



جامعة دمشق

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

فعالية الإرشاد السلوكي التديمي في خفض المخاوف النوعية لدى عينة من الأطفال

بحث للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

إعداد الطالب

خضر الحسين

إشراف

الدكتور/ رياض نايل العاسمي

الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

2017-2018م

العام الدراسي

1438-1439هـ

نوقشت رسالة

الطالب خضر الحسين

رسالة الماجستير في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

بغنوان

**فاعلية الإرشاد السلوكي التدميمي في خفض المخاوف النوعية لدى عينة من
الأطفال**

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في ٥ / ٣ / ٢٠١٨ م من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم
التالية أسماؤهم :

الاسم	الصفة	التوقيع
الأستاذ الدكتور رياض العاسمي	عضواً مشرفاً	
الأستاذ الدكتور أحمد الزعبي	عضواً	
الدكتورة رافات أحمد	عضواً	

وقد تم إجراء التعديلات المطلوبة، واصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير
في قسم الإرشاد النفسي، تخصص (الصحة النفسية للأطفال والمراهقين).

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ
وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ * الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا
إِلَيْهِ رَاغِبُونَ * أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ
الْمُهْتَدُونَ) البقرة/ ١٥٥ - ١٥٧ "

فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	المحتويات
أ	افتتاحية
ب	الإهداء
ت-خ	فهرس الموضوعات
ز	فهرس الجداول
س	فهرس الملاحق
ش	شكر وتقدير
١٤-١	الفصل الأول: التعريف بموضوع الدراسة
٤-٢	مقدمة
٧-٥	أولاً: مشكلة الدراسة
٨	ثانياً: أهمية الدراسة
٩-٨	ثالثاً: أهداف الدراسة
١٠-٩	رابعاً: فرضيات الدراسة
١٠	خامساً: حدود الدراسة
١٤-١١	سادساً: مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية

٢٦-١٥	الفصل الثاني: الدراسات السابقة
٢٠-١٦	-الدراسات العربية
٢٥-٢١	-الدراسات الأجنبية
٢٦-٢٥	-تعقيب على الدراسات السابقة وموقع البحث الحالي منها.
٧١-٢٧	الفصل الثالث: الإطار النظري
٢٨	تمهيد
٢٨	الفرق بين الخوف الحقيقي والخوف المرضي
٣١-٢٨	الفرق بين المخاوف المرضية والقلق
٣٢-٣١	مخاوف الأطفال وتطورها
٣٤-٣٢	مفهوم الخوف المرضي
٣٧-٣٤	تحليل الخوف المرضي
٤٠-٣٧	مؤشرات تشخيصية
٤١-٤٠	مفهوم المخاوف النوعية:
٤٣-٤١	أنواع المخاوف المحددة
٤٤-٤٣	مؤشرات تشخيصية

٤٩-٤٤	النظريات المفسرة للخوف المرضي
٥١-٥٠	صدمة الطفولة
٥٥-٥١	القلق العام
٥٨-٥٥	علاج المخاوف المرضية
٧١-٥٨	العلاج التدعيمي
٧١	تعقيب
٩٩-٧٢	الفصل الرابع: منهج الدراسة واجراءاتها
٧٢	أولاً- منهج الدراسة
٧٦-٧٣	ثالثاً- مجتمع الدراسة وعينتها
٨٨-٧٧	رابعاً- أدوات الدراسة
٩٩-٨٨	خامساً- خطوات تنفيذ الدراسة
٩٩	سادساً- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية
١٢٩-١٠٠	الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها
١٢٨-١٠٣	أولاً: نتائج فرضيات البحث وتفسيرها
١٢٨	ثانياً: مناقشة النتائج

١٢٩-١٢٨	ثالثاً: مقترحات البحث
١٣٥-١٣٠	ملخص الدراسة باللغة العربية
١٤٤-١٣٦	قائمة المراجع
١٤٤-١٣٦	قائمة المراجع العربية
١٥١-١٤٥	قائمة المراجع الأجنبية
١٩٥-١٥٢	ملاحق البحث
A-E	ملخص الدراسة باللغة الإنكليزية

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
٣١	جوانب الاختلاف بين الخوف والقلق	١
٣٢	تطور المخاوف لدى الأطفال حسب العمر .	٢
٧٠	العملية العلاجية التكاملية في ضوء المحدد والعناصر	٣
٧٥	للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمنى بالشهور	٤
٦٦	للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء	٥
٦٦	دلالة للفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية	٦
٧٧	تجانس أفراد العينة التجريبية والضابطة على مقياس أعراض ما بعد الصدمة	٧
٧٧	تجانس العينتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق	٨
٨٠	الصدق العاملي ونسبة التباين لمقياس المخاوف النوعية	٩
٨١	الاتساق الداخلي لمقياس المخاوف النوعية لكل بند بالدرجة الكلية للبعد	١٠
٨٢	ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس المخاوف النوعية	١١
٨٣	الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية	١٢
٨٣	ثبات مقياس المخاوف النوعية	١٣
٨٥	المقارنة الطرفية لمقياس أعراض ما بعد الصدمة	١٤

١٥	ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس أعراض ما بعد الصدمة	٨٦
١٦	معاملات ثبات مقياس أعراض ما بعد الصدمة	٨٧
١٧	الاتساق الداخلي لمقياس للقلق لكل بند بالدرجة الكلية للبعد	٧٨
١٨	معاملات الثبات لمقياس القلق	٧٩
١٩	الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية	١٠١
٢٠	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المخاوف النوعية في القياس البعدي	١٠٤
٢١	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية في القياسين البعدي والمؤجل	١٠٦
٢٢	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية في القياس المؤجل	١١٠
٢٣	الفروق بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة	١١١٠
٢٤	الفروق في القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس أعراض الصدمة	١١١
٢٥	الفروق في القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصدمة	١١٢
٢٦	الفروق في القياس المؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصدمة	١١٣
٢٧	الفروق بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق	١١٥
٢٨	الفروق بين القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق	١١٦

١١٦	الفروق بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق	٢٩
١١٧	الفروق بين نتائج القياس المؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق	٣٠
١١٩ - ١٢٠	درجات لدى المجموعة التجريبية والضابطة في القياسات الثلاثة في المخاوف المحدد	٣١
١٢٠	تحليل التباين الأحادي لكل قياس من مقياس المخاوف المحدد	٣٢
١٢١	حساب حجم الأثر بطريقة مربع أيتا	٣٣
١٢١ - ١٢٢	بيان تفصيلي لحجم الأثر لدى أفراد المجموعة التجريبية في أعراض المخاوف المحدد	٣٤
١٢٢	حجم الأثر في خفض أعراض الصدمة	٣٥
١٢٣	بيان حجم الأثر في القلق	٣٦
١٢٥ - ١٢٦	حجم الأثر على مقياس أعراض الصدمة	٣٧
١٢٥ - ١٢٦	بيان الدرجات الخام لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة في مقياس القلق	٣٨
١٢٦	الفروق بين القياسات القبلي والبعدي، والبعدي والمؤجل على مقياس القلق	٣٩
١٢٧	مقارنة حجم الأثر في القياسات الثلاثة على مقياس القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية	٤٠

فهرس الأشكال البيانية

الصفحة	عنوان الشكل	الشكل
١٠٣	الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية	١
١٠٥	الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية في القياس البعدي	٢
١٠٦	الفروق بين القياس البعدي والمؤجل على مقياس المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة التجريبية	٣
١٠٨	الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس المؤجل على مقياس المخاوف النوعية	٤
١١٢	الفروق بين درجات القياس القبلي والبعدي في الصدمة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية	٥
١١٣	الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في الصدمة النفسية في القياس البعدي	٦
١٢٣	حجم الأثر في خفض المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة	٧
١٢٥	حجم الأثر لأعراض ما بعد الصدمة لأفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة	٨
١٢٦	حجم الأثر في القياسات الثلاثة لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض الصدمة في القياسات الثلاثة	٩
١٢٨	الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة في القلق	١٠

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الملحق
١٨٧-١٥٢	البرنامج الإرشادي	١
١٩٠-١٨٨	المخاوف النوعية	٢
١٩٢-١٩١	أعراض الصدمة النفسية	٣
١٩٥-١٩٣	مقياس القلق الظاهر	٤

(شكر وتقدير)

الحمد لك يا الله كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، أحمده يا الله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه ملء السماوات والأرض وما بينهما، أحمده يا الله عدد خلقك وزنة عرشك ومداد كلماتك، أحمده يا الله حمد الشاكرين العارفين بنعمائك ، وأصلي وأسلم علي خير رسلك وخاتم أنبيائك سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم المبعوث معلماً للبشرية وهادياً ومبشراً ونذيراً.

وبعد،،،

لا يسعني إلا أن أتوجه بأسمى معاني الشكر والعرفان بالجميل لكل من ساعدني في إتمام هذا العمل وساهم في بناء الباحث.

وأقدم بخالص شكري وتقديري وامتناني لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور/ رياض نايل العاسمي أستاذ العلاج النفسي ورئيس قسم الإرشاد النفسي بكلية التربية جامعة دمشق الذي أفاض عليّ من علمه الغزير، وغمرني بعطائه الجم وخلقه السمح وخبراته العميقة فكان لي أستاذاً معلماً ومشرفاً موجهاً وناصحاً أميناً منذ تسجيل هذه الدراسة إلى نهايتها، فجزاه الله عني خير الجزاء .

كما أتوجه بأسمى معاني الود والامتنان والتقدير لأساتذتي الأفاضل أعضاء لجنة الحكم الدكتور أحمد الزعبي الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي والدكتورة رافات أحمد المدرسة في قسم الإرشاد النفسي اللذين سوف يمدوني بالكثير من إرشاداتهم ووقتهم ولم يخلوا عليّ بعلمهم الغزير وأخلاقهم السامية فكانوا نعم الموجه والمشرف بخبرتهم وثقافتهم وعلمهم الغزير، فجزاهم الله عني خير الجزاء .

كما أتوجه بأسمى معاني الود والامتنان والتقدير لأستاذتي الفاضلة الدكتورة/ أمل الأحمد عميدة الكلية، ووكيلي الكلية، وأعضاء قسم الإرشاد النفسي.

أخيراً، إن كنت قد وفقت فذلك من فضل الله يؤتيه من يشاء، وإن كنت قد قصرت فمن نفسي، وما توفيقى إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب.

الباحث

الفصل الأول

مدخل للتعريف بالبحث

مقدمة

مشكلة البحث ومبرراته

أهمية البحث

أهداف البحث

فرضيات البحث

حدود البحث

مصطلحات البحث والتعريفات الإجرائية

الفصل الأول

مدخل للتعريف بالبحث

المقدمة:

تُعَدُّ الانفعالات قاسماً مشتركاً بين البشر، كما تعد الحواس من المداخل الطبيعية للانفعالات. فنحن ننفعل لما نراه أو نسمعه أو نحسه أو نشمه أو ما نفكر فيه. لذا، فمن الطبيعي أن يتأثر انفعال الشخص من حيث النوع والدرجة إذا نقصت لديه حاسة من هذه الحواس أو قلت كفاءتها. وتلعب الانفعالات دوراً مهماً في توجيه حياة الإنسان، فهي مفيدة لأنها تشبه صمام الأمان وناقوس الإنذار، حيث تنذر صاحبها بأنه مقبل على حالة طوارئ، وتنبهه إلى وجود مواقف تستدعي ردود فعل غير عادية، ولا ينحصر دور الانفعالات في الإنذار فقط، بل إنها تحفز الإنسان وتعدّه لمواجهة المواقف الجديدة. ويرى (الأزرق، ١٩٩٣، ١٩) إن انفعال الخوف مثلاً ينبه المرء للخطر، وينبّهه لمواجهة الموقف بالهجوم أو الفرار.

والانفعال كاستجابة له ثلاثة جوانب : وجداني (Affective)، وسلوكي (Behavioral)، و معرفي (Cognitive)، أما عن الجانب الأول فهو جانب وجداني شعوري ذاتي، حيث يميل إحساس الشخص المنفعل بانفعاله. بينما الجانب الثاني هو جانب سلوكي يتمثل في السلوك الخارجي كالحركات التعبيرية. أما الجانب الثالث فهو الجانب المعرفي الذي يسعى به الفرد المنفعل نحو الهدف الذي يعيد إليه حالة الاستقرار، كالهرب في حالة انفعال الخوف (عبد القوي، ١٩٩٥، ٢٣١).

ويُعد انفعال الخوف (Emotion of Fear) واحداً من أهم ميكانيزمات الدفاع الأولية للحفاظ على الذات وبقائها لدى الإنسان، وهي وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضاً لدى الكائنات الأخرى. وبناء على هذا، فالخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية، ويظهر في أشكال متعددة ودرجات متفاوتة بين الحذر والحيلة إلى الهلع والفرع والرعب وربما الهروب، وكلما كانت درجة الخوف في الحدود المعقولة وغير متطرفة كان الإنسان سوياً ومرتزناً في المواقف التي تثير الانفعالات السلبية لديه، حيث يمكنه التحكم في انفعاله، بينما إذا كانت درجة الخوف كبيرة بحيث يتعذر معها السيطرة والتعقل فقد يعاني من مشكلة نفسية. فعندما يبدي الفرد خوفاً مرتبطاً بموضوعات أو مواقف لا تتطوي على تهديد حقيقي أو خطر واقعي، فإنه بذلك يعاني من خوف مرضى Phobia (الشربيني، ١٩٩٤، ١١٣).

فالمخاوف المعقولة أو الطبيعية تعد أمراً مألوفاً لدى كثير من الناس في حياتهم، بل هي أساسية وضرورية لبقاء الكائن الحي. فالطفل يتعلم مجموعة من المخاوف؛ بعضها يساعده على حفظ ذاته وعلى تجنب الوقوع في الخطر. والأطفال عموماً يخافون من موضوعات ومواقف محددة، وإن جزءاً من هذه المواقف واقعية وملموسة، وتحمي الطفل من التعرض لمخاطر، كالسيارات في الشوارع، ومن الارتفاعات العالية، والخوف من المدرسة، أو أماكن الانفجارات... الخ. كما يرى العلماء في مجال علم النفس النمو أن كل مرحلة من مراحل عمر الإنسان تقتزن بنوع معين من المخاوف بشكل منتظم والتي تغلف نموه الطبيعي، ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن هذه المخاوف ستؤثر على حياة الطفل فيما بعد أو تسبب مشكلات له في المستقبل. فقد يستجيب الأطفال للخوف عند مواجهة الغرباء ويفزعون من الأصوات العالية والأحداث الغريبة والحركات غير المتوقعة، ولكنهم يتابعون حياتهم ونموهم في كافة المجالات. ويعد خوف الأطفال من الحيوانات في سن الثانية أو الثالثة من العمر طبيعياً، ولاحقاً من المخلوقات الخيالية والظلام. فمن الطبيعي أن يخاف ابن الأربع أو الخمس سنوات في الظلام من الأشباح، ولكن عندما لا يستطيع الطفل النوم بسبب هذه المخاوف أو عندما تستمر هذه المخاوف في السنوات اللاحقة عندئذ تكون هذه المخاوف مرضية، ويحتاج الوالدين للمساعدة من أجل التعامل مع الموقف (العاسمي، ٢٠٠٨، ٣٥).

يبدو مما سبق، إن الخوف هو انفعال يشعر به الإنسان في بعض المواقف الخطرة أو المندرة بالخطر التي يصعب مواجهتها ويسلك فيها سلوكاً يبعده عن مصدر الضرر (عبد الرحمن، ٢٠٠٩، ٣). ويذكر أوتوفينخل (Ottofenichel، ١٩٦٩) أن الاستجابات العصبية الأولى للأطفال تتخذ - كقاعدة عامة - صورة هستيريا القلق، حيث يخط "فينخل" بين "الفوبيا" و"هستيريا القلق" ويعدّهما مترادفين، بينما يفرق بين عصاب القلق وهستيريا القلق؛ ففي عصاب القلق هناك توتر داخلي عام يترجم عن نفسه في قلق دائم يطفو طليقاً أو في استعداد للقلق. أما في هستيريا القلق فإن القلق يرتبط نوعياً بموقف خاص يمثل الصراع العصبي. فالشخص السوي أمام الخطر يستحدث نوعاً من الخوف تستفيد منه الأنا، بينما الشخص العصبي يستجيب لخطر واقعي بالذعر بدلاً من أن يشعر بالخوف، فإنه بالطريقة نفسها يستجيب لخطر وهمي بالذعر والخوف الشديد. وتتعدد أشكال المخاوف تبعاً لموضوعاتها التي تستثير القلق الشديد، كالخوف من الحيوانات مثل: الحشرات والقطط والكلاب والخوف من وقوع المرض أو الأذى أو الموت أو القتل أو عضة الكلب، والخوف من الأماكن المفتوحة أو المزدحمة أو الضيقة أو العالية، والخوف من الظلام أو الوحدة أو الأشخاص الغرباء، والخوف من الأماكن الخطرة، كالمصاعد أو الطائرات والخوف من بعض الأفكار كالانتحار أو الخوف نفسه (القريطي، ١٩٩٨، ٣١٣).

غالباً ما تصنف المخاوف والرهابات المحددة Specific Phobias بأنها مشكلات سلوكية، وهي شائعة نسبياً بين الأطفال والمراهقين. وقد أجريت دراسات متعددة لمخاوف الأطفال والمراهقين من بينها دراسة وول (Wall, 1987)، حيث استخدم (١٧٠١) من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (١-٢٦) عاماً، حيث وجد العديد من المخاوف المشتركة: العواصف والرعد، والزواحف، والغرباء، والظلام، والحرائق، والموت، والحيوانات المحلية والمرض والحيوانات البرية والمائية. وبالرغم من هذه البداية المبكرة، إلا أن الباحثين لم يركزوا على المنهجية العلمية للتعامل مع هذه المشكلات، وأغلب هذه الدراسات ركزت على العلاج السلوكي، واستراتيجيات الدعم النفسي، والتي أظهرت نتائجها فعالية جيدة في التعامل مع أعراض المخاوف المرضية.

ومما لاشك فيه، أن الأطفال الذين تعرضوا لأزمات وكوارث الحرب وما ينتج عنها من صدمات ومخاوف وأخطار تهدد حياتهم وازدحامهم النفسي، قد لا يستطيعون الحصول على وسائل العلاج النفسي. لذلك، تبرز الحاجة إلى استخدام العلاج النفسي التدميمي الذي يتميز بسهولة التطبيق عملياً، وتوفير الوقت، ويهدف عادة إلى إعادة التوازن الانفعالي للفرد وضبط التوتر، ويعمل على إزالة أو التقليل من الأعراض المرضية دون الوصول إلى مستوى إعادة بناء الشخصية، إضافة إلى ما يتضمنه من دعم وتشجيع للأطفال الذين يكونون في أمس الحاجة إلى ذلك (نوفاليس وآخرون، ١٩٩٨، ١٠-١٣).

كما يرى (نوفاليس وآخرون، ١٩٩٨، ٩-١٠) أن العلاج النفسي التدميمي هو العلاج الذي يقوم فيه المعالج بدور إيجابي نشط وتوجيهي لمساعدة المريض، ورفع كفاءة قيامه بوظائفه النفسية وزيادة مهارته في المجابهة، ومحو اهتمام العلاج تحسين السلوك والمشاعر الذاتية دون الاستبصار أو فهم الذات. ويتميز العلاج التدميمي بانفتاحه وعدم اعتماده نظرية شاملة ومحددة واستخدامه وسائل ثبتت من الخبرة نجاحها في التوصل إلى طرق لتغيير الناس، كما أن حالة المريض هي التي تحدد نشاط المعالج وفنياته. بينما يركز العلاج السلوكي على جوانب: تحليل السلوك (ABA)، العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، ونظرية التعلم الاجتماعي. بينما يركز العلاج التحليلي للسلوك ABA على الإشراف الإجرائي الفعال لتعديل السلوك بعد إجراء تقييم السلوك الوظيفي (Antony & Hood, 2003).

ونتيجة لذلك، سوف يتناول الباحث في بحثه الحالي عينة من الأطفال الذين يعانون من المخاوف النوعية الناتجة عن الصدمات حول الوضع الأمني في سورية، وذلك باستخدام بعض فنيات الإرشاد السلوكي التدميمي بهدف خفض هذه المخاوف لدى عينة من الأطفال، علماً أن بعض من هؤلاء الأطفال قد تلقوا بعض الخدمات النفسية في المدارس ومراكز الإيواء، لكن هذه الخدمات لم تقدم الفعالية الكافية لأولئك الذين يعانون من المخاوف النوعية. لذلك، فإن البحث الحالي سوف يكون معززاً للدعم النفسي الذي يتلقاه هؤلاء الأطفال في مراكز الإيواء في محافظة حمص.

أولاً: مشكلة البحث ومبرراته

تشير الدراسات التشخيصية إلى أن الاضطرابات والأمراض النفسية تظهر لدى (7%) من الأطفال والمراهقين حتى سن الثامنة عشرة. وتعد المخاوف النوعية إحدى أنواع اضطرابات القلق والتي تشترك مع الأنواع الأخرى من المخاوف في أعراضها النفسية، ولكنها أكثر شيوعاً منها، بمعدل تقديري سائد هو (4,6%) (Waddell et al, 2003, 6)؛ (Perlman, & Landolt, 1999).

وتُعدّ الرهابات النوعية أو المخاوف المرضية النوعية كما يطلق عليها أحياناً من بين أكثر المشكلات النفسية شيوعاً لدى الأطفال من ضحايا الحروب والكوارث الطبيعية (Kessler et al., 2005)، ومع ذلك نادراً ما تكون المخاوف النوعية السبب الرئيسي لدى الأفراد الذين يسعون إلى العلاج (Brown et.al, 2001). بالرغم من وجود اعتقاد خاطئ وشائع بأن المخاوف النوعية هي انفعالات واضحة ومحددة وغير معقدة. وبالإضافة إلى ذلك، فالمخاوف المرتبطة بالمخاوف النوعية تقتصر عادة على المحفزات الرهابية ونادراً ما ترتبط بالقلق البعيد عن الموقف الرهابي. حيث يعتقد البعض أن المخاوف النوعية هي بالضرورة أقل شدة من اضطرابات القلق الأخرى، غير إن الصور السريرية لها تظهر في كثير من الأحيان عكس ذلك، ويعاني الأطفال ذوي الخوف المرضي النوعي الكثير من ضغوطات الحياة، مثل الفشل في الحصول على الرعاية الطبية اللازمة، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وانخفاض التحصيل الدراسي، وبالإضافة إلى ذلك ترتبط المخاوف المرضية في بعض الأحيان مع مجموعة أعراض معقدة، بما في ذلك الأعراض الفسيولوجية، والسلوكيات غير التكيفية والتجنب، واضطراب الإدراك.

وقد تنوعت نتائج الدراسات السابقة حول علاج مخاوف الأطفال، فمنها ما أكد على تفرد العلاج المعرفي السلوكي في هذا المجال متمثلاً بالتعرض المتراكم بالاسترخاء، ومنها ما أكد الحاجة للعلاج الدوائي مع التعريض للحدث الصادم، أو خفض الحساسية المنتظم، ومنها ما أكد على أهمية العلاج المعرفي، ومنها ما أكد على أهمية العلاج التدعيمي (Hood, 2012, 32-43)؛ (Battaglia, 2007, 27).

