوية كبناء مكعبات، تركيب الصور للحيوانات، اللعب بالمسدس، بكل آلة يجدها في المكتب والكمبيوتر.
- الشيء المهم في هذه المقابلات العلاجية أن la diarrhée التي كان يعاني منها لم يعد يذهب بشكل دائم ومتكرر للمرحاض مقارنة بالخطوط القاعدية
- تغيير مكان إقامته أصبح أمر ضروري وقد وافقت عائلته إلى أخذه للجنوب لكون أن والده يعمل هناك ليصبح بعيدا عن مكان الحادثة الطريق، المنزل، الرجال، المدرسة، الناس... يخاف كل شيء لذا نجده يبحث عن الأمان فأني شخص يقول له تعال معي يذهب إليه دون تردد.
- انخفاض معظم الأعراض لكنها لم تزل نظرا لأثر الصدمة العمق في حياته، يجدر الإشارة هنا إلى أن "إياد" كان يعاني من ذكريات مؤلمة متكررة و الكوابيس التي تخيفه انخفضت هذه الأخيرة.
- المفحوص كان يحتاج لبرنامج مخصص له لتعديل المظاهر السلوكية المرضية لديه.

4- استراتيجيات التقويم والمتابعة:

4-1 استراتيجيات التقويم :

- في هذه الحصة تم مواصلة البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقويم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصص التشخيصية الثلاثة، و توصلنا إلى النتائج التالية:
- سجل "إياد" على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (65) درجة
 - سجل "إياد" على مقياس الاكتئاب (23) درجة
 - سجل "إياد" على مقياس تقدير الذات (38) درجة
- بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن إياد تحسنت حالته سواء في درجة الضغط ال ذي كان يعاني منه، و على مستوى مزاجه كما أن نسبة تقدير الذات عنده ارتفعت مقارنة بالخطوط القاعدية.
- فيما يخص نتائج شبكة سيكا SECCA فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن نسبي في سلوك و أفكار و انفعالات إياد.

4-2 إستراتيجية المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند إياد، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس الوسائل

والتقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا ان ذ فاض علامات العدوانية ضد الأخ، كما يسعى

لان يهتم بمظهره كما تم تعديل الأفكار التي توحى إلي الرغبة في الموت.

و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في البحث خلال المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة سجل (64)، (64) درجة

- مقياس الاكتئاب لبييرلسون سجل (23)، (22) درجة

- مقياس تقدير الذات سجل (38)، (38) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت نوعا ما حيث تم خفض بعض الأعراض المرضية

الاكتئابية و الضغط ، كما أن تقدير ذاته تحسن مقارنة بالخطوط القاعدية.

5- مدى تحقق فرضيات البحث:

يمكن تلخيص التقييم العام للحالة "إياد" فيما يلي:

جدول رقم (25) نتائج الاختبارات النفسية للحالة السابعة (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

المتابعة الثانية:	المتابعة الأولى:	نهاية العلاج:	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في	قبل العلاج تم الوقوف ورسم	الفترات والبرنامج العلاجي
بعد 4 أشهر من انتهاء المتابعة الأولى	بعد شهرين من انتهاء العلاج	بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: -التدريب على المهارات الاجتماعية. - تقنية سرد القصص ولعب الدور - التدريب على النمذجة - التحصين التدريجي	: - التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية -تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلاني لبيك. -العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. -تعديل الحوار الداخلي مكنوبوم -التدريب على رفع تقدير الذات. - التدريب على حل المشكلة -في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	الخطوط القاعدية في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى. - تم استخدام التحليل الوظيفي : شبكة سيكا SECCA	المقاييس النفسية
64	64	65	69	72	مقياس الضغط ما بعد الصدمة
22	23	23	25	28	مقياس بيرلسون للاكتئاب
38	38	38	29	16	مقياس تقدير الذات كوبر سميث

يبين الجدول رقم (26) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه إيا د ، و التي قدرت ب (72) درجة، و هو ضغط مرتفع جدا، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	33	45,83
أعراض التجنب	20	27,77
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	19	26,38
المجموع	72	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهورا عند الحالة السابعة إيا د بنسبة 45,83% تليها أعراض التجنب بنسبة 27,77% ثم تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة 26,38 %.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " إيا د " فقد سجلت (28) درجة على المقياس ، و هو اضطراب متوسط تتميز أعراضه بالنظرة السلبية للذات و للعالم و المستقبل بالإضافة إلى تشوه أفكاره التي تتميز بالاستنتاج الخاطئ، التضخيم.

أما بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيست بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (16) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات المنخفض جدا عند "إيا د" ، كونه لا يعطي أهمية لذاته و يعاني من نقص الثقة بالنفس، و من احتقار نفسه الذي يرجع إلى ما تعرض إليه من اعتداءات من قبل المعتدين الذي كان يثق فيهم.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبليك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيرا طفيفا في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي " إيا د "، حيث أصبح يقيم الأحداث

الخارجية و الداخلية بأفكار نستطيع القول أنها ايجابية أعطته ثقة معتبرة في النفس و مفهوم ايجابي للذات مقارنة بالخطوط القاعدية.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (69)، (25)، (29) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد حسنة حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " إياد " ليصل إلى (65) درجة بعدما كان (72) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (23) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (64)، (23) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (64)، (22) درجات و هو ضغط مازال عال ، كما أن أعراض الاكتئاب تم التخفيف منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " إياد " لذاته، و تقييمها للأحداث المحيطة بها، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (38) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات منخفض لتستقر بعد شهر من العلاج، حيث قدرت ب (38) وتواصلت في الاستقرار على هذه الدرجة أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج في (38) درجة و هي مؤشر منخفض لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة).

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

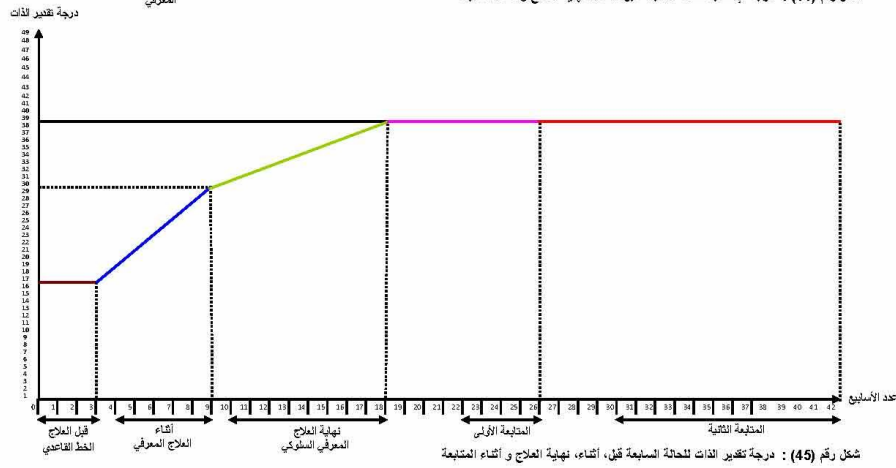
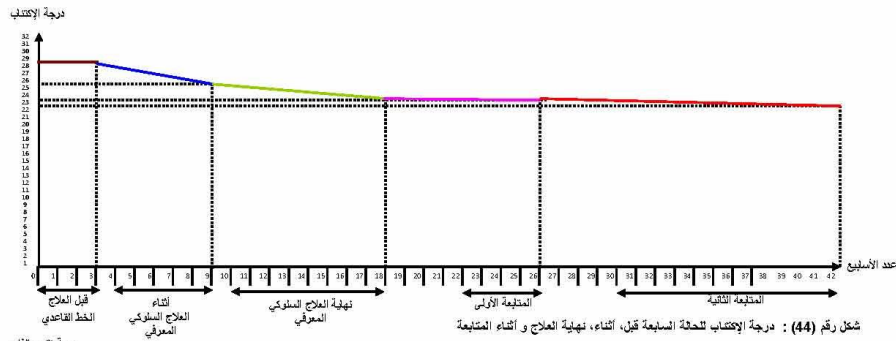
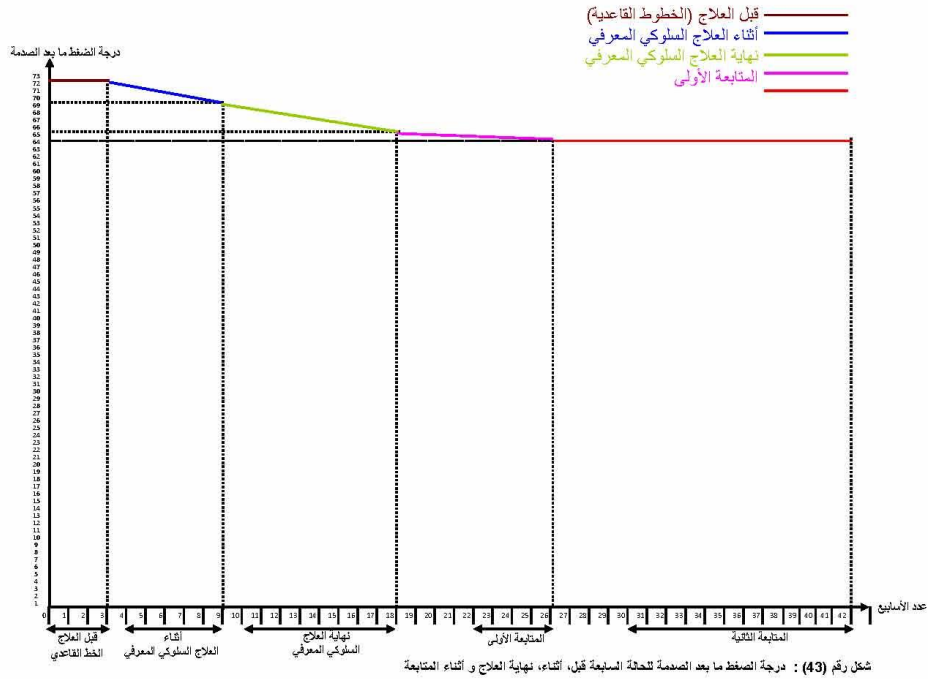
استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات وسلوكيات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى إياد يمكن القول: أن أفكار و اعتقادات " إياد " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم انخفاض معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، التردد... كذلك تم التخفيف من اضطرابات الأكل و الشهية لدى إياد.

- ✓ أفكار "إياد" قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل و بالاستنتاج التعسفي " أنا لست كغيري من الأطفال"، التجريد الانتقالي " التركيز على صعوبة التحكم في عملية البراز"، بعد العلاج تخلص عن بعض أفكاره المختلة، حيث أصبحت أفكاره تتميز بنوع من الايجابية وتقبل وضعيته مع العلم انه لا يأمل في مستقبل أحسن.
- ✓ انفعالات إياد قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من الليل وفي المدرسة ، قلق واكتئاب، بعد العلاج أصبح يتأقلم نوعا ما مع أوضاعه التي لم تتغير كثيرا، فقد زال خوفه من الغير و الشعور بالذنب الذي كان يظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجه تحسن، و الضغط الذي كان يعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية وهذا مقارنة بالخطوط القاعدية.
- ✓ سلوكيات إياد كان يتميز قبل العلاج بالتجنب والانسحاب، الخضوع لسيطرة المعتدين، انحراف وعدوانية تجاه الأخ، بعدما عرفت الأم ساعدته كثيرا بعد العلاج تعدلت للأحسن من جهة علاقته بالأخ الأصغر أصبح متحابين كما تخلص عن عدوانيته تجاه الأخ، و أصبح يتفاعل إيجابيا مع الآخرين، وتخلص عن انطوائه خاصة في المدرسة.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

الحالة السابعة : إيد



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (43) ص 321.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " إياد " حيث سجل المقياس الدرجة (72) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (69) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (65) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (64)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (64) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوصة.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (44) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (28) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه " إياد "، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (25) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (23) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (23) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (23) التي تدل على انخفاض الاكتئاب عند " إياد ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (45) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (16) لتقدير الذات كخط قاعدي، و هي مؤشر على انخفاض تقدير الذات عند " إياد "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (29) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " إياد " لتصبح (38) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الاستقرار حتى المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (38) درجة لتستقر أيضا في هذه الدرجة (38) بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " إياد " أصبح يتمتع بثقة ضعيفة في النفس و بتقدير الذات ناقص.

الحالة الثامنة: « سارة »

1 عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

سارة طفلة عمرها 09 سنة، تدرس في الابتدائية، تعرضت للاعتداء الجنسي لأكثر من 3مرات من قبل جارها البالغ من العمر 31 سنة، أبوها يعمل مسؤول شركة، وأمها موظفة في البنك، لديها أختان و هي الكبرى بينهما واحدة لديها 5 سنوات والأخت الصغرى عامين ونصف.

عاشت سارة حياة عادية تتميز بالحب والحنان وسط الجو العائلي الخال من المشاكل الأسرية، سارة كانت فتاة جميلة جدا ومهذبة وحنونة للغاية، هي تحس بغياب الأصدقاء حولها فالتجأت إلى الصداقة مع جيرانها الذين يسكنون بالقرب من منزلهم، أنتت للشبكة الجزائرية ندى لهدف المساعدة النفسية بصحبة أمها.

سارة مصابة بمرض نفس جسدي ألا وهو الربو، هي تحس بأنها ضعيفة أمام هذا المرض، كما أن أختها مصابة به كذلك.

يظهر أن الحياة الطفلية للحالة كانت جد عادية، وحاليا فقد تغيرت حياتها مع كل ما تعرضت إليه من مضايقات واعتداءات تقول: "تبدلت حياتي قاع، ماشي كيما كنت مقبل"، و من بين الاعتداءات المتكررة التي تعرضت إليها الحالة، أن المعتدي جارها كان يلمسها جنسيا ضد رغبتها، وكان يقبلها ويضمها إلى صدره بقوة، وكان مصحوبا بالتهديد والإجبار، كانت ترفض سلوكاته وهو يصصر عليها، ذات يوم شاهدها أخ المعتدي البالغ من العمر 14 سنة وهي تتعرض للاعتداء من قبل أخيه الأكبر، فرحت كثيرا وقالت له أخبر أبي بما حدث وبما رأيت، كان يضمها بقوة وهي لا تريده، لم تجرأ على قول شيء لأحد لأن المعتدي كان يهددها بكلمات: "إلا قلت ليماك نقول لها أنت درت هكا وهكا، وراح تأمنني ماتأمنكش أنت" أي "إذا أخبرت أمك سأخبرها بأنك فعلت هذا وهذا، وستثق بي وليس بك"، بالفعل أخبر أخ المعتدي بما رآه لكون أن الضحية كانت تخاف والديها، فلم تتجرأ عن القول لهم، فكانت بداية للمتابعة القضائية مع المعتدي على الطفلة، حاليا هو في السجن المؤقت.

صرحت لنا الحالة أنها كانت تشعر بالكره والخوف والتهديد عندما تتعرض للاعتداء، أحيانا

كانت تضربه و تشعر بالتقيؤ، ومن بين الأضرار التي لحقت بالضحية نذكر:

- أضرار نفسية تتمثل في: احتقار الذات، الخجل، حزن و كآبة، ضغط وقلق، خوف و هلع،

اضطرابات في النوم وتحلم مزعجة، انخفاض في تقدير الذات، كما أنها تتجنب كل ما

يذكرها بالاعتداء الذي كانت تتعرض إليه، فقد على المعتدي مجرد التذكر بما فعله لها، أحيانا كانت ترغب في الهروب بعيدا عن مكان الجريمة.

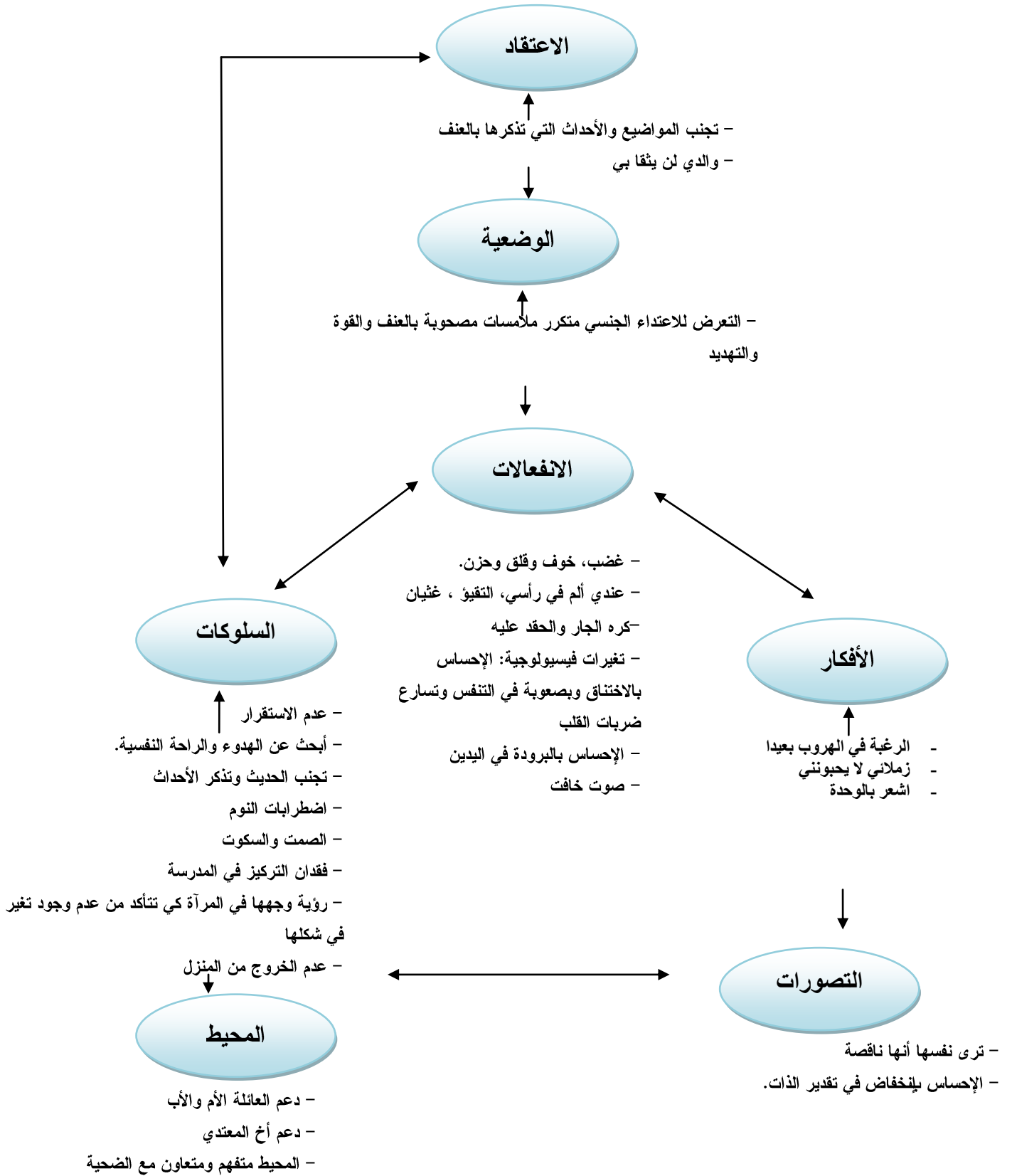
فيما يخص أحوال دراستها ، نتائجها المدرسية كانت جيدة جدا، ضمن التلاميذ الأوائل، لكنها تحس بالوحدة تقول: "نحس كي شغل واحد ما يحبني، يكرهوني، نروح نقعد معاهم يقولو لي روعي منا"، بالإضافة إلى أن الحادثة أثرت على تحصيلها الدراسي لكونها لا تركز كثيرا، تقول: "مانركزش بزاف بصح **malgré** جبت نقاط ملاح"، يظهر لنا أن الحالة ليس لديها أصدقاء في المدرسة ولهذا فهي تشعر بالوحدة.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة 325 .

تركزت المقابلات التشخيصية الثلاثة عند سارة على ترحيبها و تطبيق دليل المقابلة الذي سمح لنا بجمع أكبر قدر من المعلومات حول وضعيتها، تم تطبيق المقاييس النفسية و المتمثلة في مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب و مقياس تقدير الذات الذي كشف عن وجود ضغط لديها قدرت درجته على المقاييس ب (47)، (21)، (16) على التوالي، بالتالي تحصلنا على الخطوط القاعدية للاضطراب، وخلال هذه المقابلات تم السعي إلى كسب ثقة سارة أكثر حيث تم بناء العقد العلاجي والتفاهم عليه و على البرنامج المتبع (عدد الحصص، مدة كل حصة...) و على التقنيات التي نستخدمها، كما أكدنا لها أن فعالية العلاج سيكتمل إذ تعاونت معنا كطرف نشيط.

فيما يخص الملاحظة المباشرة لسلوكها فقد أبدت إقبال كبير في الإجابة على المقاييس و خطواتها كانت جد خفيفة، مزاجها كان متعكر ، كانت تهتم بحجابها وبمظهرها كثيرا ، لما تبدأ بالحديث لا تتوقف أبدا لأنها لم يسبق لها و أن تحدثت لأحد عن حياتها و أسرارها .

وفي هذه المقابلات التشخيصية تم استخدام شبة سيكا لاستخراج أفكار و انفعالات و سلوكات الحالة. و الشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة:



شكل رقم (46) شبكة سيكا la grille de SECCA للحالة الثامنة

3- المقابلات العلاجية:

تميزت هذه المقابلات بتدريب سارة على التنفس البطني و بإعطاؤها شرحاً نظرياً للاضطراب التي تعاني منه، كما شرحنا لها تقنية المراقبة الذاتية لأفكارها و أحاديثها الداخلية مع نفسها عندما تواجه مواقف خارجية أو لما تتعرض لصور و أحداث سبق وأن عاشتها خلفت لديها ألم، و بحكم أن "سارة" تحب الكتابة نجدها تقوم بتسجيل هذه الأفكار يومياً، كانت تقدمها لنا في كل جلسة علاجية حيث كانت تذكر استجاباتها لتلك المواقف و السلوك الصادر منها، في الكثير من المواقف كانت تحكي حكايات وحتى أنها تسجل كل ما دار في كل جلسة و تراجعها يومياً.

أبدت إقبال كبيراً على تقنية حل المشكلات فهي تطبقها أثناء وجودها بالمنزل في المدرسة

عندما ترغب في حل قضية أمامها تستعين بالجدول الذي تعلمته أثناء الحصة العلاجية التاسعة

كيف حدث لي هذا؟ لماذا؟ ما هو الحل الأفضل؟ إن لم ينجح ما هو الحل البديل؟

كانت المفحوصة تعاني من عدم الاستقرار، و تشك بقدراتها و إمكانياتها ، تراجع مستواها الدراسي ، حيث كانت تعاني من الوحدة في المدرسة ، شرحنا لها سبب اضطرابها الذي يرجع إلى طريقة تفكيرها السلبي تجاه ذاتها و العالم و المستقبل الشيء الذي انعكس على تقدير ذاتها ، حيث كانت تحنق نفسها بالرغم من جمالها، و أخبرناها أنها لو تبقى أفكارها هذه دون تغيير لن تتحسن حالتها، كما قمنا بالرفع من معنوياتها من خلال الوقوف على بعض المحاسن و الايجابيات التي تتحلى بها "سارة" لتترسخ في ذهنها و أفكارها.

كشفت لنا سارة عن نوع الكوابيس و الأحلام المزعجة التي كانت تطاردها و تحرمها من النوم

لإحساسها بعدم الأمان و الراحة " أرى وحوش تطاردني " ، " ناس غرباء يتبعونني وأنا أهرب منهم "

كما تتجنب كل المواضيع و كل ما يذكرها بما كانت تتعرض إليه.

قمنا بإعادة تطبيق المقاييس الثلاثة (مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس

تقدير الذات) في الحصة العلاجية السادسة، فأظهرت نتائج جد مرضية مقارنة بالخطوط القاعدية و هي

كالتالي: (42)، (19)، (35).

واصلنا تنفيذ البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي لمدة 13 حصة علاجية استندت على إعادة

البناء المعرفي من خلال تغيير الأفكار السلبية بأفكار إيجابية، كما قمنا بتدريب سارة على بعض

التقنيات السلوكية كالاسترخاء، لعب الدور، المهارات الاجتماعية والنمذجة، وما يميز الحصة العلاجية

الحادي عشرة أن سارة اكتسبت فنيات التعامل مع الغير و أصبحت تتفاعل مع الجميع وتخلت عن وحدتها نظرا لإحساسها بالحنان و الدفء و هي مع أعضاء شبكة الجزائرية ندى، حيث أصبحت تتبنى أفكار ايجابية و لم تعد تلوم نفسها بل أصبحت تأمل في مستقبل أفضل.

كشفت نتائج الملاحظة المباشرة، تحسنا إيجابيا في المظهر الخارجي إذ أصبحت تهتم بمظهرها و تنظر إلى المستقبل بتفاؤل و أمل.

4- استراتيجيات التقويم والمتابعة:

4-1- إستراتيجية التقويم:

في هذه الحصة تم مواصلة البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقويم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصص التشخيصية الثلاثة، و توصلنا إلى النتائج التالية:

- سجلت "سارة" على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (38) درجة
 - سجلت "سارة" على مقياس الاكتئاب (15) درجة
 - سجلت "سارة" على مقياس تقدير الذات (43) درجة
- بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن سارة تحسنت حالتها سواء في درجة الضغط الذي كانت تعاني منه، و على مستوى مزاجها كما أن نسبة تقدير الذات عندها ارتفعت تدريجيا.
- فيما يخص نتائج شبكة سیکا **SECCA** فقد أسفرت النتائج على وجود تحسن واضح في سلوك و أفكار و انفعالات سارة حيث انعكس ذلك على مظهرها الخارجي.

4-2- إستراتيجية المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند "سارة"، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس الوسائل و التقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا غياب علامات عدم الاستقرار، كما أن خوفه ا زال و مشاعر الحقد والحزن والخجل التي كانت تظهر لديها انخفض.

- و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في الدراسة خلال المتابعة الأولى و الثانية كانت على التوالي:
- مقياس الضغط ما بعد الصدمة (35)، (32) درجة
- مقياس الاكتئاب لبيرلسون (9)، (9) درجة

- مقياس تقدير الذات (50)، (52) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت و أصبحت خالية من الأعراض المرضية الاكتئابية و درجة الضغط أصبحت خفيفة، كما أن تقدير ذاتها تحسن وارتفع.

5- مدى تحقق فرضيات البحث:

يمكن تلخيص التقييم العام للحالة "سارة " فيما يلي:

جدول رقم (27) نتائج الاختبارات النفسية للحالة الثامنة (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

الفترات والبرنامج العلاجي	المتابعة الأولى:	المتابعة الثانية:
المقاييس النفسية مقياس الضغط ما بعد الصدمة مقياس بيرلسون للاكتئاب مقياس تقدير الذات كوبر سميث	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : - التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية -تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلائي لبيك. -العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. -تعديل الحوار الداخلي ميكنبوم -التدريب على رفع تقدير الذات. - التدريب على حل المشكلة -في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: -التدريب على المهارات الاجتماعية. - تقنية سرد القصص ولعب الدور - التدريب على النمذجة - التحصين التدريجي
47	38	32
21	15	9
16	43	52

يبين الجدول رقم (28) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي تعاني منه "سارة"، و التي قدرت ب (47) درجة، و هو ضغط متوسط ، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	24	51,06
أعراض التجنب	10	21,27
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	13	27,65
المجموع	47	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهوراً عند الحالة الثامنة سارة بنسبة % 51,06 تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة % 27,65 ثم تليها أعراض التجنب بنسبة % 21,27.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " سارة " فقد سجلت (21) درجة على المقياس ، و هو اضطراب خفيف تتميز أعراضه بالنظرة السلبية للذات و للعالم و المستقبل بالإضافة إلى تشوه أفكارها التي كانت تتميز بالاستنتاج الخاطئ " زملائي لا يحبونني " ، التضخيم والتعميم المفرط حول الجنس الذكري.

أما بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيست بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (16) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات المنخفض عند " سارة " ، كونها لا تعطي أهمية لذاتها و تعاني من نقص الثقة بالنفس، و من احتقار نفسها الذي يرجع إلى ما تعرضت إليه من اعتداءات من قبل الجار . وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبنيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيراً واضحاً في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي " سارة " ، حيث أصبحت تقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار ايجابية أعطتها ثقة كبيرة في النفس و مفهوم ايجابي للذات.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (42)، (19)، (35) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد حسنة حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " سارة " ليصل إلى (38) درجة بعدما كان (47) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين من حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (15) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (35)، (9) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (32)، (9) درجات و هو ضغط خفيف ، كما أن أعراض الاكتئاب تم القضاء منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " سارة " لذاتها، و تقييمها للأحداث المحيطة بها، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (43) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات متوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، حيث قدرت ب (50) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (52) درجة و هي مؤشر متوسط لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة).

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات وسلوكات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى "سارة" يمكن القول: أن أفكار و اعتقادات " سارة " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم زوال معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الصور الرجعية و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، الارتجاف والتقيؤ... كذلك تم القضاء على اضطرابات النوم والأحلام المزعجة لدى "سارة".

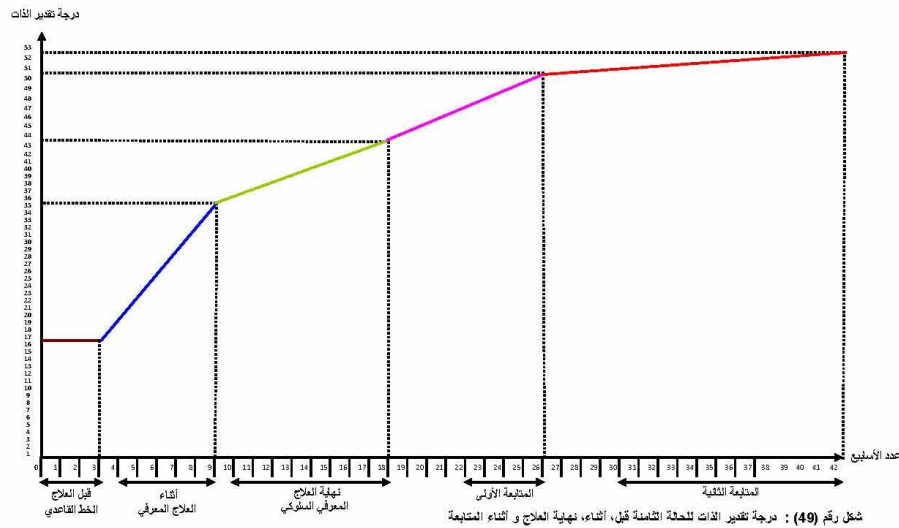
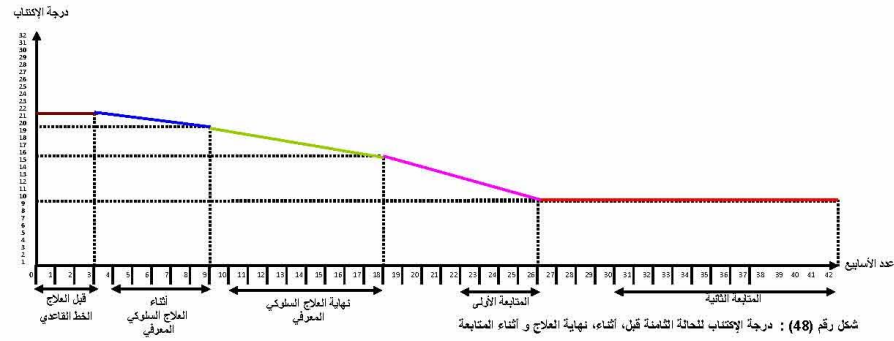
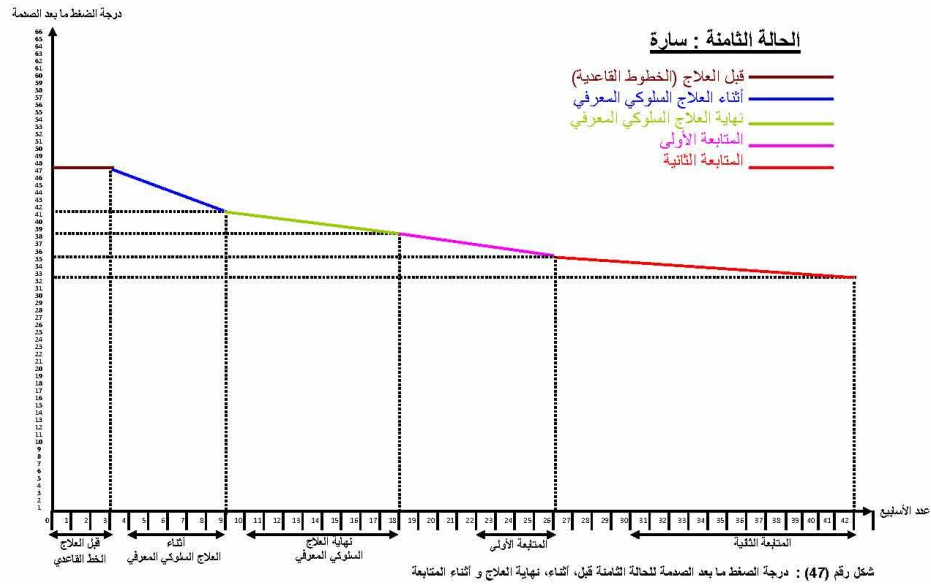
✓ أفكار سارة قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل و بالاستنتاج التعسفي. "والداها إن أخبرتها سيقان بجارهم" وأصبحت بعد العلاج تخلت عن فكرة أن والديها لن يثقا بها، حيث أصبحت أفكارها تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و تأمل في مستقبل أحسن، كما تخلت عن أفكارها الغير منطقية.

✓ انفعالات سارة قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك الجار ، قلق واكتئاب، بعد العلاج أصبحت مرتاحة البال بفضل تعديل أفكارها السلبية ، فقد زال خوفها من الجار و الارتجاف الذي كانت تظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجها تحسن، و الضغط الذي كانت تعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكات سارة كان يتميز قبل العلاج بالصمت، الخضوع لسيطرة المعتدي، وحدة اجتماعية وعدم الاستقرار، بعدها صرحت لامها بأفعال جارها تجاهها وانتهت الحادثة بإدخاله السجن، بعد العلاج تعدلت للأحسن من جهة علاقتها بأفراد العائلة و في المدرسة حيث أصبحت تتمتع بتفاعل إيجابي مع الآخرين، وتخلت عن انطوائها خاصة في المدرسة حيث أصبحت تخالط زملائها وعلاقتها بهم طيبة، بمعنى أن سلوكها أصبح متوافقا مع مواقف الحياة، بفضل التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (47) ص 333.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " سارة " حيث سجل المقياس الدرجة (47) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (42) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (38) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (35)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (32) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوصة.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (48) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (21) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه " سارة"، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (19) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (15) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (9) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (9) التي تدل على انخفاض الاكتئاب عند " سارة ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (49) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (16) لتقدير الذات كخط قاعدي، وهي مؤشر على انخفاض تقدير الذات عند " سارة"، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (35) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " سارة " لتصبح (43) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (50) درجة لتزداد في الارتفاع لتصل (52) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " سارة " أصبحت تتمتع بثقة كبيرة في النفس و بتقدير الذات مقبول.

الحالة التاسعة: « كريم »

1 - عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

كريم طفل في 09 من عمره، تعرض للاعتداء الجنسي من قبل ابن عم أبيه البالغ من العمر 28 سنة أعزب، يدرس بالابتدائية، يحتل المرتبة الصغرى بعد أخوه الأكبر وأخته، والديه على قيد الحياة، والديه يعملان في سلك التعليم، أوضاعه الاقتصادية للعائلة جيدة، دخل لشبكة الجزائرية ندى بعدما اشتكت عائلته من سلوكات المعتدي لابنهم، حاليا المعتدي على الطفل أودع داخل السجن. جاء كريم للشبكة قصد المساعدة النفسية بصحبة والدته، ظهر لنا أن كريم يعاني من الاعتداء الجنسي تقول الأم: طفولة ابنها كانت جيدة، تربي وسط والديه وإخوته ولا ينقصه شيء، أسلوب حياته كان عادي نشأ في أسرة يسودها التفاهم والاحترام بين أفرادها، وحسب تصريحات الأم فابنها كان يتعرض للاعتداء الجنسي منذ فترة طويلة لما كان في عمره 4 سنوات، وحسب تصريحات الطفل في البداية خاف كثيرا، ولم يرغب في الحديث، حيث كان خجولا جدا أثناء التصريح حتى أنه لم يستطع النظر إلى وجه المختصة لشدة حيائه بما حدث له، يقول: "كان يديني لاتييراس، يقول لي أرواح معايا يدير لي هكا

(يضع يده على فمه) أي أن المعتدي كان يغلق فمه، " ينحي لي سروالي ويبدأ يتوشيني من اللور، دار لي حاجة ماشي مليحة"

صرح لنا المفحوص أنه لم يشاهده أحد، وكشف لنا أن المعتدي كان يعتدي على زملائه كذلك في المدرسة، كان يستخدم القوة والتهديد كي يصل إلى رغباته.

كريم يحس بالكره والحقد نحو الشخص الذي اعتدى عليه، ولا يريد خروجه من السجن ويتمنى أن يدفع ثمن الجرائم التي ارتكبها في حق الأطفال، هو يتذكر الأحداث التي عاشها معه.

بقي كريم في الصمت، ذات يوم أخبر خالته بما يحدث معه، فقالت لأمه التي فقدت صوابها

لسماعها الخبر، عرضت ابنها للطبيب الشرعي وقدمت شكوى في حق الطفل.

حدثتنا الحالة عن بداية العنف الذي بدأ فجأة في البيت، حيث كان يطلب منه المجيء إليه بحجة

أنه يرغب في اللعب معه ويحكي له قصص ليليه، المعتدي كان يساعد والده في البناء مهنته مقول.

من بين الأضرار التي لحقت به جراء الاعتداء عليه هو الخوف الليلي والقلق، كما أن سلوكه

تغير حيث أصبح يحب الوحدة، لديه صعوبة في التعبير عن الأشياء التي يريدها ويرغب فيها، كما

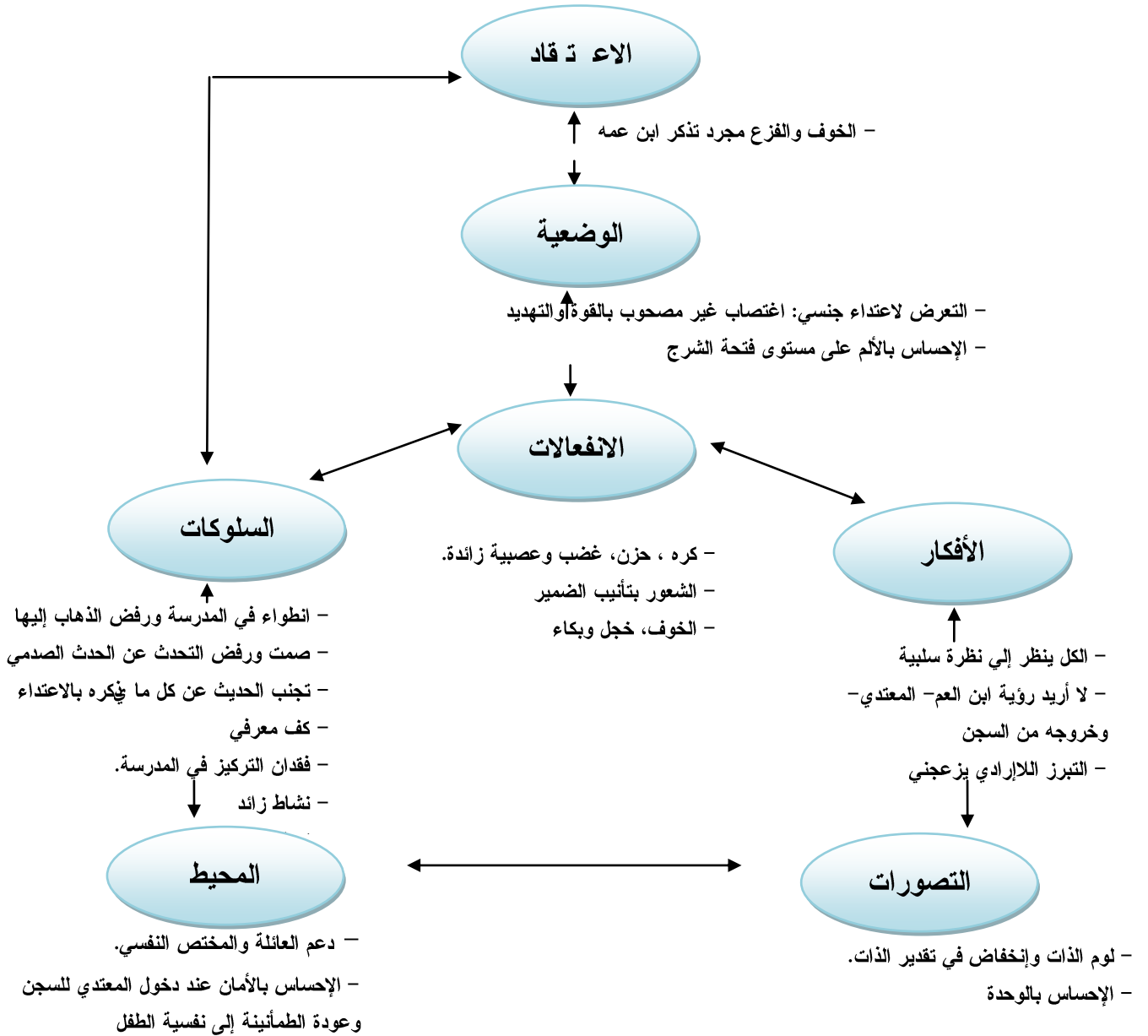
تغيرت عاداته من حيث النوم فهو ينقطع عليه النوم، ويعاني من اضطراب الإخراج "التبرز اللاإرادي"، الشعور بالذنب وعدم التركيز، الكف الفكري.

كريم لم يفكر و لو ليوم أن يخبر والدته بالأمر ، لاحظت تصرفات ابنها المتغيرة، حكمت لأختها فأخذت كريم وأرغمته الخالة أن يحكي لها سبب تلك الخدوش في مؤخرته، قال لها أن ابن عمه اعتاد على ملامسته في تلك المنطقة، خالته أخبرت أمه حيث اشتكت ضد المعتدي بعد أن تم عرضه للطبيب الشرعي الذي كشف عن وجود الاعتداء أكثر من أربعة سنوات أي أنه متكرر نظرا للتغفلات التي كشف عنها الطبيب الشرعي، حاليا المعتدي في السجن وعائلته ترغب في إخراجه بكفالة.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة 336

تميزت المقابلات التشخيصية الأولى بتطبيق تقنيات و مقاييس نفسية تهدف إلى الوقوف على تشخيص الاضطراب الذي يعانيه كريم حيث تم في هذه المقابلات:

1. بناء علاقة وطيدة أساسها التفاهم و الثقة مع كريم.
 2. الحصول على معلومات شخصية، أسرية و اجتماعية تتعلق بكريم من خلال تطبيق المقابلة نصف الموجهة.
 3. استخدام التحليل الوظيفي للوقوف على العوامل التي تعمل على تطوير و استمرار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى كريم
 4. استخدام تقنية الملاحظة المباشرة للتعرف على مستوى النشاط الجسمي و الحركي و السلوك التعبيري، تحركاته سريعة جدا، نظراته حزينة وعصبي المزاج و كان يتمم بكلمات غير مفهومة.
 5. استخدام شبكة سيكا SECCA للوقوف على أفكار و انفعالات و سلوكيات كريم الحالية .
- و الشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة:



شكل رقم (50) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة التاسعة

5. تطبيق المقاييس النفسية المتمثلة في: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات، كانت النتائج كالتالي (55)، (25)، (24) و هذا للوقوف على الخطوط القاعدية لدرجة الضغط ما بعد الصدمة، الاكتئاب، تقدير الذات قبل بداية العلاج.

3- المقابلات العلاجية:

بدأنا المقابلة بحوار مع كريم، و سألنا له عن حالته و الصعوبات التي يتعرض إليها في المدرسة كقولنا مثلاً: "أهلاً و سهلاً... هل سبق لك أن تعرضت لوضعيات صعبة في مدرستك؟" تعلق يرنو تزحف مليح "بمعنى: "أقلق كثيراً و أغضب بسرعة" يظهر خوف كبير، يحس بالتهديد و الخطر لإحساسه بغياب الأمان، و أول خطوة علاجية بدأتها الباحثة مع "كريم" هو ممارسة التنفس العميق بداية كل جلسة و محاولة التخفيف عن وضعيته بإعطائه رسومات و ألعاب.

كشف لنا المفحوص على وجود سلوك التجنب لكل ما حصل له من أحداث فـه و لا يتحدث عن علاقته بالمعتدي، إذ يحاول بكل ما يستطيع أن لا يفكر في الماضي، فالكثير من الصور و الذكريات مسجلة في ذاكرته.

تعاني الحالة من الأرق، لكن مع بداية الحصة العلاجية الثالثة، التي تتمحور حول تعديل الأفكار السلبية و حل محلها الأفكار العقلانية و التدريب على المراقبة الذاتية تمكن من النوم ذلك الأسبوع دون مضايقات، وما دعمه أكثر هي الحصة العلاجية السادسة أين تم فيها تقديم شرح نظري و تطبيقي على كيفية الرفع من تقدير ذاته، هذا الأخير يعد المكون الرئيسي و المفتاح الأساسي للخروج من الضغط الذي يعاني منه، كما تم تقديم شرح لكيفية نشوء اضطرابه و الأعراض المرضية التي تم استخراجها من خلال شبكة سيكا، و قبل ختام هذه الجلسة، تم إعادة تطبيق المقاييس المطبقة في العلاج و هي: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات حيث أسفرت النتائج على وجود تحسن ظاهر و ملحوظ في الدرجات و هي (48)، (23)، (29) درجة على التوالي.

واصلنا تنفيذ البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي لمدة 13 حصة علاجية استندت على إعادة البناء المعرفي من خلال تغيير الأفكار السلبية بأفكار إيجابية، كما قمنا بتدريب كريم على بعض التقنيات السلوكية كالاسترخاء، لعب الدور، المهارات الاجتماعية و النمذجة، و ما يميز الحصة العلاجية الحادي عشرة أن كريم اكتسب فنيات التعامل مع الغير و أصبح يتفاعل مع الجميع و تخطى عن وحدته وعدوانيته نظراً لإحساسه بالحنان و الدفء و هو مع أعضاء شبكة الجزائرية ندى، حيث أصبح يتبنى أفكار إيجابية و لم يعد يهجم نفسه.

كشفت نتائج الملاحظة المباشرة، تحسناً إيجابياً في المظهر الخارجي إذ أصبح يهتم بمظهره و سلوكياته الخارجية.

4- استراتيجيات التقويم والمتابعة:

4-1- إستراتيجية التقويم:

في هذه الجلسة تم مواصلة البرنامج المعرفي السلوكي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقويم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصص التشخيصية الثلاثة، حيث توصلنا إلى النتائج التالية:

- سجل " كريم " على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (36) درجة
 - سجل " كريم " على مقياس الاكتئاب (18) درجة
 - سجل " كريم " على مقياس تقدير الذات (38) درجة
- بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن " كريم " تحسنت كثيرا حالته سواء في درجة الضغط الذي كان يعاني منه، بالإضافة إلى القضاء على أعراض الاكتئاب المرضية، كما أن نسبة تقدير الذات عنده ارتفعت.

فيما يخص نتائج شبكة سیکا SECCA فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن واضح في سلوك و أفكار و انفعالات " كريم " التي انعكست على مزاجه.

4-2- إستراتيجية المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند كريم ، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس الوسائل و التقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا غياب علامات و آثار الندم والحسرة عليه، الشيء الذي انعكس على مزاجه وانفعالاته وأفكاره وسلوكه حيث تخلص عن عزلته بزملائه وبالأخرين كما أن مستواه الدراسي تحسن وهذا بفضل دعم العائلة له خاصة والديه اللذان يحبانه ويشجعانه دائما.

و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في البحث أثناء المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة (32)، (31) درجة
- مقياس الاكتئاب (15)، (15) درجة
- مقياس تقدير الذات (42)، (43) درجة. بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت مقارنة بالخطوط القاعدية.