وتبين الدراسات السابقة التي اهتمت بنسب انتشار المخاوف المرضية النوعية أنها تمثل معظم المخاوف التي يعاني منها الأطفال، فقد أشارت دراستين في نيوزيلندا أن معدلات انتشار المخاوف النوعية تقدر بـ (2,4%) لدى الأطفال الذين تبلغ أعمارهم (11) سنة . كما تتراوح نسب هذه المخاوف بـ (3,6%) لدى الأطفال الذين تبلغ أعمارهم (10) سنة (McGee et al, 1990). وفي ألمانيا ذكرت دراسات أن نسبة المخاوف النوعية تقدر بـ (3,5%) لدى الفئة العمرية (12-17) (Essau et.al, 1999). بينما أسفرت نتائج دراسة عبد الرحمن (1988) عن وجود فروق دالة بين مجموعة العلاج باللعب غير الموجه ومجموعة العلاج

بالتحصين التدريجي لصالح مجموعة العلاج باللعب غير الموجة الذين يعانون من المخاوف المرضية لدى طلاب المرحلة الابتدائية، ووجود فروق دالة بين كل من المجموعة الضابطة والمجموعتين التجريبتين لصالح المجموعتين التجريبتين اللاتي عولجتا بالتحصين أو اللعب غير الموجة. بينما أشارت نتائج الدراسات الأجنبية إلى فاعلية الإرشاد التديمي في خفض أعراض المخاوف النوعية؛ فدراسة زيترين وكلاين (Zitrin & Klein, 1988)؛ (Note, Albuissou, et al., 2000) أظهرت أن الغالبية العظمى من أفراد المجموعات التجريبية قد تحسّنوا بشكل ملحوظ، بالنسبة لرهاب الخلاء والرهاب المختلط، والخوف المرضي من المدرسة. بينما أشارت نتائج دراسة أوست وآخرون (Ost, et al., 2001) حول معالجة المخاوف النوعية عند الأطفال بجلسة واحدة إلى أن العلاج له تأثير كبير في السيطرة على الخوف بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. كما أظهرت نتائج دراسات كل من: مايز وآخرون (Mayes, et al., 2013)، وروبيرتس وآخرون (Roberts et al., 2015) وسبنس وآخرون (Spence et al., 2015)، انخفاض في أعراض الرهاب لدى الأطفال. ويشير (مجيد، ٢٠١٢) إلى أن نتائج دراسة رواندلون وإديرجروف (Adyregrov, Raundalon) والتي أجريت على الأطفال العراقيين الذين شهدوا أحداث قصف وتفتير ملجأ العامرية إلى شعور الأطفال بالخوف من فقدان عائلاتهم والاكنتاب وسرعة البكاء والشعور بالغضب وعدم الاستقرار والخوف والقلق ومشكلات النوم وتوقع السوء، بالإضافة إلى ضعف التذكر، والانزعاج ومشكلات في الانتباه نجاز العمل المدرسي الاجتماعي وعدم التمتع في اللعب مع الأصدقاء، وقلة المشاركة في النشاطات الرياضية. أما دراسة (الجلبي والتميمي، ١٩٩٤) التي أجريت على عينة من أطفال العراق ممن شهدوا أحداث الحروب والتجيرات والقصف، فقد أظهرت نتائجها أن أهم الأعراض النفسية التي يظهرها الأطفال هي الشعور بالخوف والقلق والتهيج وسرعة الغضب والاكنتاب والخمول وقلة النشاط والرغبة في الحصول على الأشياء والكذب والإحساس بالتهديد والخطر والسلوك العدواني ومص الأصابع ومشكلات في النطق والآلام الجسمية المتمثلة في الصداع وآلام المعدة والدوار والإغماء واليرقان وفقر الدم وغيرها. ويشير (ثابت، ٢٠٠٠) و(مهنا، ٢٠٠٨) إلى أن أكثر الأعراض النفسية شيوعاً لدى أطفال قطاع غزة ممن شهدوا أحداث الحروب هي اضطرابات القلق ومشاعر الخوف والعدوانية والذهول واضطرابات الاكنتاب والعصبية الشديدة والخوف المرضي.

ومعظم الدراسات السابقة ركزت على الأطفال والمراهقين للتعرف إلى نسب انتشار المخاوف النوعية وآثارها النفسية، بينما استهدفت الدراسات التجريبية التحقق من فعالية التدخلات العلاجية باستخدام أساليب مختصرة، على سبيل المثال: النمذجة، والتعرض، والتحصين التدريجي، وضبط الذات وغيرها من التدخلات السلوكية للحد من أعراض المخاوف النوعية لدى هؤلاء الأطفال والمراهقين. وقد أشارت بعض الدراسات إلى فعالية العلاجات السلوكية المدعمة تجريبياً وخصوصاً العلاجات الجماعية القائمة على النمذجة وضبط الذات

والاسترخاء العضلي في علاج الخوف من الأماكن المغلقة، ورهاب الطيران (Ollendick, et al., 1998). لكن تلك الدراسات السابقة لم تتناول فعالية العلاجات التدعيمية في خفض أعراض المخاوف النوعية لدى الأطفال الذين تعرضوا لمخاوف شديدة جراء العمليات العسكرية التي تشهدها سوريا والذين لم يستفيدوا كثيراً من أشكال الدعم النفسي/ الاجتماعي في التخفيف من حدة هذه المخاوف النوعية والأعراض المصاحبة لها، مثل القلق العام، وأعراض الصدمة النفسية.

ويرى الباحث أن أفراد العينة المقصودة بالبحث الحالي هي عينة من الأطفال الذين يتلقون الدعم النفسي، لكن هذه البرامج المقدمة لهم من قبل العاملين في مؤسسات الدعم النفسي لم تؤهل الأطفال نفسياً للتغلب على مشكلاتهم وخصوصاً المخاوف النوعية التي يعانون منها، لذلك فقد أشارت الدراسات العلمية في هذا المجال إلى أن الأطفال الذين تقدم لهم خدمات المساعدة النفسية في مراكز الإيواء لم تصل إلى نتائج إيجابية، فقد أشار كل من (Menzies & Jones, 1998) ؛ (McCabe & Antony 2008) أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى برامج في الدعم النفسي على مستوى العلاج (المرحلة الرابعة من الدعم النفسي) وهي المرحلة التي تحتاج إلى تدخل علاجي على المستوى الطبي والنفسي. ومن هذا أشار (Craske et al., 2013) إلى أن برامج الإرشاد النفسي السلوكي التدعيمي التي تربط بين فنيات الإرشاد السلوكي وأساليب الدعم النفسي أثبتت فعاليتها في الحد من أعراض الاضطرابات التالية للصدمة نتيجة للحروب والكوارث، ومنها المخاوف النوعية. لذا ، سوف يوضح الباحث فاعلية العلاج القائم على الإرشاد التدعيمي لخفض أعراض المخاوف النوعية. وفي هذا الصدد يأمل الباحث أن تؤدي هذه الممارسات التدخلية مع هؤلاء الأطفال إلى تعزيز فهمنا لمخاطر المخاوف النوعية ليس لدى أطفال العينة وأسرها فحسب، بل أيضاً لتحديد التدخلات الفعالة ونشرها.

وحسب إطلاع الباحث للأبحاث في البيئة السورية لم يجد أي دراسة تناولت هذه المتغيرات لدى هذه الفئة باستخدام الإرشاد السلوكي التدعيمي للأطفال الذين يعانون من المخاوف المحددة، وكل ما هو موجود مقتصر على نوع من الدعم النفسي التروحي الذي لا يرقى إلى المستوى العلاجي المطلوب.

وفي ضوء ما سبق، تتحدد مشكلة البحث بالسؤال الآتي:

ما مدى فعالية برنامج قائم على تقنيات الإرشاد السلوكي التدعيمي في خفض حدة بعض أعراض المخاوف النوعية لدى عينة من الأطفال في محافظة حمص؟

ثانياً: أهمية البحث:

تتجلى أهمية البحث الحالي في الآتي:

الأهمية النظرية:

- ١- تسليط الضوء على المخاوف النوعية وأشكال العلاج والإرشاد النفسي التي تتعامل مع تلك المخاوف، وخصوصاً الإرشاد النفسي السلوكي التدعيمي.
- ٢- الوصول إلى تشخيص دقيق حول طبيعة هذه المخاوف والآثار النفسية المصاحبة لها لدى أفراد العينة المستهدفة في البحث الحالي.
- ٣- يتناول هذا البحث عدداً من المخاوف المرضية الناتجة عن الصدمة لدى الأطفال والتي لم يتم تناولها من قبل في البيئة المحلية والعربية في حدود علم الباحث.

الأهمية التطبيقية:

- ١- إن النتائج التي سوف يسفر عنها البحث الحالي من المتوقع أن تكون أرضية خصبة للعاملين في مجال الدعم النفسي في المؤسسات والمنظمات المهتمة بذلك، وذلك من أجل مساعدتهم على التعامل مع هذه الحالات التي تعاني من المخاوف النوعية الناتجة عن صدمة الحرب.
- ٢- تقديم مجموعة من التصورات والمقترحات لوضع برامج إرشادية مختلفة تعالج بعض المشكلات السلوكية والانفعالية لدى هؤلاء الأطفال والتي يمكن الاستفادة منها الأهل والعاملين في مجال الدعم النفسي.

ثالثاً: أهداف البحث

يتمثل الهدف العام لهذا البحث في الإسهام في فهم المخاوف والقلق والمخاوف النوعية لدى الأطفال في محافظة حمص ممن تعرضوا للمخاوف نتيجة للأزمة السورية، وذات الصلة بالانفجارات وأصوات القذائف، والانفصال عن الأهل، ومنظر الدماء والسلامة الجسدية، والتي سببت لهم مشكلات سلوكية ونفسية متمثلة في القلق، والهلع، والحركات النمطية والأحلام والكوابيس المتعلقة بتلك المثيرات التي أثارت لديهم هذه المخاوف. إضافة إلى دراسة سلوك الطفل في علاقته بوالديه، وتقديم برنامج سلوكي تدعيمي قائم على أسلوب الإرشاد السلوكي الموجه أو القائم على الطفل في الحد من هذه المخاوف النوعية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال. أما الأهداف الخاصة لهذا البحث فتتمثل في الآتي:

١- تعرف مدى فعالية الارشاد السلوكي التدعيمي في خفض حدة المخاوف النوعية الناتجة عن الصدمة والمتغيرات الأخرى، مثل: أعراض الصدمة والقلق لدى أطفال العينة التجريبية في القياس البعدي والقياس المؤجل مقارنة بالمجموعة الضابطة.

٢- تعرف حجم الأثر الذي أحرزه البرنامج في الحد من أعراض المخاوف النوعية لدى عينة أطفال المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة على المستوى الكمي.

٣- تقديم رؤية متكاملة لآلية علاج المخاوف النوعية باستخدام العلاج أو الإرشاد التدعيمي لدى عينة من الأطفال، وذلك بغية الاستفادة من هذا النوع من التدخل في التعامل مع الحالات الأخرى من المخاوف، والتي يمكن أن تساعد الآباء والمرشدين النفسيين والعاملين في مجال خدمات الدعم النفسي للحد من هذه المخاوف لدى الأطفال.

رابعاً: فرضيات البحث:

يسعى البحث إلى اختبار الفرضيات الآتية:

- ١- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي.
- ٢- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في المخاوف النوعية في القياس البعدي.
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في المخاوف النوعية في القياس البعدي والمؤجل(متابعة).
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المخاوف النوعية في القياس المؤجل.
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم على المقياس نفسه في القياس البعدي".
- ٦- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض الصدمة في القياس البعدي".
- ٧- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة في القياسيين البعدي والمؤجل.

- ٨- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس أعراض الصدمة في القياس المؤجل".
- ٩- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق العام في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم على المقياس نفسه في القياس البعدي".
- ١٠- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياس البعدي ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق العام".
- ١١- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق العام في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم على مقياس القلق العام في القياس المؤجل".
- ١٢- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق العام في القياس المؤجل".
- ١٣- لا يوجد تباين لحجم الأثر في درجة التحسن على المستوى الكمي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي والبعدي والمؤجل في متغيرات الدراسة (المخاوف النوعية، أعراض الصدمة، والقلق العام)".

خامساً: حدود البحث

تتمثل محددات البحث في الآتي:

الحدود البشرية: عينة من الأطفال الذين يعانون من المخاوف المرضية النوعية التي تعرضوا للصدمة النفسية جراء الأعمال القتالية التي يقوم بها الجيش السوري ضد الإرهابيين في محافظة حمص والبالغ عددهم (٣٦) طفلاً وطفلة ممن تراوحت أعمارهم بين (٩-١٢) عام.

الحدود الموضوعية: استخدام في هذا البحث المنهج شبه التجريبي، وبرنامج قائم على فنيات الإرشاد السلوكي التدعيمي للحد من المخاوف النوعية والأعراض المرضية المصاحبة لها لدى أفراد العينة التجريبية مقارنة بأفراد العينة الضابطة.

الحدود المكانية: مركز الزهراء المجتمعي للهلال الأحمر في مدينة حمص.

الحدود الزمانية: تم تطبيق البرنامج خلال العام الدراسي عام ٢٠١٦ / ٢٠١٧ م، حيث امتد على خمسة شهور من الشهر الأول وحتى الشهر الخامس. وكان الشهر الأول لاختيار العينة، وامتدت جلسات البرنامج على الشهور الثاني والثالث والرابع بواقع جلسة في الأسبوع، وتلتها جلسة المتابعة بعد حوالي الشهر ونصف من انتهاء البرنامج.

سادساً: مصطلحات البحث والتعريفات الإجرائية

١-الخوف المرضي Phobia

هو خوف غير منطقي يؤدي إلى تجنب شعوري للموضوع أو الموقف المخيف، حيث يثير كل من التوقع أو الحضور لوجود الخوف توتر حاد في الشخص الذي يدرك أن رد فعله زائد مما يؤدي إلى خلل في قدرة الشخص على القيام بعمله في الحياة (Harold & Benjamin 1996, 311).

وتعرف المدرسة السلوكية الخوف المرضي بأنه: رعب مرضي من موضوع غير متناسب مع التهديد الفعلي الذي يمثله هذا الموضوع، وهم يرون أن الخوف المرضي عبارة عن خوف مزاح ينشأ بطريقة مختلفة عن المخاوف التشريطية. وفي حالة المخاوف التشريطية يكون الخوف ناجماً عن خبرة سيئة مباشرة مع الموضوع المخيف، بينما في حالة المخاوف المرضية يكون الخوف مزاحاً من الموضوع الأصلي إلى موضوع بديل، كأن يكون إزاحة الخوف من الابتعاد عن الأم إلى موضوع خارجي مثل المدرسة، حيث يفتعل الطفل هذا الخوف ويستثمره للبقاء بجانب الأم (العاسمي، ٢٠٠٨، ١٢٣).

-المخاوف النوعية Specific Phobia:

هي مخاوف تقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوانات معينة، الأماكن المرتفعة، الرعد، الظلام، الطيران، الأماكن المغلقة، التبول أو التبرز في مراحيض عامة، تناول مأكولات بعينها، طيبب الأسنان منظر الدم أو الجروح، والخوف من التعرض لأمراض معينة. وبالرغم من أن الموقف المثير محدود، إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما في حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي، وتبدأ أنواع المخاوف النوعية عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابي. ويتميز الخوف في الرهاب المحدد بأنه غير متذبذب بعكس رهاب الخلاء. وأهم الموضوعات الشائعة في اضطراب الرهاب المحدد هو الخوف من التلوث البيئي والإشعاعي والعدوى بالأمراض التناسلية وحديثاً زملة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٥-١٣٦)؛ (DSM-IV, 1994, 414- 415).

كما تُعرف المخاوف النوعية بأنها: خوف دائم وغير معقول ناجم عن وجود أو فكرة وجود كائن معين أو حالة ما تسبب لدى الشخص القلق الشديد أو تجنب الوضع تماماً (Thorpe & Salkovskis, 1995).

ويعرف الباحث المخاوف النوعية الناتجة عن الصدمة حسب نوع المخاوف التي يستهدفها البحث: خوف مبالغ فيه من الرصاص أو الصواريخ أو التعرض لإطلاق النار أو الخوف من القناصين والقنص أثناء

الحروب، والذي يمكن قياسها بالمقياس المستخدم في البحث الحالي، والذي يتكون من (٣٠) عبارة موزعة على عدة أبعاد هي: الرعب من الأصوات والانفجارات، التجنب والابتعاد عن المواقف الخطرة، الخوف من الأشياء والمواقف المرعبة، فقدان والخسارة، حيث تشير الدرجة المرتفعة على أن الطفل يعاني من المخاوف النوعية، بينما يشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض في مستوى تلك المخاوف.

٢- الصدمة Truama

الصدمة النفسية: هي نوع من الأضرار التي لحقت بالصحة النفسية التي حدثت نتيجة لمثير مزعج للغاية، هي الناجمة عن مصدر خارجي.

وتعرف الصدمة بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى ظهور المخاوف الشديدة والعجز أو الرعب. وهي حدث خارجي فجائي غير متوقع يتسم بالحدة، ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته، بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتعامل معه (العاسمي، ٢٠١٧، ٣٤).

-أعراض الصدمة النفسية:

هي عبارة الآثار تظهر لدى الفرد المصدوم أو بعض منها، ويمكن تلخيص تحديدها في الآتي: أ. إعادة التجربة؛ ب. التجنب؛ ج. استثارة مفرطة؛ د. أدمان؛ هـ. مشاعر بالذنب؛ و. انفصال (Sakellariou, McDonald, & Lane 1995).

واضطراب ما بعد الصدمة "Post Traumatic Stress Disorder" هو اضطراب نفسي ناتج عن تعرض الأشخاص بشكل مباشر أو غير مباشر لأزمة أو صدمة معينة مثل الكوارث الطبيعية، الحروب، الاغتصاب، الاعمال الارهابية .. الخ (يعقوب، ١٩٩٩، ٢٣)

كما تعرف أعراض هذا الاضطراب أيضاً بأنه اضطراب عقلي يمكن أن يتطور بعد تعرض الشخص لحادث صادم مثل الاعتداء الجنسي أو الحرب أو تصادمات المرور أو التهديدات الأخرى على حياة الشخص (American Psychiatric Association, 2013). قد تتضمن الأعراض أفكاراً أو مشاعر أو أحلام مزعجة تتعلق بالأحداث أو الضائقة العقلية أو الجسدية للإشارات المتعلقة بالصدمة، أو محاولات تجنب الإشارات ذات الصلة بالصدمة، أو التغيرات في طريقة التفكير والشعور.

وتعرف الصدمة النفسية في هذا البحث بأنها الحدث المؤلم الذي تعرض له أطفال العينة نتيجة للخبرات المؤلمة التي يعانون منها نتيجة للأحداث في الأزمة السورية، والتي يمكن قياس من خلال مقياس أعراض

الصدمة النفسية الذي يتكون المقياس من بعد واحد فقط وتغطيه (١٩) فقرة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى شدة أعراض الصدمة بينما الدرجة المنخفضة إلى انخفاض في مستوى الأعراض.

٣- القلق Anxiety:

يعد اضطراب القلق العام اضطراباً أساسياً من اضطرابات القلق، ومكوناً من مكونات اضطرابات القلق الأخرى. وبالرغم من كونه من الاضطرابات المزمنة، إلا أنه يمكن وصفه بالتذبذب وعدم الاستقرار. فبعض المختصين ينظر إليه على أنه اضطراب في الشخصية (Personality Disorder)، لأن الأفراد الذين يعانون منه لا يستطيعون تحديد عمر معين لبداية المعاناة منه (بارلو، ٢٠٠٢).

وعند تعريف القلق العام يقف العلماء مواقف متباينة من تحديد ماهيته وتباينه عن الاضطرابات الأخرى، حيث أشار الدليل التشخيصي الثالث لتصنيف الأمراض النفسية DSM أن القلق العام باعتباره عرضاً ثانوياً مصاحباً لاضطراب أساسي آخر. ومن ثم، فإن الاعتبار التشخيصي المهم في هذه الحالة يكون مجرد التمييز بين القلق العام والقلق المتوقع (Anticipatory) لأن هذا الأخير دائماً ما يأتي مصاحباً لاضطرابات الهلع والمخاوف المرضية إلى حد ما. بينما راجعت الطبعة الرابعة للدليل التشخيص الرابع للأمراض النفسية أعراض القلق العام، حيث تم تخفيض الثمانية عشر عرضاً التي كانت تشكل فيما بينها محكات التشخيص إلى ستة أعراض فقط، ضمت أعراض زملة الشد الحركي، وزملة التنبيه والفحص الدقيق دون زملة النشاط الذاتي الزائد. والقلق (Anxiety): بالتعريف هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادةً ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي من نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو ضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع، أو كثرة الحركة. ويمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر.

كما يعرف القلق العام بأنه انزعاج شديد (توقع إدراكي) يدور حول عدد من الأحداث أو الأنشطة، مثل الأداء المدرسي، العمل... ويستمر حدوثه أياماً عديدة لا تقل عن ستة شهور، كما يصعب السيطرة عليه نتيجة لشدة أعراضه المتمثلة في الملل والضيق والشعور بالتعب وصعوبة التركيز، والتهيج والاستثارة، والتوتر العضلي، واضطراب في النوم (العاسمي، ٢٠١٥، ١٩٢).

٤- البرنامج الإرشادي:

تُعرف البرامج الإرشادية عامة، بأنه عبارة عن مجموعة من الاستراتيجيات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة المخططة والمنظمة على أسس علمية تقدم من قبل مختصين للمسترشدين الذين يعانون من مشكلات أكاديمية ونفسية واجتماعية في مكان وزمان محدد، لمساعدتهم في التعرف على مشكلاتهم وتنمية قدراتهم

وإمكاناتهم إزاء ما يواجهونه من صعوبات ومشكلات، وعلى اتخاذ القرارات السليمة في حياتهم (العاسمي، ٢٠١١، ٢٧).

٥- الإرشاد النفسي التدميمي Supportive Counseling

يُعرف نايت (١٩٥٤) بأنه إرشاد نفسي سطحي يعتمد على الإيعاز والطمأنينة والإيحاء والإقناع والإرشاد والتوعية وفنيات أخرى عند علاج الحالات التي يتعذر استعمال الفنيات الاستكشافية المتعمقة فيها، لضعف بنيتها النفسية أو جمودها أو لترسيخ وسائلها الدفاعية (غانم، ٢٠١٠، ٤٤).

ويعرفه فالرستين (١٩٨٨) على أنه فنية تقوي الدفاعات النفسية وتساعد على كبت أعراض واستكشاف أعراض أخرى، باستخدام وسائل ليس من ضمنها التفسير أو اكتساب الاستبصار لتحقيق الهدف من العلاج. ويعرفه نوفاليس (١٩٩٣) بأنه ذلك الإرشاد الذي يقوم خلاله المعالج بدور إيجابي نشط وتوجيهي لمساعدة المريض ورفع كفاءة قيامه بوظائفه النفسية وزيادة مهارته في المجابهة.

ويُعرفه وينستون وآخرون (Winston et.al, 2012) الإرشاد التدميمي بأنه إرشاد دينامي يستخدم وسائل مباشرة لتخفيف الأعراض وللحفاظ أو استعادة أو تحسين احترام الذات ووظائف الأنا والمهارات التكيفية، ويتم استخدام تلك الوسائل بالقدر اللازم لتحقيق هذه الأهداف.

ويُعرف الباحث الإرشاد التدميمي إجرائياً، بأنه مجموعة من التقنيات القائمة على الإرشاد التدميمي والذي يتكون البرنامج من (١٠) جلسات إرشادية. والقائمة على فنيات (الاسترخاء، خفض الحساسية المنظم، أنشطة الرسم واللعب، التعزيز الإيجابي، النمذجة، السيكودراما، التشجيع والدعم النفسي، إضافة إلى أساليب الدعم النفسي والاجتماعي التي تتناسب العينة المستهدفة) بهدف خفض المخاوف النوعية الناتجة عن الصدمة، وخفض القلق العام، وسوف يتم تطبيقه على عينة من الأطفال في المرحلة العمرية بين (٩-١٢) سنة في مراكز الإيواء وبعض المدارس في محافظة حمص.

٦- الأطفال:

يُعرف الطفل وفق مواثيق الأمم المتحدة بأنه كل إنسان لم يتجاوز السنة الثامنة عشرة اتفاقية حقوق الطفل 2002-2004 ، ويقصد بهم الباحث شريحة الأفراد في الفئة العمرية من (٩-١٢) سنة، وتمثل هذه المرحلة فترة الطفولة المتأخرة.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات العربية

ثانياً: الدراسات الأجنبية

ثالثاً: تعقيب على الدراسات السابقة

رابعاً: موقع الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

فيما يلي عرض لأهم الدراسات السابقة العربية والأجنبية الوثيقة الصلة بمتغيرات البحث الحالي، حيث حاول الباحث التحري عن الدراسات التي تتناول متغيرات الدراسة من قريب أو من بعيد للوصول إلى رؤية عامة حول ظاهرة المخاوف لدى الأطفال وأساليب الحد من المخاوف النوعية لديهم. فقد تناولت العديد من الدراسات السابقة علاج المخاوف العامة لدى الأطفال والمراهقين باستخدام أساليب العلاج السلوكي /المعرفي، والعلاجات النفسية الأخرى، وقلة منها تناولت علاج الأطفال الذين يعانون من المخاوف المحددة نتيجة للصدمات الناتجة عن الحروب. لذلك يحاول الباحث استعراض بعضاً من هذه الدراسات التي تتناول علاج الأطفال باستخدام العلاجات النفسية السلوكية التدمجية وغيرها من أنواع العلاج حسب ما توفر للباحث من بيانات في هذا الاتجاه؛ ثم قام الباحث بالتعليق على الدراسات الذي سوف يتم عرضها، ثم يختتم هذا الفصل بصياغة فرضيات الدراسة الحالية في ضوء أهدافها وما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج.

أولاً- الدراسات العربية:

١ - دراسة الشطري (١٩٨٦): "بعض المخاوف الشائعة عند الأطفال".

هدفت الدراسة التعرف إلى المخاوف الأكثر شيوعاً لدى تلاميذ المدارس الابتدائية في الأردن، وكذلك الفروق في المخاوف التي يعاني منها الذكور والإناث في المرحلة الابتدائية. وتكونت عينة البحث من (432) طفلاً و (432) طفلة، تراوحت أعمارهم جميعاً بين (٦-١٢) سنة. ولتحديد المخاوف الشائعة لدى الأطفال قام الباحث باستخدام قائمة اشتملت على مختلف أنواع المخاوف التي من المحتمل أن يعاني منها الأطفال بشكل عام. أظهرت الدراسة أن الخوف من الحيوانات المفترسة هو أكثر المخاوف شيوعاً وانتشاراً بين الأطفال، وكشفت الدراسة عن خوف الأطفال من الأم والأب والمعلم ومدير المدرسة. وأظهرت النتائج تشابهاً كبيراً في مخاوف الجنسين (الذكور - الإناث).

٢- دراسة سليمان (١٩٨٨): "دراسة مقارنة لأثر أسلوب التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية".

تهدف الدراسة إلى المقارنة بين أسلوب التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في التخلص من بعض مخاوف الأطفال من المدرسة في الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية. وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) تلميذاً (٣٠ ذكر و ٣٠ أنثى) وتراوح أعمارهم بين (٦ - ٩) سنوات يعانون من فوبيا المدرسة. تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية العدد هي: مجموعة التحصين التدريجي، مجموعة اللعب غير الموجه، ومجموعة ضابطة. واستخدم الباحث اختبار المخاوف المرضية من المدرسة من إعداده، واستبيان المخاوف المرضية من المدرسة للوالدين من إعداد الباحث كما استخدم اختبار عين شمس للذكاء الابتدائي (١٩٧٤).

وأُسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين مجموعة العلاج باللعب غير الموجه ومجموعة العلاج بالتحصين التدريجي لصالح مجموعة العلاج باللعب غير الموجه، وجود فروق دالة بين كل من المجموعة الضابطة والمجموعتين التجريبيتين لصالح المجموعتين التجريبيتين اللاتي عولجتا بالتحصين أو اللعب غير الموجه.

٣- دراسة زيور (١٩٩٠) بعنوان: "دراسة في سيكوديناميات المخاوف لدى عينة من الأطفال"

تهدف الدراسة لمعرفة سيكوديناميات المخاوف (فوبيا المدرسة وفوبيا الحيوانات) لدى عينة من الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أطفال يبلغ متوسط أعمارهم (١١) سنة لديهم أعراض الفوبيا المتأصلة، أي أنهم يعانون من أكثر من نوع للخوف المرضي (فوبيا المدرسة و فوبيا الحيوان). واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: تكنيك رورشاخ، كما استخدمت المقابلة المتعمقة، الرسم الحر، وقد كانت هاتان الأدوات مساعدتين من أجل إخفاء الضوء على استجابات الرورشاخ.

وأُسفرت نتائج الدراسة عن أن الطفل الذي يعاني من المخاوف (فوبيا المدرسة، فوبيا الحيوانات) لا يمكن أن يرتفع ذكاؤه العملي إلا إذا استطاع التغلب على مشاعر الحصر والقلق لديه، كما أن تكنيك رورشاخ له القدرة على تشخيص المخاوف المرضية لدى الآخرين في محددات استجاباتهم الآتية: مشاعر العدوان المتفجر، وسيطرة الدفاعات العدوانية على الذين ينتمون إلى بيئات مضطربة ومهددة لهم. والنسبة المئوية المرتفعة في متوسط استجابات الأطفال للفوبيا وبخاصة فوبيا المدرسة. كما أوضحت الدراسة على أن استمرار الإصابة بالفوبيا يتطور إلى اضطراب ذهاني. كما أبرزت بعض سمات الشخص الذي يعاني

من فوبيا المدرسة ومنها الاكتئاب و العزلة الاجتماعية والاعتمادية و عدم القدرة على القراءة والكتابة في بعض الأحيان.

٤- دراسة عبد الصبور (١٩٩٢): "بغوان المخاوف المرضية والاستجابة الاكتئابية لدى الأطفال وعلاقتها بدرجة الوعي الديني".

تهدف دراسة المخاوف المرضية والاستجابة الاكتئابية لدى الأطفال وعلاقتها بدرجة الوعي الديني لديهم. تألفت عينة الدراسات من ٢٤٠ تلميذاً من تلاميذ الصف الأول الإعدادي تراوحت أعمارهم بين (١٠-١٢) سنة، منهم ١٢٠ تلميذاً يمثل وعي ديني مرتفع، ١٢٠ تلميذاً يمثل وعي ديني منخفض. واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية : قائمة الاكتئاب للأطفال إعداد ماريا كوفاكس ترجمة محمد عبد الظاهر، اختبار المخاوف المرضية إعداد محمد عبد الظاهر، مقياس الوعي الديني من إعداد الباحث .

أسفرت الدراسة عن أن المخاوف المرضية لدى الأطفال وخصوصاً الخوف من المدرسة (فوبيا المدرسة) تؤدي إلى الاكتئاب نتيجة الصراع الديني بين الرغبة في التعليم من ناحية وعدم القدرة على مناقشة الأتراب والتحصيل العلمي من ناحية أخرى. كما أكدت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) بين الوعي الديني وبين كل من الشعور بالاكتئاب وبين إحساس الأطفال بالمخاوف.

٥- دراسة العاسمي (١٩٩٥): "بغوان دراسة إكلينيكية للبنية النفسية للأطفال الذين يعانون الفوبيا المدرسية في المرحلة الابتدائية".

هدفت الدراسة التعرف إلى العوامل النفسية والشخصية (السيكومترية): مفهوم الذات، الاكتئاب، التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون الفوبيا المدرسية، وكذلك التعرف إلى البناء النفسي من حيث الصراعات والإحباط والتناقض الوجداني وصورة البيئة الاجتماعية كما تقيسها المقابلة الإكلينيكية، واختبار تفهم الموضوع الإسقاطي للأطفال (CAT).

وضمن عينة الدراسة (90) طفلاً قسّموا إلى مجموعتين متساويتين: (٤٥) طفلاً وطفلة يعانون من الخوف المرضي من المدرسة و(٤٥) طفلاً وطفلة لا يعانون من الفوبيا المدرسية، اختيروا من (900) طفل وطفلة. وتكونت أدوات الدراسة من اختبار الاكتئاب، مقياس التوافق النفسي والاجتماعي، اختبار مفهوم الذات، اختبار الخوف المرضي من المدرسة، المقابلة الإكلينيكية مع الطفل وأمه إضافة إلى اختبار الكات الإسقاطي.

وأظهرت نتائج الدراسة: وجود فروق دالة بين الأطفال الذين يعانون والذين لا يعانون في المتغيرات المدروسة لصالح الأطفال العاديين، بمعنى أن الطفل الذي يعاني من الفوبيا يعاني من أعراض اكتئابية ومفهوم ذات منخفض، وتوافق نفسي اجتماعي منخفض، وصراعات واحباطات على المستوى اللاشعوري.

٦- دراسة جابر (١٩٩٨): بعنوان "الفروق بين الجنسين في المخاوف".

هدفت الدراسة التعرف إلى الفروق بين الجنسين في المخاوف والفروق بين القطريين وغير القطريين في المخاوف. وأجريت الدراسة على (214) طالباً وطالبة من مدارس الدوحة الإعدادية والثانوية من القطريين وغير القطريين، تراوحت أعمارهم بين (١٢-١٩) سنة. كشفت نتائج الدراسة عن فروق جوهرية بين الجنسين في المخاوف لصالح الطالبات لدى عينة القطريين وعينة غير القطريين، كما أن مخاوف الطالبات تتركز حول الجثث والاختناق والرسوب في الامتحان، والفقران والحقن والدم، والأماكن المرتفعة، والحياة بعد الموت، والعنكبوت والثعابين، والأماكن المظلمة، والحشرات، والكلاب. على حين تتركز مخاوف الطلبة في الموت المفاجئ، والتعرض للنقد، والمجادلة مع الوالدين. هذا ولم تكشف الدراسة عن فروق جوهرية بين القطريين وغير القطريين في المخاوف.

٧- دراسة شمس (٢٠٠٩): بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيف حدة بعض المخاوف المرضية لدى عينة من تلميذات الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة التأسيسية بدولة الامارات العربية المتحدة"

هدفت هذه الدراسة إلى: التحقق من فاعلية استخدام برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض المخاوف المرضية لدى عينة من تلميذات مرحلة الطفولة المتأخرة اللواتي يعانين من ارتفاع في درجات هذه المخاوف. واستخدمت الباحثة فيها مجموعتين تجريبيتين: المجموعة التجريبية الأولى: وقد بلغ عددهن (٣٢) تلميذة، نصفهن من تلميذات الصف الرابع، والنصف الآخر من تلميذات الصف الخامس من مدرسة غرناطة بامارة دبي. المجموعة التجريبية الثانية: وقد بلغ عددهن (١٦) تلميذة من تلميذات الصف السادس من مدرسة الألفية بامارة دبي دون المجموعة الضابطة. وأجرت الباحثة على أفراد هذه العينة عدة أدوات تتضمن: استبيان المخاوف المرضية المفتوح، إعداد/ الباحثة، واختبار رسم الرجل للكاء اعداد (Goodenough & Harris) تقنين/ فؤاد أبو حطب علي البيئة السعودية (١٩٧٧) ومقياس المخاوف المرضية لدى تلميذات المرحلة التأسيسية إعداد/ الباحثة. و استمارة المستوى الاجتماعي/الاقتصادي اعداد/ الباحثة و برنامج إرشادي معرفي سلوكي .

وسعت الباحثة في هذه الدراسة إلى محاولة التوصل إلى إجابات محددة بالنسبة لعدد من الأسئلة تدور في مجملها حول: اذا كانت توجد تأثيرات دالة لكل من متغيرات: نوعية القياس (بعدي / تتبعي) أو متغير

المعالجة (تجريبية/ ضابطة) أو متغير العمر الصفوف الدراسية (الرابع / الخامس / السادس) أو التفاعل بين هذه المتغيرات في تباين الدرجات التي تحصل عليها تلميذات العينة، بالنسبة للدرجة الكلية علي مقياس المخاوف المرضية لتلميذات الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة التأسيسية بدولة الإمارات العربية المتحدة، وكذلك بالنسبة للدرجات التي تحصل عليها نفس التلميذات في كل من المقاييس الفرعية المتضمنة في المقياس المستخدم والتي تختص بقياس كل من المخاوف المكانية-الأسرية- المدرسية- الخوف من الحيوانات والحشرات- المخاوف العامة علي الترتيب. وقد أسفرت الدراسة عن نتائج تشير في مجملها إلى: أن البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي الذي تم تصميمه واستخدامه في هذه الدراسة؛ خفض درجة بعض المخاوف المرضية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين، مما يدل على فاعليته وجدواه، وأن البرنامج الارشادي المستخدم يتميز باستمرارية أثر فاعليته.

٨- دراسة جلييلة (٢٠١٣): بعنوان "العلاج النفسي عن طريق تقنية خط الزمن للخوف المرضي البسيط المحدد (الحيوانات الأليفة)".

هدفت الدراسة إلى محاولة اكتشاف العلاج النفسي من خلال طريقة من طرق البرمجة اللغوية العصبية المسماة بتقنية خط الزمن" للتعرف على واقعها وحدودها العلاجية. هذه التقنية في مجال العلاج النفسي طبقت على 5 حالات تعاني من خوف مرضي محدد مرتبط بحيوانات أليفة لكن بصفة جعلت الباحثة تستغني فيها عن بعض الأساليب بها مثل التنويم الايحائي و التعرف على الحدث الأول. كما اعتمدت الباحثة كأدوات للقياس على استبيان تشخيصي مفارق و استبيان تقويمي للقلق الاجتماعي المصاحب للخوف المرضي و كذا على سلم المودسلي لتقويم القلق والاجتئاب كما استعانت بشبكة مستوحاة من شبكة التحليل الوظيفي الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات، السلوك، التوقعات. كانت النتائج إيجابية حيث تم اختفاء المخاوف المرضية لكل الحالات المعالجة لكن بنسبة متفاوتة في الزمن من (10 إلى ٢٠) دقيقة. لم تظهر أعراض الخوف مرة أخرى، وذلك بعد العلاج بشهر واحد ثم ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر.

٩- دراسة عبد ربه (٢٠١٣) بعنوان، فعالية برنامج سلوكي لخفض أعراض المخاوف المرضية النوعية المرتبطة بمرض السرطان "

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على أهم المخاوف المرضية لدى أطفال مرضى السرطان و تصميم برنامج سلوكي علاجي لخفض المخاوف المرضية لديهم. وتتبلور مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية : هل توجد فروق بين درجات أطفال مرضى السرطان في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المخاوف المرضية النوعية في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) كانت النتائج لصالح المجموعة التجريبية وكذلك في القياس التتبعي؟

ثانياً- الدراسات الأجنبية:

١-دراسة زيترين وكلاين (Klein, &Zitrin,1978)، بعنوان: "العلاج السلوكي والعلاج النفسي التدميمي والعلاج بالأدوية في علاج المخاوف المرضية".

هدفت الدراسة إلى مقارنة تأثير عدة أنواع من العلاج على الرهاب، وتكونت عينة الدراسة من (١١١) من المرضى البالغين (٦٩٪ من النساء) و (٣١٪ من الرجال) الذين تلقوا برنامج من (٢٦) جلسة علاجية أسبوعياً تتكون من ثلاثة أنواع من العلاجات: العلاج السلوكي وإيميرامين هيدروكلوريد، العلاج السلوكي ودواء وهمي، العلاج النفسي الداعم وإيميرامين. تم تصنيف المرضى على أساس رهاب الخلاء ورهاب مختلط ورهاب بسيط.

وأظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من المرضى في جميع المجموعات التجريبية تحسنوا بشكل ملحوظ، بالنسبة لرهاب الخلاء والرهاب المختلط وكان إيميرامين متفوقاً بشكل كبير على الدواء الوهمي، لم يكن هناك فرق بين العلاج السلوكي والعلاج الداعم لدى المرضى الذين يعانون رهاب بسيط، كان هناك نسبة عالية من التحسن مع جميع نظم العلاج مع عدم وجود فرق كبير بين الإيميرامين والدواء الوهمي أو بين العلاج السلوكي والعلاج الداعم. وأظهر تحسناً ملحوظاً لدى المرضى لمدة عام واحد بعد العلاج حيث حافظ ٨٣٪ من أفراد العينة على مكاسبهم من العلاج و أظهر ١٧٪ حالة انتكاس.

٢-دراسة كوتراكس وآخرين (Cottraux.et.al, 2000): بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي مقابل العلاج الداعم في الرهاب الاجتماعي: تجربة مقارنة عشوائية".

هدفت الدراسة للتعرف على فعالية (CBT) مقابل (ST) في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي من النوع الفرعي المعمم، المترافق بشخصية انطوائية) تم تخصيصها بشكل عشوائي إلى مجموعتين. تلقت المجموعة الأولى (8) جلسات (CBT) بواقع ساعة واحدة من العلاج المعرفي الفردي (CT) لمدة ست أسابيع، تليها (٦) جلسات من التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) أسبوعياً. فيما تلقت المجموعة الثانية (ST) لمدة ١٢ أسبوعاً (٦ جلسات لمدة نصف ساعة)، ثم تم تحويل المرضى إلى العلاج المعرفي السلوكي. وتم الاتفاق مع جميع المرضى أن لا يأخذوا أي دواء طول فترة العلاج. النتائج: في الأسبوع (٦) بعد CT، كانت المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية على مقياس الرهاب الاجتماعي الرئيسي. في الأسبوع (١٢) كانت المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية في أغلب المجالات، وأظهرت نسبة أعلى بكثير من المستجيبين. وتكرر هذا الاستنتاج بعد تحول المجموعة الثانية لـ CBT. وقد لوحظ تحسن مستدام في كلا المجموعتين في المتابعة. زيادة الامتثال والامتثال عن الدواء مع مرور الوقت.

الاستنتاجات: كان CBT أكثر فعالية من ST وأظهر آثار طويلة الأمد. وهذا يوحي بأن إدارة الرهاب الاجتماعي تتطلب أكثر من التدخلات النفسية البسيطة وغير المكلفة <http://www.karger.com>

٣-دراسة أوست وآخرين (Ost.et.al, 2001): بعنوان "معالجة المخاوف النوعية عند الأطفال بجلسة واحدة - عينة سريرية عشوائية".

هدفت الدراسة إلى علاج المخاوف النوعية لدى عينة من الأطفال. وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفلاً، تراوحت أعمارهم بين (٧-١٧) سنة، تم اختيارهم بناء على درجاتهم في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية للجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤)، وقد تضمن العمل التشخيصي لمختلف الرهابات المحددة بجلسة علاج قائم على التعرض لمرة واحدة، وجلسة علاج مع الأم، ومجموعة ضابطة، واستمر تقديم البرنامج لمدة ٤ أسابيع. تم تقييم الرهاب لدى المرضى باختبارات النهج السلوكي (النهج السلوكي للقلق، وردود الفعل الفسيولوجية)، في حين إن القلق العام، والاكنتاب تم تقييمها لحساسية القلق مع استبيان التقرير الذاتي. تم إجراء تقييم قبلي وبعدي ومؤجل (سنة واحدة بعد العلاج). وأظهرت النتائج أن شروط العلاج لها تأثير كبير في السيطرة على الخوف بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

٥- دراسة طومسون وآخرين (Thompson. et.al, 2007): بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي للرهاب المحدد لدى الأطفال الذين يعانون عوارض سلوكية شديدة وتأخر نمو".

هدفت هذه الدراسة إلى دمج تقنيات التقييم التحليلية في المعرفي السلوكي والسلوكي لرهاب المياه ورهاب الارتفاع رهاب لطفل يبلغ من العمر (٧) سنوات مع تأخر نمو ومشكلات سلوكية الشديدة. وأشارت النتائج انخفاض سلوكيات التجنب، وأعراض الرهاب المحدد، والخوف الشخصي. وتم تخفيض الالفاظ السلبية أثناء التعرض للارتفاع بعد العلاج. وكانت الالفاظ التالية لعلاج رهاب الماء أقل وضوحاً وربما كانت تدل على الاحتجاجات النموذجية لعمر (٧) سنوات خلال وقت الاستحمام. وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن CBT يمكن أن يكون فعال لعلاج المخاوف السريرية لدى الأفراد ذوي العاهات الخلقية والسلوك الشديد.

٦-دراسة زمزم وآخرين (Zamzam, 2010) بعنوان "برنامج تفاعلي نوعي لتعديل المخاوف النوعية".

هدفت الدراسة إلى تصميم وتنفيذ وتقييم تأثير برنامج تفاعلي خاص على تعديل سلوك الخوف لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية بمدرسة خاصة وهي مدرسة الفرنسيكان، وأخرى حكومية و اشتملت عينة الدراسة على 60 طفلاً من مدينة أسيوط، من سن (٨-٩) من المدرستين.

أسفرت نتائج الدراسة عن وجود تحسن في سلوك الأطفال الذين يعانون من المخاوف المحددة بعد تطبيق البرنامج مباشرة، ولكن هذا التحسن قل إلى حد ما في فترة المتابعة. ومن أهم توصيات الدراسة أهمية

اشترك آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من المخاوف المرضية في تطبيق البرامج العلاجية حتى يتسنى لهم معرفة طرق التغلب على مخاوف أطفالهم المرضية و مساعدتهم.

٧-دراسة ريتشارد وريتشارد (Richard & Richard, 2010)، بعنوان: "الانتشار والاعتلال المشترك للرهاب المحدد بين طلاب الجامعة واهتمامهم بتلقي العلاج".

دراسة وبائية هدفت لمعرفة أكثر المخاوف المحددة انتشارا بين طلاب الجامعة، وشملت الدراسة (٨١٣) من طلاب الجامعات. وتشير البيانات إلى أن المخاوف من العناكب (٣٤٪) من العينة الكلية، التحدث أمام الجمهور (٣١٪)، والثعابين (٢٢٪)، المرتفعات (١٨٪)، والحقن (١٦٪)، و (١٨٪) من الطلاب مهتمين بتلقي العلاج لمخاوفهم. وتخلص الدراسة لبعض التوصيات بشأن كيفية إجراء العلاجات القائمة على التعرض من خلال تقديم المشورة الكلية أو مراكز الصحة النفسية لمعالجة هذه المشاكل والضعف الاجتماعي والأكاديمي المحتمل أن ينتج عنها.

٨- دراسة ماي وآخرين (May.et.al, 2013): بعنوان "الأدلة المستندة إلى العلاج السلوكي للخوف من الكلاب لدى الأطفال الصغار".

هدفت الدراسة إلى تقديم دراستين حالة توفران دعماً تجريبياً للعلاج القائم على الأدلة السلوكية للرهاب المحدد مع الأطفال الصغار من سن (٤ و ٥) سنوات. وأشارت النتائج أنه بعد (١٠ إلى ١٣) جلسة من العلاج باستخدام التعريض والنمذجة، أظهرت النتائج انخفاض في أعراض رهاب الكلاب لدى الأطفال، وأصبحت الأعراض غير مهمة. وقد استمرت آثار العلاج في الأشهر السبعة التالية بالرغم من عدم وجود تقارير عن الممارسة أو التعرض المنتظم للكلاب في حياة الأطفال اليومية.

٩- دراسة روبيرتس وآخرين (Roberts. et. al, 2015): بعنوان "تصورات الوالدين لعلاج جديد للرهابات المحددة واضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين".

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة تصورات الوالدين للعلاجات المتبعة في المخاوف المرضية المحددة، بما في ذلك العلاج السلوكي المعرفي (CBT) مضافاً إليه العلاج الدوائي. وتألّفت عينة البحث من الأطفال وآباء الأطفال الذين يعانون من رهاب محدد وعددهم (٣٤) طفلاً، وقد تم استخدام برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي المترافق مع العلاج الدوائي و (٣٨) طفلاً تلقوا العلاج الدوائي. وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين العلاجين السلوكي والدوائي، ولكن رغم ذلك كان الآباء ينظرون إلى العلاج المعرفي السلوكي المترافق مع الدوائي نظرة أكثر إيجابية هذه النتائج تثبت قبول الوالدين للعلاج النفسي أكثر من العلاجات الدوائية لعلاج رهاب الطفولة.

١٠ -دراسة كين وآخرين (Kane et al, 2015)، بعنوان: "علاقة الحساسية للقلق، ومعتقدات السيطرة، والحماية المفرطة بالمخاوف لدى الأطفال الذين يعانون من المخاوف المحددة."