5- مدى تحقق فرضيات البحث: نلخصها فيما يلي:

جدول رقم (29) نتائج الاختبارات النفسية للحالة التاسعة (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

الفترات والبرنامج العلاجي	المتابعة الأولى:	المتابعة الثانية:
– قبل العلاج تم الوقوف ورسم الخطوط القاعدية في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى. – تم استخدام التحليل الوظيفي : شبكة سيكا SECCA	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : – التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية –تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلاني لبيك. –العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. –تعديل الحوار الداخلي ميكنبوم –التدريب على رفع تقدير الذات. – التدريب على حل المشكلة –في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: –التدريب على المهارات الاجتماعية. – تقنية سرد القصص ولعب الدور – التدريب على النمذجة – التحصين التدريجي
مقياس الضغط ما بعد الصدمة	55	48
مقياس بيرلسون للاكتئاب	25	23
مقياس تقدير الذات كوبر سميث	24	29
	32	36
	15	18
	42	38
	31	43

يبين الجدول رقم (30) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه كريم ، و التي قدرت ب (55) درجة، و هو ضغط متوسط ، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	16	29,09
أعراض التجنب	21	38,18
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	18	32,72
المجموع	55	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير التجنب أكثر ظهوراً عند الحالة التاسعة كريم بنسبة 38,18 % تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة 32,72 % ثم تليها أعراض التأثير على الذاكرة بنسبة 29,09 %.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " كريم " فقد سجل (25) درجة على المقياس ، و هو اضطراب متوسط تتميز أعراضه بالحزن والشعور بالتهديد، قلق أثناء النوم وعصبية زائدة، بالإضافة إلى تشوه أفكاره التي تتميز بالاستنتاج التعسفي.

بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيست بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (24) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات منخفض جداً عند " كريم " ، كونه يشعر بنقص في اعتبار الذات بسبب نقص الثقة بالنفس، الذي يرجع إلى ما تعرض إليه من اعتداءات من قبل ابن العم الذي كان يعتقد أنه يحبه.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبنيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيراً واضحاً في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي لـ " كريم "، حيث أصبح يقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار إيجابية أعطته ثقة كبيرة في النفس و مفهوم إيجابي للذات.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (48)، (23)، (29) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد مرضية حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " كريم " ليصل إلى (36) درجة بعدما كان (55) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (18) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (32)، (15) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (31)، (15) درجات و هو ضغط خفيف ، كما أن أعراض الاكتئاب تم القضاء منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " كريم " لذاته، و تقيمه للأحداث المحيطة به، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (38) درجة و تعتبر مؤشر لتقدير ذات قريب من المتوسط، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، حيث قدرت ب (42) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى أي 6 أشهر من انتهاء العلاج لتصل إلى (43) درجة و هي مؤشر متوسط لتقدير الذات.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة) عند الطفل.

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

- 1 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3 يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات وسلوكيات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى " كريم " يمكن القول : أن أفكار و اعتقادات " كريم " تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات ومشاعر الدونية لديه ، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، تأنيب الضمير... كذلك تم القضاء على اضطرابات النوم لدى " كريم ".

✓ أفكار " كريم " قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و بالاستنتاج التعسفي. "هو طرف فعال فيما حصل له " وأصبح بعد العلاج تخلص عن فكرة أنه مذنب فيما حصل معه الشيء الذي منحه ثقة أكثر في النفس، كما أصبحت أفكاره تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و يُهل في مستقبل أحسن، بفضل تخليه عن أفكاره الغير منطقية.

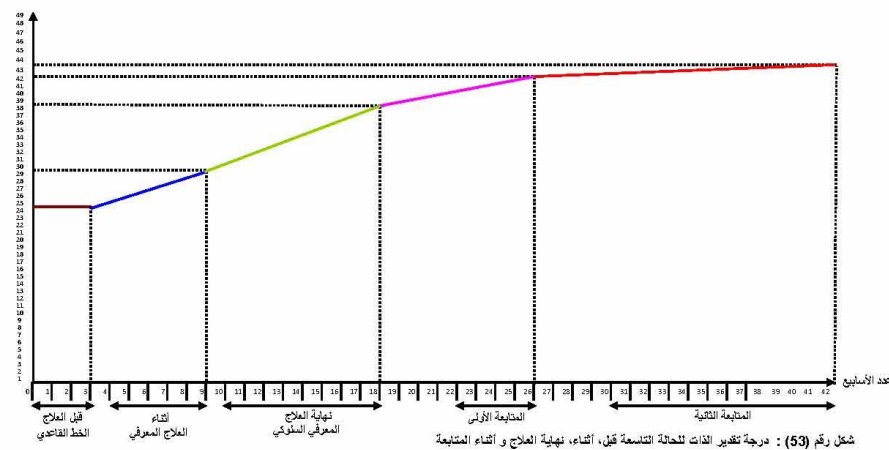
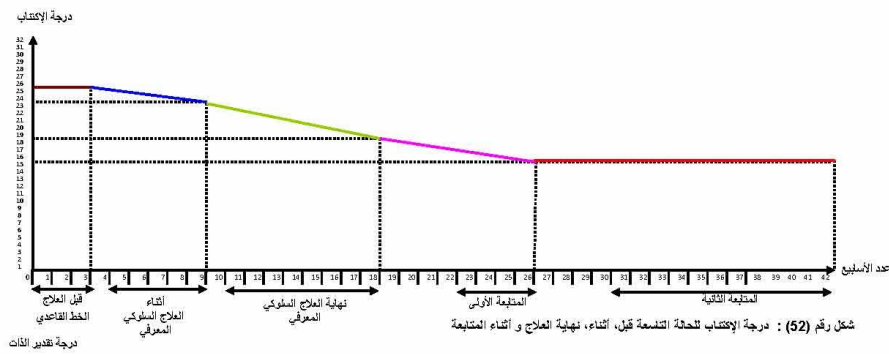
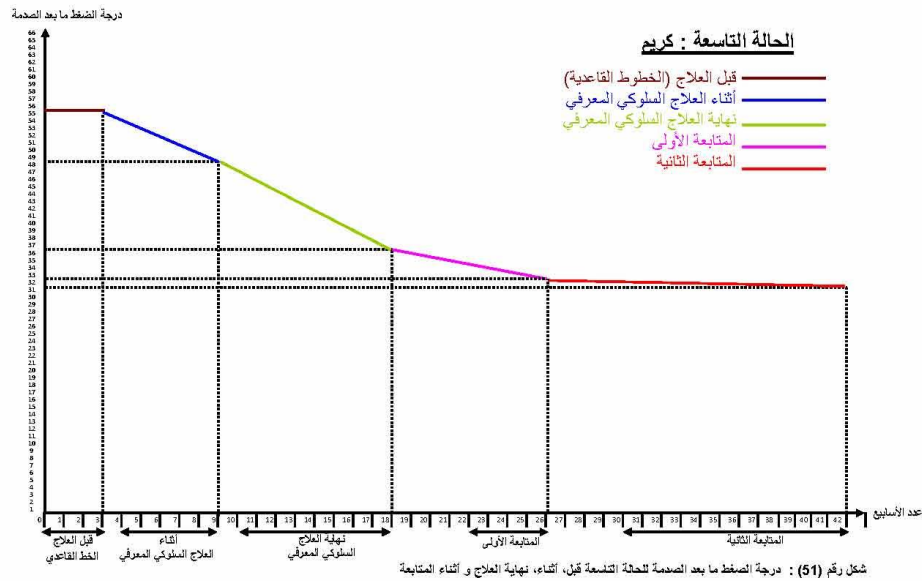
✓ انفعالات " كريم " قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك ابن العم والحقده عليه وكرهه، قلق تقلب المزاج، بعد العلاج أصبح مرتاح البال بفضل تعديل أفكاره السلبية، كما تخلص عن خوفه من المعتدي الذي كان يظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجه المتقلب تحسن، و الضغط الذي كان يعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكيات " كريم " كان يتميز قبل العلاج بالصمت، الخضوع لسيطرة المعتدي، الوحدة والابتعاد عن الأشخاص، النشاط الزائد والعصبية المفرطة، بعد العلاج تعدلت سلوكياته للأحسن من جهة علاقته بالزملاء في المدرسة وبالمحيطين به كما تخلص عن السلوك العدواني، فيما يخص دراسته فقد كانت سيئة، بعد العلاج والمتابعة النفسية والعائلية والمدرسية للحالة تحصل على علامات جد مرضية معدله 8 بعد أن كان 4 وهو طفل يحب دراسته كثيرا بعد أن شعر بالأمان من قبل المحيطين به والذين دعموه معنويا.

بالرغم من ذلك فالحالة تحتاج إلى تكفل نفسي على طول مراحل نموه المختلفة حتى سن الرشد نظرا لأثر الصدمة العميق في نفسيته، فالطفل قد يظهر تحسن مع الوقت قد يتراجع وتضطرب نفسيته.

بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (51) ص 343.

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " كريم " حيث سجل المقياس الدرجة (55) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (48) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (36) ، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (32)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (31) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوص.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (52) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (25) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي عاني منه " كريم"، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (23) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (18) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهر ين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (15) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (15) التي تدل على انخفاض درجة الاكتئاب عند " كريم ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (53) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (24) لتقدير الذات كخط قاعدي، و هي مؤشر متوسط في تقدير الذات عند " كريم "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (29) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى " كريم " لتصبح (38) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (42) درجة لتزداد

في الارتفاع لتصل (43) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " كريم " أصبح يتمتع بثقة في النفس وبتقدير الذات متوسط.

الحالة العاشرة: « مراد »

1 عرض المعطيات العامة (سوابق الاعتداء الجنسي) :

مراد طفل عمره 09 سنوات، تعرض للاعتداء الجنسي من قبل والده البالغ من العمر 42 سنة، أمه 35 سنة، مستواه الدراسي الرابعة ابتدائي، لديه أخت تبلغ من العمر 05 سنوات وأخرى صغرى تبلغ من العمر 7 أشهر، أبوه يعمل كل ما يتعلق بالميكانيك يصلح الأجهزة القديمة ويعيد بيعها، الحالة أتت إلى الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل للاستشارة النفسية برفقة أخته وأمّه المطلقة لكون أنه يهاني من آثار العنف والاعتداء الذي تعرض إليه من قبل والده.

يظهر أن والد مراد شخص لديه سوابق مرضية فحسب أقوال زوجته هو يضع سكين تحت وسادته كل ليلة، كما أنه يتناول أدوية عبارة عن أقراص + des goutes أعطيت له في مصلحة الطب العقلي بالبلدية.

أصيبت الحالة بخوف شديد وهلع نتيجة تصرفات والدهم تجاه أفراد عائلته بالأخص مراد، الذي كانت طفولته جد قاسية، حياته كانت مليئة بالرعب والخوف نتيجة أفعال وسلوكات والده تجاه أفراد عائلته، كان يتعرض للضرب والتهديد والعنف الاقتصادي حيث لا يلبي لأبنائه لقمة العيش التي حرموا منها، وفوق ذلك يصرخ عليهم و مراد كان الضحية الأولى لاعتداء الجنسي الممارس عليه من قبل والده الذي كان من المفروض أن يكون السند الأول لأبنائه ومنبع الأمان والرعاية التي فقدها أبنائه.

صرحت لنا الحالة أن العنف كان يسيطر ويخيم على منزلهم فأبوه وضع حاجزا ليعزل فيه عائلته عن أنظار المجتمع ليتصرف فيهم كما يشاء يقول المخصوص: "الدار سدها حتى واحد ما يشوفناش"، صرح لنا مراد أن والده كان يهدد أمه بالسكين دائما يقول: "بابا كان يرمي عليها الموس، حنا نخبو أختنا الصغيرة تحت البنك بمعنى السرير " هذا كي لا ترى وحشية أبوها، كما أنهم كانوا يخفون أختهم الصغرى في الليل من أعين والدهم.

ذات مرة تعرض مراد للضرب الخطير بدون سبب، طلبنا منه أن يحدثنا عن ماذا كان يقوم به أبوه قال: "ضربني، جا ضربني، قال شكون كسر الباب جات ماما كانت في الزنقا، أنا مكسرتهاش، بابا هو ألي كسرها، دخل للدار بدا يكسر فيها، مبعدا جات ماما شافتو رفد البالي، كنا نلعبو بهذيك التوموبيل الي شراها لنا، جات ماما قالت لو تضربو؟ أمبعد ضربني لهننا ويشير إلى عينه اليمنى،

ماما بدات تتسلك، ضربني تم بدا الدم يشرشر، كان يسبح فيّ الدم، ختي كانت قدامي، ماما أداتني للطبيب، ماما تحبني"

صرحت لنا والدة المفحوص بسلوكات زوجها المخلة للحياء تجاه أبنائها تذكر لنا أنه ذات يوم أتى ابنها إليها مهرولا ومفزوعا من سلوك أبيه قال لأمه وهو يتأتى من شدة الخوف: "ماما ماما أرواحي تشوفي بابا واش راهو يدير، ايه واش شفت باباك يدير، نحا سروله، جاب CD تاع لخماج" تضيف الأم: "هربو للكوزينة، جابوا اختهم معاهم، لما ذهبت الأم لتتأكد من الحادثة واجهها الزوج قائلا: "بالاكي واحد مايدنى لي ثم خنقها" حسب تصريحات أم مراد.

ولقد أكد لنا المفحوص انه كان يقول لأبيه: "بابا روح شري لي قاتو، تشري لي لحبز، روح تشري لي ياغوت، هو مايشريش" سألناه شكون يمد لكم الماكلا أجاب: "ماما ، من مين تجيب الدراهم؟ شكون يمدها؟ قال معندهاش متخدمش" كانت الأم هي من تلبي لقمة العيش لأبنائها من حق النفقة وبعض الأموال التي تعطيها أمها وتصرفها على أولادها.

تصرح أم مراد بسلوكات زوجها المخلة للحياء تقول: "كي يروح إلى اللادوش، يروح كيما خلفاتو يماه، قدام الدراري قلت لولادي عيب عمو عينيكم، أجابها الزوج: "دار لخماج متدخليش روحك"، ذات يوم ضربها بوحشية على يدها تقول : "ضربني بالموس تاع شاقور " ذهبت للطبيب وأعطى لها شهادة توقف عن العمل لمدة 10 أيام، تضيف أن ابنها تعرض للضرب في شهر رمضان "ضربو في رمضان" أظهرت لنا شهادة الطبية التي أصدرتها لفائدة الطفل ولفائدة طلاقها من زوجها المختل عقليا، تقول لنا "ضربو بالبالي نقزت عليه باش نحاميه، جا يجري، صوتيت عليه باش ماتجيش الضربة، جات عليه وزاد ضربني على ظهري"

من بين الأضرار التي تعاني منها الحالة جراء الاعتداء الجسدي والجنسي الممارس ضده، أنه يشعر بالنقص، الخوف، آثار التشوه الجسدي التي تظهر على عينه ، حزن و قلق، الحالة تحس بالضياح، الضغط، كون أنه لا يشعر بالأمان والراحة حتى أن دراسته تأثرت كثيرا.

يكشف لنا مراد عن حالته النفسية، يقول أن الأحداث التي عاشها يتذكرها دائما و تجعله يحس أنه غريب عن هذه الحياة ، يحاول تجنبها لأنها سببت له الألم و التعاسة و الضغوط ، يقول أنه يفزع مجرد إحساسه بالخطر، الشيء الذي يشعرها بالنقص و بالضياح.

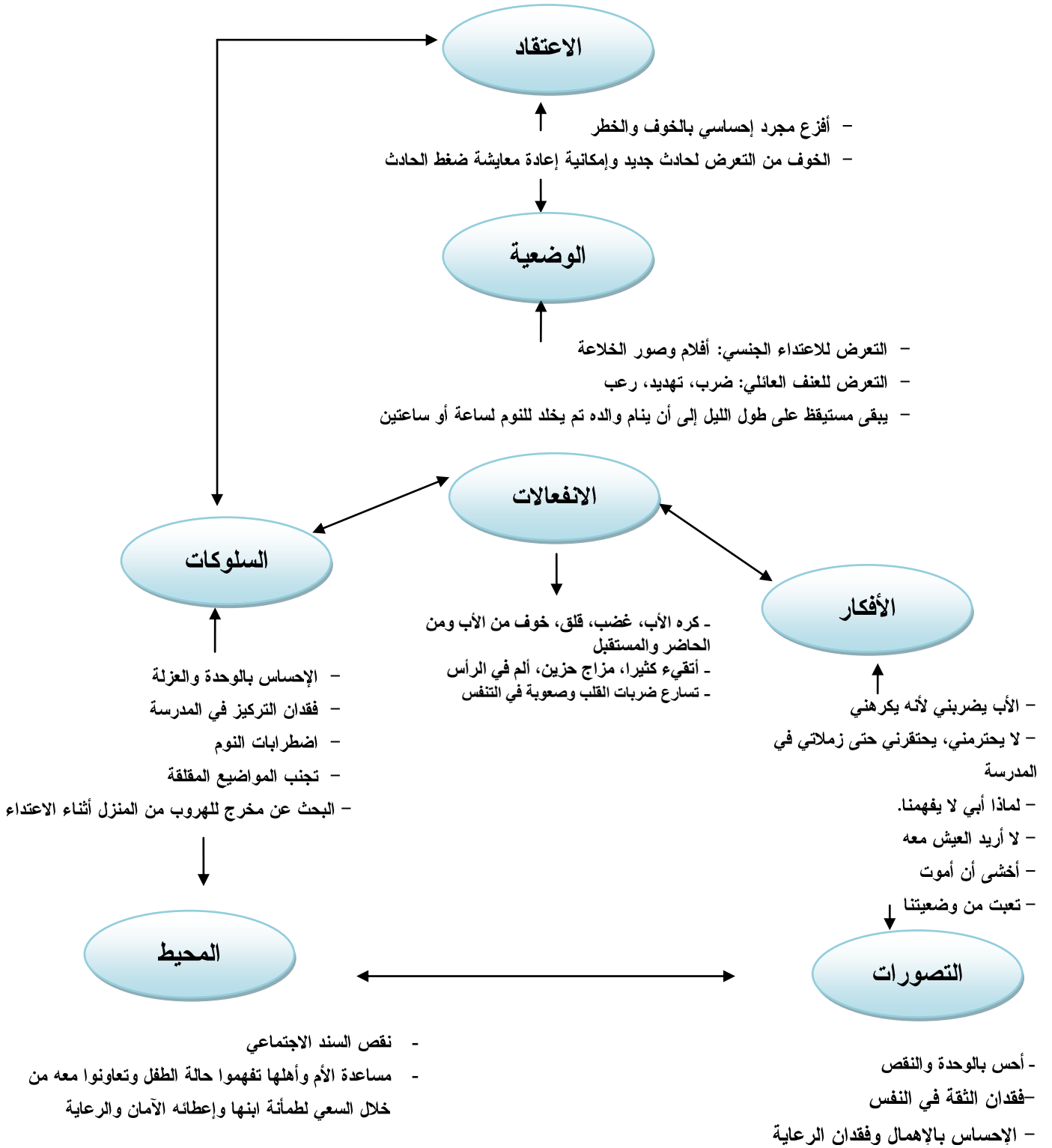
فيما يتعلق بدراسته، هو يَتمنى أن ينجح ليساعد أمه ويحلمي أخته و أمه، هو لا يحب مخالطة زملائه لأنه يشعر أنه مختلف عنهم، كما أنه تنقصه أدوات مدرسية لا يتحصل عليها بسهولة.

2 - المقابلات التشخيصية (رسم الخط القاعدي): أنظر صفحة 348

خلال المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، استخدمنا التقنيات والمقاييس النفسية المطبقة على جميع الحالات المدروسة والتي تهدف إلى الوقوف على تشخيص اضطراب المفحوص.

بداية تم إنشاء علاقة ودية مع مراد أساسها الصراحة و الثقة و التفاهم المتبادل بيننا، هذا من خلال طمأنته عن حالته كما تم جمع أهم المعلومات المتعلقة بمراد عن حياته من خلال تطبيقنا للمقابلة نصف الموجهة، تم كذلك استخدام التحليل الوظيفي للوقوف على العوامل التي تعمل على دوام و تطوير الضغط ما بعد الصدمة لدى مراد.

خلال هذه الجلسات استخدمنا نموذج سيكا لاستخراج أفكار و انفعالات و سلوك مراد، كما تم استخدام الملاحظة المباشرة أثناء المقابلات الثلاثة الأولى للوقوف على الخطوط القاعدية لدى مراد و استغلال النتائج لتقارن بنتائج نهاية العلاج و أثناء المتابعة. والشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة:



شكل رقم (54) شبكة سيكا La grille SECCA للحالة العاشرة

في هذه المقابلات تم تطبيق المقاييس النفسية الثلاثة المستخدمة في البحث و هي كالتالي:
مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات حيث قدرت النتائج على هذه المقاييس ب (63)، (24)، (12) على التوالي.

3- المقابلات العلاجية:

- بلغ عدد المقابلات العلاجية 13 حصص نوجزها فيما يلي وقد تركزت على:
- تدريب الحالة على التنفس العميق كتمهيد لارتخاء عضلات جسمه والتحدث بكل راحة وهدوء.
 - تعزيز العلاقة بمراد من خلال سماعه والسعي لكسب ثقته.
 - التحليل العقلاني لأفكاره السلبية، و الحث على ضرورة المراقبة الذاتية لأفكاره.
 - تدريبه على الواجبات المنزلية وعلى أسلوب حل المشكلة.
 - العمل على رفع تقدير الذات لدى مراد حيث كان يحتقر نفسه كونه ينتمي لعائلة فقيرة وأهل القرية يعرفون وضعيته المزرية ويحسب إلى نفسه الفشل إلى نفسه.
 - تدريبه على تقنية الاسترخاء حيث أظهر استقبالا كبيرا في ممارستها.
 - تدريبه على المهارات الاجتماعية ولعب الدور والنمذجة وفيها أظهر تحسنا واضحا في السلوك والأفكار والانفعالات الشيء الذي انعكس على تفاعله الاجتماعي مع الآخرين حيث أصبح يتفاعل بالمستقبل.

4- استراتيجيات التقييم والمتابعة:

4-1- استراتيجيات التقييم:

في هذه الجلسة تم مواصلة البرنامج المعرفي السلوكي الذي طبقناه إلى نهايته أين أعدنا تطبيق إستراتيجية التقييم التي استخدمناها في منهجية البحث حيث استخدمنا كل المقاييس النفسية التي استعملناها أثناء الحصة التشخيصية الثلاثة، حيث توصلنا إلى النتائج التالية:

- سجل " مراد " على مقياس الضغط ما بعد الصدمة (48) درجة
- سجل " مراد " على مقياس الاكتئاب (18) درجة
- سجل " مراد " على مقياس تقدير الذات (27) درجة

بناء على هذه النتائج، يمكن القول أن " مراد " تحسن كثيرا حالته سواء في درجة الضغط الذي كان يعاني منه، بالإضافة إلى التخفيف من أعراض الاكتئاب المرضية، كما أن نسبة تقدير الذات عنده ارتفعت تدريجيا مقارنة بالخط القاعدي.

فيما يخص نتائج شبكة سیکا SECCA فإن النتائج أسفرت على وجود تحسن واضح في سلوك و أفكار و انفعالات "مراد" التي انعكست على مزاجه.

4-2- إستراتيجية المتابعة:

للتأكد من استمرار هذه الحالة عند مراد، عمدنا إلى إجراء المتابعة الأولى و الثانية بنفس

الوسائل

و التقنيات المستخدمة في التشخيص و العلاج فتوصلنا إلى هذه النتائج:

فيما يخص الملاحظة المباشرة، فقد لاحظنا غياب علامات و آثار الندم والحسرة عليه، الشيء الذي انعكس على مزاجه وانفعالاته وأفكاره و سلوكه حيث تخطى عن عزلته بزملائه وبالأخرين كما أن مستواه الدراسي تحسن وهذا بفضل دعم العائلة له خاصة أمه التي تحبه وتشجعه دائما.

و على مستوى المقاييس النفسية المطبقة في البحث أثناء المتابعة الأولى و الثانية هي على التوالي:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة (37)، (35) درجة

- مقياس الاكتئاب (16)، (16) درجة

- مقياس تقدير الذات (32)، (35) درجة

بناء على هذه النتائج، فإن الحالة تحسنت كثيرا مقارنة بالخطوط القاعدية وما نريد الإشارة إليه

أن المفحوص كان طرف فعال جدا في العملية العلاجية حيث كان متعاوننا جدا منذ بداية البرنامج إلى نهايته، في الأخير انتهى بإعطاء نتائج جد مقبولة لكلا الطرفين تبقى درجة تقدير الذات لديه منخفضة مع العلم أنه لا تظهر عليه آثار النقص التي اعتاد الظهور بها أثناء الجلسات الأولى.

5- مدى تحقق فرضيات البحث:

نلخصها فيما يلي:

جدول رقم (31) نتائج الاختبارات النفسية للحالة العاشرة (قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج وأثناء المتابعة)

الفترات والبرامج العلاجية	المتابعة الأولى:	المتابعة الثانية:
– قبل العلاج تم الوقوف ورسم الخطوط القاعدية في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى. – تم استخدام التحليل الوظيفي : شبكة سیکا SECCA	أثناء العلاج السلوكي المعرفي المتمثل في : – التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية –تقنية التغير المعرفي عن طريق التحليل العقلاني لبيك. –العلاج المنطقي الانفعالي لألبرت إليس. –تعديل الحوار الداخلي ميكنبوم –التدريب على رفع تقدير الذات. – التدريب على حل المشكلة –في نهاية الحصة العلاجية السادسة تم إعادة تطبيق كل المقاييس للمرة الأولى.	نهاية العلاج: بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التالية: –التدريب على المهارات الاجتماعية. – تقنية سرد القصص ولعب الدور – التدريب على النمذجة – التحصين التدريجي
مقياس الضغط ما بعد الصدمة	63	55
مقياس بيرلسون للاكتئاب	24	18
مقياس تقدير الذات كوبر سميث	12	27

يبين الجدول رقم (32) القياسات الأولية أو الخطوط القاعدية أثناء المقابلات التشخيصية الثلاث الأولى، حيث يبين درجة الضغط ما بعد الصدمة الذي يعاني منه مراد ، و التي قدرت ب (63) درجة، و هو ضغط مرتفع، تتمثل أعراضه فيما يلي:

نوع الأعراض	درجة الضغط ما بعد الصدمة	النسبة المئوية
أعراض التأثير على الذاكرة	24	38,09
أعراض التجنب	17	26,98
أعراض التأثير على المعرفة والتفكير	22	34,92
المجموع	63	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعراض التأثير على الذاكرة أكثر ظهوراً عند الحالة العاشرة بنسبة 38,09 % تليها أعراض التأثير على المعرفة والتفكير بنسبة 34,92% ثم تليها أعراض التجنب بنسبة 26,98%.

فيما يخص درجة الاكتئاب عند " مراد " فقد سجل (24) درجة على المقياس ، و هو اضطراب متوسط تتميز أعراضه بالحزن والشعور بالوحدة النفسية، قلق أثناء النوم وفقدان اللذة في الحياة والملل، بالإضافة إلى تشوه أفكاره التي تتميز بالاستنتاج الخاطئ .

بالنسبة لدرجة تقدير الذات التي قيس بمقياس كوبر سميث، فقد قدرت ب (12) درجة و هو مؤشر لتقدير الذات منخفض جداً عند " مراد " ، كونه يشعر بنقص الثقة بالنفس، الذي يرجع إلى ما تعرض إليه من اعتداءات من قبل الأب الذي كان يعتقد انه يحبه.

وبعد إدخال البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي استند على تقنيات سلوكية: (الاسترخاء، المهارات الاجتماعية، سرد القصص ولعب الدور ، النمذجة، التحصين التدريجي) وتقنيات معرفية: (إعادة البناء المعرفي لبنيك، العلاج الانفعالي المنطقي لألبرت إليس والحوار الذاتي لميكنبوم، القيام بالواجبات المنزلية، حل المشكلة واللعب والرسم) الذي دام (13) حصة بمعدل حصة واحدة كل أسبوع لاحظنا تغيراً واضحاً في الجانب السلوكي والمعرفي والانفعالي لـ " مراد "، حيث أصبح يقيم الأحداث الخارجية و الداخلية بأفكار ايجابية أعطته ثقة نسبية في النفس و مفهوم ايجابي للذات مقبول مقارنة بالخط القاعدي.

ففي نهاية الحصة العلاجية السادسة، تم إعادة تطبيق المقاييس التي استخدمناها في البحث: مقياس الضغط ما بعد الصدمة، مقياس الاكتئاب ، مقياس تقدير الذات، أسفرت النتائج كالتالي على الترتيب: (55)، (21)، (18) درجة.

بالتالي أظهرت نتائج جد مرضية حيث تم تخفيض الأعراض المرضية الاكتئابية في نهاية العلاج، و تم التخفيف من درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى " مراد " ليصل إلى (48) درجة بعدما كان (63) درجة ليستمر الانخفاض كل من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب بعد شهرين حيث وصلت درجة الاكتئاب إلى (18) في نهاية العلاج، ليصل أثناء المتابعة الأولى إلى (37)، (16) درجات تم بعد مرور 4 أشهر من المتابعة الأولى إلى (35)، (16) درجات و هو ضغط خفيف ، كما أن أعراض الاكتئاب تم القضاء منها.

فيما يخص درجة تقدير الذات، فقد تحسنت نظرة " مراد " لذاته، و تقيمه للأحداث المحيطة به، حيث وصلت في نهاية العلاج إلى (27) درجة ، ثم واصلت في الزيادة بعد شهرين من العلاج، حيث قدرت ب (32) وتواصلت في الارتفاع إلى أن استقرت أثناء المتابعة الثانية بعد 4 أشهر من المتابعة الأولى لتصل إلى (35) درجة و هي مؤشر لتقدير منخفض.

بالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يتضمن تقنيات سلوكية و معرفية له فعالية ايجابية في التخفيض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة (أعراض التجنب، المعرفية، التأثير على الذاكرة) عند الطفل.

بالتالي تحققت الفرضيات الجزئية في البحث والتي مفادها:

1- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

2- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

3- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات لأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

استناد إلى التحليل الوظيفي الذي كشف على وجود اعتقادات، أفكار ،انفعالات وسلوكات سلبية لدى الحالة، وبالرجوع إلى شبكة سیکا **SECCA** لدى " مراد " يمكن القول: أن أفكار و اعتقادات " مراد "

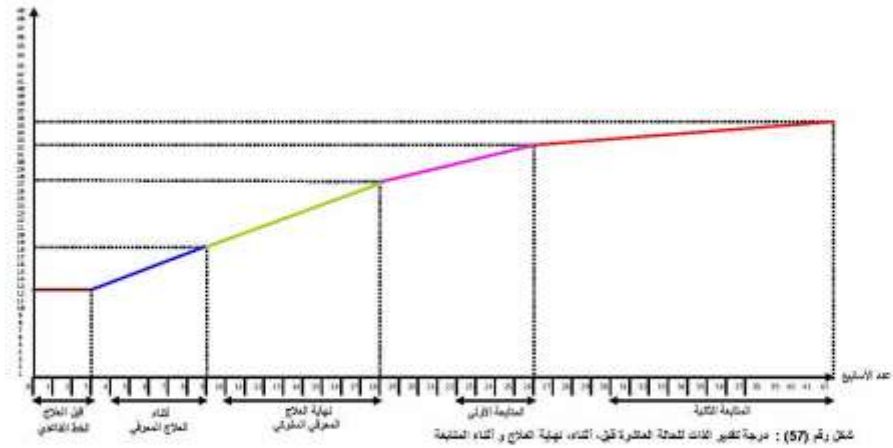
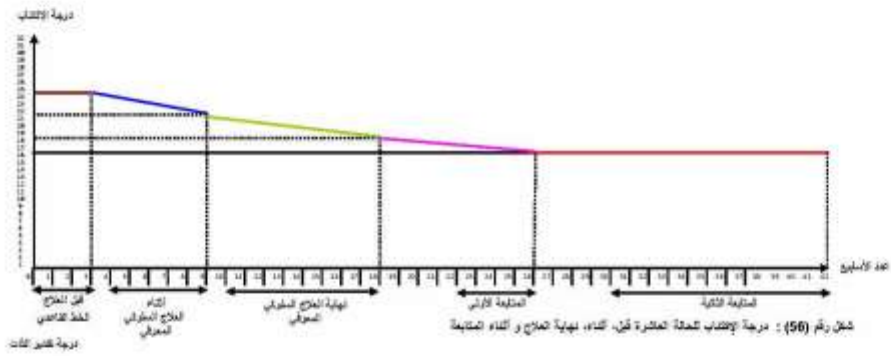
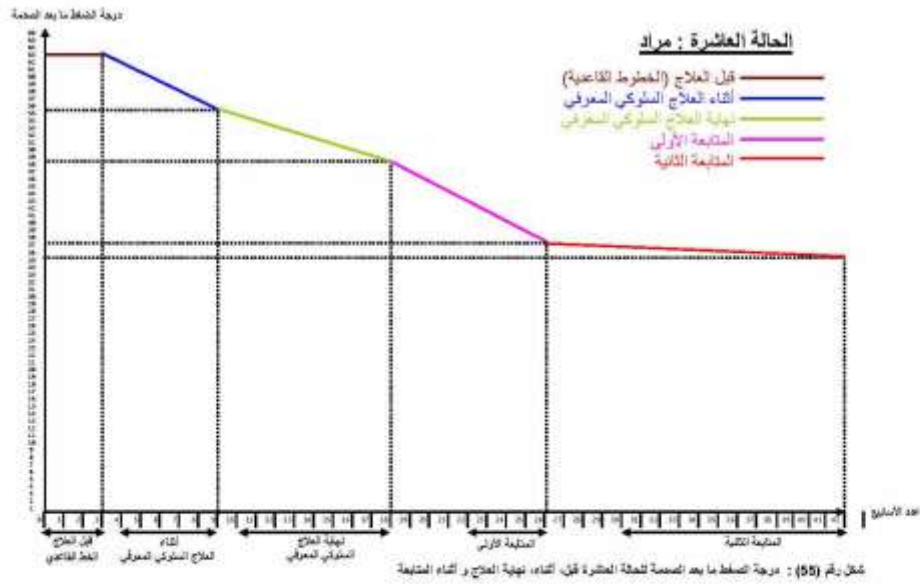
تغيرت من السلبية إلى الايجابية بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق في البحث حيث تم تخفيض معظم الأعراض المرضية التي توحى إلى وجود التجنب و الأحلام المزعجة، العزلة الاجتماعية، النظرة السلبية للذات ومشاعر الدونية لديه، كما تم التخفيف من الأعراض الانفعالية المرضية التي توحى إلى وجود الخوف، القلق، تأنيب الضمير... كذلك تم القضاء على اضطرابات النوم لدى " مراد " .

✓ أفكار " مراد " قبل العلاج كانت تتميز بالنظرة السلبية للذات و بالاستنتاج التعسفي أصبح بعد العلاج تخلص عن أفكاره السلبية، كما أصبحت أفكاره تتميز بنظرة إيجابية تجاه الذات و المحيط و يأمل في مستقبل أحسن، بفضل تخليه عن أفكاره الغير منطقية.

✓ انفعالات " مراد " قبل العلاج كانت تتميز بالخوف من سلوك الأب، قلق تقلب المزاج، بعد العلاج أصبح مرتاح البال بفضل تعديل أفكاره السلبية، فقد زال خوفه من الأب الذي كان يظهر عليه في المقابلات الأولى، كما أن مزاجه المتقلب تحسن، و الضغط الذي كان يعاني منه انخفض تدريجيا مع تقدم العملية العلاجية.

✓ سلوكات " مراد " كان يتميز قبل العلاج بالصمت، الخضوع لسيطرة الأب، الوحدة والابتعاد عن الأشخاص، بعد العلاج تعدلت سلوكاته للأحسن من جهة علاقته بالزملاء في المدرسة كما تخلص عن السلوك الانسحابي ، فقد تعدل و تخلص من وحدته، حيث أصبح يتفاعل بشكل إيجابي مع الآخرين وتخلص عن انطوائه خاصة في المدرسة كما أن معدله تحسن ليصل إلى 8,58 بالتالي تحققت الفرضية العامة التي مفادها:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.



التعليق 1: أنظر الشكل رقم (55) ص 355 .

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الضغط ما بعد الصدمة و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، لدى " مراد " حيث سجل المقياس الدرجة (63) كخط قاعدي قبل بداية العلاج في المقابلات التشخيصية الثلاثة الأولى، و هو مؤشر متوسط، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل الدرجة إلى (55) ثم تنخفض بعد إتمام البرنامج إلى (48)، و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (37)، درجة و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (35) بالتالي يمكن القول البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي تمكن من التخفيف من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى المفحوص.

التعليق 2: أنظر الشكل رقم (56) نفس الصفحة السابقة

من خلال الرسم البياني ظهر التناسب العكسي بين درجات الاكتئاب و مدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث سجل مقياس (24) درجة كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي يعاني منه " مراد "، و هو مؤشر متوسط للاكتئاب، لينخفض بعد إجراء 6 حصص علاجية ارتكزت تقنيات سلوكية معرفية، ليصل إلى الدرجة (21) ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق البرنامج ليصل (18) و يزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج السلوكي المعرفي ليصل إلى (16) درجات، و يستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة (16) التي تدل على زوال الاكتئاب عند " مراد ".

التعليق 3: أنظر الشكل رقم (57) نفس الصفحة السابقة

نلاحظ من خلال الرسم البياني تناسبا طرديا بين درجات تقدير الذات و مدى التقدم في تنفيذ البرنامج العلاجي المسطر، فقد سجل مقياس كوبر سميث الدرجة (12) لتقدير الذات كخط قاعدي، وهي مؤشر متوسط في تقدير الذات عند " مراد "، ترتفع هذه الدرجة بعد تطبيق 6 حصص علاجية ارتكزت على تقنيات سلوكية معرفية لتصل إلى (18) درجة و ترتفع عند نهاية العلاج بعد تطبيق حصة خصصت خصيصا للرفع من تقدير الذات لدى "مراد" لتصبح (27) درجة، و تواصل هذه الدرجة في الارتفاع حتى تصل خلال المتابعة الأولى بعد نهاية العلاج بشهرين إلى (32) درجة لتزداد في الارتفاع لتصل (35) درجة بعد نهاية العلاج 6 أشهر و هذا يدل على أن " مراد " أصبح يتمتع بثقة في النفس وبتقدير الذات قريب من المتوسط.

ثانيا: مناقشة النتائج والاستنتاج العام:

تناول هذا البحث مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل السلوك من خلال معالجة أعراض بعض الاضطرابات النفسية (الضغط ما بعد الصدمة، الاكتئاب، نقص تقدير الذات) لدى مجموعة من الأطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية بالشبكة الجزائرية ندى.

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها، يمكن القول أن البحث الحالي بين أن تعرض الأطفال للاعتداء ترك آثارا سلبية على مستوى شخصيتهم، بنيتهم النفسية مما أدى بهم إلى عدم التكيف مع المجتمع، ومع هذا يبقى التدخل المبكر أمر ضروري لتفادي أي اضطراب نفسي مفاجئ.

ظهر أن مجموعة البحث التي تعرضت إلى الاعتداء الجنسي يعانون الكثير من الاضطرابات النفسية و السلوكية منها على سبيل المثال: القلق، العدوانية والنشاط الزائد والتبول اللاإرادي، الضغط ما بعد الصدمة...، فكل الحالات المدروسة أظهروا أعراضا اكتئابية من حزن وخوف و سرعة التهيج وسهولة الاستثارة الانفعالية، بالإضافة إلى وجود أعراض أخرى تدل على عمق الصدمة التي تعرض لها الأطفال من فقدان للتركيز، وأعراض التجنب، وهذا ما يتفق مع الدراسات السابقة حيث توصلت دراسة **جنان أ. أسطا وآخرون (2006)** للبحث عن الوضع في لبنان، بهدف رصد عدد من ضحايا الاعتداءات الجنسية للطفل عند نهاية حرب تموز (2006) حيث شمل البحث قطاعات مختلفة في لبنان، ضم مسح مقطعي لأطفال تتراوح أعمارهم بين 7 سنوات-18، تمت مقابلة 1025 طفلا لملئ استمارة ضمن عملية مسح هدفت إلى جمع المعلومات حول تعرض الأطفال للاعتداءات الجنسية قبل الحرب، خلالها وبعدها، لوحظ ارتفاع في نسبة مشاكل النوم واضطراب ما بعد الصدمة وحالات القلق لدى الفتيات مقارنة بالفتيان.

(**جنان أ. أسطا، 2008، ص10**)

كل أطفال مجموعة البحث يعانون من فقدان الثقة بالنفس الذي هو متغير مهم في تكوين مفهوم الذات وتقدير الذات خاصة بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للاعتداء من قبل الأب الذي كان من المفروض أن يكون المصدر الأول للثقة أصبح المصدر الأول للخوف والرعب عند الطفل وهذا ما ظهر عند معظم الحالات المدروسة.

يتضح من نتائج البحث الحالي مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالتحسن الذي حدث على مجموعة البحث يرجع إلى فعالية وجدوى البرنامج

العلاجي المستخدم في البحث، حيث استهدف البرنامج العلاجي الجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي للطفل.

فيما يخص الفرضية الأولى التي وضعناها في تصميم هذا البحث، فقد أظهرت أن البرنامج العلاجي المطبق في البحث له فعالية ايجابية في تعديل سلوك الطفل ضحية الاعتداء الجنسي، حيث كشفت نتائج المقابلات العلاجية والتقويمية والمتابعة على وجود تحسن ملحوظ في سلوك هؤلاء الأطفال بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي لصالح القياس البعدي، هذا التحسن يرجع إلى انتظام مجموعة البحث في جلسات العلاج، وكذلك من حيث جودة وتنوع الفنيات المستخدمة في البرنامج والإقبال الشديد عليها من قبل بعض الحالات، ولا ننسى الدور الفعال الذي لعبته تقنية الواجبات المنزلية في تعديل سلوك هؤلاء الأطفال، منه فالفرضية الأولى تحققت بدليل اختفاء أغلب الأعراض المرضية وهذا بفضل البرنامج العلاجي المطبق في البحث، وتدخل العائلة المستمر ودعمها الكبير والمتواصل للضحية.

فيما يخص الفرضية الثانية والثالثة التي مفادها إنه يمكن للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي أن يخفض من درجة الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب عند الطفل ضحية الاعتداء الجنسي تحققت أيضاً، فقد لاحظنا أنه بعد إدخال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يتناول الإنسان من الناحية المعرفية والسلوكية إذ يهتم بالعوامل البيئية (المحيطة) والمعرفية للفرد والقيام بعملية التقييم، ظهر تحسناً كبيراً في إحداث تغيير على درجة هذه الاضطرابات النفسية، وهذا يتفق مع نتائج دراسة مارش (March 1998) التي أظهرت فعالية بعض المهارات المعرفية والسلوكية في خفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة، من جهة أخرى فقد كشف لنا التحليل الوظيفي على نمط الأفكار السائد لدى أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي ويتمثل في وجود اعتقادات، أفكار، انفعالات، سلوكيات، تصورات سلبية عندهم بسبب الاعتداء الجنسي الممارس ضدهم على سبيل المثال:

✓ أفكار مجموعة البحث تتميز بوجود تشوهات فكرية وهي أفكار لا منطقية تتميز بالاستنتاج التعسفي عند معظم الحالات بالإضافة إلى التعميم الذي ظهر عند الحالة الخامسة والرابعة "مجيد وخديجة"، التضخيم الذي ظهر عند الحالة السابعة "إياد"، فكل الحالات يؤكدون على وجود أفكار وتصورات سلبية تجاه ذواتهم من فشل ونقص اعتبار الذات الذي يعتبر جوهر الشخصية عند الإنسان.

✓ انفعالات مجموعة البحث تتميز بالخوف من المعتدي، القلق، الحزن والكآبة، تأنيب الضمير عند كل من الحالات (الثانية، الثالثة، الرابعة، السادسة والتاسعة)، الغضب، الكره والحقد، مشاعر العجز (الحالة السادسة والسابعة "زكريا وإياد") والشعور بالألم.

✓ سلوكات مجموعة البحث تميز بالخضوع والاستسلام للواقع، التجنب الذي ظهر عند كل الحالات، التبول اللاإرادي الذي ظهر عند كل من الحالة الثانية "وليد"، الثالثة "عمران"، السابعة "إياد" الذي كان يعاني من التبرز الدائم بالإضافة إلى:

✚ السلوك العدوانى: المتمثل في الأذى الجسدى والنفسى الذى ظهر عند كل من الحالات (الأولى "مريم"، الثالثة "عمران"، الرابعة "خديجة"، السادسة "كريم" والسابعة "إياد") سواء تجاه الإخوة أو الزملاء فى المدرسة.

✚ السلوك الانسحابى: المتمثل فى نقص التفاعل الاجتماعى والعزلة عن الآخرين الذى ظهر عند كل من الحالات عدا الحالة الثالثة "عمران".

✚ السلوك التمردى: المتمثل فى الهروب من المنزل والمدرسة الذى ظهر عند الحالة الخامسة "مجيد".
✚ السلوك الانحرافى: المتمثل فى سلوكات جنسية منحرفة التى ظهرت عند الحالة السابعة "إياد" تجاه أخيه، السرقة والكذب التى ظهرت عند الحالة الخامسة "مجيد".

أما الفرضية الرابعة المتعلقة بتقدير الذات عند مجموعة البحث التى مفادها أن البرنامج العلاجى يساعد الطفل المتعرض للاعتداء الجنسى فى الرفع من درجة تقدير الذات فقد ثبتت بحكم أن كل الحالات تحسنت نظرتهم للذات ولو أن بعض الحالات مثل الحالة العاشرة والتاسعة والسابعة تقدير الذات عندهم مازال منخفض وقريب من المتوسط، بحكم الوضعية التى يعيشونها ومدى الدعم الذى تلقوه بالإضافة إلى الفروق الفردية بين الأطفال ودرجة تكرار الاعتداء وعمق الألم عندهم.

فىما يخص نتائج شبكة سىكا (SECCA) فقد تغيرت لأحسن مقارنة بالخطوط القاعدية الأولى وهذا بفضل البرنامج العلاجى المطبق فى البحث، بالأخص التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية المطبقة فى البحث فالأطفال الذين أظهروا عدوانية أصبحوا يتفاعلون بشكل إيجابى مع غيرهم خاصة أمام العائلة والإخوة والزملاء، كما أن مزاج الأطفال تحسن حيث أصبحوا ينظرون لذاتهم وللمحيطين بهم بتفاؤل، كما أصبحوا مقتنعين بما تعرضوا إليه من أحداث صادمة مما يعنى أنه يوجد اختلاف بين القياس القبلى والبعدي للاضطرابات المصاحبة للاعتداء الجنسى عند الطفل لصالح القياس البعدي.

جاءت نتائج البحث لتكشف عن استمرارية فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات وخفض درجة ضغوط ما بعد الصدمة والاكنتاب لدى أفراد مجموعة البحث في قياس المتابعة، وهذا يشير إلى أن البرنامج العلاجي كان له آثار إيجابية بعيدة المدى ومستمرة على مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للاعتداء الجنسي عند الطفل، يمكن أن تكون النتائج المتوصل إليها في البحث نتيجة لما اكتسبه أفراد مجموعة البحث من تحصين ضد الضغوط والتوترات والقدرة على حل المشكلات أثر بشكل إيجابي على تعاملهم مع الأحداث الصادمة التي يتعرضون لها، في انخفاض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة والاكنتاب إيجابيا مقارنة بالقياس البعدي.

أثناء المقابلات ظهر لنا أنه في حالة الاعتداء الجنسي على الطفل الذكر فإن الأهل يتابعون القضية مع الحرص على معاقبة المعتدي مهما كان، أما إذا كانت الضحية فتاة أو كان المعتدي من أفراد الأسرة نفسها، فالأسرة تفضل التستر والمحافظة على سرية الحادثة لاجتناب الفضيحة كونه متعلق أكثر بقضية فقدان العذرية الذي هو رمز لشرف العائلة مثلما هو الحال مع الحالة الرابعة "خديجة"، هذا ما أدى بالمجتمع الجزائري إلى تعزيز بقاء هذه الظاهرة وانتشارها وبقائها في الكتمان.

إن محاولة حفظ شرف العائلة واجتناب العار والوصم يساهم في التقليل من أهمية الظاهرة، خاصة وأن كان مكان الاعتداء هو المنزل الذي من المفروض أن يكون مصدرا للامان وللرعاية، فقد أظهرت نتائج البحث الحالي أن هناك ميلا إلى الاعتماد على السرية في الحالات التي تكون فيها الضحية أنثى، فمثلا الأطفال المقبلون على الشبكة الجزائرية ندى كان أغلبهم ذكور وخير دليل مجموعة البحث كان أغلبهم ذكور باستثناء حلتين أنثى (خديجة وسارة)، ففي حالات الضحية هي الأنثى العائلة تكتفي فقط بالاتصال فقط وتقديم المساعدة عن طريق الهاتف، كما تبين أن هناك تحفظ وتمنع حيال الكشف عن هوية المعتدي في الحالات التي يكون فيها هذا الأخير من أفراد العائلة.