تم فحص علاقة الحساسية بالقلق ومعتقدات السيطرة، والحماية المفرطة من الأمهات سريريا مع الرهاب المحدد لدى الأطفال البالغين من العمر (٧-١٣) عاماً، وقد بلغ عدد أفراد العينة (١٢٦) طفلاً. وأشارت النتائج إلى أن الحساسية للقلق ومعتقدات السيطرة تنبئ بدرجة كبيرة عن مستويات الخوف لدى الأطفال، أما متغيرات العمر والجنس والحماية المفرطة للأمهات لا تظهر تنبؤاً كبيراً بمستوى الخوف في مجمل العينة، كما توصلت الدراسة إلى أن حساسية القلق تعد مؤشراً كبيراً وثابتاً لكل من الفتيات والفتيان، وبالنسبة للأطفال الأصغر سناً والأكبر سناً، وللأطفال مع وبدون تشخيص إضافي لاضطراب القلق. وكانت معتقدات السيطرة مؤشراً هاماً فقط للفتيات والأطفال الصغار والأطفال الذين يعانون من تشخيص إضافي للقلق. ولم تكن الحماية المفرطة للأمهات مؤشراً كبيراً لأية مجموعة. وقد أظهر الأطفال الذين يعانون تشخيصاً إضافياً لاضطراب القلق مستويات أعلى من الخوف، والحساسية والقلق، والحماية المفرطة من الأمهات.

١١ -دراسة سبنس وآخرين (Spence, 2015)، بعنوان: "علاج الأطفال الذين يعانون من المخاوف الاجتماعية".

هدفت الدراسة للتحقق من فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال. وتم اختيار خمسين طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٧-١٤) سنة مع تشخيص رئيسي للرهاب الاجتماعي بشكل عشوائي. وتم استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي المتكامل للتدريب على المهارات الاجتماعية مكثفة جنباً إلى جنب مع التعرض المتدرج المعرفي. وبالمقارنة بين العلاج المعرفي والتعرض أظهر الأطفال في كل تدخلات CBT انخفاضاً أكبر بكثير من القلق للأطفال الاجتماعي والعام، وزيادة كبيرة في درجات أداء الطفل للمهارات الاجتماعية. في الـ ١٢ شهراً المتابعة، احتفظت كل من مجموعات العلاج بتحسنها. كان هناك اتجاه نحو تحقيق نتائج متفوقة عندما يشارك الآباء في العلاج، ولكن هذا التأثير لا يعتد به إحصائياً.

ثالثاً- التعقيب على الدراسات السابقة

يتضح من الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية، أنها في الغالب استخدمت الأساليب السلوكية والمعرفية لمعالجة المخاوف العامة لدى الأطفال، وقليل منها تعامل مع المخاوف المحددة، مثل دراسة، سليمان (١٩٨٨)، ودراسة زمزم وآخرين (٢٠١٠)، ودراسة جلييلة (٢٠١٣)، ودراسة ماي وآخرون (May, 2013)، دراسة روبيرتس وآخرين (Roberts.et.al, 2015)، دراسة كين وآخرين (Kane et al, 2015)، كما أن الدراسات السابقة لم تتناول معالجة المخاوف المحددة في حالات الأزمات والكوارث الطبيعية والبشرية، مثل الحروب. واستخدم العلاج التدميمي لعلاج أنواع أخرى من المخاوف النوعية، وقد جاء هذا الاستخدام مترافقاً مع العلاج الدوائي أو استخدام العلاج المعرفي السلوكي ثم الانتقال إلى العلاج التدميمي، ولم يستطع الباحث الاستفادة من هذه الدراسات لاختلاف أنواع المخاوف النوعية، حيث إن المخاوف المتناولة في البحث ترتبط بصدمة الحرب في حين تناولت الدراسات السابقة مخاوف مرضية بسيطة بالإضافة إلى الخوف من الحشرات ورهاب الطيران والماء وحتى الرهاب الاجتماعي ورهاب المدرسة. لذلك فإن هذه الدراسة بمنهجيتها وأساليبها الإرشادية القائمة على الإرشاد التدميمي في خفض أعراض المخاوف النوعية لدى الأطفال الذين تعرضوا لمخاوف ناجمة عن الأزمة السورية، تعد حالة جديدة والأولى من نوعها. كما اختلفت الدراسة عن الدراسات السابقة من حيث العينة، والأدوات والمنهج المتبع، ويمكن أن تترك النتائج التي سوف تظهر عن هذه الدراسة أثراً إيجابياً في التعامل مع المخاوف لدى الأطفال والمتغيرات الأخرى في الاستفادة منها وتطبيقها على عينات تعاني من المخاوف النوعية تبعاً للعمر، والمتغيرات الديمغرافية الأخرى.

رابعاً- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

يتضح مما سبق أن البحث الحالي يختلف عن الدراسات السابقة من حيث نوع المخاوف النوعية المتناولة في البحث، كما أن أدوات البحث تختلف عن أدوات الدراسات السابقة حيث أن مقياس المخاوف النوعية المستخدم مرتبط بصدمة الحرب، بالإضافة لاختلاف عينة البحث عن عينات الدراسات السابقة من حيث أن عينة البحث من الأطفال المهجرين والذين تعرضوا لصدمات ناتجة عن الحرب والذين يعانون من المخاوف النوعية.

ويعد البرنامج المستخدم (السلوكي التدميمي) فريداً من نوعه، حيث لم يستخدم الارشاد أو العلاج السلوكي التدميمي لوحده للتعامل مع المخاوف النوعية لدى الأطفال قبل هذا البحث. ويعتقد الباحث بأنه لا

توجد دراسة مشابهة لهذه الدراسة من حيث العينة والأدوات والبرنامج الإرشادي المستخدم للحد من المخاوف النوعية لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية جراء الأزمة السورية.

الفصل الثالث

الإطار النظري

المخاوف النوعية وتطورها
النظريات المفسرة للمخاوف
علاج المخاوف النوعية
الإرشاد السلوكي التدعيمي
تعقيب

الفصل الثالث

الإطار النظري

مقدمة:

شهدت نهاية القرن التاسع عشر ظهور العديد من التوصيفات الدقيقة للاضطرابات الرهابية بدءاً من تقرير (Westphal) عن رهاب الأماكن المكشوفة، مروراً بأفكار وأعمال سيجموند (Frued) الذي ميّز بين الرهابات المشتركة لمعظم الناس؛ كالموت والمرض والثعابين، والمخاوف من الأشياء والأشخاص التي لا تثير الخوف لدى الشخص العادي. وانتهاءً بأفكار مودسلي (Maudsley) الذي سخر من تقسيم الرهابات إلى أنواع استناداً إلى وجود عدد من هذه الرهابات في الحالة نفسها. وفي عام (١٩١٣) قام أميل كريبلن (Kraepelin) بإعداد تقرير عن المخاوف التي لا تقاوم والأفكار التي لا يمكن كبتها، لكنه لم يفصل بين الرهاب والوسواس القهري (Possessives Compulsiv) (Nadri, 2006, 3-4-5؛ (Maj et.al, 2004, 2).

وقد صنف الرهاب تشخيصياً كاضطراب بشكل منفصل في التصنيف الدولي للأمراض (ICD) عام ١٩٤٧ وفي الدليل التشخيصي الإحصائي عام ١٩٥٢، وبحلول عام ١٩٥٩ تم اعتماد ثلاثة من أصل تسعة تصنيفات مستخدمة في العالم كاضطرابات رهابية .

وفي عام ١٩٦٠ لاحظ ماركس (Marks) اختلاف أنواع الرهاب تبعاً للجنس والمراحل العمرية، الأمر الذي مهد لتقسيم أنواع الرهاب في شكلها الحالي، والذي اعتمد في الطبعة الثالثة من (DSM) وقد تم إدراجه في فئة اضطرابات القلق في (DSM IV)، وأدرجت الاضطرابات المرتبطة به لأول مرة في (ICD 7) (maj & others, 2004, 2).

الفرق بين الخوف الحقيقي والخوف المرضي:

تختلف المخاوف المرضية عن المخاوف العادية في جهل الفرد الأسباب الرئيسية التي تؤدي به إلى ذلك الخوف الشاذ، وفي عجزه الواضح من التخلص منها أو التحكم فيها، وفي شعوره بسخرية الناس منه واستهزائهم بمخاوفه (ماكبريد، ١٩٦٠، ١٤).

ويمكننا اجمال الفروق بين هذين النوعين من الخوف بما يلي:

١- إن كليهما حالة انفعالية مدركة، ولكن الشدة الانفعالية في حالة الخوف المرضي تكون أشد وأعنف مما هي عليه في حالة الخوف الطبيعي.

- ٢- إن الآثار الانفعالية للخوف المرضي أكثر ديمومة من الآثار الانفعالية للخوف الطبيعي، والتي تزول بزوال المثير المسبب للخوف.
- ٣- الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للخوف المرضي (ارتفاع ضغط الدم - زيادة عدد ضربات القلب - التقلص العضلي) أشد وأكثر ديمومة من الأعراض المصاحبة للخوف الطبيعي.
- ٤- إن الأسباب التي تؤدي إلى الخوف المرضي تبدو في أغلب الأحيان غير واضحة المعالم بالمقارنة مع حالة الخوف الطبيعي.
- ٥- إن الخوف الطبيعي يزول عند توفر عوامل السلامة والأمان بينما لا يكفي وجود هذه العوامل لكي يزول الخوف المرضي، فهو يستمر رغم وجود عوامل الأمان.
- ٦- إن الفرد الذي يعاني من الخوف المرضي لم يتعرض لضرر أو إيذاء فعلي من الموقف أو الشيء الذي أخافه مقارنة بالخوف الطبيعي، مثال ذلك الخوف من الشياطين والأرواح الشريرة أو من رؤية الدماء.
- ٧- إن خروج الخبرة المخيفة من ساحة اللاشعور إلى ساحة الشعور في حالة الخوف المرضي، يثير الشعور بالذنب مما يجعل خروجها إلى الشعور مؤلماً للفرد. بينما لا يظهر أي شعور بالذنب لدى الفرد في حالة الخوف الطبيعي.
- ٨- الخوف المرضي يشل الفرد بدلاً من أن يزيد قدرته على التعامل مع المشكلة (العاسمي، ٢٠٠٨، ٢٤ و (القطان، ١٩٨٠، ٤).

الفرق بين المخاوف المرضية والقلق

تتميز المخاوف المرضية عن القلق الشديد بأنها تغمر الطفل عندما يواجه بالموضوع أو بالموقف، كما تتميز بأنها حصارية بحيث يظل الطفل لفترات غير عادية قلقاً عند تعرضه للموضوع، والمخاوف الشائعة تتضمن الخوف من الحيوانات والمرتفعات والحشرات والعوامل الطبيعية (Reynolds et.al, 1987, 106).

توضح نتائج دراسة جورسيني (Gorsini, 1984) أن القلق يختلف عن المخاوف المرضية حيث أن القلق هو شعور بانتقاء الخطر المحسوس، والمخاوف المرضية تميزها تغيرات بدنية كثيرة، وتصحبها رغبة في الهرب أو الاختفاء، ففي حالة المخاوف المرضية يسيطر المتعالي نسبياً على القلق ويربطه بموضوع أو موقف خارجي وتكون الدفاعات الرئيسية هي الكبت والإزاحة والتجنب، كما توجد فروق في العلامات المحددة لكل منهما؛ ففي حالة القلق تكون العلامات غير معروفة للفرد الذي يعاني القلق، بينما في حالة الخوف تكون العلامات غالباً معروفة بمعنى أن الفرد الخائف يدرك ما سبب

خوفه، كما أن القلق قد ينتج من الخبرة الأليمة التي يمر بها الفرد نتيجة للصراع الذي يتعرض له، بينما ينتج الخوف كاستجابة تشريعية نفورية بشكل مباشر من شيء معين، بينما تظهر المخاوف المرضية كاستجابات لا تتناسب مع الشيء أو الشخص أو الموضوع الذي يسببها فهي خوف شاذ دائم ومرضي حيث يخاف الفرد منها مما لا يخيف الآخرين عادة، أي أنها تكون أكبر مما يتناسب مع الخطر الحقيقي (صديق، ٢٠٠٠، ٤٤-٤٥).

الخوف المرضي هو صورة من صور القلق العصابي وأهم ما يميز هذا الخوف هو أن قوته لا تتناسب مطلقاً مع الخطر الحقيقي الذي ينتج عن الشيء موضوع الخوف (الخوف من الحشرات، القنار، المطاط وغيره) وفي كل حالة من هذه الحالات يكون الخوف غير معقول على أساس أن منبع القلق كامن في "الهو" لا العالم الخارجي حيث يكون الشخص خائفاً من أن يدهمه دافع لا يستطيع التحكم فيه (عبد الحميد، ١٩٨٢، ٢١).

ويميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي وهي:

- ١ - القلق الهائم الطليق: هو قلق يتعلق بأية فكرة مناسبة أو أي شيء خارجي.
 - ٢ - قلق المخاوف المرضية: هي عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة، ولا يستطيع المتعالج أن يفسر معناها، وهذا النوع من القلق يتعلق بشئ خارجي معين، فهو ليس خوفاً معقولاً، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره، وهو ليس خوفاً شائعاً بين جميع الناس.
 - ٣ - قلق الهستريا: يرى "فرويد" أن هذا النوع من القلق يبدو واضحاً في بعض الأحيان، وغير واضح في أحيان أخرى، كما يرى أن أعراض الهستريا مثل الرعدة والإغماء، وصعوبة التنفس، إنما تحل محل القلق، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح غير واضح (عثمان، ٢٠٠١، ٢١).
- وقد حدد شوماخر (Schoomaker) عدة اختلافات أساسية بين الخوف والقلق من أهمها:
- إن الخوف ينشأ نتيجة خطر خارجي محدد، بينما نجد القلق أكثر شمولاً، ويعد رد فعل لخطر يشعر به الفرد داخلياً.
 - إن الخوف يبدو كرد فعل عاقل ومنطقي، بينما يظهر القلق كرد فعل غير منطقي، فمن الطبيعي أن يشعر الفرد بالخوف من موقف به خطر ما، ولكن من غير المنطقي الشعور بالخوف مع عدم وجود ما يدعو له.
 - إن القلق يعتبر أكبر إيلاماً من الخوف، فبالإضافة إلى خلق كل الأحاسيس البغيضة المصاحبة للخوف، فهو يثير الشك في أنفسنا ويؤدي بنا إلى العجز والارتباك، وتكون النتيجة حالة مؤلمة جداً، قد تكون من أكثر الخبرات التي يمر بها الإنسان إيلاماً (عبد الغني، ٢٠٠٠، ١٣١).

ونشير إلى بعض السمات السيكلوجية للقلق والخوف على النحو التالي:

جدول (١) جوانب الاختلاف بين الخوف والقلق

جوانب الاختلاف	القلق	الخوف
الموضوع	مجهول	معلوم
التهديد	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	واضح
الصراع	حاضر	غائب
الاستمرارية	مزمن	حاد

(Alfred & Harold, 1974 , 858)

مخاوف الأطفال وتطورها

إن الخوف المرضي يمكن أن يبدأ في أي سن، ولكن المخاوف المحددة عادة تترسخ في مرحلة الطفولة كمخاوف الطقس والكوارث الطبيعية ورهاب الحيوانات، وقد تبدأ في مرحلة المراهقة. معظم المخاوف التي يكونها الأطفال تختفي مع مرور الوقت، ولكن بالنسبة للبعض، فإنها تنمو لتصبح مخاوف مرضية، ويعد السن الأكثر شيوعاً لتطور رهاب محدد هو سن السبع سنوات من العمر. في أكثر الأحيان يبدأ الرهاب كقلق بسيط في مرحلة الطفولة، ثم ينمو ويتحول إلى رهاب في مرحلة المراهقة أو الشباب (Mackay, 2009, 32).

ويمكن إجمال مخاوف الأطفال في موضوعات رئيسية هي:

- ١- الخوف من الحيوانات (مخاوف حسية) كالخوف من الأفاعي، القطط، الكلاب، الحشرات وغيرها.
- ٢- الخوف من رؤية السلوكيات العدوانية لدى الآخرين كمشاعر الغضب، الضرب، الصوت العالي، فقدان التحكم.
- ٣- الخوف من الغرباء وفي بعض الأحيان أي شخص غير الأم.
- ٤- الخوف من الموت والأذى كالخوف من الجروح، منظر الدم، الحقن، موت الناس، الحوادث.
- ٥- مخاوف ذات شكل أخلاقي كالخوف من العذاب في الآخرة.
- ٦- الخوف من الظلام وما يرتبط به كالخوف من الوحدة.
- ٧- الخوف من أشياء غير محسوسة كالخوف من الأشباح والجان.

٨- الخوف من الأماكن كالخوف من المصاعد، الأماكن المزدحمة، السفر بالطائرة، الخوف من المدرسة (العاسمي، ٢٠٠٨، ٢٩-٣٠) و (mackay, 2009 , 33).
ويُظهر الجدول رقم (٢) تطور المخاوف لدى الأطفال حسب العمر.

أنواع المخاوف	الأعمار الزمنية
الضوضاء العالية، فقد المساندة، الموضوعات غير المألوفة.	٠ - ٦ شهور
الغرباء، المواجهة المفاجئة بموضوعات غير متوقعة.	٧ - ١٢ شهر
الغرباء، العواصف، الحيوانات، الظلام، الانفصال عن الوالدين، الضوضاء العالية، الآلات، الحمامات، الأشباح، العفاريات، الحشرات، الأذى الجسدي.	١ - ٥ سنوات
الكائنات الخارقة، الجروح الجسدية، الأمراض، البقاء وحيداً، النقد، الفشل، العقاب، اللصوص.	٦ - ١٢ سنة
الامتحانات، الاختبارات المدرسية، الأداء المدرسي، الجروح الجسدية، المظهر، الأداء الرياضي، الارتباك الاجتماعي، اختبار الأقران	١٢ - ١٨ سنة

(William & others. 1998, 208)

وهكذا نرى، أن مخاوف الأطفال حادة في شدتها متحولة في مظهرها كثيرة في تكرارها قصيرة في مداها، وتتأثر مخاوف الطفل بعمره الزمني ومستوى نضجه العقلي (ماكبريد، ١٩٦٠، ١١).

أولاً: مفهوم الخوف المرضي

يعد الخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية ويظهر في أشكال متعددة وبدرجات متفاوتة بين الحذر والحيطة إلى الهلع والفرع والرعب وربما الهروب، وكلما كانت درجة الخوف في الحدود المعقولة غير المتطرفة كان الإنسان سوياً في هذا الانفعال، وتمكن من التحكم به، ولكن كلما كانت درجة الخوف كبيرة بحيث يتعذر معها السيطرة والتعقل كنا أمام فرد يعاني من اضطراب نفسي يكون من مؤشرات إصدار سلوك شاذ بهدف البعد عن مصدر الخوف، فعندما يبدي الفرد خوفاً مرتبطاً بموضوعات أو مواقف لا تنطوي على تهديد حقيقي أو خطر واقعي، فإنه بذلك يعاني من خوف مرضي أو رهاب (الشربيني، ١٩٩٤).

والذي يعد من الاضطرابات التي تهدم كيان الفرد النفسي وسعادته وتجعله شخصاً آخر غريباً عن الآخرين بل وغريب عن نفسه، كما أن كل إنسان مهما كان مركزه ومكانته يمكن أن يكون عرضة لهذا النوع من المخاوف (غنايم، ١٩٩٣، ٣).

ويرى "ولمان" أن المخاوف المرضية تمثل الاستجابة العصابية الأولى للأطفال، وذلك ما يجعل كثيراً من علماء النفس يعتقدون أن الطفل يولد وهو مزود بنوعين من المخاوف: الخوف من الأصوات العالية والخوف من السقوط من مكان مرتفع ومع اتساع خبرات الحياة تأخذ أنواع أخرى من المخاوف طريقها للظهور، كالخوف من الانفصال عن الوالدين أو الخوف من الحيوانات أو الخوف من الظلام، هذا بالإضافة إلى أن المخاوف المرضية تمثل نقطة البداية في كثير من الحالات العصابية والذهانية (ولمان، ١٩٩٥، ١١٢)؛ (العاسمي، ٢٠٠٨، ١٦).

وقد عرف جيلفورد وآخرون (١٩٥٥) الخوف المرضي بأنه خوف غير معقول ولا يمكن تعليقه في موقف ما، والمنبهات التي تستثيره تكاد تكون غير محدودة لدى مختلف الأشخاص، وينشأ عن خبرة خوف شديد وقعت في الطفولة وخبرات حرجة كبنت ثم عادت لتطفو على سطح الذاكرة فيما بعد (جيلفورد وآخرون، ١٩٥٥، ٣٨٦).

ويعرف التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الاضطرابات الرهابية بأنها مجموعة من الاضطرابات التي يستثار فيها القلق فقط، أو يكون أساسياً فيها، بواسطة أشياء أو مواقف معينة ومؤكدة (خارجة عن نطاق الشخص)، ولا تحمل في حد ذاتها خطراً، ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف أو الأشياء، أو مكابذتها والتخوف منها (ICD - 10 : 1992 , 144).

وتعرف الفوبيا في قاموس (webster) بأنها خوف مبالغ فيه وغير منطقي من شيء معين أو فئة من الأشياء وعادة لا يكون لها تفسير (Webster, 2001, 309).

يعرفه العاسمي بأنه حالة خوف متطرفة وغير منطقية وقد تتضمن توقعاً مستمراً لموقف مخيف لا يستند لأساس واقعي، على الرغم من أن الفرد يعرف تماماً - من الناحية الشعورية - أن هذا الموقف المخيف لا يشكل خطراً حقيقياً عليه (العاسمي، ٢٠٠٨، ٢٢).

ويعرفه روبنسون وآخرون (Robinson et.al, 2004) بأنه نوع من الخوف الغير منطقي إلى حد كبير وغير متناسب مع مقدار التهديد وعادة ما تكون المخاوف محددة كالخوف من الطيران أو المرتفعات، على الرغم من أن سبب الخوف ليس من الضروري أن يكون مرتبطاً بشكل مباشر مع مصدر التهديد.

فيما يرى (Leahy, 2007) أن تعريف الرهاب على أنه خوف غير منطقي أو غير عقلاني غير مفيد ولا يمكن الاعتماد عليه للتغلب على تأثيرات الرهاب ومساعدة الفرد على استعادة حياته، فهو يعرف الرهاب على أنه الخوف الذي يعطل حياة الشخص، وأن درجة هذا التعطيل هي ما يميزه عن الخوف.

وتعرف المخاوف المرضية بأنها اضطرابات عصابية تتضمن خوفاً قوياً ومستمرًا لموضوعات أو مواقف لا تتم عن خطر حقيقي (Peter & Nicky, 1999, 206).
كما تعرف بأنها ردود أفعال خوف حادة وشديدة تتميز بأنها مستمرة وغير تكيفية (1978,140) (RACHMAN,).

تحليل الخوف المرضي:

يؤكد ماكبريد أن الطفل يولد مزود بنوعين من الخوف: الخوف من الأصوات العالية والخوف من السقوط من مكان مرتفع، ومع اتساع خبرات الحياة تأخذ أنواع أخرى من الخوف طريقها إلى الظهور (ماكبريد، ١٩٦٠، ٢١-٢٢). ومن الممكن أن ينتقل خوف الآباء إلى الأبناء عن طريق الإيحاء والتقليد والتأثير اللاشعوري وبذلك تقترن عقولهم (اللاشعورية) بالخوف، وتعد التنشئة الخاطئة والصدمة الانفعالية الحادة من الأسباب الرئيسية للخوف الذي يستعصي على العقل فهمه سواء عند الأطفال أو البالغين (ماكبريد، ١٩٦٠، ٢٧).

الخوف العادي يحفظ حياة الفرد ويبعته على التقدم، أما إن أعاق الخوف قدرة الفرد على العمل وميله للابتكار والتقدم، فإنه يتحول بذلك إلى خوف مرضي. والمخاوف المرضية في جوهرها وشكلها شعور انفعالي بعدم المواءمة كما أن التوتر والضغط النفسي مظهر من مظاهر الكبت (ماكبريد، ١٩٦٠، ٤٤-٤٥).

يحدث الرهاب لأنماط مختلفة من بنى الشخصية وفق واحدة من الآليات التالية:

- أ- الإحلال: حيث أكدت الدراسات التجريبية الحديثة حدوث الرهاب في مختلف مواقف الضغط المولدة لقلق مرتبط بقيمة الذات وإحلاله على أشياء جانبية (أسعد، ١٩٩٤، ١٧٤).
- ب- إحاطة النزعة الخطرة: يبدو الرهاب في هذه الحالة آلية دفاعية تعمل على الإحاطة بالنزعات الشاذة الخطرة ومشاعر قصور الذات أي أن ما يولد الرهاب هو الإثم المهدد للذات كمجربة، بعبارة أخرى يقوم الشخص بإبدال خوف ما بخوف آخر بطريقة لاشعورية خاصة عندما يخلق الخوف الأصلي صراعاً داخلياً أو إحساساً بالذنب فيما يكون الثاني مقبولاً اجتماعياً (أسعد، ١٩٩٤، ١٧٥).

أنواع المخاوف المرضية

تتعدد أشكال المخاوف المرضية تبعاً لموضوعها الذي يستثير القلق الشديد، كالخوف من الحيوانات مثل الحشرات والقطط والكلاب، والخوف من وقوع المرض أو الأذى أو الموت أو القتل أو عضه الكلب، والخوف من الأماكن المفتوحة أو المزدحمة أو الضيقة أو العالية، والخوف من الظلام أو الوحدة أو الأشخاص الغرباء، والخوف من الأماكن الخطرة، كالمصاعد أو الطائرات أو المياه

العميقة، والخوف من بعض الأفكار، كالانتحار أو الخوف نفسه، والخوف من الأشباح أو القوى الخارقة أو الأرواح وغيرها (القريطي، ١٩٩٨، ٣١٣).

وتشير عدد من الدراسات الإحصائية للمخاوف أثناء الطفولة إلى أنها تنحصر في ثلاث فئات كبرى هي:

١- مخاوف قائمة على أخطار من صنع الإنسان: كالخوف من أن يهاجم الشخص أو يختطف أو تجري له عملية جراحية.

٢- أخطار طبيعية أو خارقة للطبيعة: مثل الرعد والبرق والأشباح.

٣- مخاوف تعكس ضغوطاً نفسية اجتماعية مثل الخوف من الامتحانات، الخوف من الانفصال عن الوالدين (بيك، ٢٠٠٠، ١٣٦).

وقد صنف ماركس (Marks) المخاوف المرضية إلى صنفين رئيسيين: مخاوف مرتبطة بالمثير الخارجي، ومخاوف مرتبطة بالمثير الداخلي، وتشتمل المجموعة الأولى للاضطرابات الخوفية علي (الخوف من الأماكن المفتوحة، المخاوف الاجتماعية والخوف من الحيوانات، والمخاوف المحددة المتنوعة)، ويقع اضطرابان من المخاوف فقط في مجموعة المثير الداخلي وهما المخاوف المتعلقة بالمرض والمخاوف القهرية (Turner, 1984, 286).

كما أشار "دويدار" إلى أنه يمكن تصنيف المخاوف المرضية إلى ثلاثة أصناف هي:

١- **مخاوف المثيرات الواضحة والصريحة:** وهي أشبه ما يكون بالعصاب الصدمي الذي تدفع إلى ظهوره تجربة أليمة تتضمن معنى الصدمة العاطفية أو الانفعالية البالغة الشدة والوقوع على الذات وهو ضرب من العصاب المتضمن لمعنى الاستجابة الشرطية "Condition Response" حيث يواصل الفرد رد فعل المثيرات الحاضرة المماثلة لمثيرات الماضي وهو لا يزال متأثراً بتجربة اختبارها في الماضي.

٢- **مخاوف المثيرات الواضحة الرمزية:** يتميز هذا الاضطراب من المخاوف المرضية بما يخافه صاحبه من موضوعات مادية مجردة كالأسلحة، مثلاً، أو القاذورات، إلا أن خوفه هذا لا يثيره المعنى الحرفي الذي تنطوي عليه أمثال هذه الموضوعات المادية، لكنه خوف يثيره المعنى الرمزي الذي تمثله هذه الموضوعات أمام عقل الفرد.

٣- **مخاوف المثيرات المبهمة الرمزية:** وتعتبر أكثر تعقيداً وأعنف مظهراً وأثراً من النوعين السابقين ففي هذا النوع، لا ينبعث الخوف بفعل واضح وصريح مماثل في طبيعته للمثير القديم الذي كان الأصل في نشأة هذا الخوف المرضي ولا هو ينبعث في صاحبه بفعل مثير رمزي واضحة معنى

رمزيته وماهية المرموز إليه، بل هو نوع من القوبيا ينبعث فيه الخوف بفعل مثيرات رمزية غامضة معانيها لا تكشف عن المرموز إليه بصورة يسهل تمييزها نسبيا (دويدار، ٢٠٠٠، ٢٠٩-٢١٤).

كما أشار "محمد عبد المؤمن" إلى أنه يمكن تقسيم المخاوف إلى ثلاث فئات أخرى هي:

- مخاوف تظهر عند الميلاد، والمخاوف الفطرية.
- مخاوف تظهر في سن معينة، وهي المخاوف المرتبطة بالنمو.
- المخاوف التي تولدها خبرة صدمية.

والمخاوف الفطرية تسببها المثيرات الجديدة والقوية ، الخوف من المجهول وغير المألوف يرتبط ببقاء الكائن الحي، ولذا فهو خوف فطري وشائع، أما المخاوف المرتبطة بالنمو فمن أمثلتها الخوف من الغرباء أو الأشخاص غير المألوفين، ومن الحيوانات وحركاتها المفاجئة. أما المخاوف المكتسبة فتشبه إلى حد ما المخاوف المرتبطة بالنمو لكونها تنشأ من خبرات صدمية أو أحداث مفاجئة (عبد المؤمن، ١٩٩٢، ٨٠).

كما بحثت دراسة مارتن وألفين (Martin&Alvin) العلاقة بين نوع المخاوف المرضية التي يطورها الشخص وبعض التركيبات المعرفية والحركية. حيث قسمت الأعراض الخوفية إلى نوعين رئيسيين؛ المجموعة الأولى: مخاوف الحيوانات والتي تشير إلى مخاوف مرضية من حيوانات معينة أو حيوان كموضوع. أما المجموعة الثانية: المخاوف الموقفية والتي تشير إلى مخاوف مرضية عامة حيث الخوف الأساسي فيها يكون من التواجد في مواقف أو أماكن خاصة (Martin.et.al, 1979 , 42).

يتفق ذلك مع تقسيم "قرويد" للمخاوف حسب طبيعة موضوع الخوف إلى قسمين كبيرين أولهما: مخاوف عامة وهي عبارة عن خوف مبالغ فيه من كافة الأشياء التي يكرهاها الناس ويهابونها إلى حد ما مثل الظلام والوحدة والموت والشعابين والأخطار عموماً؛ وثانيهما: مخاوف نوعية وهي الخوف من أشياء أو مواقف خاصة لا تبعث الخوف في نفس الشخص السوي مثل، الخوف من الأماكن المتسعة، وبعض وسائل النقل (دسوقي، ١٩٧٤، ٢٨٠).

وقد جاءت المخاوف في الدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية (ICD-10) في تصنيف اضطرابات القلق الرهابي وكان يشمل مجموعة اضطرابات يستتار فيها القلق فقط بواسطة مواقف أو أشياء معينة خارجة عن نطاق الشخص والتي لا تحمل في حد ذاتها خطراً ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء والتخوف منها ومن أنواع هذه الاضطرابات:

١ - رهاب الساحة (Agora phobia): وهو الخوف من الأماكن المفتوحة والمواقف المرتبطة بها مثل الزحام الشديد.

٢ - المخاوف الاجتماعية (Social Phobia): وهي الخوف من أن يكون الشخص محط أنظار الآخرين.

٣ - المخاوف النوعية (Specific Phobia): وتقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوانات بعينها أو من الأماكن المرتفعة أو الأماكن المغلقة أو منظر الدم والجروح (: ICD - 10 147 - 144, 1992).

وتقسم المخاوف المرضية وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع إلى مايلي:

أ - مخاوف الأماكن المفتوحة أو رهاب الخلاء (Agora Phobia) وهو مجموعة محددة نسبياً من اضطراب الرهاب وتشمل:

مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيداً في القطارات أو الباصات أو الطائرات ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية، كما أنه أشد اضطرابات الرهاب إعاقة حيث إن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماماً، وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة الانهيار في مكان عام وتركهم دون مساعدة، وغياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رهاب الخلاء. وأغلب مرضى رهاب الخلاء من النساء وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر. كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رهاب اجتماعي كسمات إضافية وغالباً ما يبرز تجنب الموقف الرهابي، بل أن بعض مرضى رهاب الخلاء يشعرون بالانعزال والوحدة حيث إنهم يتجنبون المواقف مصدر الرهاب (كراسك و بارلو، ٢٠٠٢، ٨-٩).

مؤشرات تشخيصية:

يمكن تشخيص مخاوف الأماكن المفتوحة وفقاً لمعايير الدليل التشخيص والإحصائي الرابع على النحو التالي (DSM-IV):

١ - الخوف من الأماكن أو المواقف التي قد يكون الهروب منها صعب أو محرج أو قد لا تتوافر فيها الإغاثة في حالة الإصابة بنوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع غير متوقعة. وتشتمل مخاوف الأماكن المفتوحة على مواقف مميزة تتضمن وجود الشخص بمفرده خارج البيت أو في تجمع أو وقوفه في صف أو وجوده على جسر أو السفر في حافلة أو قطار أو سيارة.

ملاحظة: يأخذ بالاعتبار تشخيص "المخاوف المحددة" إذا كان التجنب الرهابي مقصوراً على موقف واحد بعينه أو بضعة مواقف محددة فحسب، ويأخذ بالاعتبار تشخيص "المخاوف الاجتماعية" إذا كان التجنب مقصوراً على المواقف الاجتماعية.

٢ - يقوم الشخص بتجنب هذه المواقف كأن يقلل من سفره وإلا فإنه يطيقها بعناء شديد أو قلق من الإصابة بنوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع، أو يتطلب وجود مرافق معه في الموقف.

٣ - لا يمكن تعليل القلق أو التجنب الرهابي تعليلاً أفضل على أنه اضطراب نفسي آخر مثل

الرهاب الاجتماعي كأن يكون التجنب مقصوداً على المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من

الإحراج، أو الرهاب المحدد كأن يكون التجنب مقصور على موقف وحيد مثل ركوب المصاعد أو اضطراب الوسواس القهري مثل تجنب القدر لدى شخص يعاني من وسواس مثل تجنب المثيرات المرتبطة خاص بالتلوث أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة مثل بضاضات نفسي شديد أو اضطراب قلق الانفصال تجنب مغادرة المنزل أو الأقارب (DSM-IV 1994, 410-411).

ب - المخاوف الاجتماعية (Social Phobia):

بالرغم من أنه لفترة طويلة كان الخوف الاجتماعي من قبل الباحثين الأوربيين يعد أحد الاضطرابات التي يتم تشخيصها بصورة مستقلة إلا أن القليل كان يعرف عن هذا الاضطراب وعن طرق علاجه.

وقد بدأت دراسة المخاوف الاجتماعية على يد عالمي النفس البريطانيين ماركس و جلدنر (Marks & Gelder) في عام (١٩٦٦) ولم تكن هناك دراسات منظمة حتى عام (١٩٨٠) عندما تم تضمينها لأول مرة في (DSM III) ولم تكن من الاضطرابات المعروفة بالولايات المتحدة قبل بداية هذا التاريخ، ونظراً، لأن معظم المصابين بهذه الرهاب يخفون خوفهم، فإن عزوفهم الاجتماعي يفسر كثيراً على أنه تكبر وعدم اكتراث أو عناد.

ويشير التصنيف الإحصائي الرابع DSM-IV إلى أن المخاوف الاجتماعية أكثر شيوعاً من مخاوف الخلاء مع زيادة حالات الإصابة بين النساء عنها بين الرجال. وكثيراً ما يبدأ هذا الاضطراب في الطفولة المتأخرة أو في المراهقة، ويمكن أن يستمر لعدة سنوات وإن كانت حدته يمكن أن تتذبذب على مر السنين (هاشم، ١٩٩٧، ٤١-٤٢).

ويرى كل من (Judd, 1994) و (Jefferson, ١٩٩٦) و (Grist, 1995) أن المخاوف الاجتماعية تشير عادة إلى (قلق الأداء) وهي أن يخاف الشخص من الأداء علانية؛ لأنه يمكن أن يظهر بمظهر سخي وبذلك يعاني من الخزي والمهانة أو السخرية، بينما يكون شعوره واعترافه بأن مخاوفه غير منطقية ولا أساس لها، ويصبحون قلقين بدرجة شديدة ويتجنبون وجودهم في هذه المواقف، ويشير أنتوني (ANTONY, 1998) أنهم يخافون من أداء العمل وليس العمل نفسه؛ حيث إن حدوث أي خطأ يؤدي إلى زيادة الخوف لديهم. ويضيف ستيفن (STEIN, 1995) أن الخوف من التحدث علانية يعد من الأمور الشائعة، ويتضمن أشكالاً أخرى مثل القلق عند تناول الطعام في مكان عام، وربما يحدث الشعور بالهلع. فالخوف يكون من أن يكتشف الآخرون عصبيتهم ويرون علامات القلق الجسدي، مثل ارتجاف اليدين واحمرار الوجه "خوف الحمرة" (IN : MARILYN & SUSAN : 2001, 121-122).

ذكر ألبرت أليس ALLIS (١٩٥٨)، (١٩٧٣)، (١٩٧٥) أن المخاوف ترجع إلى افتراضات غير عقلانية أساسية يقوم بها الأشخاص حيث قد يعتقد بعض الناس أنه إذا ما وجه إليهم أي عدم استحسان فهذا يعني أن ليس لديهم قيمة أو اعتبار، وبهذا يحاولون تجنب عدم الاستحسان في تفاعلاتهم الاجتماعية، ويموتون ألف مرة إذا ما وجه إليهم نقد، في حين نجد بعض الأشخاص الآخرين يفترضون أنهم يجب أن يفعلوا كل شيء بشكل كامل مما يؤدي بهم إلى الشعور بعدم القدرة على الإنجاز (JOHN & ET.AL. : 1981 , 465).

كما تظهر المخاوف الاجتماعية لدى بعض الأشخاص في المواقف المتعلقة بتناول الطعام في الأماكن العامة مثل (المطاعم و الكافيتريات)، التحدث أمام جماعة (صغيرة أو كبيرة)، واستخدام الحمامات العامة أو الوجود في مواقف أخرى بحيث يتفحص فيها الناس سلوك الآخرين. بالرغم من أن المخاوف الاجتماعية عادة ما تكون جزء من قائمة المخاوف من الأماكن المتسعة، إلا أن المخاوف من الأماكن المتسعة تكون محدودة بشكل أكبر من المخاوف الاجتماعية (FRANCIS J.TURNER : 1984 , 289-290).

فالمخاوف الاجتماعية هي عبارة عن خوف مستمر من موقف أو عدة مواقف اجتماعية يشعر فيها الأفراد بأنهم معرضون لإمعان النظر من الآخرين فيصبح الخوف هنا من سخريه شخص لآخر. كما تتضمن المخاوف الاجتماعية الخوف من التحدث أمام جماعة، والأكل أمام جماعة، والكتابة في حضور الآخرين. وعادة ما يتجنب الخوافين اجتماعيا مثل هذه المواقف بقدر الامكان. فلقد وجد في دراسة إنجليزية أن حوالي (١٠ %) من التلاميذ يتجنبون المواقف الاجتماعية. وفي دراسة أمريكية أخرى وجد حوالي (٣١ %) من التلاميذ يجدون صعوبة في الاندماج في المواقف الاجتماعية (ARNOLD & ANDREW : 1990 , 15).

ج - المخاوف النوعية (Specific Phobia)

هي مخاوف تقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوانات، الأماكن المرتفعة، الرعد، الظلام، الطيران، الأماكن المغلقة، التبول أو التبرز في مراحيض عامة، تناول مأكولات بعينها، طيب الأسنان منظر الدم أو الجروح، والخوف من التعرض لأمراض معينة. وبالرغم من أن الموقف المثير محدود، إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما في حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي، وتبدأ أنواع المخاوف المحددة عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر، وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابي.

ويتميز الخوف في الرهاب المحدد بأنه غير متذبذب بعكس رهاب الخلاء. وأهم الموضوعات الشائعة في مرض الرهاب المحدد هو الخوف من التلوث البيئي والإشعاعي والعدوى بالأمراض التناسلية وحديثاً زملة نقص المناعة المكتسبة الإيدز (DSM-IV 1994, 414-415)؛ (عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٥-١٣٦).

ثانياً: مفهوم المخاوف النوعية

تنتشر بشكل واسع مخاوف محددة بين الناس كالخوف من الحيوانات والدم والمرتفعات، والأماكن المغلقة، وهذا ينطبق على الأطفال والمراهقين والبالغين وكذلك كبار السن، وتعتبر هذه المخاوف حميدة إلى حد ما، ولكن الأعراض في بعض الأحيان تصبح قوية جداً لدرجة أنها تتداخل مع الأداء اليومي للشخص (Davis, 2012, 7).

ويتميز الرهاب المحدد بخوف غير عقلاني من كائن أو حالة معينة، وله مكونان رئيسيان: الأول هو الخوف الشديد والمستمر من كائن أو حالة يدركها الفرد على أنها تشكل تهديد فعلي عليه. والثاني يؤدي هذا الخوف إلى تجنب متعمد للكائن أو الوضع المثير لهذا الخوف، مما يتسبب بصعوبات في حياة الفرد اليومية واتخاذ القرارات.

في كثير من الحالات قد يكون الكائن أو الحالة الرهابية خطراً أو غير آمن، والكثير من الناس الذين لا يعانون من الرهاب المحدد يتجنبون هذه الكائنات إلى حد ما. ومع ذلك، فإن الفرق في حالة وجود رهاب محدد هو شدة استجابة الخوف ومستوى الخلل الذي في حياة الشخص بالإضافة إلى شدة الأعراض الجسدية التي يمكن أن تشمل ضيق في التنفس، وغثيان، وخفقان القلب. وفي الحالات الشديدة فإنها قد تتطور إلى نوبات هلع يمكن أن تترك شعور بالحرع أو العجز، وتؤدي إلى صعوبات في العمل أو المدرسة أو الحياة الاجتماعية (Duckworth. et.al, 2013).

وقد ورد في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) أن المخاوف النوعية: رهابات تقتصر على مواقف نوعية شديدة؛ كالاقتراب من حيوانات بعينها، أو الأماكن المرتفعة، أو الرعد، أو الظلام، أو منظر الدم والجروح والتعرض لأمراض معينة.

ويعرف دافيس (Davis) المخاوف النوعية على أنها: الخوف الملحوظ والمستمر والمفرط أو غير المعقول، تحسباً لكائن أو حالة معينة، والتعرض للحافز الرهابي يثير دائماً استجابة القلق المباشرة، التي يمكن أن تأخذ شكل نوبات الهلع، ويقر الشخص بأن خوفه مفرط أو غير معقول، يتم تجنب الموقف الرهابي وإلا فسوف يعاني الشخص من القلق أو الضيق الشديد (Davis, 2012, 7-8).

ويعرفها داكروث (Duckworth) بأنها: خوف شديد وحاد وغير مبرر لموضوع أو موقف محدد مصحوب بتجنب مستمر لهذا الموضوع أو الموقف مع علم الشخص أن قلقه غير متناسب مع الخطر، إلا أنه لا يستطيع التحكم فيه (Duckworth et.al, 2013, 2).

وبالرغم من أن الموقف المطلق للرهاب منفصل، إلا أن التعرض له قد يثير هلعاً شديداً، كما في رهاب الساحة أو الرهاب الاجتماعي، والخوف من الحالة الرهابية لا يميل للتذبذب بعكس رهاب الساحة.

عادة، تبدأ المخاوف النوعية في الطفولة إلا أنها قد تظهر في أي مرحلة عمرية، وقد تستمر عشرات السنين إذ لم تعالج. وتتوقف شدة العجز على مدى السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف المثير للرهاب (المراجعة العاشرة، ١٩٩٢، ١٤٧ - ١٤٨).

فيما يرى بورن (Bourne, 1995) أن المخاوف النوعية عادة ما تكون اضطرابات حميدة، لا سيما إذا بدأت كخوف شائع في الطفولة. بالرغم من أنها قد تستمر لسنوات، فإنه نادراً ما تتطور نحو الأسوأ، وغالباً ما تتخفف شدتها بمرور الوقت، وعادة لا تترافق مع اضطرابات نفسية أخرى. فالأشخاص الذين يعانون من المخاوف النوعية عادة ما يكونون على مستوى عال من النشاط في جميع النواحي.

أنواع المخاوف النوعية

تعد المخاوف النوعية من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً بين الأطفال، وقد يطور الأطفال خوفاً من أي شيء تقريباً، لذلك هنالك عدد كبير من المخاوف النوعية والتي لا يمكن التطرق لها جميعاً، وقد حدد الدليل التشخيصي الرابع المعدل خمسة أنواع رئيسية للرهابات النوعية اعتماداً على نوع المحفز:

١- رهاب الحيوانات: الخوف من الحيوانات بأنواعها المختلفة أو الحشرات، يظهر هذا النوع عموماً في بداية الطفولة.

٢- رهاب البيئة الطبيعية: الخوف من العناصر والظواهر الطبيعية في البيئة مثل: العواصف، البرق، الرعد، الارتفاع، الماء. يظهر هذا النوع عموماً في بداية الطفولة.

٣- رهاب الدم والحقن والإصابات: حيث يكون سبب الخوف هو رؤية الدم أو التعرض للإصابة أو عن طريق تلقي حقنة أو غيرها من الإجراءات الطبية، هذا النوع غالباً ما يكون متعلماً أو مكتسباً من الأسرة، ويتميز بحالات إغماء وانخفاض في ضغط الدم.

٤- الرهاب الموقفي أو الظرفي: يحدث عندما يكون المحفز الرهابي هو الخوف من حالة معينة، مثل الجمهور النقل والأنفاق والجسور، والمصاعد، الأماكن المغلقة. ويتميز هذا النوع بذروتين واحدة في مرحلة الطفولة وأخرى في منتصف العشرين من عمر الإنسان، كما أنه يبدو مشابه لاضطراب الذعر مع خوف من الأماكن المكشوفة في نسب ترتبط بالجنس، وفي بداية العمر.

وهناك نوع آخر، يحدث إذا كان المحفز الرهابي هو الخوف من مؤثرات أخرى، والتي تشمل الخوف أو تجنب المواقف التي قد تؤدي إلى الاختناق والتقيؤ، المرض، "رهاب الفضاء" (أي خوف الفرد من السقوط إذا كان بعيداً عن الجدران أو غيرها من وسائل الدعم المادي)، ومخاوف الأطفال من

الأصوات العالية أو الشخصيات التي ترتدي ملابس معينة (DSM IV - TR, 2000, 445) (Marilyn & Susan, 2001 , 119).

وتعد الرهابات الآتية من بين المخاوف النوعية الأكثر شيوعاً:

١- رهاب الحيوانات (Animal Phobias): يمكن أن تشمل التجنب والخوف من الشعابين والخفافيش، والفئران، والعناكب، والنحل، والكلاب، وغيرها من الحيوانات. وغالباً ما تبدأ هذه المخاوف المرضية في مرحلة الطفولة، حيث أنها تعتبر وقتها مخاوف طبيعية، وإذا استمرت لمرحلة البلوغ وأدت إلى تعطيل الحياة الخاصة أو التسبب في مشكلات كبيرة عندها تصنف كرهابات محددة.

٢- رهاب المرتفعات (Acrophobia): هو الخوف من الطوابق العليا في المباني أو الجبال والتلال، أو الجسور العالية. في مثل هذه الحالات، قد يواجه الشخص الدوار والرغبة في القفز، وعادة ما يعتقد الشخص أن بعض القوى الخارجية تدفعه إلى الحافة.