ظهر عند كل الحالات المدروسة أن الطفل يجهل كيفية حماية نفسه من الاعتداء، خاصة لما يمارس عليه بصورة متكررة، لدرجة أن بعض الحالات أخبرتنا أنهم والفوا وتأقلموا مع الوضعية واعتبروها بالشئ العادي مثلما ظهر عند الحالة الثانية "وليد" لكون نموهم النفسي لم يسمح لهم بادراك حقيقة الوضعية المتكررة معه، خصوصا لما يكون المعتدي هو الأب أي الشخص الذي يثق به الطفل.

تشير نتائج البحث الحالي إلى أن ردة الفعل الأطفال حيال الاعتداء عليهم قد تحدثوا إلى شخص (الأم) عن الحادثة بعد أن تمت عملية الاعتداء عليهم سواء أكان متكرر أم مرة واحدة، وهذا لكون أن الأم

هي القائمة على رعاية ابنها بالإضافة إلى الخالة عند عجز الطفل البوح بما حدث معه مثلما ظهر عند الحالة التاسعة "كريم"، فأغلب الحالات تعرضت إلى اعتداءات متكررة ومصحوبة بالقوة عدا الحالة الثانية "وليد" والسادسة "زكريا".

كشفت النتائج إلى أن الشخص الذي تم البوح له بالحادثة قد أصغى للطفل، وتابع قضيته إلى أن ادخل المعتدي السجن هذا عند معظم الحالات، باستثناء الحالة الأولى "مريم" اكتفت العائلة بعدم التحدث عن الأمر صيانا لشرف العائلة، بينما الحالة الخامسة "مجيد" احتفظ بالسر بسبب الخوف من تهديدات المعتدي، والحالة الثامنة "سارة" بسبب الخوف من الوالدين، في حين اعتبر البعض أن ما جرى لهم شيء عادي مثل أي علاقة أخرى وهذا ما ظهر عند كل من الحالة الثانية "وليد" والحالة الثالثة "عمران" أما الحالة الرابعة "خديجة" فقد كانت تحس بالعار كانت مجبرة ولم تلقى الشخص المناسب ليساعدها في حين أن الحالة السابعة "إياد" تعرض للتوبيخ من قبل عائلته بالرغم من هذا فقد ساندته ودعمته كثيرا خاصة بعد قيامه بالجلسات العلاجية تفتنت الأم لحقيقة وخطورة وضعية ابنها.

حوادث الاعتداء التي تناولناها في البحث كانت معظمها زنا المحارم أي المعتدي كان موجودا داخل العائلة وقد وقعت كلها في المنزل علما أن قلة الغرف أو اتساعها لا يعني شيئا ما دام المعتدي قد يخلوا بالضحية في أي زاوية يريد، ومعظم الحالات المعتدى كانت هويته الأب (الحالة الأولى "مريم"، الثانية "وليد"، العاشرة "مراد"، العم (الحالة السادسة "زكريا")، الأخ (الحالة الرابعة "خديجة")، ابن العم (الحالة الثالثة "عمران" والتاسعة "كريم") وهذا ما يمنع كشف الضحية لهوية المعتدي في حين أن الاعتداء خارج نطاق العائلة كان من قبل أصدقاء (الحالة الخامسة "مجيد")، جيران (الحالة الثامنة "سارة")، مجهول (الحالة السابعة "إياد").

كشف البحث الحالي أن العنف المنزلي أو العائلي: (عنف زوجي، نفسي، جسدي، اقتصادي، مشاهدة أعمال العنف...) يدعم من انتشار الظاهرة، فقد لوحظ أن معظم حالات الأطفال مجموعة البحث ينتمون إلى عائلات مفككة، ويعيشون إما في منازل صغيرة أو كبيرة، بحيث يعانون من العنف المنزلي، وأن معظم حالات الاعتداء حدثت في البيت العائلي على سبيل المثال كل من الحالة الأولى "مريم"، الثانية "وليد"، الثالثة "عمران"، الرابعة "خديجة"، السادسة "زكريا"، التاسعة "كريم" والعاشرة "مراد" كلها حدثت في البيت من خلال اغتنام المعتدى فرصة غياب الأم وتواجدها في العمل، باستثناء كل من الحالة الخامسة "مجيد"، والسابعة "إياد" والثامنة "سارة" التي كانت تتعرض للاعتداء سواء في الشارع أو المدرسة وهذا ما أشارت إليه نتائج عملية

المسح التي قامت بها الباحثة **جنان أسطا (2006)** على أن نسبة انتشار حالات الاعتداء الجنسي ترتفع في المنازل التي تشهد عنفا أو يتعرض فيها الأطفال لعنف جسدي أو نفسي، كما في أواسط الأطفال الذين يشعرون بانعدام التعاطف الأسري. (**جنان.أ.أسطا، 2008، ص 9**)

كل من العوامل النفسية، الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية تتفاعل فيما بينها لتشكل الاعتداء الجنسي على الطفل، ولقد ظهر لنا أن الدراسات التي تناولت الظاهرة في الجزائر قليلة فحتى الآن لا توجد إحصائيات تكشف عن النسبة الحقيقية للأطفال الذين تم الاعتداء عليهم، هذا راجع لعدة أسباب منها الخوف من الفضيحة ، والتردد في الإفصاح عن هوية المعتدي أو فقدان شرف العائلة أو خوفا من فقدان الأبناء، ولهذا السبب نجد أن معظم العائلات تتخذ الصمت حيال هذه الظاهرة.

لقد أشار التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية (DSM4) إلى أن الحالات التي تؤدي إلى نقص الانتباه والتركيز منها على سبيل المثال حالات العدوان، القلق الشديد، الغضب والانفعال الشديدين، فالطفل الجزائري المتعرض للاعتداء الجنسي يعاني من قلق مستمر، هذا ما يؤثر على تركيزه ويعمل على تشتت أفكاره لشدة وقوة أثر ما يخلفه الاعتداء عليه من ذكريات مستمرة، الشيء الذي ينتج عن عدم التركيز، صعوبة التعلم وهذا ما يؤدي بالطفل إلى ظهور مشاكل في عملية التعلم، بالإضافة إلى صعوبة الحدث الصدمي المعاش يجعل الطفل كثير السرحان والشروذ الذهن في القسم، فكلما اتجه الطفل للقراءة والتعليم تذكر الحدث، فيتشتت انتباهه ويقل تركيزه هذا ما يبين تدني المستوى الدراسي والتحصيلي لكل الحالات المدروسة بالإضافة إلى الحالة (السابعة"إياد"و العاشرة"كريم") اللذان يعانيان من الشروذ الذهني.

الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الطفل الضحية لها الدور الواضح والفعال في التأثير على التركيز والانتباه القدرات العقلية والمعرفية وكذلك على السلوك والأعصاب (التبول اللاإرادي، عدوانية، نشاط زائد،) فنجد مثلا من الأسباب النفسية للتبول اللاإرادي شعور الطفل بعدم الأمان، فقدانه الطمأنينة والمعاناة من القلق الدائم.

التوتر والغضب الشديد والمستمر يؤدي بالطفل إلى الإصابة بالاضطرابات الجسمية أو ما يعرف بالسيكوسوماتية، نظرا لإصابة الجهاز العصبي نتيجة الانفعالات الحادة التي تظهر في سلوك الطفل من تقلب المزاج، نشاط زائد، عصبية شديدة... فالغضب الشديد يؤثر على العمليات العقلية.

الطفل ضحية الاعتداء الجنسي هو الأكثر تضررا من الناحية النفسية، فقد يميل إلى الاعتماد على أنماط عيش غير صحيحة مثل: التدخين، تعاطي الكحول والمخدرات إلى جانب المشاكل الدراسية، فقد يتوقف عن المدرسة نتيجة نقص أدائه المدرسي أو لفقدانه التركيز، مثلما ظهر عند الحالة الخامسة "مجيد" الذي تخلى عن دراسته.

هناك حالات استصعب تعديل سلوكها نظرا لاضطرابها الشديد، فاكثفينا بالتخفيف منها، مثلا الحالة الثالثة "عمران" أظهر عدم الاستجابة للبرنامج، كذلك الحالة الرابعة "خديجة" التي يعود سبب عدم تحسنها الكبير مقارنة بالحالات الأخرى إلى غياب الدعم الاجتماعي خاصة الأهل والبيئة الاجتماعية التي تعيش فيها، كذلك نجد الحالة الخامسة "مجيد" الذي تتميز بينته بالعنف الدائم ولهذا وضعيته النفسية لم تتحسن كثيرا بالإضافة إلى الحالة السابعة "إياد" والسبب يرجع إلى عدم استجابته للبرنامج المتكون من 21 جلسة تضمن الباحثة أن هذه الحالة تستوجب وقت أطول بالإضافة إلى التدخلات الطبية المتواصلة وضرورة تغيير مكان تدريسه وإقامته ربما كنا سنحصل على نتائج أفضل بكثير.

فهؤلاء الأطفال الذين لم تتحسن حالتهم كثيرا، ربما لأن نموهم لم يكتمل، ولأن بعض الأعراض المرضية خلال فترة العلاج لم تظهر، بعد انتهاء المتابعة بأشهر، أصبحت تظهر لديهم أعراض بداية لاضطرابات أخرى جديدة من شأنها أن تؤثر على شخصيتهم كالقلق الدائم، انحرافات سلوكية مما يعني أن الطفل المتعرض لاعتداء جنسي يلزمه تدخل مستمر على كل مراحل حياته ونموه خاصة فيما يخص بمتغير الثقة بالنفس في مرحلة البلوغ والمراهقة، فالصدمة الجنسية عند هؤلاء الضحايا متعلقة بمجموعة من المتغيرات منها:

خطورة الاعتداء الجنسي والعنف النفسي والعاطفي أو الجسدي المرافق له، هشاشة الطفل وقوته النفسية، سنه ومستوى تطوره ورد فعل المحيط العائلي.

نستطيع عزو هذه الظاهرة إلى تأثير الانترنت ومختلف وسائل الإعلام التي تعرض الأفلام المثيرة والإباحية، فالرجال والنساء لم يعد يكتفون جنسيا، سواء في إشباع رغباتهم أو حاجاتهم الجنسية، هذا ما يجعلهم عنيفين وعدائيين فاقد التبرية فيلجؤون للأطفال الذين لا يستطيعون الدفاع عن أنفسهم، زد على ذلك تفكك معظم الأسر الجزائرية خاصة التي يسودها العنف المنزلي بمختلف أشكاله وكذا العنف الزوجي الذي تعاني منه الكثير من الأسر الجزائرية، مما يؤدي لانعدام مراقبة الأطفال، فالكثير من الأطفال يكونون قد شاهدوا والديهم يمارسون الجنس بعنف.

يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي تم تطبيقه على مجموعة البحث قد حقق أهدافه ضمن واقع مجتمع البحث، وساعد في الرفع من درجة تقدير الذات وخفض الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى الأطفال الضحايا الذين طبق عليهم البرنامج العلاجي، وعلى الرغم مما توصل إليه هذا البحث الصغير من نتائج ايجابية، فإن الباحثة لا تستبعد أن يكون هناك متغيرات قد أثرت على نتائجه، مثل اقتصار البحث على مجموعة صغيرة تتمثل في حالات أطفال يختلفون في نوع الاعتداء، وقصر الفترة الزمنية العلاجية لبعض الحالات، واقتصاره على فنيات البرنامج العلاجي المطبق، باعتبارها غير كافية في ظل تعامله مع أطفال لم يكتمل نموهم الجسمي والجنسي والنفسي والعقلي، بالإضافة إلى نمط تفكيرهم التي تختلف من طفل لآخر والفروق الفردية بينهم، مدى تكرار أو عدم تكرار الاعتداء ومصاحبته للتهديد، كلها عوامل أثرت في نتائج العملية العلاجية، بالإضافة إلى تأثيرات البيئة الأسرية من مدى الدعم العائلي والأسري، المدرسي، دعم الشرطة والقضاء... بحكم أن الطفل مازال يحتاج للرعاية والمتابعة والأمان.

يمكن القول أن تحسن الحالة النفسية الحاضرة للأطفال تجعلهم أقل اضطرابا في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطرابات في المستقبل، الشيء الذي يقودنا للقيام بدراسات معمقة أكثر حول هذه الظاهرة ومحاولة إيجاد حلول لها وبرنامج علاجي ملائم لوضعيتهم لأن البرنامج المتبع في البحث لم يكن كاف بل هو محاولة صغيرة فقط للتخفيف من معاناتهم في الحاضر، كما أنه من الصعب ملاحظة مخلفات الاعتداء إما لصعوبة تقدير هذه الأخيرة لخمولها أو لإمكانية اختفائها أو انتقالها وظهورها من جديد خاصة وأن مجموعة بحثنا هي في مرحلة كمون أين الطفل لا تستيقظ رغباته، أما المعاناة الكبرى عندما يدخل الطفل مرحلة المراهقة ويبدأ يبحث عن هويته، وتستيقظ رغباته ويواجه تحديات والمشاكل التي حوله كبداية للدخول في أزمة المراهقة التي من شأنها أن يتعرض لأزمة الهوية الجنسية ما لم يجد حولا ايجابية لمشاكله، وقد تختلط عليه الأدوار نتيجة للصدمة التي عاشها في الطفولة ولعدم تقمص شخصية الأب الايجابي فهو يتقمص هوية الشخص المعتدي سواء في حالة إذا ما كان المعتدي هو الأب أو أحد أفراد العائلة، مما يعني أن مستقبل الطفل الجزائري المتعرض للاعتداء الجنسي يبقى مجهول، سؤال صعب الإجابة عليه ونحن في ظل ظهور مختلف أنواع التكنولوجيا، فهل هذا الطفل سيواكب تغيرات المجتمع أم يبقى حبيس ماضيه؟ ويثور على المجتمع الذي يحقد عليه ليصبح في الجزائر جيلا منحرفا فاقد الشخصية.

ثالثا: اقتراحات لمحاربة الاعتداء الجنسي على الأطفال:

تتطلب محاربة الاعتداء الجنسي تجاه الأطفال مجموعة من الإجراءات المتكاملة من الفاعلين الذين تلقوا تكويننا جيدا وملائما بخصوص هذه الظاهرة، فيما يلي سنتحدث قليلا عن بعض الاقتراحات قبل وبعد الاعتداء:

قبل وقوع الاعتداء(الوقاية):

- ✓ إعطاء الطفل وقتا واهتماما كافيا
- ✓ ضرورة متابعة الوالدين لابنهم من خلال متابعته مع من يقضي وقته والحذر من أن يجالس غرباء في أماكن منعزلة.
- ✓ تحسيس عامة الناس والأطفال وتحسين ظروف عيش الأطفال في وضعية هشاشة وخطر
- ✓ بحكم أن المدرسة تلعب دورا هاما في حياة الطفل، فغالبا ما يكون المدرس واحد من الأشخاص الذين يعرفون الطفل حق المعرفة بعد أسرته، هذا يمكنه من التعرف بسهولة على العلامات الدالة على سوء معاملة أحد تلامذته، وتبليغ ذلك المسؤولين، كما بإمكان المدرس تحسيس التلاميذ من خلال مناقشات وأنشطة حول موضوع الاعتداء الجنسي.

بعد وقوع الاعتداء(الحماية):

- ✓ الاستماع للطفل عندما يحاول أن يقول لوالديه أو المقربين له شيئا وخاصة لو بدا لديه صعوبة أو حرج في الكلام.
- ✓ إبلاغ المواطنين السلطات الخاصة عن كل طفل يعتقد بأنه ضحية اعتداء جنسي لضمان حمايته.
- ✓ القيام بالفحوصات الطبية الشرعية وكشف الطبيب حالات الاعتداء وتلقي التصريحات بها والتأكد من الشكوك الدائرة حولها.
- ✓ تقديم الدعم للأطفال وأسرهم حالة التعرض للاعتداء الجنسي.
- ✓ تعاون الطبيب والمختص النفسي و قاضي الأحداث الذي تعود إليه مهمة إثبات وقوع الاعتداء.
- ✓ المتابعة النفسية ضرورية لإعادة بناء شخصية الطفل وإعادة إيمانه في بيئة آمنة من خلال القيام بمقابلات منتظمة مع المختص النفسي من أجل تقييم معاناة الطفل النفسية والاضطرابات النفسية التي تحدث بعد الصدمة بالتالي اقتراح العلاج الملائم لمساعدة الطفل على تجاوز وضعيته.

✓ ضرورة تدخل الشرطة والدرك الوطني في مثل هذه الحالات من خلال الدور الذي يقومون به والذي يتمحور حول 3 نقاط: الوقاية، الحماية(الشرطة الإدارية) والزجر (الشرطة القضائية) حيث يتمثل دورهما على المستوى القضائي في معارضة مخالفة القانون الجنائي وجمع الأدلة والبحث عن مرتكبي الجرائم قبل رفع الملف الذي تم تشكيله إلى القضاء، بالإضافة إلى قيام الشرطة والدرك بأعمال وقائية كمراقبة الحانات والملاهي الليلية.

✓ ضرورة القيام بالتكفل القضائي، إذ يمكن لنائب الوكيل عند استقباله لإحدى الشكايات أن يقوم بإحالة الملف إلى قاضي التحقيق للقيام ببحث معمق حول الضحية ووالديه والشهود ومقترف الجريمة.

✓ ضرورة إعداد برامج علاجية خاصة لفائدة هؤلاء الضحايا و تدريب أخصائيين نفسانيين على مفاهيم أساسية عن طبيعة البرنامج وتوضيح سيرورته مع المفحوص.

خلاصة البحث

هدف البحث الحالي إلى التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداءات الجنسية الذين يتابعون علاجهم على مستوى الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل ندى، بالإضافة إلى التخفيض من درجة الاضطرابات النفسية (الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب) التي يعاني منها هؤلاء الأطفال و (الرفع من درجة التقدير الذات) لديهم.

للإجابة على تساؤلات البحث اتبعت الباحثة المنهج شبه التجريبي قياس الحالة الواحدة قبل التجربة وبعدها حيث تكونت مجموعة البحث من 10 حالات ذكور وإناث (9-12 سنة)، تعرضوا لاعتداءات جنسية أغلبها متكررة يدرسون في المرحلة الابتدائية طبقت عليهم الأدوات التالية:

- مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان (2009)
- مقياس الاكتئاب بيرلسون (1987) ترجمة عبد العزيز ثابت.
- مقياس تقدير الذات كوبر سميث (1967) ترجمة ليلي عبد الحميد.
- البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي (إعداد الباحثة) يتكون من تقنيات معرفية وسلوكية

توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- 1- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 2- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 4- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو توجه سلوكي معرفي في الرفع من درجة تقدير الذات عند أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

قائمة المراجع:

- 1- أسماء عبد الله العطية (2008): اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 2- احمد محمد ألزغبى (2002): أسس علم النفس الجنائي، دار زهران، عمان
- 3- أمال محمد حسيونة (2004): علم النفس النمو، دار العلمي للنشر والتوزيع، مصر
- 4- ابراهيم عبد الله فرج الزريقات (2007): تعديل سلوك الاطفال والمراهقين المفاهيم والتطبيقات، دار الفكر، الاردن
- 5- إبراهيم عبد الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، القاهرة، دار الفجر للنشر و التوزيع.
- 6- إبراهيم عبد الستار و آخرون (1993): العلاج السلوكي للطفل، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 7- إجلال محمد سري (2000): علم النفس العلاجي، علام الكتب نشر وتوزيع طباعة، القاهرة، ط2
- 8- السيد إبراهيم السماد وني (بدون سنة): الصحة النفسية للطفل، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 9- توما جورج (2000): إيديولوجية النمو عند الطفل والمراهق، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع
- 10- حسين فايد (2004) دراسات في الشخصية والسلوك القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع .
- 11- حامد عبد السلام زهران (2005): الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، نشر و توزيع طباعة.
- 12- حسن مصطفى عبد المعطي (1993): ضغوط الحياة واساليب مواجهتها، القاهرة- امكتبة زهراء الشرق.
- 13- حنيفه الهرشامي وآخرون (بدون سنة): دليل لحماية الأطفال ضد الاعتداء والاستغلال الجنسي، جمعية آمنة للدفاع عن حقوق الطفل، طنجة.
- 14- جليل وديع شكور (2008): الطفولة المنحرفة، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان
- 15- جمال محمد أبو شنب (2008): البحث العلمي الجزء الثاني، التصميم و التنفيذ التجريبي، الإسكندرية جمال الخطيب (2010): تعديل السلوك الإنساني، المملكة الأردنية الهاشمية، الأردن

- 16- جنان أسطا وآخرون (2008): الإساءة الجنسية للطفل الوضع في لبنان، منظمة كفى عنف واستغلال.
- 17- جمعية آمان (بدون سنة): العنف الجنسي تجاه الاطفال، نظرة عن اربعة بلدان بشمال افريقيا والشرق الاوسط المغرب - الجزائر - تونس - لبنان. الرباط - المغرب
- 18- جمعية آمان (2012) : التكفل بالطفل ضحية العنف الجنسي ومواكبه، الرباط - المغرب
- 19- رمضان محمد ألقذافي (1989): علم النفس نمو الطفولة والمراهقة، الإسكندرية.
- 20- سامي سلطي عريفج وآخرون (1999) : في مناهج البحث العلمي، عمان - دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- 21- سعيد جاسم الاسدي وعطاري محمد سعيد(2014): الصحة النفسية للفرد والمجتمع، دار الرضوان للنشر والتوزيع، عمان
- 22- عادل عبد الله محمد (2000) : العلاج المعرفي السلوكي، أسس و تطبيقات دار الرشاد.
- 23- عبد العظيم طه حسن (2008) : سيكولوجية العنف العائلي و المدرسي، الأزاريطه، الإسكندرية دار الجامعة الجديدة.
- 24- عبد الرحمان محمد العيسوي (2006): الأسس البيولوجية للشخصية والسلوك، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية
- 25- عبد العزيز جادو (2001) : علم نفس الطفل وتربيته ، المكتبة الجامعية الاراريطه ، الإسكندرية
- 26- عبد الرحمان الوفي (2007): مدخل إلى علم النفس، دار الهدى للنشر والتوزيع، عمان.
- 27- عبد الفتاح دويدار (1996): سيكولوجية النمو والارتقاء، دار المعرفة الجامعية العربية، بيروت.
- 28- عبد الفتاح فاروق موسى (1981): اختبار تقدير الذات ، مكتبة النهضة المصرية، مصر عادل عبد الله
- 29- علي إسماعيل عبد الرحمان (2006): العنف الأسري الأسباب والعلاج، المكتبة أنجلو مصرية
- 30- غسان يعقوب (1999) : سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة) بيروت، لبنان ،دار الفرابي.
- 31- فاروق الروسان (2000): تعديل وبناء السلوك الانساني، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن

- 32- فاطمة الزهراء مشتاوي وآخرون (1999): دورة تكوينية للمعلمين من أجل المساهمة في التكفل الابداعي، دار النهضة العربية، بيروت، بدون طبعة.
- 33- ماهر محمد عمر (1987): المقابلة في الإرشاد و العلاج النفسي، الازايطة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة.
- 34- ماجدة السيد عبيد (2000) :علم النفس، دار صنعاء، عمان.
- 35- محمد خليفة المحرزي (2010): كيف احمي ابني من التحرش الجنسي، مركز نجمة الخليج، نشر وتوزيع دولة الإمارات العربية المتحدة، دبي
- 36- مقدم عبد الحفيظ (1993): الإحصاء والقياس النفسي والتربوي مع نماذج من المقياس والاختبارات، الجزائر بن عكنون، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 37- مروان أبو حويج وآخرون (2002): القياس والتقييم في التربية وعلم النفس، عمان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- 38- مرسلين حسن شعبان (2013): الدعم النفسي ضرورة مجتمعية، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية.
- 39- محمد السعيد فرج (1993) : الطفولة والثقافة في المجتمع، الإسكندرية
- 40- محمد حسيونة (2003): علم النفس النمو، الدار العالمية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 41- معاوية محمد أبو غزال (2013): علم النفس العام، دار وائل للنشر والتوزيع، عملن
- 42- مصطفى زيدان (1972): الدراسة السيكولوجية التربوية لتلاميذ التعليم العالي، دار النشر العربية، الإسكندرية.
- 43- مورييس انجريس ترجمة بوزيد صحراوي (2004): منهجية البحث في العلوم الانسانية تدريبات عملية، الجزائر.
- 44- كامل الفرخ شعبان (1990): الصحة النفسية للطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 45- لويس كامل مليكة (1992): العلوم السلوكية وتعديل السلوك، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت
- الرسائل الجامعية:
- 46- بلحسيني وردة 2010-2011: اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدي عينة من طلبة الجامعة، دراسة تجريبية بجامعة قاصدي مرباح، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس المدرسي.