٣- الخوف المرضي من المصعد (Elevator Phobia): كالخوف من انقطاع الكابلات وتحطم المصعد، أو الخوف من تعطل المصعد فيصبح الشخص محاصر في الداخل. وقد يؤدي هذا النوع إلى الذعر، بعد التأكد من عدم وجود تاريخ من اضطرابات الهلع أو الخوف من الأماكن المكشوفة.

٤- الخوف المرضي من الطائرات (Airplane Phobia): غالباً ما يتضمن خوف من أن الطائرة سوف تتعطل، عندما تحلق، قد يؤدي إلى رد فعل الذعر عند التحليق إذا لم يكن هناك تاريخ من اضطرابات الهلع أو الخوف من الأماكن المكشوفة، وفي الآونة الأخيرة انتشر رهاب اختطاف الطائرة أو قصفها من طرف الإرهابيين .

ويُعد الخوف من الطيران من الرهابات الشائعة بدرجة كبيرة، بحيث إن (١٠%) من السكان لا يحلقون بأية وسيلة طيران، في حين إن تجربة (٢٠%) للطيران أظهرت قدراً كبيراً من القلق الإضافي بينما كانوا يحلقون.

٥- الخوف المرضي من الطبيب أو طبيب الأسنان (Doctor or Dentist Phobias): يمكن أن تبدأ بالخوف من إجراءات مؤلمة (الحقن، حفر الأسنان) والتي أجريت في عيادة الطبيب أو طبيب الأسنان، في وقت لاحق يمكن أن يعمم الشخص على أي شيء له علاقة بالأطباء أو أطباء الأسنان، ويكمن الخطر في تجنب العلاج الطبي بالوقت الذي يكون الشخص في أمس الحاجة إليه.

٦- رهاب الرعد أو البرق (Phobias of Thunder and / or Lightning): في كل الحالات تقريباً الخوف المرضي من الرعد والبرق يبدأ في مرحلة الطفولة، وإذا استمرت إلى ما بعد المراهقة فإنه يصنف على أنه رهاب محدد.

٧- **الخوف المرضي من الدم والإصابات الجسدية:** (Blood - Injury Phobia) : يختلف هذا النوع عن باقي الرهابات حيث إن الشخص يصبح هادئاً لدرجة كبيرة (بدلاً من الذعر)، وذلك إذا تعرض لنزيف أو رأى دمًا، أو تعرض للألم عن طريق الحقن أو إصابة جسدية.

٨- **رهاب المرض (Illness Phobia):** يتضمن خوف من الإصابة بمرض معين، مثل الأزمة القلبية أو السرطان، والمصاب بهذا النوع من الرهاب يسعى بصورة مستمرة خلف الأطباء ولا يقتنع بتشخيصهم. كما أنه يتجنب أي حالة أو موقف يذكره بهذا المرض. يختلف رهاب المرض عن المراق (توهم المرض)، بأنه في الأخير يتصور الشخص أنواع مختلفة من المرض بدلاً من التركيز على نوع واحد (Bourne, 1995, 9 -10) ؛ (راضي، ٢٠٠١، ٢٢٧).

مؤشرات تشخيصية:

يمكن تشخيص المخاوف المحددة وفقاً لمعايير الدليل التشخيص والإحصائي الرابع (DSM-IV) على النحو الآتي :

١ - خوف ملحوظ ودائم، يتسم بأنه زائد أو غير معقول، يبعثه وجود أو توقع موضوع محدد وموقف بعينه مثل: ركوب الطائرات، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية دم.

٢ - التعرض للمثير الرهابي يبعث بصفة دائمة تقريباً استجابة قلق فورية قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو متوقفة عليه.

٣ - يدرك الشخص أن الخوف زائد وغير معقول، بالنسبة للأطفال قد لا يتوفر هذا الشرط.

٤ - يتجنب الشخص الموقف الرهابي، أو يتحمله بصعوبة.

ويؤدي التجنب أو توقع القلق أو الكرب إلى إعاقة ملحوظة للوتيرة الحياتية العادية للفرد، أو لأدائه المهني أو الدراسي أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، أو يعاني الفرد ضيقاً شديداً لوجود هذا الخوف فيه.

٦ - بالنسبة للأفراد تحت سن الثامنة عشر، يجب ألا تقل مدة الاضطراب عن ستة أشهر.

٧ - لا يمكن تعليل القلق أو نوبات الهلع أو التجنب الرهابي المقترن بالموضوع أو الموقف المحدد تعليلاً أفضل بوصفها اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب الوسواس القهري مثل: الخوف من القذارة لدى شخص يعاني من وسواس خاص بالتلوث، أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة مثل: تجنب المثيرات المرتبطة بضغوط نفسي شديد، أو اضطراب قلق الانفصال مثل: تجنب المدرسة، أو اضطراب الهلع المصحوب برهاب الخلاء، أو رهاب الخلاء بدون تاريخ مرضي لاضطراب الهلع.

(DSM-IV 1994, 414- 415).

النظريات المفسرة للخوف المرضي

سوف يتناول الباحث بشيء من التفصيل في هذا القسم التأثيرات الأساسية التي أسهمت في إلقاء الضوء على تفسير ونشأة المخاوف المرضية عامة والخوف المرضي المحدد على وجه الخصوص.

١ - التفسير البيولوجي الوراثي:

يرجع أصحاب هذا التفسير المخاوف إلى أسباب وراثية تجعل من الخوف برنامجاً متوارثاً لدى الإنسان كي يعينه على مواجهة الواقع واستمرار البقاء. وهناك مخاوف فطرية تولد مع الفرد وتشيع بين البشر جميعهم مهما اختلفت أعمارهم، وتباينت حضاراتهم إذ إنها ثابتة وغير قابلة للتغيير (حافظ، ١٩٩١، ٤١٥).

إن بعض أنواع المخاوف أكثر شيوعاً من غيرها، وتشيع ردود الفعل تجاه الحيوانات والارتفاعات والظلام أكثر من ردود الفعل تجاه الجماد وكثيراً ما يفسر علماء السلوكيات هذا التوزيع غير المنتظم للمخاوف بقولهم إن البشر كنوع لديهم استعداد مسبق لاكتساب مخاوف معينة. حيث يرى (سيلجمان ١٩٧١) أن البشر من الناحية النظرية مستعدون لاكتساب بعض أنواع المخاوف دون غيرها.

ويدعى مؤيدو الاستعداد المسبق البيولوجي أن نزعات الخوف نقلت بالجينات من خلال عملية التطور ويرون أن الأشياء التي تسبب أنواع الرهبة الشائعة كانت تمثل أخطاراً حقيقية لأجدادنا الذين اكتسبوا الخوف من الحيوانات وأشبابها بسهولة وكانت لديهم فرصة أكبر للبقاء وإنتاج نرية. أما دعاة الاستعداد المسبق الثقافي فيدعون أن الخبرات تعلمنا في مرحلة باكراً من حياتنا أن أشياء معينة هي مصادر شرعية للخوف، وأن هذا التدريب يجعل الكثير من البشر مستعدين مسبقاً لاكتساب أنواع الرهبة تبعاً لذلك. (Comer, 1996, 144)

ويشير إيزنك إلى أن الاضطرابات العصابية تحدث نتيجة استعداد وراثي للعصابية مع توافر عدد من المؤثرات البيئية الضاغطة، وأن أحد المكتشفات الرئيسية لأيزنك هو أن الأفراد الذين لديهم "جين الكف" (Inhibition Gene) يحدث لديهم تشريط بشكل أسرع من غيرهم. ويعني هذا أن الذين لديهم كف مرتفع من المتوقع أن يكونوا أكثر حساسية للأمور السيئة غير الفعالة مثلاً، وأن الوراثة والعوامل البيوكيميائية المتصلة بها تتفاعل مع العوامل البيئية الأخرى، وتحدث الفوبيا نتيجة لتفاعل جين الكف مع تاريخ طويل من الخبرة البيئية السيئة.

ومن ثم فإن الشعور بالخوف يعقب نضج المراكز الحسية في الدماغ، وأجزاء من الجهاز العصبي المركزي، وقبل هذا النضج لا يكون هناك خوف بل علامات من التخوف والحذر، وهذا يشير إلى وجود بذور الخوف وكونها منتظرة ذلك النضج العصبي، ودليل ذلك أن الطفل قد تتنابه الرهبة المفاجئة إذا فقد

توازنه أو تعرض للسقوط من مكان مرتفع، أو سمع صوتاً عالياً مفاجئاً، وهذه الاستجابات أشبه بالخوف ويمكن إرجاعها إلى وجود قدر من الخوف الوراثي (الشربيني، ١٩٩٤، ١١٦)

ويشير مانوزا وآخرون (Mannuzza. et al, 1995) إلى أن الاستعداد الوراثي بمفرده لا يؤدي إلى الإصابة بهذا الاضطراب ولكن تكاتف كلا من الوراثة والبيئة والأسرة يساعد على تطوير الإصابة بالرهاب. كما أن العوامل البيولوجية لها دور في زيادة الخوف المرضي، وتوضح الدراسات أن الخوف المرضي تزداد خطورته لدى الأشخاص الذين يوجد في أسرهم حالات إصابة بهذا المرض.

٢ - نظرية التحليل النفسي:

يرى أصحاب هذه النظرية أن حدود المخاوف المرضية تكون في مرحلة الكمون من (٦-١٢) مصاحبة لنمو الأنا الأعلى واكتماله، وذلك لقدرة الطفل على استخدام الحيل الدفاعية أو الوسائل الدفاعية الأولية في حماية الأنا الخاص به ؛ فالطفل هنا يبدأ محاولة كبت الصراع إلا أن هذا الكبت لا يكفي، فيلجأ الطفل للنقل أو الإزاحة والتميز بأن يحول موضوع الخوف الأصلي إلى موضوع آخر بديل (العاسمي، ٢٠٠٧، ٩٩).

وقد ميّز فرويد بين مرحلتين في تكوين الخوف المرضي هما:

- المرحلة الأولى: كبت للرغبة الجنسية، وتحول هذه الرغبة إلى قلق، ثم تعلق القلق بخطر خارجي معين.

- المرحلة الثانية: تنشأ بعض الاحتياجات ووسائل الدفاع التي تعمل على تجنب التعرض للخطر الخارجي، ويرى فرويد أن القلق لا يسبب العصاب، بل إن العصاب يحدث أولاً، إذ يساعد العصاب على كبت الرغبة الجنسية ، وحينما تكبت الرغبة الجنسية تتحول الطاقة الجنسية مباشرة وبطريقة فيزيولوجية إلى القلق. فعلى ذلك ، ليس للقلق أي دور في نشوء الأعراض العصابية .

ويبدو أن المخاوف المرضية في رأي فرويد تنطوي على سمتين أساسيتين هما:

١-تتفصل عن قاع القلق العام.

٢-ليست ذات علاقة بالاشعور أو الكبت بل ذات علاقة دفاعية بالليبيدو، إذا كانت تبحث عن توظيف لها ولم تفلح في ذلك (لوغال، ١٩٨٨، ١١).

وفي حديثه عن تطور الفوبيا، يرى فرويد أن ظهور الخوف المرضي على الغالب يتبع تفجر القلق، وذلك لتجنب المواقف أو المواضيع المثيرة للقلق. وأحياناً يكون من الممكن تجنب القلق باستحداث خوف ملائم يحد من حرية الأنا. عندئذ يمكن أن يصل المرض إلى نقطة مميتة، حيث يكون الخطر الغريزي قد تحول كلياً وبنجاح إلى خطر خارجي، ولكن في حالات أخرى لا يكون

التطور مواتياً على هذا النحو، ففي مراحله الأولى يمكن أن يتعقد العصاب بعصاب صدمي ثانوي تسببه نوبة القلق الأولى، فالكثير من القلق ينشأ - ابتداء من مثل هذه الصدمة - خوفاً من القلق، وتولد في نفس الوقت استعداداً للخوف لأنقته الأسباب ، مما قد يخلق حلقة مفرغة، وبعض المخاوف لا تنجح في محاولتها للإسقاط فتتمضي مستقلة في نموها (أتوفينخل، ١٩٦٩، ٢٤٦) .

يتبين من نظرية فرويد أن أعراض العصاب هي نتيجة لوجود رغبة مكبوتة وعندما يخاف الشخص من حدوث شيء ما، فإن خوفه هذا يشير إلى أنه يريد لهذا الحدث أن يحدث، ولكن الرغبات المكبوتة لا تظهر إلا عن طريق معالجة تقوم على التحليل النفسي. أما إدلر (Adler) فإنه لم يتناول مشكلة الخوف بشكل منظم غير أننا يمكن أن نلمس ذلك في كتاباته حول فكرة الشعور بالنقص والذي يتضمن الخوف والقلق. كذلك الخوف في نظر يونج (Jung) هو عبارة عن سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي لا تزال باقية فيه من حياة الإنسان البدائية.

ويفسر رانك (Ranek) جميع حالات القلق بأنها قد نشأت منذ صدمة الميلاد، وهي عبارة عن تنفيس لانفعال القلق الأولي. والانفصال عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير القلق الأولي، ويصبح كل انفصال فيما بعد من أي نوع كان سبباً لظهور القلق والمخاوف، فالفطام يثير القلق لأنه انفصال عن ثدي الأم ، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن انفصلاً عن الأم وهكذا (فرويد، ١٩٨٩، ٣٥).

٣ - النظرية السلوكية

ينظر السلوكيون إلى الخوف المرضي على أنه خوف غير متناسب مع التهديد الأصلي الواقعي الذي يمثله موضوع الخوف، وينشأ نتيجة للاستجابات الشرطية في المواقف المثيرة للقلق عند تكرار هذا الموقف أو عند حدوثه بشكل شديد مرة واحدة، كما يتم تعميم استجابات الخوف إلى المثيرات المشابهة للمثير الأصلي.

وتعرف المدرسة السلوكية التقليدية الخوف المرضي بأنه: (رعب مرضي من موضوع غير متناسب مع التهديد الفعلي الذي يمثله هذا الموضوع)، ويعتبرونه عبارة عن خوف مزاح ينشأ بطريقة مختلفة عن المخاوف التشرطية. ففي حالة المخاوف التشرطية يكون الخوف ناجماً عن خبرة سيئة مباشرة مع الموضوع المخيف، بينما في حالة المخاوف المرضية يكون الخوف مزاحاً من الموضوع الأصلي إلى موضوع بديل، كأن يكون إزاحة الخوف من الابتعاد عن الأم إلى موضوع خارجي مثل المدرسة، حيث يفتعل الطفل هذا الخوف ويستثمره للبقاء بجانب الأم (العاسمي، ٢٠٠٨، ٩٩).

ويرى واطسون (Watson) أنه تم إيجاد الخوف المرضي تجريبياً عن طريق التعلم القائم على الأفعال الشرطية، حيث أعطى تأكيداً على المكانة التي يحتلها كل من الخوف والقلق في تكوين الخوف المرضي (Broun , 1986 , 547).

ويرى جوزيف ولبة (Wolbe) أن مفهوم القلق مرادف لمفهوم الخوف، ولا يوجد أي اختلاف فيزيولوجي بين الخوف الذي يطلقه مثير يرتبط بتهديد موضوعي والخوف غير التوافقي الذي تطلقه مثلاً قطة صغيرة ، كذلك يرادف بين الخوف بالمعنى التشريطي والفوبيا متجاهلاً بذلك الفرق بين القلق والخوف من ناحية وبين الخوف والفوبيا من ناحية أخرى (عزب، ١٩٨٢ ، ٥٨).

ويرى دولارد وميلر (Dolard and Miller) أن الخوف القوي هو حافز متعلم يستثير صراعاً يرتبط باستجابات الهدف نحو حوافز قوية أخرى ، كالجنس أو العدوان على سبيل المثال .وحين يبدأ الشخص العصابي من الاقتراب من الهدف الذي قد يؤدي إلى خفض تلك الحوافز ، فإن خوفاً قوياً يستثار لديه . وهذا الخوف يستثار بواسطة أفكار تتعلق بأهداف الحافز، كذلك بواسطة أية محاولات إقدامية ظاهرة .

كذلك ميز دولارد وميلر بين الفوبيا والمخاوف التشريطية؛ فالفوبيات خوف مزاح ينشأ بطريقة مختلفة تماماً عن المخاوف التشريطية بشكل مباشر، أما الخوف فيمكن فهمه كاستجابة نفورية تشريطية (العاسمي، ٢٠٠٨ ، ٩٧).

بينما يركز السلوكيون الجدد على التشريط الكلاسيكي في نشأة الأعراض العصابية، ومن بينها المخاوف المرضية حيث يستخلص إيزنك (Eyzennk) أن الاستجابات العصابية تنشأ على ثلاث مراحل هي:

- **المرحلة الأولى:** تنطوي على استجابات انفعالية فطرية، إما لحدث أليم وإما لسلسلة من الأحداث الصدمية البسيطة.

- **المرحلة الثانية:** يتم تشريط الاستجابات الذاتية لموضوعات كانت من قبل غير مثيرة للخوف، فتصبح نتيجة للتشريط مثيرة للخوف .

- **المرحلة الثالثة:** انطفاء هذا الخوف التشريطي يحول دون تجنب المواقف المرهوبة (داود ، ١٩٩١ ، ٣٢ - ٣٣).

كما يرى إيزنك أيضاً أن المخاوف المرضية عادات متعلمة ؛ فالذي يخاف بشكل قوي من أشياء معينة كالأماكن المفتوحة مثلاً فهو يعرف بأنه يعاني من الفوبيا رغم إدراكه أن سلوكه هذا شاذ لا مبرر

له، ومع ذلك فهو عاجز تماماً في التغلب على مخاوفه بغض النظر عن الدرجة التي يمكن أن تتوقعه هذه المخاوف على ممارسة حياة سوية (ايزنك، ١٩٦٩، ٩٤).

وتؤكد نظريات التعلم أن الأطفال يتعلمون الخوف بطرق عديدة كالملاحظة، والإيحاء، والتقليد وتخويف الكبار، نتيجة لخبرات واقعية عقابية مروعة أو منفرة، وكذلك نظراً للظروف الأسرية السيئة والاتجاهات السلبية في التنشئة كالرفض الوالدي والعقاب، وسوء معاملة المعلمين-23، 1975، willams (24).

٤- النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن المخاوف ليس مصدرها دائماً الخبرات الشرطية أو الصراع بين الهو والأنا وإنما قد تصدر عن معلومات غير صحيحة وأخطاء معرفية. فالخوف في نظرهم ينتج عن سبب معرفي إذا كان الخائف يعتقد اعتقاداً راسخاً بأنه في خطر نتيجة للمعلومات المعرفية، لذلك هناك مخاوف ينظر إليها على إنها عقلانية إذا أن المعرفة بعواقب موقف معين تكفي لإثارة الخوف منه (حافظ، ١٩٩١، ٤١٦-٤١٧).

ووفقاً لهذه الفكرة فإن النظرية تركز على الحساسية الكبيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من الرهاب للإشارات المنبهة للخطر و تعتبر الأفكار التي يكونها الفرد عن نفسه والآخرين و عن الوقائع السبب الرئيسي للرهاب (العتيبي، ٢٠٠٥، ٣٤). ويرى (بيك، ٢٠٠٠) أن مختلف زمالات القلق ما هي إلا تعبير عن عمليات ونظم معرفية ووجدانية وسلوكية ودافعية وفسولوجية معينة، والميكانيزم الأساسي للتعامل مع تهديد ما هو نفسه بالنسبة للفرد السوي وغير السوي ولكن الفرق بينهما هو أن إدراك الفرد الخوف للخطر غير صحيح، وأنه يقوم على مسلمات خطأ، بينما تتضمن الاستجابة السوية لتهديد ما تقديراً معقولاً في دقته لإمكانية الإصابة بأذى، ورغم أن الفرد السوي قد يخطئ في ادراكه لموقف بأنه يشكل خطراً، إلا أن هذا الخطأ قابل لإخضاعه لاختبار الواقع. أما الفرد الذي يعاني من الخوف المرضي فإنه يخطئ باستمرار في إدراكه للخطر.

إن النموذج المعرفي يفترض أن الحالات المرضية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة، فمثلاً الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ أما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس و الغضب وتتميز البارانويا بموضوعات تتعلق بالريبة والخوف من السيطرة ومؤامرات الآخرين (بلحسيني، ٢٠١١، ٤٩).

وتُعد الاضطرابات مثل القلق والرهابات أساساً كاضطرابات في التفكير تنتج حينما يركز الفرد على نواح سلبية من المواقف، في حين يتجاهل أو يهمل ملامح بارزة أخرى، و بهذه الطريقة يفقد الفرد الموضوعية و يشوه الحقيقة (فايد، ٢٠٠٨، ٩٦).

وقد أثبتت دراسات محددة أن بعض استجابات الخوف ترتكز على أخطاء معرفية و يمكن التغلب عليها عن طريق التصحيح المعرفي، وعلى أساس هذه الأدلة افترض كل من وولب (Wolp) وريغمان (Richman) أن المخاوف العصابية لها مصدران مختلفان بعضهما يصدر عن الخبرات الشرطية، بينما تنتج بعضها الآخر عن معلومات غير صحيحة ، وبالتالي يمكن أن تنمو المخاوف معرفياً عن طريق المعلومات التي قد تكون إما دقيقة أو زائفة. مثال ذلك الشخص الذي لم يتعرض لحادث سيارة، ويكون خائفاً من أن يتعرض لحادثة عن طريق سائق متهور، وهذا الخوف لم ينتج عن التشريط الكلاسيكي ولكن نتيجة للمعلومات المعرفية (جابر وحمدى ، ٢٠٠٨).

تعقيب على النظريات:

تتعدد أسباب المخاوف المرضية وعوامل نشأتها وفقاً للتوجهات النظرية فيشير كوفيل وآخرون إلى وجود أربعة ظروف تنشأ فيها المخاوف وهي: قد تنشأ المخاوف باعتبارها خبرة إشرطية جديدة في الحياة المبكرة للفرد كما يرى السلوكيون. عادة ما تكون استجابة الخوف نتيجة إزاحة مخاوف عامة إلى رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه بسهولة، فمثلاً الشعور بانعدام الأمن قد يزاح إلى الخوف من الأماكن المرتفعة، ولكن إذا كان الخوف الداخلي شديداً وفعالاً فسوف يمنع هذه الحيلة الدفاعية "الإزاحة" بخلق سلسلة كاملة من المخاوف التي تنتهي بشلل المتعاليج نفسياً. وقد تنشأ الرهابات كوسيلة لحماية المتعاليج من الرغبات اللاشعورية المستهجنة، فمثلاً قد يظهر الخوف على امرأة عند وجودها بمفردها، ذلك الخوف الذي يحميها من احتمال القيام بعلاقات جنسية خارج حياتها الزوجية، تلك العلاقة التي ترغب فيها لا شعورياً (كما يرى أنصار التحليل النفسي). وقد تظهر المخاوف - وبخاصة تلك التي من النوع الوسواسي- نتيجة الشعور بالذنب من سلوك معين يعتبره المتعاليج سلوكاً آثماً، فالخوف من الإصابة بالزهري استجابة شائعة للذنب الناجم عن اتصال جنسي غير مقبول (فايد، ٢٠٠١، ٧٣).

يضيف محمد سعفان أن العوامل الوراثية تهيئ لتطور الفوبيا (النظرية البيولوجية) كما يمكن أن يكتسب الخوف عن طريق التعلم بالملاحظة وذلك عن طريق ملاحظة آخرين يتصرفون بطريقة تدل على شعورهم بالخوف في موقف معين (نظرية التعلم). وعلى ذلك نتوقع وجود أنواع معينة في المخاوف لدى الآباء والأبناء (سعفان، ٢٠٠١، ١٩٦-١٩٧). كما يتوقف شعور الطفل بالمخاوف المرضية بدرجة كبيرة على الجو النفسي السائد في الأسرة، ونوعية العلاقات بين الوالدين والأبناء من جهة وأسلوب تربيتهم وتنشئتهم من جهة ثانية. فقد تكون هذه العلاقة سيئة، وهذا أحد أسباب ظهور الشخصية المضطربة.