- 47- برزوان حسيبة(2012): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغط المهني وتنمية أساليب المواجهة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي لدى الشرطي الجزائري، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الإرشاد والصحة النفسية.
- 48- عرار سامية(2002) تشخيص الاكتئاب (العصبي و الاستجابي) و التكفل النفسي بالمصابين من الراشدين رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، علاج معرفي سلوكي.
- 49- رويبة سليمة 2014-2015: فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي يهدف لرفع تقدير الذات وخفض درجة القلق لدى الأطفال المتدربين الناجم عن طلاق الوالدين، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الإرشاد والصحة النفسية.
- 50- منصوري سميرة (1992) : الكفاءة النفسية للأطفال المتبولين لإراديا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، رسالة ماجستير،معهد علم النفس ،جامعة الجزائر.
- المجلات والمقالات:**
- 51- نفين صابر عبد الحكيم السيد (2009): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللا توافقي للأطفال المعرضين للانحراف.ص 695-847 مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان.
- 52- برزوان حسيبة (2012): دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية بجامعة قاصدي مرباح، دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، ورقلة العدد 22
- 53- محمد أحمد شاهين محمد نزيه حمدي(بدون سنة): العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين وفاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفضها
- 54- نعمات شعبان علوان (2009): اضطراب الكرب التالي للرض، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 21-22
- 55- مركز الإعلام والتوثيق لحقوق الطفل والمرأة(2011): اتفاقية حقوق الطفل، الجزائر

- 56- Angers (1997) : Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Québec, les éditions ecifre ,
- 57- Bruno Comby (1988) : stress contrôle guide pratique pour vous libérer du stress par les méthodes naturelles, France ,éditions dangles.
- 58- Colette Chiland (1983) : l'enfant, la famille, l'école, paris, imprimerie de France.
- 59- Christine Mirabel Sarron Luis Vera(2004) :l'entretien en thérapie comportementale et cognitive, donod , paris, 2 eme edition.
- 60- Chantal de Mey-Guillard(2008) : initiation aux thérapies cognitives et comportementales, France,cronique sociale.
- 61- Clark, Susan (2008): Identifying group differences between youth whose sexually offend and those who do not, after controlling for maltreatment histories: A model For understanding Juvenile sexual offenders, the sciences and Engineering, vol 69 (3-B).
- 62- Cooper Smith (1984) : manuel inventaire d'estime de soi S.E.I ; 1 er édition du centre psychologie appliqué, paris
- 63- Fontaine .O & Philippe Fontaine(2007) : guide clinique de thérapie comportementale et cognitive, France.
- 64- Association pour l'aide psychologique,la recherche et la formation (SARP) (2008) : Formation a la relaxation technique et application Dely Ibrahim Alger.
- 65- Karen Sadlier (2012) : cartes d'émotion, volcans de colère et bulles de bonheur : identification et gestion des émotions chez l'enfant traumatisé, 2eme congrès international de neuroscience, plais de la culture, Alger
- 66- APA(1996) : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux(DSM IV), Masson,paris.
- 67- Yule,W, Undwin,O & Mordoch,K(1990) : The Jupiter sinking :effects on children's fears, depression and anxiety, journal of child psychology& psychiatry.

ملحق رقم (01) دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة

المحور الأول: معلومات شخصية

- الاسم
- السن
- مكان الإقامة
- المستوى الدراسي
- عدد الإخوة
- المرتبة بين الإخوة
- الحالة العائلية للوالدين
- مهنة الوالدين
- ما هو الدافع للاستشارة ؟
- من رافق الطفل ؟

المحور الثاني: السوابق المرضية

- هل الطفل مصاب بمرض عضوي ؟
- هل حدث و أن فكر في الانتحار؟
- هل هناك احد من أفراد عائلتك مصاب بمرض نفسي أو عقلي ؟

المحور الثالث: الاعتداء الجنسي على الطفل

- هل أخبرت أي شخص عن الحادثة؟
- من هو الشخص الذي تم اطلاعه على الاعتداء؟
- كيف كان ردة فعل ذلك الشخص؟
- ما هي الأسباب وراء عدم الكشف عن الاعتداء والإفصاح عنه؟
- كم كان عمرك يوم تعرضت للحادثة ؟
- هل هناك شخص في حياتك تخاف منه؟ مع تحديد هويته في حالة الإجابة بنعم.
- كم كان عمر الشخص الذي اعتدى عليك؟
- ما نوع العلاقة التي كانت تجمعك بالمعتدي ؟
- ماذا يعمل؟
- كيف وقع الحادث؟
- في أي مكان؟ ومتى؟
- كم هي عدد مرات الاعتداء؟

- هل شاهدك احد عندما تعرضت للاعتداء؟
- هل كان المعتدي عليك يضربك، يهددك؟
- بماذا شعرت لحظة الاعتداء؟
- ما هي الأضرار التي لحقت بك جراء الاعتداء ؟
- هل سبق وان قدمت شكوى ضد الشخص المعتدي؟
- لمن قدمتها؟
- هل قمت بزيارة الطبيب الشرعي؟

المحور الرابع: أفكار وانفعالات وسلوكيات للطفل

- ما هي الأعراض الأولى التي ظهرت لديك ؟
- هل تغيرت حياتك بعد الحادث ؟
- هل تعاني من كوابيس في الليل ؟
- هل تحاول تجنب كل الأفكار و المشاعر التي تذكرك به ؟
- هل مازلت تخاف من الشخص المعتدي ؟
- هل تشعر بالذنب بسبب الحادث؟
- هل تعاني من بعض الصعوبات في الكلام أو التعبير عن شيء ما؟
- هل حدث لك تغير في عاداتك من حيث النوم، اللعب، الأكل، والإخراج؟
- كيف هي علاقتك بوالديك ؟
- هل تغيرت معاملتهم لك؟
- من هو الشخص الذي تتراح له أكثر في حياتك ؟

المحور الخامس: خاص بالدراسة

- كيف تشعر وأنت في المدرسة؟
- هل أثرت الحادثة على تحصيلك الدراسي؟
- هل لديك أصدقاء؟
- هل تخاف من احد هناك ؟
- هل تشعر بالوحدة . لماذا؟
- هل تشعر أنك بأمان . لماذا؟

ملحق رقم (02) مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (في صورته الاولى)

إعداد: نعمات شعبان علوان

عزيزي: أمامك مجموعة من العبارات التي تقيس ردود الفعل على الأحداث الصعبة التي قد يتعرض لها من هم في سنك في أوقات الحروب خلال الشهر الماضي . الرجاء وضع علامة (X) حول الإجابة التي تراها مناسبة لك.

الرقم	العبارات	قليلا	أحيانا	بعض الوقت	اغلب الوقت
1	أجد صعوبة في التركيز				
2	أتجنب كل ما يذكر بالحدث الصارم				
3	أعاني من مشاكل في العليم عند التفكير بالحدث				
4	أعاني من قلق أثناء النوم				
5	أحب الابتعاد عن الأشخاص				
6	زادت عصبيتي وأصبحت متقلب المزاج				
7	أخاف من الوحدة				
8	تأتيني كوابيس أثناء النوم				
9	أبتول على نفسي أثناء النوم				
10	أبتول على نفسي نهارا بصورة لا إرادية				
11	أتحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة				
12	أنام نوما متقطعا				
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة				
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين				
15	يأتيني شعور كما لو أن الحدث موجود				
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني				
17	أتردد في اتخاذ القرار الذي يخصني				
18	اشعر بالذنب				
19	أصبحت غير مبال بشيء				
20	عندما أتذكر الحدث اضرب الحائط بيدي بعنف				

ملحق رقم (03) مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال (في صورته الأولية)

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

العمر: _____ الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى

عزيزي/ عزيزتي

أمامك مجموعة من الأسئلة تتعلق بما تشعر/ي به في خلال الأسبوع الماضي من فضلك ضع علامة في الخانة الصحيحة.

الرقم	البند	دائماً	بعض الأحيان	لا
01	ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها			
02	أناام جيداً .			
03	أشعر بأنني سوف أبكي .			
04	أحب أن أخرج في الشارع للعب .			
05	أرغب في الهروب بعيداً .			
06	أتمتع بطاقة كبيرة .			
07	تصيبني آلام في المعدة .			
08	استمتع بالأكل .			
09	أستطيع القيام بخدمة نفسي .			
10	أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .			
11	أفعل الأشياء بشكل جيد .			
12	استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق			
13	أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .			
14	أحلم أحلام مزعجة.			
15	أشعر بالوحدة الشديدة .			
16	من السهولة أن أبتهج			
17	أشعر بالتعاسه لدرجة لا تطاق			
18	أشعر بالملل .			

ملحق رقم (4) مقياس كوبر سميث

الاسم

السن

التعليمة

اقرأ بتأني بهدوء قبل الإجابة:

في الصفحات التالية تجد عبارات تعبر عن المشاعر، أو ردود أفعالك، اقرأ هذه العبارات بهدوء.

عندما تكون العبارة تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (×) في الخانة التي تحمل كلمة "أوافق"

عندما تكون العبارة لا تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (×) في الخانة التي تحمل كلمة "لا أوافق"

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقني الأشياء عادة		
2	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل		
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6	أتضايق بسرعة في المنزل		
7	أحتاج وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة		
8	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني		
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	استسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	يتبع زملائي أفكارني عادة		
15	لا اقدر نفسي حق قدرها		
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		
17	اشعر بالضيق في المدرسة غالبا		
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة		
20	تفهمني عائلتي		
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني		
22	أشعر عادة بان عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية		
23	لا ألقى التشجيع في غالبا المدرسة		
24	ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر		
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي		

ملحق رقم (05) جدول الملاحظة المباشرة

المتابعة الثانية	المتابعة الأولى (القياس التتبعي)	نهاية العلاج مرحلة التقويم (القياس البعدي)	أثناء العلاج (المعرفي السلوكي)	أثناء المقابلات التشخيصية (القياس القبلي)	الفترة
					1-المظهر الخارجي اللباس النظافة
					2- التعبير الجسدي: الاتصال بالعين الوضعية الجسدية التعبير الوجهي
					3- الحديث: الحجم الصوت الطلاقة اللفظية
					4- التفاعل مع الأخصائية النفسية: اتصال مباشر طريقة الاستجابة للمقياس
					5- النشاط الجسدي و الحركي

الملحق رقم (06) استمارة التحليل العقلاني لبيك BECK

الاسم و اللقب: التاريخ:

الوضعية	الانفعالات	الأفكار الأوتوماتيكية	الاستجابة العقلانية	النتائج
وصف: * الحدث المحدد المؤدي إلى الانفعال السيئ	1- تحديدها:	أكتب الفكرة الأوتوماتيكية التي تسبق الانفعال:	أكتب الفكرة المنطقية الناجمة التي تجيب على الفكرة الأوتوماتيكية....	قيم مستوى اعتقادك للفكرة الأوتوماتيكية 100 - 0
* الأفكار الذكريات التي تنتج الانفعالات السلبية	2- تقييم حدة الانفعال: 100 - 0	قيم مستوى اعتقادك في الفكرة الأوتوماتيكية 100-0	قيم مستوى اعتقادك في الفكرة المنطقية 100 - 0	حدد و قيم الانفعالات التي تنتج.

ملحق رقم (07) تمرين لتنظيم التنفس
إعداد : جمعية la sarp مأخوذ عن مصطفى المصري

تمرين لتنظيم التنفس

- خذ نفسا عميقا و أبقه في صدرك لبعض الوقت أرخ عضلات بطنك و دعها تتمدد إملأ صدرك و بطنك بالهواء.
- أخرج الهواء من صدرك ببطء، وعد من 1 إلى 5 خلال ذلك.
1....2....3....4....5....
- أبق في هذا الوضع مدة قصيرة بينما تعد من 1 إلى 5.
- الآن أعد التنفس مرة أخرى: شهيق، زفير 5. 4. 3. 2. 1.
- جيد.

تعليمة الاسترخاء:

تخيل مكان جميل وضعية مريحة، مكان آمن أين تحس بالسعادة والأمان...تخيل أنك داخل هذه الفقاعات مثلا تطير وأنت هادئ ...

ملحق رقم (08) نموذج تحكيم المقاييس النفسية المطبقة في البحث

اسم ولقب الأستاذ:

الدرجة العلمية:

التخصص العلمي:

القسم:

الجامعة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته؛

أنا بصدد تحضير رسالة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه تحت عنوان :فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي بالجزائر.

أتقدم إليكم زملائي الأساتذة الكرام بهذه المقاييس المعتمدة في موضوع البحث المذكور بهدف التحكيم وهذا بوضع X في الخانة التي تراها مناسبة حيث لدينا خانة لمدى مناسبة العبارة أو عدم مناسبة، وخانة أخرى لمدى وضوح العبارة أو عدم وضوحها، ثم لدينا خانة أخرى خاصة بالملاحظات التي يمكن أن تقترحها حول العبارة التي لا تناسب أو العبارة غير الواضحة. كما يرجى من الأساتذة الكرام إعطاء ملاحظاتهم حول محتوى البرنامج العلاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي المقدم للضحايا.

شكرا مسبقا على مساعدتكم.

فيما يلي التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث:

الطفولة المتأخرة:

هي المرحلة التي تقع بين 09- 12 سنة وهي مرحلة ما قبل المراهقة وهي التي تقابل ثلاث صفوف الأخيرة من الطور الابتدائي

الاعتداء الجنسي:

الاعتداء الجنسي على الطفل عمل أو فعل مقصود إرادي يتمثل في ممارسة علاقة جنسية، نشاط جنسي أو سلوك جنسي مع الطفل لهدف إشباع رغبات جنسية من قبل الشخص البالغ، والذي لاحظنا أثاره المعنوية والمادية على شخص الطفل بحيث تترك هذه العلاقات الجنسية اثر على الصحة النفسية للطفل

السلوك:

نقصد بالسلوك هو السلوك الخارجي الذي يمكن ملاحظته ومشاهدته من أفعال وحركات يظهر في الاستجابات الداخلية والخارجية الغير سوية التي يظهرها الطفل نتيجة تعرضه لمثيرات البيئة.

تعديل السلوك:

أسلوب أو طريقة يستخدم مع أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، وذلك لإكسابهم المهارات اللازمة للسلوك التكيفي، و نعني به استخدام مختلف التقنيات العلاجية والتدريبية للتعلم التي تهدف إلى تغيير السلوك المنحرف أو غير المرغوب فيه، وتحويلها إلى أشكال السلوك المرغوب فيه، بحيث تهدف إلى تثبيت السلوك المرغوب فيه عند الطفل للمحافظة على استمرار يته، وذلك بالاعتماد على مبادئ واستراتيجيات نظريات التعلم.

يتمثل السلوك المرضي في هذه الدراسة في:

السلوك العدواني: أذى جسمي مادي نفسي على الطفل أو الغير

السلوك التمردى: الهروب من المدرسة

السلوك الانسحابي: الخجل الانعزال عن الآخرين

السلوك المنحرف: تعاطي المخدرات، السرقة، انحرافات جنسية مختلفة

ونعني بالسلوك السوي قدرة الطفل في الاعتماد على ذاته، والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية.

برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

يعني مساعدة الطفل الذي تعرض إلى الاعتداء الجنسي من خلال توظيف برنامج علاجي اعتمادا على تقنيات علاجية سلوكية تتمثل في التدريب على بعض التقنيات كالاسترخاء، اكتساب المهارات الاجتماعية و لعب الدور وعلى تقنيات معرفية تتمثل في إعادة البناء المعرفي لبيك وتغيير الأفكار السلبية وحل محلها أفكار أكثر ايجابية وعلى أسلوب النمذجة لألبرت باندورا، وهذا بالاعتماد على استراتيجيات المقابلات التشخيصية والعلاجية والمتابعة والتقويمية من بداية العلاج إلى نهايته منطلقين من القياس القبلي والبعدى عن طريق تحديد الخط القاعدي لكل مرحلة.

الفرضية العامة:

- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تعديل السلوك المرضي للطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.

الفرضيات الجزئية:

1- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الضغط ما بعد الصدمة عند الطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.

2- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في التخفيض من درجة الاكتئاب عند الطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.

3- يساعد محتوى برنامج علاجي ذو التوجه السلوكي المعرفي في الرفع من درجة تقدير الذات عند الطفل الجزائري ضحية الاعتداء الجنسي.

مقياس كرب ما بعد الصدمة

إعداد: نعمات شعبان علوان

عزيزي: أمامك مجموعة من العبارات التي تقيس ردود الفعل على الأحداث الصعبة التي قد يتعرض لها من هم في سنك. الرجاء وضع علامة (X) حول الإجابة التي تراها مناسبة لك، علما انه لا توجد اجابة صحيحة او خاطئة.

الرقم	العبارات	مدى مناسبة العبارة		مدى وضوح العبارة		الملاحظات
		مناسبة مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
1	أجد صعوبة في التركيز					
2	أتجنب كل ما يذكر بالحدث الصارم					
3	أعاني من مشاكل في التعليم عند التفكير بالحدث					
4	أعاني من قلق أثناء النوم					
5	أحب الابتعاد عن الأشخاص					
6	زادت عصبيتي وأصبحت متقلب المزاج					
7	أخاف من الوحدة					
8	تأثيتني كوابيس أثناء النوم					
9	أبتول على نفسي أثناء النوم					
10	أبتول على نفسي نهارة بصورة لا إرادية					
11	أتحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة					
12	أنام نوما متقطعا					
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة					
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين					
15	يأثيتني شعور كما لو أن الحدث موجود					
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني					
17	أتردد في اتخاذ القرار الذي يخصني					
18	أشعر بالذنب					
19	أصبحت غير مبال بشيء					
20	عندما أتذكر الحدث اضرب الحائط بيدي بعنف					

مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال

ترجمة عبد العزيز ثابت

التعليمة:

عزيزي عزيزتي : أمامك مجموعة من الأسئلة تتعلق بما تشعر/ي به في خلال الأسبوع الماضي من فضلك ضع علامة (X) في الخانة المناسبة، علما انه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

العبارة	مدى مناسبتها		مدى وضوحها		ملاحظات
		غير مناسب	واضحة غير واضح		
1- ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها					
2- أنام جيداً .					
3- أشعر بأنني سوف أبكي .					
4- أحب أن أخرج في الشارع للعب .					
5- أرغب في الهروب بعيداً .					
6- أتمتع بطاقة كبيرة .					
7- تصيبني آلام في المعدة .					
8- استمتع بالأكل.					
9- أستطيع القيام بخدمة نفسي .					
10- أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .					
11- أفعل الأشياء بشكل جيد .					
12- استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق					
13- أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .					
14- أحلم أحلام مزعجة .					
15- أشعر بالوحدة الشديدة .					
16- من السهولة أن أبتهج					
17- أشعر بالتعاسه لدرجة لا تطاق					
18- أشعر بالملل .					

مقياس كوبر سميث
ترجمة: ليلى عبد الحميد

الاسم

السن

التعليمة

اقرأ بتأني بهدوء قبل الإجابة:

في الصفحات التالية تجد عبارات تعبر عن المشاعر، أو ردود أفعالك، اقرأ هذه العبارات بهدوء. عندما تكون العبارة تصف ما تفكر فيه عادة أو ردوك أفعالك، ضع علامة (X) في الخانة التي تحمل كلمة "أوافق"

عندما تكون العبارة لا تصف ما تفكر فيه عادة أو ردوك أفعالك، ضع علامة (X) في الخانة التي تحمل كلمة "لا أوافق"

الرقم	العبارات	مناسبة العبارة		وضوح العبارة		ملاحظات
		مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
1	لا تضايقني الأشياء عادة					
2	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل					
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي					
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتتي					
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي					
6	أتضايق بسرعة في المنزل					
7	أحتاج وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة					
8	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني					
9	تزعج عائلتي مشاعري عادة					
10	استسلم بسهولة					
11	تتوقع عائلتي مني الكثير					
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا					
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي					
14	يتبع زملائي أفكارني عادة					
15	لا اقدر نفسي حق قدرها					

		أود كثيرا لو أترك المنزل	16
		اشعر بالضيق في المدرسة غالبا	17
		مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
		إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	19
		تفهمني عائلتي	20
		معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
		أشعر عادة بان عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية	22
		لا ألقى التشجيع في غالبا المدرسة	23
		ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

البرنامج العلاجي المطبق (الصورة الأولية)

نوع المقابلة	رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
المقابلات التشخيصية	الأولى	كسب ثقة الطفل وعائلته التعرف على المشكلة	المقابلة العيادية الملاحظة السلوكية رسم حر للطفل	لم يتم تحديدها مسبقا	ثنائية
	الثانية	الكشف عن الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل أفكار، انفعالات وسلوكيات المرضية الوقوف على الخط القاعدي الأول للمشكل	المقابلة العيادية الملاحظة السلوكية تطبيق التحليل الوظيفي نموذج سبكا مع الطفل تطبيق المقاييس النفسية	60 دقيقة	فردية
	الثالثة	تعريف المختصة للطفل بالأعراض المرضية وعرض محتوى البرنامج إبرام العقد العلاجي: الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية	المقابلة العيادية الملاحظة السلوكية القيام بالعقد العلاجي مع الطفل	60 دقيقة	ثنائية
المقابلات العلاجية	الرابعة	الاسترخاء يساعد على خفض استجابات الخوف والقلق لدى الطفل والإحساس بالراحة النفسية .	تدريب الطفل على التنفس البطني كبداية لتطبيق الاسترخاء معه. استخدام التشجيع للوصول إلى الاستجابة المطلوبة	60 دقيقة	فردية
	الخامسة	مساعدة وتشجيع الطفل على التحدث عن الاعتداء الذي تعرض له دون خوف وارتباك. اللعب يساعد على التخفيف من العداية ومشاعر الذنب خفض الأعراض السلوكية والانفعالية الناتجة عن الاعتداء.	الملاحظة السلوكية المباشرة تدريب المفحوص على اللعب بالعجينة مع العايب معينة سرد القصص	60 دقيقة	فردية
	السادسة	تعديل الأفكار السلبية تجاه الذات العالم والمستقبل إلى أفكار إيجابية.	التدريب على الأفكار الإيجابية والتفكير المنطقي الواجب المنزلي الرسم الجماعي مع التلوين	60 دقيقة	فردية
الثامنة الى التاسعة	السابعة	تعزيز إمكانية عدم تعرض الطفل للاعتداء مرة أخرى.	تدريب الطفل على كيفية حماية الذات	60 دقيقة	فردية
		تعليم الطفل إستراتيجية حماية الذات و تعزيز الثقة في النفس.	التدريب على الرفع من تقدير الذات تغير من العادات السيئة إعادة تطبيق المقياس	60 دقيقة	فردية

العاشرة إلى الثاني عشر	خفض الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب لدى الأطفال الضحايا. إدارة الانفعالات وتحسين الوظائف الاجتماعية ومواجهة الاستجابات السلبية من الأقران. زيادة الثقة بالنفس وبالأخرين وتحسين تقدير الذات لديه.	التدريب على المهارات الاجتماعية التدريب على لعب الدور	60 دقيقة	فردية
الثالث عشرة إلى الخامسة عشرة	تغيير أنماط التفكير السينة غير السوية حول الآباء المتعدين لأطفالهم والتي تؤدي بالطفل لهزيمة الذات. التعامل مع مثيرات الخوف والقلق	التدريب على النمذجة	60 دقيقة	فردية
السادسة عشر	مرحلة نهاية العلاج مراجعة وتلخيص ما دار في الجلسات السابقة	إعادة تطبيق نموذج سيكا ومقياس الاكتئاب	60 دقيقة	فردية
مقابلات التقييم	السابعة عشر الثامنة عشر	مرحلة التقييم	60 دقيقة	ثنائية
مقابلات المتابعة بعد شهرين	التاسعة عشر الواحد وعشرون	مرحلة المتابعة	60 دقيقة	فردية ثنائية