رابعاً - صدمة الطفولة:

يتضمن مصطلح "صدمة الطفولة" مجموعة واسعة من الخبرات المؤلمة، بما في ذلك التعرض للمجتمع، والعنف المنزلي، وكذلك الكوارث الطبيعية، حوادث السيارات، والإهمال، وسوء المعاملة العاطفية والجسدية والاعتداء الجنسي. وقد ركز كل معظم ما كتب حول الصدمة النفسية لدى الأطفال، ومع ذلك، يصعب تحديد نسب ومعدلات انتشار حالات سوء معاملة الأطفال بسبب الصعوبات بين حالة وأخرى في آليات التقارير والتعاريف. علاوة على ذلك، لا يزال معظم الإساءات غير مبلغ عنها، وكثير من الحالات لم يتم التحقيق فيها أبداً. وبسبب هذه الصعوبات، فإن الاتجاه السائد هو الاعتماد على الأثر الراجع عن استطلاعات حول تقارير البالغين عن خبرات الطفولة الخاصة بهم. في مراجعة لمجموعة من الدراسات قام بها فينكلور Finkelhor (1994) وجد أن ما يقارب من ٢٠-٢٥ ٪ من النساء و ٥-١٥ ٪ من الرجال في أمريكا الشمالية شهدت شكل من أشكال الصدمة عندما كانوا أطفالاً. هذه المعدلات المخيفة للصدمة على الأطفال قد يقلل التواصل فعلاً من وقوع الاعتداء.

الصدمة لغة : ضرب الشيء الصلب بشيء مثله وصدمة أمر أصابهم و في الحديث الصبر عند الصدمة الأولى أي عند فورة المصيبة وحموتها ابن منظور (1994) والنفس لغة الروح قال ابن إسحاق النفس في كلام العرب يجري على ضربين أحدهما قولك خرجت نفس فلان أي روحه وفي نفس فلان أن يفعل كذا وكذا أي في روعه والضرب الآخر معنى النفس فيه جملة الشيء وحقيقتها ابن منظور . (1994) والصدمة النفسية قصد بها الباحث الإضطرابات النفسية التي تنجم عن الأزمات والكوارث.

أما الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV-1994) فيورده ضمن المحور الخاص باضطرابات القلق والتي تضم اضطرابات أخرى مثل (الخوف المرضي - الفزع - اضطراب الوسواس القهري ... الخ.

الأحداث الأساسية التي تسبب اضطراب ما بعد الصدمة:

وقد قام شيرالدي (1999) بتقسيمها إلى ثلاثة أنواع هي:

أ-الأفعال البشرية المتعمدة بخبث وسوء وهي:

1-صراع - حرب أهلية - مقاومة - قتال.

2-سوء المعاملة.

3-الإعتداءات الجنسية مثل : زنى المحارم ،الاغتصاب ،التعري ، الإستعراض الجنسي ، الخلاعة أو الملامسة غير المقبولة ، المعاكسة أو التقبيل.

4-الاعتداءات الجسدية: كالضرب ، الركل ،الخنق، الربط " أن يقيد بقيود "الملاحقة ، الإكراه والإجبار على الأكل والشرب - التهديد بالسلاح.

- 5-الاعتداءات النفسية: الأبعاد، التهديد بالرحيل وترك المكان، التخويف، التهميش الاقتصادي، تدمير الممتلكات، الإهمال و العزلة، المنع من الأكل، المنع من استعمال الحمام.
- 6-التعذيب: أسوأ شكل من أشكال التعذيب هو التعذيب الجنسي لأنه يمثل انتهاكاً واعتداءً على الجانب الجسدي والنفسي.
- 7-الحوادث الجنائية: جرائم العنف – النهب – السرقة – العنف الأسري.
- 8-أسرى الحرب: الرهائن – معسكرات الاعتقال – الاختطاف – الصراعات الطائفية.
- 9-الإرهاب.
- 10-التفجيرات.
- 11-مشاهدة عمليات قتل - اغتصاب جنسي – ضرب - تعذيب الخ.
- 12-هجوم قنص.
- 13-الخطف.

عموماً، التأثير النفسي المعاكس لصدمة الطفولة، وخاصة الخبرة و/أو الشهادة من العنف الجنسي أو الجسدي في الطفولة، تم توثيقه جيداً. نتائج العديد من التحقيقات تشير إلى أن الأطفال الذين عانوا من هذه الأنواع من الصدمات معرضون لزيادة خطر المعاناة من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) الاكتئاب، وتعاطي المخدرات، والصعوبات الأكاديمية، والجنوح، والحمل في المراهقة كنتيجة لمعاودة إيدائهم العنيف (الأكاديمية الأمريكية للأطفال والمراهقين الطب النفسي [AACAP]). وعلاوة على ذلك، تشير الأبحاث الأخيرة أن الدماغ النامي قد تتأثر بشكل مؤذي من اضطرابات ما بعد الصدمة المزمن الذي عاناه في مرحلة الطفولة. وثقت الأبحاث كذلك مصطلحات طويلة تربط بين خبرات الطفولة السيئة ومجموعة من مشاكل الصحة النفسية والجسدية للبالغين، وبالتالي، فمن الضروري توفير التدخلات المبكرة والفعالة لتحسين و/أو منع التأثيرات شدة الصدمة المعرقة التي يمكن أن يكون لها آثار مدمرة للغاية على نمو الأبناء العاطفي والمعرفي والسلوكي والتنمية النفسية (العاسمي، ٢٠١٧، ٥٢).

خامساً- القلق العام:

حالة انفعالية مزمنة ومعقدة مع توجس أو رهبة كأبرز مكوناته، ويتميز باضطرابات عصبية عديدة منها: الإحساس بمزيج من الرهبة من المستقبل دون داع، أو الخوف سواء بدرجة كبيرة أو خفيفة، أو أنه باعث ثانوي ينطوي على استجابات تجنب مكتسبة (دسوقي، ١٩٨٨: ١٠٨). ويوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) لعام ١٩٩٤ أن اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder (GAD) أكثر من مجرد قلق عادي أو طبيعي يمر به الناس يوم بعد يوم أنه قلق مبالغ

فيه يحدث باستمرار ويصاحبه توتر مستمر بالرغم من عدم وجود ما يحث علي ذلك و الشخص الذي يعاني دائما يتوقع حدوث مشاكل ، ويعاني دائما من قلق مبالغ فيه علي الصحة ، والأحوال، الأسرة ، والعمل ، وأحيانا يكون مصدر من مصادر القلق .

ويشير الحفني(١٩٩٩: ٤٥٢) إلى أن القلق العام (الهائم) Free floating anxiety هو شعور بعدم الارتياح ويتربط المصائب التي تنزل بالشخص، ولا يعرف لما يشعر به مصدراً ، وإنما يكون هذا الشعور لديه دائماً كلما هم بفعل شئ أو تعامل مع موقف من المواقف، ومن ثم كان وصف هذا القلق بأنه هائم ، والواقع أن مصدره داخلي ويتربط على ما يحدث به من صراعات لاشعورية ودوافع مكبوتة .

ويوضح عسكر أن القلق عبارة عن شعور من التوجس والخوف أو التوتر الذي ربما يرتبط بشيء أو يكون عاما لا يرتبط بشيء معين، فالشخص القلق يحمل أفكاراً مزعجة حول مخاطر لا يعرف مصدرها، وعادة ما تكون مزيجاً من الأعراض العضوية والنفسية (عسكر، ٢٠٠٠: ١٥٩). ويشير كيابل Keable إلى أن القلق شعور سيئ يشعر الأشخاص معه بالخوف والاضطراب والحزن واليأس ومن الممكن أن يؤثر القلق علي كل فرد وفي أي مرحلة عمرية ومن خلفيات اجتماعية متباينة (Keable, 1997,1) .

كما يوضح دسوقي أن القلق عبارة عن رد فعل سلبي لأي خطر داخلي أو نفسي وينشأ القلق نتيجة الصراع بين ما نريده وما نستطيع فيكاد لا يوجد حالة قلق لا تتطوي علي الصراع بين النفس المثالية ونفسه النزوعية (دسوقي ، ١٩٧٤ ، ٧٥).

ويشير عودة ومرسي إلى أن القلق حالة نفسية مؤلمة تنتج من شعور الإنسان بالعجز والدونية في مواقف الإحباط والصراع ، وتؤدي إلي الحيل النفسية الدفاعية ويخطئ من يعتقد أن القرن العشرين عصر القلق لأن القلق حالة نفسية قديمة قدم الإنسان ، عرفت في الماضي بالهم والغم والحزن التي تؤدي إلي التوتر والكدر ، وتؤدي الإنسان نفسياً وجسدياً ، وقد أدرك الرسول عليه السلام الآثار السيئة للهم وسأل الله الحماية من الهم والوقاية منه قائلاً (اللهم أعوذ بك من الهم والحزن وغلبة الدين وقهر الرجال) وعرف الغزالي الخوف أو القلق بأنه "تألم القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه في المستقبل" (عودة ومرسي، ١٩٩٤: ١٤٠)

يتضح من التعريفات السابقة أن القلق العام عبارة عن حالة انفعالية سالبة ترتبط بالخطر والتهديد سواء كان هذا الخطر معلوماً أو مجهولاً، لا يعرف مصدره، ويكون هذا الشعور بالخطر دائماً مبالغاً فيه، ويصاحبه توتر وضيق وألم نفسي وشعور دائم بالخوف.

العوامل المسببة للقلق:

- تتعدد العوامل المؤدية للقلق وربما تتباين فيما بينها وفقاً للتوجهات الأساسية لكل نظرية والمدخل التي تركز عليه، وفي هذا الإطار يؤكد زهران ١٩٩٤ أن أسباب القلق متعددة ومن أهمها:
- ١- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
 - ٢- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) ، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية لمكانة الفرد، وأهدافه والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب والخسائر المفاجئة والمخاوف الشديدة.
 - ٣- مواقف الحياة الضاغطة، ويتضمن ذلك الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية ومطالب ومطامح المدنية المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة.
 - ٤- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال واضطراب العلاقة الشخصية.
 - ٥- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً) الخبرات الجنسية.
 - ٦- الطرق الخاطئة لتجنب الضغوط وعدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وظروف الحرب (زهران، ١٩٩٤: ٣٧٢-٣٧٣) .

كما يوضح حسين فايد (٢٠٠١: ٥٥-٥٧) أن أسباب القلق ما يلي :

- ١- **العوامل البيولوجية:** تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السيمبثاوي والباراسيمبثاوي. كما تلعب الوراثة دوراً مهماً في اضطراب القلق ، فكثيراً ما نلاحظ أن والدي المريض وأحياناً أقاربه الآخرين يعانون من نفس القلق.
- ٢- **العوامل النفسية والاجتماعية:** تعددت أسباب القلق بتعدد النظريات النفسية.
- أ- أرجع فرويد القلق إلي الصراعات الداخلية اللاشعورية. أما أدلر فقد أرجع القلق إلي شعور الشخص بالنقص. ويشير إيزيك فروم أن القلق ينشأ من الصراع بين الحاجة للتفرد والاستقلال من جانب الوالدين. ويرجع أوتورنك القلق إلي صدمة الميلاد .
- ب- أما أنصار السلوكية: يرجعون اضطراب السلوك عامة والقلق إلي تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة .وتساهم الظروف الاجتماعية إلي تدعيم تلك السلوكيات.
- ج . **الضغوط البيئية:** التي تؤكد دور البيئة في المعاناة من القلق .

وفي ضوء ما سبق يمكن استخلاص بعض العوامل المسببة للقلق وذلك علي النحو التالي :

- ١- **الوراثة،** حيث إن للوراثة دوراً في الإصابة بالقلق وهذا ما أثبتته الدراسات أن الابن الذي يعاني من القلق قد يكون والديه أو أقاربه كانوا يعانون من القلق .

٢- الاستعداد النفسي للإصابة بالقلق والخوف من كل شيء والشعور بالتهديد من كل ما يحيط بالفرد .

٣- الضغوط النفسية ومشاعر الإحباط والقهر وبعض المشكلات التي تتوغل في المجتمعات من فقر وبطالة وحروب و مجاعات، وغيرها وبخاصة في المجتمعات النامية.

٤- الخبرات السيئة التي مر بها الإنسان مثل التعرض للحوادث أو الإصابة بالأمراض وغيرها من الخبرات .

أنواع القلق:

يمكن تصنيف القلق إلى ما يلي:

١- القلق الموضوعي العادي: وفيه يكون القلق خارجي ومعروف سببه ، وفي ذلك يتفق القلق مع الخوف .

٢- القلق الذاتي العادي: وفيه يكون مثير القلق داخليا كخوف الفرد من تأنيب الضمير إذا أخطأ أو أعتزم الخطأ.

٣- القلق العصابي : وهو أعقد أنواع القلق حيث أن سببه داخلي غير معروف ، ويسميه بعض السيكولوجيين بالقلق اللاشعوري المكبوت ويشمل :

أ- القلق الشامل: وهو يشمل جميع جوانب حياة الفرد.

ب- القلق الهائم أو الطليق: وهو قلق غير محدد الموضوع ، ويسمى بالقلق العام (الطيب ، ١٩٩٤ ، ٣٩١-٣٩٢)

أما السيد عثمان يوضح أن أنواع القلق هي كما يلي : قلق الموت Death Anxiety ، القلق الاجتماعي Social Anxiety ، القلق المرضي Anxiety Disease ، قلق الأداء Anxiety ، القلق العام Performance ، قلق الاختبار Test Anxiety ، قلق الكمبيوتر Computer Anxiety ، القلق العام General Anxiety (عثمان ، ٢٠٠١ : ١٥) .

ويشير (عبد المعطي ، ٢٠٠١ ، ٢٦٦)، إلى أن أشكال القلق في الطفولة والمراهقة هي:

١- اضطراب قلق الانفصال Separation anxiety disorder:

٢- اضطراب القلق من المخاوف في الطفولة: Phobic anxiety disorder:

٣- اضطراب القلق الاجتماعي Social anxiety disorder:

٤- اضطراب الغيرة والتنافس بين الأخوات Sibling rivalry disorder:

٥- اضطراب القلق المنتشر (المعمم) Generalized anxiety disorder:

ويوضح ماسر وكلونينجر Maser & Cloninger (١٩٩٠) أن أشكال القلق هي كل ما

تتضمنه اضطرابات القلق والخوف مثل الخوف من الأماكن المفتوحة، الخواف الخاص، الخواف

الاجتماعي أو اضطراب القلق الاجتماعي، القلق العام، اضطراب التوتر، إساءة استخدام المواد (Maser&Cloninger,1990:156).

علاج المخاوف المرضية

أولاً-التحليل النفسي:

استخدم فرويد فنية العلاج باللعب (Play Therapy) في تشخيص حالة الطفل "هانز" الذي كان يخاف أن تعضه الأحصنة. وقد نظر فرويد إلى هذه الحالة على أساس نظريته في النمو النفسي الجنسي للفرد التي تواجه مصاعب معينة في أعمار أو مراحل معينة. وقد كان للعب هانز التلقائي يقوم بدور حصانه ويترك دمي الخيول تسقط، وكان ذلك السلوك من جانب الطفل يعدّ بديلاً عن التداعي الحر الطليق الذي يقوم به الكبار. وقد تابعت "آنا فرويد" وجهة نظر والدها في النمو الوجداني للطفل، ولكنها عدلت في طريقته الخاصة بالعلاج النفسي لكي تطبقها على الأطفال. ورأت أن علاج الأطفال يختلف اختلافاً جوهرياً عن علاج الكبار، كما أوضحت أن التحليل النفسي للأطفال ينبغي أن يكون تعليمياً (شعلان، ١٩٧٩، ٨٦).

وفي هذا الأسلوب يتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناء اللعب مما يمكنه من ضبط و توجيه سلوكه نحو الهدف المنشود، وفي علاج الطفل الذي يخاف من المدرسة يعطي المعالج للطفل أدوات اللعب الموجودة في غرفة اللعب أو يلعب مع رفاقه لتمثيل بعض المواقف الاجتماعية.

أما الانتقادات الموجهة إلى هذه الفنية من العلاج فيمكن إجمالها في الآتي:

إن العلاج باللعب قليل الفعالية مع الأطفال كبار السن، لذلك ينبغي على المعالجين النفسيين اللجوء إلى فنيات علاجية مناسبة مثل: السيكودراما، كتابة القصة، إتمام القصة، أو النصيحة المباشرة. ومع ذلك فإن هذه الفنية من العلاج مناسبة أكثر من غيرها وخصوصاً عندما يستخدمها الأخصائي النفسي مع مجموعة من الأطفال يعانون من المشكلة نفسها تقريباً. وقد استخدمت هذه الفنية أيضاً "ميلاني كلاين (klein) في علاج الأطفال، حيث اعتبرت أن التعليم المباشر (الموجه) لا خير فيه، لذلك استخدمت بدلاً منه اللعب التلقائي (غير الموجه) وكبديل للتداعي الحر الذي استخدمه فرويد، لقد افترضت كلاين أن ما يقوم به الطفل في اللعب الحر يرمز إلى الرغبات و المخاوف و الصراعات غير الشعورية، وهو ما يتطلب من المعالج النفسي إقامة علاقة خاصة بالطفل حيث يمثل دور الشخص العادي، وتصبح مهمة المعالج النفسي بعد ذلك جعل الطفل مدركاً لهذه العلاقات الواقعية عن طريق قيامه بتفسير ألعاب الطفل (داود وآخرون، ١٩٩١، ٣٣).

وقد استخدمت كلاين الدمى المصغرة في اللعب الاسقاطي ، وكانت الدمى تمثل في أغلب الأحيان أفراد الأسرة، ويمكن أن يلعب الطفل بالأجر "الصلصال" بطريقة تظهر أن وحدات الصلصال تمثل مجموعة من الناس ربما كانوا من أفراد أسرة الطفل أو الزملاء أو المدرسين في المدرسة؛ ففي هذه الحالة قد يوافق الطفل أو يرفض ما يقوله المعالج النفسي له، أو قد يستمر في اللعب. فإذا كانت الموافقة بقلق شديد حيال التفسير الذي يقدمه المعالج، فمن المحتمل يحتمل أن تتعارض هذه الموافقة مع تفسير المعالج عن موقف الإنكار من جانب الطفل (عبد الله، ٢٠٠١، ٢٤٢).

إن هذا اللون من العلاج يستغرق وقتاً طويلاً قد يصل إلى عدد من الشهور أو حتى لسنوات طويلة، حيث يعمل المعالج المتبني هذا العلاج إلى فهم الصراعات النفسية الدائرة في لا شعور الطفل الذي يعاني الخوف المرضي و اكتشافها وليس كل الأطفال قادرين على الوصول إلى هذا الفهم وذلك الاكتشاف بصورة منطقية.

يبقى العلاج النفسي التحليلي مثار تساؤل واستنهام دائم من قبل الباحثين حول فاعليته في علاج المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال وخاصة الخوف المرضي من المدرسة. فقد أشار كثير من الباحثين أمثال كيلي (Kelly) وسميث (Smith) وبلاج (Blagg) أن هذا الأسلوب من العلاج غير فعال وغير عملي في علاج ظاهرة الخوف المرضي بالمقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى كالسلوكية على سبيل المثال.

ثانياً- العلاج السلوكي:

يرى أصحاب التوجه السلوكي في العلاج أن علاج الخوف المرضي يتركز على الأعراض المصاحبة له، والذي يعدّ تعبيراً عن القلق، ولا يرون أي مبرر لعلاج هذا الاضطراب من خلال البحث أو استقصاء الأسباب العميقة أو الكامنة في المجال اللاشعوري مثل "مدرسة التحليل النفسي". كما يرى أصحاب هذا الاتجاه في المعالجة أن الخوف المرضي ما هو إلا أسلوب متعلم تم عن طريق تعزيز سلوك التجنب لدى الطفل. ويرتكز الأساس في هذا العلاج على تعريض الخائف للمواقف أو الموقف الذي يخاف وينزعج منه، حتى يألّفه ويزول خوفه منه. ويسمى هذا الأسلوب "بالمعالجة المباشرة" (Directive Management) والذي يتعامل مع الأعراض مباشرة، ومواجهة السلوك الظاهر على أنه شكل من أشكال القلق الذي يعانيه الشخص في بيئته.

١- التعريض: يعد التعريض من الفنيات التي دعمت تجريبياً في علاج المخاوف النوعية، حيث أن غالبية الأفراد الذين تم علاجهم بالتعريض أظهروا تحسناً كبيراً في الأعراض وغالباً في جلسة واحدة طويلة (٢-٣) ساعة، ويشمل العلاج بالتعريض وجود المتعالج بمواجهة الكائن أو الوضع الذي يخشاه بشكل منهجي ومضبوط منع المتعالج من التهرب السلوكي أو المعرفي.

ويؤكد هود وانتوني (Hood & Antony, 2012) أن التعريض يتفوق على علاجات أخرى فعالة كالتعريض التخيلي والاسترخاء والعلاج المعرفي، وتعد المساعدة الذاتية من قبل المتعالج إلى جانب التعريض فعالة للحد من الأعراض على المدى الطويل، بالإضافة إلى أنه لا يجب استخدامه مع الأشخاص الذين لديهم إحساس عالي بالخوف أو الذين يخشى تسربهم من العلاج.

٢- **الاسترخاء:** يهدف إلى تجنب الإغماء عند التعريض المباشر ويتضمن تعليم المتعالج استخدام استرخاء العضلات التدريجي من خلال توتير وإرخاء مجموعة محددة من العضلات، ويؤكد أياالا (Auala) على فاعلية التوتر والاسترخاء العضلي في إحداث تحسن مستدام في الأعراض الرهابية خاصة لمن لديهم تاريخ مسبق من الإغماء (Hood, 2012, 32-34).

٣- **التحصين التدريجي:** استخدم "ولبي" هذا الأسلوب في علاج القلق والخوف لدى الأفراد الذين يعانون منه، ويتضمن هذا الأسلوب التعامل المباشر مع أعراض الخوف من خلال العمل على خفض حدتهما بشكل تدريجي. وثمة افتراض أساسي من وجهة نظر ولبي يكمن وراء هذا الإجراء مؤاده: إن الاستجابة للموقف الذي يتم تخيله تشبه الاستجابة للموقف الواقعي، و لتحقيق ذلك ابتدع ولبي فنية إحلال استجابة الاسترخاء محل استجابة القلق ، وذلك من خلال المزوجة بين الاسترخاء العضلي و مدرج القلق (Anxiety Hierachy) الذي يتضمن مشاهد وموضوعات معينة تحدث استجابات القلق غير المناسبة لدى الشخص المتعالج، ومدرج القلق كما يحدده "ولبي" هو قائمة للمواقف التي يستجيب لها المتعالج بكميات متدرجة من القلق؛ فالموقف الأكثر إزعاجاً يوضع في رأس القائمة، بينما الموقف الأقل إزعاجاً يوضع في نهايتها.

ثالثاً- العلاج المعرفي:

للعلاج المعرفي أهمية علاجية كبيرة مع المخاوف النوعية سواء أكان وحده أم مترافق مع التعريض وذلك للحد من القلق المرافق للرهاب سلوك التهرب. وقد أكدت الدراسات أن العلاج المعرفي أكثر فاعلية في الرهابات المختلطة ويؤكد كراسك (Craske, ١٩٩٧) أن الاستراتيجيات المعرفية أثرت التعرض وخاصة في علاج الخوف من الأماكن المغلقة.

وبالرغم من أن العلاج المعرفي فعال للغاية في علاج اضطرابات القلق إلا أنه ليس العلاج الأمثل في حالة المخاوف النوعية.

رابعاً: العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية و إعادة المعالجة (EMDA):

تعد هذه الفنية أساسا لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة ثم تم تكيفها لعلاج المخاوف النوعية والهدف منها لمعالجة ادراكات المتعالج المرتبطة بالحدث المثير للقلق أو الخوف أو الصدمة وهي

مجموعة من الإجراءات المتفق عليها والتي تم تكييفها لعلاج المخاوف النوعية تتضمن فترات تعريض تخيلي قصيرة يقوم فيها المتعالج بحركات العين السريعة والموجهة من قبل المعالج. وتشير الدراسات المنهجية رغم قلتها أن (EMDR) أقل فاعلية من التعريض على الرغم من أنها دعمت تجريبيا في عدد من الدراسات (Hood, 2012, 34).