ملحق رقم (09) قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	اسم الأستاذ المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	اسم الجامعة
01	ناصر ميزاب	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
02	كلتوم بلميهوب	أستاذة التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
03	حسيبة برزوان	أستاذة محاضرة أ	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
04	ساجية مخلوف	أستاذة محاضرة أ	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
05	أحمد فاضلي	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
06	صبرينة قهار	أستاذة محاضرة ب	علم النفس الصدمي	جامعة الجزائر 2 بوزريعة
07	كريمة طوطاوي	أستاذة محاضرة ب	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
08	نسيمة وندلوس	أستاذة محاضرة ب	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
09	فتيحة فضيلي	أستاذة محاضرة ب	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي وزو

ملحق رقم (10) نتائج تحكيم المقاييس النفسية
مقياس الضغط ما بعد الصدمة

الرقم	العبارات	نسبة الاتفاق	القرار	العبارة بعد التعديل
01	أجد صعوبة في التركيز	%100	تثبيت	/
02	أتجنب كل ما يذكر بالحدث الصارم	%100	تعديل	أتجنب كل ما يذكرني بالحدث الصادم
03	أعاني من مشاكل في العليم عند التفكير بالحدث	%100	تعديل	أعاني من صعوبة في التعلم عند التفكير بالحدث
04	أعاني من قلق أثناء النوم	%100	تعديل	أشعر بالقلق أثناء النوم
05	أحب الابتعاد عن الأشخاص	%100	تعديل	ارتاح بتجنب الآخرين
06	زادت عصبيتني وأصبحت متقلب المزاج	%100	تعديل	أشعر بأحاسيس متناقضة
07	أخاف من الوحدة	%100	تعديل	أخاف من البقاء وحيدا
08	تأتيني كوابيس أثناء النوم	%100	تثبيت	/
09	أقبل على نفسي أثناء النوم	%100	تثبيت	/
10	أقبل على نفسي نهرا بصورة لا إرادية	%100	تثبيت	/
11	أتحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة	%100	تثبيت	/
12	أنام نوما متقطعا	%100	تثبيت	/
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة	%100	تثبيت	/
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين	%100	تثبيت	/
15	يأتيني شعور كما لو أن الحدث موجود	%100	تعديل	يأتيني شعور كما لو أن الحدث حصل الآن
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني	%100	تثبيت	/
17	أتردد في اتخاذ القرار الذي يخصني	%100	تعديل	يصعب علي اتخاذ قرارات تهمني
18	أشعر بالذنب	%100	تعديل	أحس بالذنب
19	أصبحت غير مبال بشيء	%100	تعديل	أصبحت لا أهتم بشيء
20	عندما أتذكر الحدث أضرب الحائط بيدي بعنف	%100	تثبيت	/

مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الاطفال

الرقم	العبارة	نسبة الاتفاق	القرار	العبارة بعد التعديل
1	ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها	100%	تعديل	ما زلت أرى الأشياء في حياتي كما تعودت عليها
2	أنام جيداً .	100%	تثبيت	/
3	أشعر بأنني سوف أبكي .	100%	تثبيت	/
4	أحب أن أخرج في الشارع للعب.	100%	تعديل	أحب اللعب في الشارع
5	أرغب في الهروب بعيداً .	100%	تثبيت	/
6	أتمتع بطاقة كبيرة .	100%	تثبيت	/
7	تصيبني آلام في المعدة .	100%	تعديل	أعاني من آلام في المعدة
8	استمتع بالأكل.	100%	تثبيت	/
9	أستطيع القيام بخدمة نفسي .	100%	تعديل	أستطيع الاعتناء بنفسني
10	أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .	100%	تثبيت	/
11	أفعل الأشياء بشكل جيد .	100%	تثبيت	/
12	استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق	100%	تعديل	استمتع بأداء الأشياء كما كنت في السابق
13	أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .	100%	تثبيت	/
14	أحلم أحلام مزعجة.	100%	تعديل	أعاني من أحلام مزعجة
15	أشعر بالوحدة الشديدة .	100%	تثبيت	/
16	من السهولة أن أبتهج	100%	تعديل	أبتهج بسهولة
17	أشعر بالتعاسة لدرجة لا تطاق	100%	تعديل	أشعر بالحزن لدرجة لا تطاق
18	أشعر بالملل .	100%	تثبيت	/

نتيجة تحكيم مقياس كوبر سميث

الرقم	العبارات	نسبة الاتفاق	القرار	العبارات بعد التعديل
01	لا تضايقتني الأشياء عادة	100%	تعديل	عادة لا تضايقتني الأشياء
02	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل	100%	تثبيت	/
03	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي	100%	تثبيت	/
04	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي	100%	تثبيت	/
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي	100%	تثبيت	/
06	أتضايق بسرعة في المنزل	100%	تثبيت	/
07	أحتاج وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة	100%	تعديل	أحتاج لوقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديد
08	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني	100%	تثبيت	/
09	تراعي عائلتي مشاعري عادة	100%	تعديل	عادة تراعي عائلتي مشاعري
10	استسلم بسهولة	100%	تثبيت	/
11	تتوقع عائلتي مني الكثير	100%	تثبيت	/
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا	100%	تثبيت	/
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي	100%	تثبيت	/
14	يتبع زملائي أفكاري عادة	100%	تعديل	عادة يتبع زملائي أفكاري
15	لا أقدر نفسي حق قدرها	100%	تثبيت	/
16	أود كثيرا لو أترك المنزل	100%	تثبيت	/
17	أشعر بالضيق في المدرسة غالبا	100%	تعديل	غالبا ما أشعر بالضيق في المدرسة
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	100%	تعديل	مظهري ليس جميلا كغيري من الناس
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	100%	تعديل	إذا كان لدي شيء أود قوله فاني أقوله عادة
20	تفهمني عائلتي	100%	تثبيت	/
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني	100%	تثبيت	/
22	أشعر عادة بأن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية	100%	تثبيت	/
23	لا ألقى التشجيع في غالبا المدرسة	100%	تعديل	غالبا لا أتلقي التشجيع في المدرسة
24	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	100%	تثبيت	/
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	100%	تثبيت	/

ملحق رقم (11) مقياس الضغط ما بعد الصدمة

إعداد: نعمات شعبان علوان

(النسخة النهائية)

عزيزي: أمامك مجموعة من العبارات التي تقيس ردود الفعل على الأحداث الصعبة التي قد يتعرض لها من هم في سنك في أوقات الحروب خلال الشهر الماضي . الرجاء وضع علامة × حول الإجابة التي تراها مناسبة لك.

الرقم	العبارات	قليلا	أحيانا	بعض الوقت	اغلب الوقت
1	أجد صعوبة في التركيز				
2	أتجنب كل ما يذكرني بالحدث الصادم				
3	أعاني من صعوبة في التعلم عند التفكير بالحدث				
4	أشعر بالقلق أثناء النوم				
5	ارتاح بتجنب الآخرين				
6	أشعر بأحاسيس متناقضة				
7	أخاف من البقاء وحيدا				
8	تأتيني كوابيس أثناء النوم				
9	أبتول على نفسي أثناء النوم				
10	أبتول على نفسي نهارا بصورة لا إرادية				
11	أتحدث أثناء نومي بكلمات غير مفهومة				
12	أنام نوما متقطعا				
13	انفجر في البكاء بصورة مفاجئة				
14	أحب العزلة والبعد عن الآخرين				
15	يأتيني شعور كما لو أن الحدث حصل الآن				
16	أجد صعوبة في حل أي مشكلة تواجهني				
17	يصعب علي اتخاذ قرارات تهمني				
18	أحس بالذنب				
19	أصبحت لا اهتم بشيء				
20	عندما أتذكر الحدث اضرب الحائط بيدي بعنف				

ملحق رقم (12) مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال
ترجمة د. عبد العزيز ثابت
(النسخة النهائية)

العمر: _____ الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى

عزيزي/ عزيزتي

أمامك مجموعة من الأسئلة تتعلق بما تشعر/ي به في خلال الأسبوع الماضي من فضلك ضع علامة (X) في الخانة المناسبة، علما انه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

البند	دائماً	بعض الاحيان	لا
1- ما زلت أرى الأشياء في حياتي كما تعودت عليها			
2- أنام جيداً .			
3- أشعر بأنني سوف أبكي .			
4- أحب اللعب في الشارع.			
5- أرغب في الهروب بعيداً .			
6- أتمتع بطاقة كبيرة .			
7- أعاني من ألام في المعدة.			
8- استمتع بالأكل.			
9- استطيع الاعتناء بنفسي.			
10- أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .			
11- أفعل الأشياء بشكل جيد .			
12- استمتع بأداء الأشياء كما كنت في السابق.			
13- أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .			
14- أعاني من أحلام مزعجة.			
15- أشعر بالوحدة الشديدة .			
16- ابتهج بسهولة.			
17- اشعر بالحزن لدرجة لا تطاق			
18- أشعر بالملل .			

ملحق رقم (13) مقياس تقدير الذات لكوبر سميث
ترجمة: ليلى عبد الحميد
(النسخة النهائية)

الاسم:.....

التعليمة

السن

اقرأ بتأني بهدوء قبل الإجابة:

في الصفحات التالية تجد عبارات تعبر عن المشاعر، أو ردود أفعالك، اقرأ هذه العبارات بهدوء.

عندما تكون العبارة تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (×) في الخانة التي تحمل كلمة "أوافق"

عندما تكون العبارة لا تصف ما تفكر فيه عادة أو ردود أفعالك، ضع علامة (×) في الخانة التي تحمل كلمة "لا أوافق"

الرقم	العبارات	تطبق	لا تنطبق
1	عادة لا تضايقني الأشياء		
2	من الصعب جدا أن أتكلم مع زملائي في الفصل		
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6	أتضايق بسرعة في المنزل		
7	أحتاج لوقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديد		
8	أنا محبوب بين زملائي من نفس سني		
9	عادة تراعي عائلتي مشاعري		
10	استسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	عادة يتبع زملائي أفكارني		
15	لا اقدر نفسي حق قدرها		
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		
17	غالبا ما اشعر بالضيق في المدرسة		
18	مظهري ليس جميلا كغيري من الناس		
19	إذا كان لدي شيء أود قوله فاني أقوله عادة		
20	تفهمني عائلتي		

		معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
		أشعر عادة بأن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء السلبية	22
		غالبا لا أتلقى التشجيع في المدرسة	23
		ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

ملحق رقم (14) البرنامج العلاجي المطبق في البحث (النسخة النهائية)

الجلسة الأولى:

أ - كيفية سير الجلسات التشخيصية

الجلسة الأولى:

الموضوع: التعرف وبناء العلاقة العلاجية مع الطفل وعائلته

أهدافها:

- بناء العلاقة العلاجية من خلال كسب ثقة الطفل وعائلته.
- تعريف الطفل سبب تواجده بالشبكة وبورها تجاه الأطفال والتعرف على المشكلة
- التأكيد للطفل ولعائلته على أخلاقيات المهنة وسرية المعلومات
- التعرف على المشكلة
- اقناع الطفل وعائلته بإمكانية الاستفادة من البرنامج وضرورة حضور الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز لتشجيع الطفل على الكلام

الإجراءات المتبعة:

- تقديم الباحثة نفسها (اسمها ، وظيفتها) للطفل ولعائلته(الأم)، وتقديم خدمات الشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل.
- تتعرف الباحثة على الطفل من خلال ذكر اسمه وعمره، السنة التي يدرس فيها، عدد أفراد عائلته، مكان إقامته...
- الإصغاء الجيد الخال من أي أحكام مسبقة والتحلي بالموضوعية
- تدعو الباحثة والدة الطفل الحديث عن حياة الطفل قبل وبعد الاعتداء وجمع معلومات عن وضعية الطفل الحالية.
- تتحدث الباحثة عن البرنامج العلاجي المتكون من 21 جلسة بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع والذي يحتوى على مجموعة أنشطة وواجبات يقوم بها الطفل وضرورة متابعة العلاج.(تم تحديد 21 جلسة تبعا لقوة درجة اضطراب الحالة)

الجلسة الثانية:

الموضوع: تطبيق التحليل الوظيفي نموذج سیکا - تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب

أهدافها:

- الوقوف على الخط القاعدي الأول للمشكلة من خلال تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب.
- الكشف عن الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل أفكار، انفعالات والسلوكيات المرضية عن طريق نتائج تطبيق شبكة سیکا.
- الكشف عن العوامل التي تدعم بقاء الطفل في الوضعية الحالية التي يعيشها
- التعريف بالعلاج السلوكي المعرفي ودوره في التخفيف من درجة بعض الاضطرابات النفسية ودوره الفعال في تحسين تقدير الذات.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- تعزيز الثقة مع المفحوص، والاهتمام بالعلاقات والتفاعلات ما بين المختصة النفسية والطفل والتي يعتمد عليها نجاح البرنامج من خلال الترحيب به وشكره على حضور الجلسة في الوقت المطلوب
- تتحدث الباحثة عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض التي تصاحبه كالاكتئاب والشعور بالذنب الناتجة من الحدث الصدمي الذي يتعرض إليه الشخص وتوعية الطفل بأن ما حدث له عبارة عن حادثة يستطيع تجاوزها، وهذا بمساعدة الأم القائمة على رعاية ابنها.
- تبيان للام والطفل أهمية استخدام الاختبارات النفسية في التدخل العلاجي، باعتبارها أحد الأدوات التي ستساعدنا على التشخيص
- استخدام التحليل الوظيفي بمراحله السبعة لساسلو وكونفار (Saslow et Confer 1969)، تم اختيار نموذج سیکا (SECCA) للوقوف حول تشخيص أعراض المفحوص المرضية (بحكم أن هذا النموذج يدرس الوضعية الحالية للمفحوص من اعتقادات، أفكار، انفعالات، تصورات والسلوكيات الصادرة من المفحوص وتفاعله مع البيئة (المحيط)).
- قبل نهاية المقابلة تم تطبيق مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان المتكون من 20 بند، و مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال والمتكون من 17 بند.
- تشكر الباحثة المفحوص وعائلته على كل المعلومات التي قدموها.

- تنتهي الحصة بتحديد موعد في الأسبوع المقبل.

الجلسة الثالثة:

الموضوع: الطفولة و أهمية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيض من مستوى الضغط عند الطفل
تطبيق مقياس تقدير الذات والقيام بالعقد العلاجي مع الطفل

أهدافها:

- تتحدث الباحثة عن مرحلة الطفولة وحاجياتها وخصائصها وتبيان أهميتها للطفل وللام وكيف يجب أن يعيشها
- تعريف المختصة للطفل وعائلته بالأعراض المرضية وعرض محتوى البرنامج العلاجي
- إبرام العقد العلاجي: من خلال عرض محتوى البرنامج، الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية والمهام المطلوبة بين الباحثة (مختصة نفسية) والطفل (المفحوص) ومشاركة أهل الطفل (الأم) في العقد العلاجي.
- تعريف المختصة للطفل بالأعراض المرضية
- تحمل الطفل جزء من المسؤولية من خلال القيام بالواجبات المنزلية ومتابعة تطبيق المهارات المطلوب تعلمها.
- كسب الثقة التامة للطفل وعائلته.
- معرفة درجة تقدير الذات عند الطفل من خلال تطبيق مقياس تقدير الذات الذي أعده كوبر سميث

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- تعريف المختصة للمفحوص بالأعراض المرضية التي يعاني منها و الدرجة التي سجلت على المقاييس التي طبقت على الطفل، و هذا لاستتبصاره بحالته فيما بعد.
- توضيح سبب اضطراباته التي ترجع إلى كيفية تفكيره السلبي تجاه الذات و المحيط و المستقبل، و كيفية تفسيره لطبيعة أعراض مرضه و إدراكه لوضعيته المتمثلة في تعرضه لصدمة الاعتداء الجنسي، و أن الأحداث التي عاشها هي التي ولدت له ضغوطات نفسية
- تقديم مقياس تقدير الذات لكوبر سميث مع ذكر تعليمته و كيفية الإجابة عليه ومشاركة والدته الطفل أثناء التطبيق

- تعريف المفحوص بطريقة الواجبات المنزلية
- بناء العقد العلاجي مع المفحوص وعائلته؛ حيث تم الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية التي تدوم 45 دقيقة إلى ساعة للطفل و 15 دقيقة لأهل الطفل، و عدد الحصص اللازمة للوصول إلى الهدف الذي نريده والتي تقدر بـ 21 جلسة، نظام الحصص ، اتفقنا مع الطفل وأمه أن تكون حصة واحدة في الأسبوع ،كما تم الاتفاق حول المهام الذي ينتظر كل طرف، وأن العملية العلاجية لا يكتمل نجاحها إلا بمشاركة المفحوص وعائلته في ذلك، تم الاتفاق أيضا على التقنيات التي ستوظف في العملية العلاجية ، كذلك تم توضيح الأهداف التي نريد الوصول إليها، و هو تعديل سلوكاته السلبية من خلال التخفيف عن أعراض الاضطرابات النفسية التي يعانيها أو القضاء عليها، وهذا بالتعاون بين الطرفين، كما تم توضيح التقنيات التي تستعمل في العلاج السلوكي المعرفي ، كانت إجابة المفحوص على هذا العقد بالقبول والموافقة عليه خاصة من قبل أم الطفل حيث اظهروا فرحة كبيرة
- فيما يلي نذكر أهم السلوكات المستهدفة والمشكلات المرغوب علاجها واهم التقنيات والأساليب العلاجية التي اختيرت لمساعدة الطفل.

جوانب السلوك المستهدف و التقنيات العلاجية

السلوك المستهدف والمشكلات المرغوب التخلص منها	التقنيات والأساليب العلاجية
التخفيف من القلق والضغط والتوتر مواجهة المواقف الصعبة والحرجة، المخاوف...	التدريب على الاسترخاء وحل المشكلات
العمل على رفع تقدير الذات والتخفيف من الحزن والكآبة الصراعات الاجتماعية، الاندفاعية و العدوان، الخوف والفشل المدرسي، النشاط الزائد وضعف الدافعية للعمل.	التدريب على تغيير الأفكار السلبية تجاه الذات من خلال تعديل الأفكار الأوتوماتيكية المختلة عقليا الناقدة للذات وضبط الذات (الحوار الداخلي)
نواحي الضعف في السلوك الاجتماعي (الخجل ، العجز عن التعبير عن النفس، التعامل مع التهديدات الخارجية...) التخفيف من العزلة الاجتماعية والشعور بالذنب	التدريب على لعب الدور وتعلم المهارات الاجتماعية
المخاوف المرضية، القلق، العزلة، التجنب الاجتماعي والتعامل الاجتماعي مع مواقف التهديد.	التدريب على تقنية التحصين التدريجي - التعريض لمنبه غير مرغوب- (نزع الحساسية المنتظم)

والاسترخاء وعلى النمذجة	
التدريب على التعزيز الايجابي والرمزي	النشاط الزائد، المخاوف المدرسية، المشكلات الصحية كالتبول اللاإرادي، اضطرابات الأكل، اضطرابات السلوك (السرقة، الكذب...))
	اكتساب المهارات الاجتماعية (الحديث، الابتسامه...) والمهارات الحركية (تنظيف الملابس ...)

فيما يلي سنتطرق إلى الحديث عن الحصص العلاجية المستخدمة في البحث:

ب-: كيفية سير المقابلات العلاجية (عددها 13 جلسة):

الجلسة الرابعة:

الموضوع: تدريب الطفل على التنفس البطني كبداية لتطبيق الاسترخاء معه.

أهدافها:

- خفض استجابات الخوف والقلق لدى الطفل والإحساس بالراحة النفسية وذلك باستخدام التشجيع للوصول إلى الاستجابة المطلوبة
- توعية العائلة بأهمية الاسترخاء في حياة الطفل من حيث أنها تقنية علاجية تسعى للقضاء على الضغوطات النفسية عند الطفل في نفس الوقت هو يمارس تقنية أخرى تساعد على التنفيس الانفعالي المتمثل في اللعب

الفنيات المستخدمة: الملاحظة- المناقشة- الحوار- التعزيز- الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تسعى الباحثة إلى توضيح نوع اضطراب المفحوص و أعراضه، مصدره و نتائجه التي تظهر على الصحة النفسية للطفل
- التركيز على كيفية استجابة الطفل الذي تعرض لصدمة الاعتداء الجنسي قصد إقناعه بأعراضه و بمفهوم مرضه و توضيح مجرى حالته الصحية حسب النتائج التي أسفرت عنها شبكة سিকা
- تدعو الباحثة الطفل إلى ضرورة المتابعة النفسية والالتزام بالمواعيد

- الوقوف على الأفكار المعرفية السلبية و السلوكات و الانفعالات السلبية التي أسفرت عنها شبكة سيكا و تحليلها و توضيحها للمفحوص و محاولة تعديلها
- مناقشة نتائج مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، إذ أن لهذه النتائج علاقة بالأفكار السلبية التي كان يتبناها و التي بإمكانه أن يغيرها تدريجيا لتصبح أكثر إيجابية
- تدريب المفحوص على التنفس البطني.
- استخدام التشجيع والتعزيز في محاولات المفحوص كي يصل ويضمن التنفس المطلوب، حيث كنا نطلب من المفحوص وضع يده على صدره ويد أخرى على بطنه ثم نطلب منه أن يستنشق بعمق، ونلح أن يبقى في حالة شعور وإحساس بأن يده على بطنه (خذ نفسا عميقا وأبقه في صدرك لبعض الوقت)، ثم نطلب منه أن يخرج الهواء المستنشق بهدوء(أنظر ملحق رقم 07)
- التحدث عن تقنية الاسترخاء كتنقية للتخفيف من الضغط و التوتر العصبي لمدة 15 دقيقة، كما تم ذكر فوائدها و نتائجها على الصحة النفسية و العقلية؛ فهي تعمل على إزالة الإجهاد النفسي و الجسمي و الشعور بالأرق و التعب والقلق ومخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار وما ينتج عنه من اضطرابات نفسية فيسيولوجية مثل قرحة المعدة، ألآم الرأس، وقد تم التدريب عليها في مرحلة مبكرة من العلاج لكونه يعمل على تهدئة الطفل.
- تدريب المفحوص على التنفس البطني كبدائية للدخول في الاسترخاء حيث تم اجرائها في المكتب عبارة عن اخذ كأس به قطرة صابون يضاف إليها الماء فيتشكل لدينا فقاعات ماء شفافة ويلعب بها المفحوص بعد رمي الواحدة تلو الأخرى مستخدما بذلك التنفس البطني.
- فكرة الاسترخاء تقوم على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي بحيث تكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق، فإذا تم تحويل حالة التوتر إلى حالة استرخاء وراحة فان التوتر لا يستمر على وضعيته بل يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الطفل وهذا ما يحقق التوافق مع الموقف الذي سبب القلق.
- إعطاء واجب منزلي وهو ضرورة ممارسة الاسترخاء في المنزل كلما تطلب الأمر ذلك، على الأقل مرتين في الأسبوع
- وتنتهي الحصة بتحديد موعد للأسبوع القادم.

الجلسة الخامسة:

الموضوع: التعرف على الحدث الصدمي الذي سبب الضغط ما بعد الصدمة وذكر أعراضه وأهمية كسر الصمت وتفريغ الانفعالات.

أهدافها:

- مساعدة وتشجيع الطفل على التحدث عن الاعتداء الذي تعرض له دون خوف وارتباك.
- تعديل الأفكار الأوتوماتيكية المختلة وظيفيا والمتعلقة بالموقف الصدمي المعاش التي تقف وراء ظهور الانفعالات والسلوكيات المرضية للطفل.
- اللعب يساعد على التخفيف من الشعور بالعدائية ومشاعر الذنب، كما يساعد على التنفيس عن المكبوتات
- خفض الأعراض السلوكية والانفعالية الناتجة عن الاعتداء.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة الجلسة باختبار الطفل المعتدى عليه لمدى فهمه لما قيل في الحصة السابقة و معرفة استجابته لحوار الجلسة السابقة
- تخصص الباحثة 5 دقائق في هذه الحصة لمعرفة مدى تنفيذ المفحوص للاسترخاء و تأثيرها عليها بإعطاء التغذية الرجعية
- تحاول الباحثة التعرف على الأفكار السلبية المتعلقة بالذات لدى المفحوص وهذا بالرجوع إلى أفكاره و تصوراتته تجاه الحدث الصدمي الذي تعرض إليه و كيفية تقييمه لنفسه
- تطلب الباحثة للمفحوص الحديث عن الموقف الصدمي المعاش عند الطفل وذكر انفعالاته، وتشجعه على ذلك من خلال ذكر الأفكار التي حضرت بباليه يوم الحادث، و حواراته مع ذاته، وهذا لهدف استخلاص الأفكار السلبية و انفعالاته الناتجة عن تفكيره.
- تقدم الباحثة للطفل نموذج لسجل الأفكار المختلة وظيفيا وإقناع المفحوص بكتابة المواقف التي تصادفه وذكر انفعالاته وكيفية الاستجابة لها لتناقش في الجلسة الموالية.
- تبيان للطفل انه لا يجب أن يلوم نفسه على انه السبب فيما حدث له لأنه مازال صغير فيجب أن يكمل حياته ويركز على دروسه كما أن هناك أطفال كثيرون يشاركونه في نفس المواقف التي صادفته في حياته(يجدر الإشارة إلى أن الباحثة اهتمت كثيرا بالمصطلحات التي تتحدث بها مع الطفل فمثلا

كانت تتجنب قول كلمة صدمة بدل ذلك كانت تذكر كلمة هذاك الموفق الى صرالك أو اعتداء جنسي تذكر حاجة ماشي مليحة) تجنبنا لأي مضاعفات أخرى للصدمة.

- التطرق إلى ذكر أعراض الضغط ما بعد الصدمة على حياة الطفل كالكوابيس والتبول ... وشرحها للطفل وإمكانية التغلب عليها والأسباب التي تكمن وراء اضطراباته.
- تسجل الباحثة كل السلوكات والانفعالات التي يظهر عليها المفحوص من خلال مراقبتها للتغيرات الفسيولوجية و الجسدية والانفعالية والسلوكية أثناء التحدث عن موقف الاعتداء وعلاقته بالمعتدي وكيفية إدراكه لردة فعل العائلة تجاه لوضعيته.
- تستعين الباحثة بالألعاب أو أشغال يدوية معينة كالمكعبات والرسم للتنفيس الانفعالي وللتخفيف من مشاعر العدائية والذنب والسلوكات العدوانية التي يعاني منها المفحوص.

الجلسة السادسة:

الموضوع: التعرف على الأفكار السلبية ومواجهتها

أهدافها:

- الوقوف على فوائد التخلص من التفكير السلبي
 - تعبير الطفل عن انفعالاته من خلال الأحداث التي تصادفه
 - تعديل الأفكار السلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل إلى أفكار ايجابية.
- الفنيات المستخدمة:** الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بترحيب الطفل وتسليم الواجب المنزلي لتصحيحه أمام الطفل وتناقش أفكاره.
- تسعى الباحثة إلى توضيح العلاقة بين المواقف العنيفة و الانفعالات و السلوكات الناتجة عن الوضعية و الأفكار التي بادرت إلى ذهن المفحوص، و التي تصادفه في حياته اليومية.
- تشجيع المفحوص على التحكم و الضبط الداخلي و ملاحظة أفكاره المشوهة، و تدريبه على التفكير المنطقي و الحوار الذاتي الإيجابي، وهذا من خلال إعطائه واجبات منزلية، نظرا للدور الذي تلعبه في زيادة فعالية و تقدم العلاج سريعا ، إذ أنها الفنية الوحيدة التي كنا نبدأ بها ونختم بها كل جلسة علاجية كما تساهم في درجة التعاون والألفة مع الطفل لكونها تقوي العلاقة العلاجية عندما نكلف

المفحوص بعمل واجبات منزلية، بالإضافة فهي تساهم في اكتشاف العوامل المتعلقة بالمشكلة التي يعاني منها المفحوص.

■ الإصرار على ضرورة تسجيل الأفكار الآلية المختلة وظيفيا والمتعلقة بمشكلته مع توضيح كيفية إجرائها وكنا نقوم بمراجعتها في بداية كل جلسة فهي طريقة ممتازة لتحسين إدراك الأفكار الآلية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما تساهم في تعديل الأفكار التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة والحوار الذاتي بصفة عامة فهي تعمل على تعديل الأفكار بالتالي تعديل الانفعال والسلوك الذي هو محور بحثنا.

■ تسعى الباحثة إلى التخفيف عن أعراض الاكتئاب من خلال النظرة الايجابية للذات والمحيطين بالمفحوص وبالمستقبل الجميل الذي سينتظره عندما يكبر، وللوصول لهذا الهدف استعنا بتقنية الرسم الحر مع التلوين، مع مناقشة الرسومات أي إعطاء التغذية الرجعية للفاحصة، الهدف من وراء الرسم حب الحياة ورؤيتها بشكل ايجابي وتقريب العدوانية أيضا.

■ تقوم الباحثة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في ذكر موقف يصادفه خارج مكتب الاستشارة النفسية وكتابة أفكاره السلبية يومها وكيف تم مواجهتها لتناقش في الجلسة اللاحقة.

الجلسة السابعة:

الموضوع: التدريب على كيفية حماية الذات وعلى مهارات حل المشكلة

أهدافها:

- الوقوف على مفهوم الطفل لذاته وكيفية إدراكه للمواضيع المحيطة به.
- تعزيز إمكانية عدم تعرض الطفل للاعتداء مرة أخرى

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الجلسة بالترحيب بالطفل ومناقشة الواجب المنزلي وكيفية الاستجابة للمواقف الذي صادفه الطفل.
- تسعى الباحثة في هذه الحصة إلى معرفة درجة النجاح التي حققها المفحوص في تغيير أفكاره السلبية بالأفكار الإيجابية، فكل تفكير إيجابي يتبع بتشجيع و تعزيز لفظي من قبل الفاحصة.
- الاعتماد على التعزيز الكلامي للمفحوص مثلا " أنت تستطيع تجاوز هذه الأحداث"، "أنت تملك الإرادة في التغيير".

- تعليم المفحوص مهارات حل المشكلة وبناء طرق للتعامل معها مع استخدام التعزيز في كل مرة يصل إلى النتيجة المرضية
- تدريب المفحوص على حماية الذات و تعزيز إمكانية عدم تعرضه للاعتداء مرة أخرى من خلال تدريبه على توجيه الذات وحمايتها من كل الأخطار التي قد تصادفه والاستجابة لها بشكل ايجابي، ومحاولة إدراكه أن جسمه ملك له ولا احد يجب أن يكشف عنه
- تقديم نماذج عن المواقف والمشكلات التي قد تواجه الطفل وكيفية حلها والتغلب عليها، وهذا من خلال إدراك وجود مشكلة أولا فينتبه إلى انفعالاته وإلى المثير الذي يقلقه، بالتالي التوقف عن التفكير التلقائي من خلال قولنا له: قف وفكر قبل أن تتصرف بمعنى عليه أن يضبط النفس ليكسر الإثارة المفرطة التي تستثير سلوكيات غير مرغوبة فيها، فمن خلال التركيز يتم عرض المشكلة في شكل يمكن حلها بشكل ايجابي بهذا نحدد الهدف مما يسمح بالتفكير نحو السلوك العقلي، من جهة أخرى يفكر بالعواقب الناتجة عن السلوك فهذا سيكشف عن الفعل، مثلا: يقدم إجابات عن الأسئلة مثل لماذا حدث لي هذا؟ كيف يمكنني الخروج من الموقف دون حدوث أذى أو خطأ، فمن خلال النظر إلى النتيجة السبب والعلاقة بينهما يتعلم من النتائج هل وصل إلى الاختيار الجيد أم لا إذ أن فهم الأخطاء يجنب لوم الذات بالتالي يعمل على تغيير التفكير السلبي، وهذا تبعا لما تم تناوله في الحصة السابقة التي نتحدث حول ضرورة تعديل الأفكار السلبية.
- تنتهي الحصة بإعطاء الواجب المنزلي الذي يتمثل في كتابة المشكلات التي تعترضه وكيفية إيجاد حل لها، كما تتشكر الباحثة الطفل وعائلته على الحضور والانضباط في المواعيد.

الجلسة الثامنة إلى التاسعة:

الموضوع: التعرف على معنى تقدير الذات وكيفية تحسينها، العلاقة بين الاضطراب النفسي وتقدير الذات، إعادة تطبيق المقاييس النفسية

أهدافها:

- التعرف على العوامل المؤثرة في تحسين تقدير الذات وعلاقة هذا المتغير بالاضطراب النفسي
- تعليم الطفل إستراتيجية حماية الذات و تعزيز الثقة في النفس.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة بالترحيب الطفل وعائلته، ثم تقوم بتلخيص ما جرى خلال الجلسة الماضية ومراجعة وتصحيح الواجب المنزلي.
- تسعى الباحثة إلى الرفع من تقدير الذات لدى المفحوص من خلال الوقوف على مفهوم الذات وضرورة الشعور بقيمتها وبكفاءتها من خلال الوقوف حول الصفات الإيجابية عند الطفل و شرح أهم مكونات تقدير الذات بطريقة بسيطة تسمح للطفل بفهمها والمتمثلة في الثقة بالنفس، الرضا الذاتي، حب الذات، تأكيد الذات، قبول الذات كما هي، الوعي بها و معرفتها، الاعتزاز بصورة الذات، تكوين أكبر قدر مستطاع من الأفكار الايجابية تجاه الذات، فكل ما يعاكس هذه المعايير ينعكس سلبيا على تقدير الذات لذا استوجب عليه أن لا يرى نقائصه فقط على حساب الايجابيات التي يتمتع بها والتي لا يراها.
- استخدام تقنية إعادة البناء المعرفي للرفع من تقدير ذاته وخفض القلق والتوتر، والنظر إلى الأحداث المؤلمة التي عاشها كإحدى تجارب الحياة، كما تسعى الباحثة إلى تعديل نظرة الطفل السلبية لذاته والمحيط والمستقبل، بالإضافة إلى تغيير بعض العادات السلوكية لديه كالعوانية تجاه الإخوة أو الزملاء وتحسين مظهره الخارجي، التخلي عن السلوك الانسحابي بمعنى العمل على تغيير أفكاره السلبية في كل ما يحيط به والعمل على وعيه قدر المستطاع بذاته التي يجب أن ينظر إليها بنظرة ايجابية.
- تنتقل الباحثة إلى توضيح العلاقة الطردية القائمة بين تقدير الذات و الشعور بالقلق والحزن أي كلما انخفض تقدير ذاته أحس الطفل بارتفاع في درجة القلق وظهرت لديه علامات الحزن أكثر، وكلما ارتفعت درجة تقدير ذاته كلما شعر بالراحة وانخفضت علامات القلق والحزن لديه، بهذه العبارات المبسطة تمكن الطفل من إدراك أهمية تقدير الذات في الحياة.
- تطلب الباحثة من المفحوص القيام بالواجب المنزلي من خلال كتابة كل الصفات الايجابية والسلبية التي يتحلى بها بالمقابل يعدل الصفات السلبية ليتجنبها ويضعها داخل دائرة حمراء و يبقى على الصفات الايجابية لديه.
- في هذه الجلسة تم العودة إلى شبكة سيكا (SECCA) لاكتشاف التغير الذي حدث على أفكار المفحوص و انفعالاته و سلوكياته، كما تم إعادة تطبيق المقاييس المطبقة في البحث: مقياس الضغط

ما بعد الصدمة، مقياس بيرلسون للاكتئاب ،مقياس كوبر سميث لتقدير الذات لمعرفة التغير الذي طرأ على درجات المقاييس الثلاثة.

- تنتهي الجلسة بتحديد موعد للأسبوع القادم و بتعزيز كلامي تبين فيه الباحثة مقدرة المفحوص على تحسين تقدير ذاته مستقبلا و التقليل من درجة الضغط عليه.

الجلسة العاشرة إلى اثني عشرة:

الموضوع: اكتساب مهارات اجتماعية من خلال التدريب على لعب الدور

أهدافها:

- تعلم مهارات اجتماعية جديدة
- الدخول في مواقف اجتماعية بثقة كبيرة من خلال تكرار لعب الدور
- إحداث تغيرات معرفية وسلوكية من خلال تعزيز الحوار الداخلي مع الذات بالتالي القضاء على الأفكار اللاعقلانية.
- خفض الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب.
- زيادة الثقة بالنفس وبالأخرين وتحسين تقدير الذات.

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - لعب الدور - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالمفحوص وتبدأ بمناقشة الواجب المنزلي
- تسعى الباحثة في هذه الجلسة إلى تدريب المفحوص على أحد المهارات الاجتماعية و كيفية اكتسابها للتغلب على مشاعر الخوف والقلق في مواقف اجتماعية مثل مهارات الابتسامة، الضحك، تحية الآخرين، الاهتمام بالمظهر؛ التحدث مع استخدام التعزيز اللفظي... ، و هذا للتخفيف من الشعور بالعزلة الاجتماعية والتغلب على مشاعر العجز والشعور بالذنب لدى الأطفال الضحايا.
- تقوم الباحثة بسرد بعض القصص: هل أنت خائف؟ من الخوف إلى الشجاعة، الصداقة، هذه القصص الصغيرة والمفيدة التي تمنح للطفل فرصة استحضار الأفكار والذكريات التي عاشها تلقائيا كما أنها تنمي عقل الطفل وتغذيه بأفكار وتجارب ومغامرات نهايتها الأمل والنجاح بعد مشقة.
- في هذه الجلسة اشتمل أسلوب تمثيل الأدوار على قيام الأطفال بأدوار الشخصيات الموجودة في بعض القصص التي تم سردها على الأطفال، حيث كانت الباحثة تقوم بسرد القصة مثلا من الخوف إلى الشجاعة، وأثناء القراءة يقوم الطفل بتمثيل الدور الذي تحدده له ، ويشتمل ذلك على إصدار

انفعالات والقيام بحركات مناسبة، وبعد الانتهاء من القصة يعطي للطفل الفرصة للاشتراك في لعب جماعي مع الإخوة، وقد أوضحت الملاحظات أن تمثيل الأدوار أثناء قراءة القصة أدى إلى زيادة حركة الطفل ونشاطه بالتالي خروجه من العزلة النفسية والكآبة التي يعاني منها.

■ تنتهي الجلسة بإعطاء موعد للأسبوع المقبل

الجلسة الثالثة عشرة:

الموضوع: التدريب على النمذجة

أهدافها:

- تغيير أنماط التفكير السيئة غير السوية حول الآباء المتعدين لأطفالهم والتي تؤدي بالطفل لهزيمة الذات.
- التعامل مع مثيرات الخوف والقلق من خلال تقديم بعض النماذج المماثلة لمشاكل الأطفال وضرورة تعديل أفكارهم وسلوكاتهم من خلال نماذج يدركها الطفل ويقتدي بها.
- التعرف على الأفكار العقلانية للنموذج الحي والاقتداء بها

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز - النمذجة - الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالطفل وتطلب منه مدى استفادته من الجلسات الماضية
- تسعى الباحثة في هذه الجلسة إلى تدريب الطفل على اكتساب سلوكيات مناقضة للقلق والتوتر عن طريق النمذجة بواسطة استخدام أفلام وأشرطة فيديو تتضمن تعريض الطفل إلى نماذج حية أو رمزية بحيث يظهرون سلوك اجتماعي مثل الصداقة، التعاون، التسامح، الأخذ والعطاء، طاعة الوالدين مصحوب بتدعيم لفظي خاصة فيما يخص سلوكياته ونشاطاته في المدرسة والمنزل، بالإضافة إلى كيفية مواجهة مثيرات الخوف والقلق ومناقشة أحداث القصة.
- استخدمت الباحثة النمذجة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية، من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتداء بها، بالتالي يتم تعريض المفحوص على النموذج المرغوب تعلمه فيقوم بتقليده بعد ملاحظته مع تعزيز أدائه للسلوك المرغوب، وقد استخدمته الباحثة كثيرا في خفض السلوك العدواني والانسحابي والتمردية وهي سلوكيات غير مرغوبة، فلكي يحدث التعلم بالنمذجة يجب الانتباه

للمنموذج بغية تعلمه ثم الاحتفاظ به في الذاكرة كما يجب على الطفل أن يدرك النموذج ماذا يعني، وسيتم مكافأته على أدائه الجيد في كل مرة.

- تنتهي الجلسة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في قراءة قصص معينة أو تطبيق سلوك محدد ثم مناقشة تعليقاتهم ومدى استفادتهم من طريقة التفكير المنطقية التي ميزت بطل الشخصية لتلك القصة، وهذا لمساعدة المفحوص على تغيير سلوكاته.

الجلسة الرابعة عشرة إلى الخامسة عشرة:

الموضوع: التدريب على التحسين التدريجي

أهدافها:

- التقليل من درجة الخوف والقلق من خلال تعلم استجابة الاسترخاء بدل الخوف
- التعبير الطفل عن مشاعره من خلال المرور إلى الفعل
- الوقوف على أهمية وفوائد التخلص من الأفكار السلبية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالطفل وتدعوه الى مناقشة وتصحيح الواجب المنزلي للحصة الماضية ومدى استفادته وتطبيقه للنماذج المعروضة عليه.
- تخصص الباحثة هذه الجلسة في تدريب المفحوص على التحسين التدريجي المنتظم -التخلص من الحساسية المفرطة- ويتم ذلك في الحالات التي يكون فيها سلوك الخوف المبالغ فيه قد اكتسب مرتبطا بحادثة معينة.
- تقوم الباحثة بعرض المفحوص بالتدريج للمواقف الأقل إثارة للخوف إلى أعلى مستوى في الشدة، بهدف إزالة الاستجابة المرضية لسلوك الخوف وإبدالها باستجابة الاسترخاء.
- تحاول الباحثة تعريض الطفل لموقف غير طبيعي يثير الخوف عنده مثلا قولها له اليوم سيأتي والدك ماذا ستقول له؟ ثم تسأله عن الأفكار الموجودة في باله عن هذا الموقف الذي يعتبره الطفل كموقف يهدده، يثير خوفه، وتبدأ الباحثة في مناقشة أفكاره واحدة تلو الأخرى.

- تقوم الباحثة بتذكير الطفل أسلوب حل المشكلة الذي تعلمه وتطلب منه التنفس العميق ثم إيقاف أفكاره وإعادة صياغتها بشكل ايجابي منطقي وهذا للتخلص من الأفكار التي تحبط الذات وتدمرها، وتدعو الطفل إلى ضرورة الضبط والتحكم الذاتي بهدف نزع الحساسية من الموقف المهدد وكيفية التعامل مع مثل هذه المواقف المحيطة للذات.
- قبل ختام الجلسة تطلب الباحثة من الطفل ذكر وكتابة التغير الذي حدث على معتقداته وأفكاره وسلوكياته في المفكرة اليومية الخاصة بهم.
- تنتهي الجلسة بإعطاء واجب منزلي يتمثل في كتابة موقف يهدده وذكر الأفكار التي راودته وانفعالاته وكيف واجهه.

الجلسة السادسة عشرة:

الموضوع: مراجعة وتلخيص ما دار في الجلسات السابقة

أهدافها:

- مراجعة ما تم انجازه في الجلسات السابقة وما اشتملت عليه من تقنيات
- التركيز على أهم النقاط الأساسية في الجلسات السابقة
- إعطاء التغذية الرجعية عن مدى استفادة المفحوص

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطفل وعائلته وتشكرهم على الحضور.
- تقوم الباحثة بمراجعة ما تم انجازه في الجلسات الماضية وإعطاء التغذية الرجعية عن مدى استفادة المفحوص من خلال الوقوف على
 - ✓ أهمية الاسترخاء في الحياة
 - ✓ ضرورة تعديل الأفكار السلبية ومراقبة الأفكار الأوتوماتيكية وإخضاعها للمنطق
 - ✓ أهمية تقنية الضبط الداخلي وحل المشكلات
 - ✓ ضرورة تنمية الثقة بالنفس لمواجهة المشاكل التي قد تهدده في الحياة
 - ✓ ضرورة تنمية التواصل والتفاعل الاجتماعي في الحياة

- في نهاية الجلسة تشكر الباحثة الطفل على المشاركة في البرنامج العلاجي، تنتهي الجلسة بإعطاء موعد للجلسة المقبلة.

ت-كيفية سير مقابلات التقييم: خصصت لها الباحثة حصتين

الجلسة السابعة عشرة إلى الثامنة عشرة:

الموضوع: الختامية (تقييم البرنامج)

أهدافها:

- تهيئة الطفل لإنهاء البرنامج العلاجي
- تقديم تشكرات لمجموعة البحث
- تقييم فعالية البرنامج من خلال إعادة تطبيق نموذج سیکا والمقاييس النفسية

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - المعززات

الإجراءات المتبعة:

- ترحب الباحثة بالطفل وعائلته وتشكرهم على مشاركتهم في البرنامج وانضباطهم في المواعيد وفعاليتهم في تنفيذ الواجبات المنزلية التي أعطيت لهم وتخبر الطفل أنه الآن قادر على مواجهة أفكاره السلبية ولديه إمكانيات تساعد على مقاومة مشاكل الحياة و ما يحيط بها من أحداث مؤلمة، وضرورة توظيف كل ما تعلمه خلال الجلسات العلاجية في حياته.
- تقوم الباحثة بإعادة تطبيق المقاييس المستخدمة في المقابلات التشخيصية التي كشفت عن الخطوط القاعدية للاضطراب، تتمثل هذه المقاييس في:

1. مقياس الضغط ما بعد الصدمة لنعمات شعبان علوان

2. مقياس الاكتئاب لبيرلسون عند الأطفال

3. مقياس تقدير الذات لكوبر سميث

4. العودة إلي شبكة سیکا (SECCA)

و هذا بهدف التعرف على فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

- تسعى الباحثة إلى معرفة مدى التقدم الذي حدث في نظام التحليل العقلائي لأفكار المفحوص والتقييم العام لصحته النفسية، كما تطلب من المفحوص العودة إلى المختصة النفسية كلما شعر بالحاجة إليها
- تنتهى الجلسة بتحديد موعد آخر بعد شهر للمتابعة.

ث - كيفية سير مقابلات المتابعة الأولى والثانية:

الجلسة التاسعة عشرة إلى الواحد والعشرون:

الموضوع: التأكد من استمرارية فعالية البرنامج

أهدافها: مرحلة المتابعة الثانية بعد شهر من نهاية العلاج (مقابلات التقييم).

الفنيات المستخدمة: الملاحظة - المناقشة - الحوار - التعزيز

الإجراءات المتبعة:

- بعد شهرين من انتهاء العلاج، سعت الباحثة إلى الوقوف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي؛ لجأنا إلى إتباع نفس الإستراتيجية التي اتبعناها أثناء التشخيص، العلاج و التقييم.
- استخدمت فيها المقابلة العيادية، المراقبة الذاتية، الملاحظة السلوكية المباشرة والمقاييس الثلاثة المطبقة في البحث.
- بعد أربعة أشهر من نهاية المتابعة الأولى، تم تحديد موعد آخر أين تم فيها تطبيق نفس المقاييس المطبقة للتشخيص للتأكد من فعالية العلاج المعرفي السلوكي، حيث دام العلاج مدة 10 أشهر كاملة وأسبوعين.

Corrélations

		X	Y
X	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N		
Y	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,950** ,000 30	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

ملحق رقم 18) نتائج حساب الصدق والثبات للمقاييس

بالتجزئة النصفية

Corrélations

			X	Y
Rho de Spearman	X	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	1,000 , 30	,952** ,000 30
	Y	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	,952** ,000 30	1,000 , 30

** . La corrélation est significative au niveau .01 (bilatéral).

Corrélations

		X1	Y1
X1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N		
Y1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,820** ,000 30	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

Corrélations

			X1	Y1
Rho de Spearman	X1	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	1,000 , 30	,842** ,000 30
	Y1	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale) N	,842** ,000 30	1,000 , 30

** . La corrélation est significative au niveau .01 (bilatéral).

Corrélations

		X2	Y3
X2	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N		
Y3	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,879** ,000 30	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

Corrélations

			X2	Y3
Rho de Spearman	X2	Coefficient de corrélation	1,000	,834**
		Sig. (bilatérale)	,	,000
		N	30	30
	Y3	Coefficient de corrélation	,834**	1,000
		Sig. (bilatérale)	,000	,
		N	30	30

** . La corrélation est significative au niveau .01 (bilatéral).