خامساً- العلاج التدعيمي:

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تحسين احترام الذات وزيادة المهارات التكيفية من خلال استخدام الثناء وتقديم المشورة والطمأنة والتوجيه الاستباقي والتوضيح و المواجهة. وقد أظهر العلاج النفسي التدعيمي فعالية كبيرة مقارنة مع العلاجات الحيوية للمرضى الذين يعانون الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية (Battaglia, 2007, 27). كما يؤكد كل من (كلاين، ١٩٨٣) و (زينرين، ١٩٧٩) على فعالية العلاج النفسي التدعيمي في علاج المخاوف المرضية بالمقارنة مع العلاج السلوكي (نوفاليس وآخرون، ١٩٩٨، ١٤).

مفهوم العلاج النفسي التدعيمي:

ينتمي العلاج التدعيمي إلى فئة التدخلات العرضية مثل العلاج الوجداني وعلاج الكوارث، وهو نوع من العلاجات المسكنة، فعندما لا تكون هناك أدوية فعالة يسهم العلاج التدعيمي في علاج الألم وتحسين جودة الحياة وتجنب الوحدة والاستمتاع. ويتضمن الدعم والمواساة، ويتيح للمريض الحديث ويحفزه ويطمئنه. ويتجلى هدفه في أن يسمح للمريض بتحسين الحياة الاجتماعية واستعادة تقديره لذاته. ومن ثم يجمع العلاج التدعيمي بين الفهم والاستماع والتعاطف، وهذا الانخراط في علاقة إنسانية تدعيمية لا تعني أن يصبح المعالج صديقا، إذ ينبغي أن يكون واعيا بطبيعة وحدود هذا الدعم. والعلاج التدعيمي لا يرمي إلى تعديل الشخصية كما في التحليل النفسي، بل يساعد الشخص على مواجهة آلامه ومشاكله وتقديم دعم أخلاقي له (Winston, et. al, 2012, 3).

والعلاج النفسي التدعيمي هو علاج دينامي يستخدم تدابير مباشرة لتخفيف الأعراض المرضية، والحفاظ على الصحة النفسية، واستعادة أو تحسين تقدير الذات، ووظيفة الأنا، والمهارات التكيفية. ولتحقيق هذه الأهداف قد ينطوي العلاج التدعيمي على دراسة العلاقات (حقيقية أو منقولة) وفحص كل الأنماط السابقة والحالية للاستجابة الانفعالية أو السلوكية. وينطوي تقدير الذات على إحساس المتعالج بالفعالية والثقة والأمل والتقدير الذاتي، وتشمل وظائف الأنا بالنسبة إلى الواقع كما أوردها بيريس وبيلاك (Beres & Bellak) وغيرهم من الباحثين: التفكير، وتشكيل الدفاعات، وتنظيم الوجدان، والوظيفة التركيبية. ويمكن بدلاً من ذلك أن تسمى وظائف الأنا بالوظائف النفسية، لأنها تعالج من قبل المعالحين السلوكيين والمعرفين الذين صاغوا وظيفة الأنا بحيث تشمل عناصر جهاز

النفسى، وغالباً ما تصنف وظائف الأنا باسم "البناء النفسى" (psychic structure) (Wanston, 2006, 34).

تم تطوير العلاج النفسى التدميى (Supportive Psychotherapy) فى وقت مبكر من القرن العشرين لوصف أسلوب العلاج الأكثر تحديداً من ناحية الأهداف مقارنة بأهداف التحليل النفسى. فى البداية، لم تكن أهداف العلاج التدميى لتغيير شخصية المتعالج على النحو المحدد، بل لمساعدته على منع الانتكاس من الأعراض النفسية شديدة الخطورة، أو مساعدته فى التوصل إلى تكيف أو توافق مع مشكلة عابرة. وفى السنوات الأخيرة، أصبح مجال العلاج النفسى التدميى أكثر استخداماً لدى المختصين فى العلاج النفسى الذى يستمد أصوله من التحليل النفسى. والتعريف القاموسى للدعم (Support) يشير إلى "تحمل الوزن"، الحماية من السقوط"، والحفاظ على التعزيز فى أثناء الفشل" (The American Heritage Dictionary of the English Language 2014, 4th edition) ويُعد روبرت نايت (Kight, 1949) أول من استخدم مفهوم العلاج التدميى ضمن إطار الحديث عن مفاهيم التحليل النفسى، واقترح كوبر (Copper) أن العلاج التدميى يناسب علاج الناس الذين يطلبون المساعدة من العيادات النفسية.

ويعد هذا النوع من العلاج وسيلة علاجية إضافية يقصد بها إعادة التوازن الانفعالى للفرد والعمل على إزالة أو التقليل من الأعراض المرضية إن أمكن وبطريقة سريعة، دون الوصول إلى مستوى إعادة التعلم أو إعادة بناء الشخصية. ويعد هذا العلاج من أكثر الطرق انتشاراً فى معظم البلدان، نظراً لإمكانية تطبيقه عملياً، وعامل الاقتصاد الزمنى الذى يتضمنه، ومن أهم مقوماته :

- ١- الغرض من العلاج شفاء الأعراض، وحل المشكلات الحالية.
- ٢- عدم محاولة البحث بعمق عن الصدمات الطفلية إلا فى حدود معقولة.
- ٣- تفسير الأعراض بطريقة واضحة دون الاستعانة بألفاظ ضخمة مثل: عقدة أوديب، الاحتجاج الذكري، وعقدة الغيرة القضيبيية، التثبيت الأبوي، الجنسية المثلية الكامنة ... الخ.
- ٤- تعتمد طريقة العلاج على سلسلة من الجلسات النفسية.
- ٥- لا مانع من استعمال طرق العلاج الأخرى كالعلاج بالعقاقير المهدئة... الخ.
- ٦- قد يستخدم هذا العلاج للمرضى الذين يعانون من حالات شديدة من إدمان وكذلك الشره المرضي العصبي والتوتر والأمراض العقلية الأخرى (Litz.et.al, 2007).

وفيما يلي عدد من أهم تعريفات العلاج التدعيمي:

يعرفه نايت (١٩٥٤) بأنه علاج نفسي سطحي يعتمد على الإيعاز والطمأنة والإيحاء والإقناع والإرشاد والتوعية وفنيات أخرى عند علاج الحالات التي يتعذر استعمال الفنيات الاستكشافية المتعمقة فيها، لضعف بنيتها النفسية أو جمودها أو لترسيخ وسائلها الدفاعية (غانم، ٢٠١٠، ٤٤).

ويعرفه فالرستين (١٩٨٨) على أنه: فنية تقوي الدفاعات النفسية وتساعد على كبت أعراض واستكشاف أعراض أخرى، باستخدام وسائل ليس من ضمنها التفسير أو اكتساب الاستبصار لتحقيق الهدف من العلاج.

ويعرفه نوفاليس (١٩٩٣) بأنه: ذلك العلاج الذي يقوم أثناءه المعالج بدور ايجابي نشط وتوجيهي لمساعدة المتعالج ورفع كفاءة قيامه بوظائفه السيكلوجية وزيادة مهارته في المجابهة.

وبعبارة أخرى إنه ذلك النوع من العلاج المبني على فنيات تستند إلى الخبرة الإمبريقية، أي الفنيات التي تثبت فعاليتها من ملاحظة نتائج تطبيقها أثناء الممارسات (نوفاليس وآخرون، ١٩٩٨، ٩).

ويعرفه وينستون (Winston, 2012) على أنه: علاج ديناميكي يستخدم وسائل مباشرة لتخفيف الأعراض وللحفاظ أو استعادة أو تحسين احترام الذات ووظائف الأنا والمهارات التكيفية، ويتم استخدام تلك الوسائل بالقدر اللازم لتحقيق هذه الأهداف.

ويعرفه ميتش (Misch, 2000) بأنه: نهج من العلاج النفسي يتضمن تقنيات عديدة من مجموعة واسعة من مدارس العلاج النفسي، ويعد أفضل أنواع العلاج في حالة المصابين بأمراض عقلية.

وفي السنوات الأولى من القرن العشرين، كان العلاج النفسي التحليلي العلاج الرسمي الوحيد في الطب، وقد استخدم بنجاح في كثير من الأحيان لعلاج الهستيريا، والذي كان موضع اهتمام سيجموند فرويد. وبازدياد عدد المعالجين النفسيين المدربين بشكل جيد قل الاعتماد على النهج التحليلي، و زاد عدد المعالجين المدربين الذين يستخدمون أنواع أخرى من العلاجات من بينها العلاج التدعيمي. ويعرف العلاج النفسي التدعيمي الآن على نطاق أوسع، وأصبح العلاج المقدم للكثير من المرضى الذين تم فحصهم في العيادات النفسية والمراكز الصحية والعقلية (Winston, et.al, 2012, 3).

وقد عبر ويرمان (Werman, 1984, 12) عن هذا التحول من التحليل النفسي إلى العلاج التدعيمي بالقول: " قد تستمر اجتماعات المتعالج والمعالج لفترة طويلة بشكل غير منتظم تحت مسمى "وهم" العلاج النفسي الموجهة للبصيرة، هو في الواقع لعبة تحري، حيث أن المتعالج والمعالج في الحقيقة يقومون بمجرد لعب أدوار في تمثيلية".

يعود الفضل في تنظيم العلاج التدميمي بصورة منهجية ودمجه في إطار الطب إلى الطبيب الألماني يوهان رايل (Reil)، حيث لقب بمؤسس العلاج التدميمي الحديث لما اتصفت به أفكاره من منهجية ولإدخاله الوسائل النفسية كجزء من خطة علاجية متكاملة، وعلى الرغم من ذلك لم يحظ العلاج النفسي التدميمي بالانتشار المطلوب في ذلك الوقت بالرغم من أهميته في التعامل مع من يمرون بالآزمات أو الكوارث الاجتماعية والطبيعية بالإضافة إلى أصحاب القدرات الاجتماعية المتدنية، فهو نتيجة لذلك يحتاج إلى مهارات معقدة وإلى بذل جهد مضمّن ممن يمارسه وإلى درجة عالية من التعاطف والتفهم والتوجيه (نوفاليس وآخرون، ١٩٩٨، ٨-١٧).

وقد تم تطوير العلاج النفسي التدميمي أو الداعم (Psychotherapy Supportive) في وقت مبكر من القرن العشرين لوصف أسلوب علاج لأهداف أكثر تحديداً من أهداف التحليل النفسي، وفي بدايتها كانت أهداف العلاج التدميمي محددة، فلم تكن لتغيير شخصية المتعالج، وإنما لمساعدة المتعالج على التعامل مع الأعراض ولمنع الانتكاس، وللمساعدة في التوصل إلى تعامل الشخص السليم نسبياً مع مشكلة عابرة تظراً عليه. وفي السنوات الأخيرة، أصبح مجال العلاج النفسي التدميمي أكثر استخداماً لدى المختصين في مهن العلاج النفسي الذي يستمد أصوله من التحليل النفسي (The American Heritage Dictionary of the English Language, 4th edition).

الأهداف العلاجية:

تم تكييف أهداف العلاج النفسي التدميمي على المدى الطويل والقصير الأجل لكل مريض، من خلال تقديم التدخلات العلاجية بمرونة وهي تسمح لهذه التدخلات بمعرفة الاحتياجات المتغيرة للفرد في مرحلة المرض والشفاء. ويتم تحقيق الأهداف العلاجية من خلال تطويرها وصياغتها على نحو متناسق بالتعاون مع المتعالج (Alanen, et al, 1997).

ومن الأهداف العلاجية للتدخل النفسي التدميمي على المدى الطويل ما يلي:

- ١- ترسيخ التحالف العلاجي، ومراعاة الحواجز والعوائق العملية النفسية لمشاركة الطرفين فيه.
- ٢- الاحتواء والمتابعة (بين المتعالج والفريق العلاجي).
- ٣- تعزيز الوعي بقضايا التحويل (مع المتعالج والفريق العلاجي).
- ٤- تخفيف اضطراب السلوك والمعاناة النفسية.
- ٥- حل الآزمات والصراعات الحادة، مثل الفقد والحزن، والانتحار، والمشكلات ذات الصلة بالمرض العضوي، مثل السرطان والسكري وأمراض القلب.
- ٦- التقليل من العمليات الفكرية ومحتوى السلوكيات الانهزامية والتدمير الذاتي.

٧- تحسين مهاراته في التعامل مع الآخرين، وقدرته كذلك على مواجهة الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها.

٨- تقوية وسائل دفاعاته النفسية، واكتشاف الخبرات الداخلية، وإعادة تشكيل شخصيته.

٩- تعزيز الثبات من خلال تحسين التوافق والتعامل، وكذلك الحد من الانتكاسات والاستخدام غير المناسب للخدمات التي قد تضر بصحة المتعالج.

١٠- تيسير النضج للدفاعات، وتعزيز التكيف بصورة أفضل مع الواقع.

بينما تشمل العلاقة التدعيمية على المدى القصير مايلي:

١- اختيار الواقع وتعلم سلوكيات جديدة للمواجهة.

٢- التعلم المعرفي والتعلم عن طريق الخبرة.

٤- دعم تقدير الذات عن طريق تنمية التمكن والكفاءة في الحياة العملية.

افتراضات العلاج النفسي التدعيمي:

اعتمد العلاج التدعيمي على التدابير المباشرة، التي يفترض أنه يحسن الوضع كمنتج ثانوي لاكتساب المعرفة. وهناك مبدأ رئيس للعلاج التحليلي هو أن الصراع اللاشعوري من شأنه أن ينتج أعراضاً تصبح شعورية، ويتم العمل من خلال الأعراض التي سوف تختفي بعد حل الصراع اللاشعوري. أما في العلاج التدعيمي، فإن المشكلات الشعورية سوف تعالج الصراعات وتحليلها، بينما الصراعات الكامنة في اللاشعور، تعتبر حالة عارضة (Dewald 1994).

فمن وجهة النظر التحليلية، دفاعات المتعالج هي التي تدعم العلاج التدعيمي عندما يكون العلاج معتبراً في المقام الأول، حيث يتم تحديد الدفاعات والصراعات الكامنة التي تجعل الدفاعات ضرورية.

ومن وجهة نظر هذا العلاج، فالعلاقة بين المتعالج والمعالج هي علاقة بين شخصين بالغين لتحقيق هدف مشترك، حيث يوفر المعالج احتياجات المتعالج في معظم نواحي العلاقة المهنية الأخرى. إن المعالج شخص محترف يقدم للمتعالج الاحترام والاهتمام الكامل، والصدق، وجهود حثيثة لتحقيق الهدف المعلن باستخدام المعارف والمهارات المهنية. والالتزام بهذا الانضباط يعرف بالبقاء ضمن حدود العلاقة العلاجية القائمة على التفاعل والود، لكن المعالج والمتعالج لا يصبحان صديقين.

الأسلوب العلاجي:

يتبنى العلاج التدعيمي أسلوب التخاطب، حيث يعمل المعالج على إنشاء تحالف علاجي على أساس العلاقة بالمتعالج. واستخدام أسلوب التخاطب باعتباره أمراً ضرورياً لتطوير علاقة إيجابية. وذلك وفق النمط الآتي:

- ١- طرح أسئلة توجيهية.
 - ٢- السماح بتغيير نغمة الصوت.
 - ٣- الاهتمام بالحركات.
 - ٤- مناقشة الآراء.
 - ٥- الإصغاء الانعكاسي.
 - ٦- التواصل التعاطفي.
 - ٧- البيانات الداعمة.
 - ٨- أسئلة عامة جداً، هدفها الحصري مساعدة المشاركين ليصل المتعالج للتعبير عن ذاته وحياته، وتسمح بتحليل عميق لفهم حالة المتعالج.
- وبعض المعالجين لا يرتاحون لهذا النمط، لأنهم يشعرون بمزيد من "الشفافية" في أثناء الممارسة أو الإشراف؛ فالمعالجون الذين يتبنون الأسلوب التدعيمي في علاج المرضى في كثير من الأحيان يتعلمون أن أسلوب التخاطب يسمح لهم بأكبر قدر من العفوية والإبداع. (Winston, 2004)
- أولاً- مجموعة العمل:**

العلاج التدعيمي على المدى الطويل هو الأنسب للعمل والأفراد الذين لديهم هلاوس معقدة والمقاومين للعلاج. وهناك ثلاث حالات أكثر فائدة للعلاج التدعيمي على المدى البعيد:

١- معاناة المتعالج من صعوبة في الصحة النفسية الشديدة والدائمة (مثل، اضطراب عاطفي ثنائي القطب أو انفصام الشخصية طويل الأمد) مع أعراض إضافية مذكورة في الإطار أدناه:

- الالتزام الضعيف بالمعالجة، بما في ذلك عدم القيام بالواجبات المنزلية.
- عدم الرغبة أو القدرة على تحمل المسؤولية لمعالجة المشكلات.
- تعزيز دور المرض.
- عدم وجود تركيز ثابت على المشكلة.
- استمرار المتعالج بحماية مشكلته أو أعراضه المرضية وانخراطه فيها.

- ٢- إذا كان هناك اضطراب شديد في تنمية الشخصية، فقد يؤدي ذلك إلى خصائص غير سوية في الشخصية، وإلى أنماط سائدة من الانفعالات والسلوكيات التي تمنع التحسن. والخصائص الشخصية التي تحول دون التحسن، هي الآتية:
- الاستراتيجيات، مثل تلك المتعلقة بالآخرين طلباً للمساعدة، وتلقي الرعاية، وتحقيق الأهداف أو التعامل مع الضغوط البسيطة.
 - الاستجابات والتفسيرات للأحداث الدائمة، وتكثيف الصعوبات والاحتياجات القائمة من قبل.

• عدم وجود مرونة في مواجهة الضغط الشخصي، فمن المرجح أن الفرد قد يعود إلى الأساليب المرضية القديمة للمواجهة مع ضعف السيطرة على الانفعالات والسلوكيات.

٣ - استجابات الفريق العلاجي غير المفيدة، كاسقاط للمشاعر والأفكار غير المناسبة، وأغلبها يكون نتيجة لـ (١ و ٢) فتحول العقبات دون المشاركة في تقديم الرعاية.

وينبغي أن يحدد التقييم الشامل البعيد الأهداف، وكذلك الأساليب العلاجية (المتعلقة بالنتيجة) ١. كما يتطلب أيضاً تسهيل الإشراف والتشاور بين المعالجين ومناقشة ذلك مع فريق الرعاية المسؤول، ومن المفيد الحصول على مزيد من المعلومات، فضلاً عن تقييم قضايا النقل أو الطرح.

إن استخدام العديد من المحاور التوجيهية المشتركة لصياغة المشكلة، ووضع العلاج المناسب لدى المرضى قد يكون أفضل مثال لدراسة الحالة التالية، التي يتم رسمها في العمل العلاجي الروتيني بدقة ومن المحتمل أن تعكس المواضيع والقضايا في اللقاء العلاجي (العاسمي، ٢٠١٧).

إطار صياغة متعددة المحاور:

المحور الأول: الظروف الأخرى للاضطرابات المرضية التي قد تكون محط الاهتمام.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية الناجمة عن التخلف العقلي.

المحور الثالث: الظروف الطبية العامة.

المحور الرابع: المشكلات النفسية (الماضية والحاضرة).

المحور الخامس: التقييم الشامل لمخلص أداء المتعالج (APA, 1994).

ثانياً - التقييم والصياغة:

ينبغي على المعالج أو المرشد أخذ التاريخ الشخصي والنفسي الدقيق والشامل في الاعتبار عند تقييم مشكلة المتعالج، ومن ثم تحديد الأهداف والمجالات بطريقة واقعية التي يحتاجها العمل للقيام بتحديد الجهة (بما في ذلك المتعالج)، وبصفة خاصة المتعالجون من ذوي الاحتياجات بالغة الصعوبة، هو أمر جد مهم لمنع وتعزيز الخدمات والتبعية. ومشاركة متكاملة لعمل صياغة محاور متعددة تدريجياً مع أعضاء الفريق العلاجي، مع اثنين من النتائج الرئيسية لفهم الفريق وأسلوب العلاج، وهي: أولاً: تشجيع فهم أعمق لصعوبات المحور الثاني، وتمكن أعضاء الفريق من الوقوف مرة أخرى على التفاعلات، والتعرف إلى القضايا المهمة للنقل والمشكلات العلاجية المحتملة. وثانياً، مساعدتهم على تحديد أهداف علاجية أكثر واقعية (prnsker.et.al, 2015).

عناصر العلاج التدعيمي

أولاً- تعزيز التحويل الإيجابي

تعد العلاقة الإيجابية بين المعالج والمتعالج من أساسيات عملية العلاج، وفي معظم الحالات يطور المتعالج وبشكل طبيعي مشاعر طيبة تجاه المعالج مع مرور الوقت نتيجة للتبادل التعاطفي المتكرر بينهما. وفي العلاج النفسي التدعيمي قد يتم التعرف على هذه المشاعر الطيبة، ولكن لا يمكن تفسيرها على أساس لا شعوري. ويجب على المعالج معالجة التحويل أو نقل المشاعر السلبية، إذا طور المتعالج العداء أو الغضب تجاه المعالج، مستخدماً تقنيات لتحسين العلاقة، مثل:

- الاعتراف بصحة مشاعر غضب المتعالج.
- فهم دوره في الصراع والاعتذار الصادق.
- تقديم حلول للمواجهة والتغلب على الصراع.
- توفير الاطمئنان والعمل لحل الصراع وتعزيز العلاقة العلاجية.

هذه التقنيات بشكل عام لا تشمل تفسير المقاومة أو الصراعات اللاشعورية. ومع ذلك يستفيد المتعالجون في بعض الأحيان من مراجعة أدورهم وتصوراتهم في الصراع بمجرد أن يهدأ غضبهم، ويعتبر الانتظار أثناء التحويل السلبي للمشاعر تجاه المعالج عاملاً غير مساعد على حل المشكلة، بل يعد من الاستراتيجيات غير الجيدة.

ثانياً- الحد من القلق

الهدف الأساسي في العلاج النفسي التدعيمي هو تخفيف معاناة المتعالج، بالرغم من أن المتعالج غالباً لا يرغب في الحديث عن الموضوعات المجهدة أو المؤلمة، لذا يجب على المعالج مساعدته على القيام بذلك بطريقة مقبولة، والتركيز على جعل الأمر أكثر سهولة بالنسبة للمتعالج لإجراء مثل هذا الحديث. والحد من القلق لا يعني مساعدة المتعالج على الحديث عن المسائل المؤلمة فقط، ولكن أيضاً السماح له بتجنب المواضيع غير المريحة التي لا يمكنه تحمل آثارها الانفعالية الشديدة، وهنا مطلوب من المعالج دائماً وضع علامة مميزة "نقاط علام" لهذه المواضيع لمناقشتها في وقت لاحق. تتفق هذه الطريقة مع نهج العلاقات الذي اقترحه كوهوت (Kohut) الذي بواسطته يتم تقسيم الألم العاطفي إلى أجزاء صغيرة من المشاعر النفسية يمكن التحكم فيها.

ثالثاً- تعزيز الثقة بالنفس

معظم المتعالجين في العلاج النفسي التدعيمي يعانون من تدني احترام الذات، لذلك فمن المفيد لمساعدتهم جعلهم يشعرون بطريقة أفضل تجاه أنفسهم، وذلك من خلال استخدام التعليقات الإيجابية والاعترافات وكذلك المجاملات عند الضرورة.

فمعظم المتعالجين الذين يعانون من تدني احترام الذات لديهم عيوب في القدرة على رعاية أنفسهم وتهديئتها، والعمل معهم لتعزيز هذه القدرة يتم عن طريق:

- الاعتراف عند اللزوم.
- تصحيح تشوهات الذات السلبية ولوم الذات.
- تثقيف المتعالجين حول كيفية تعزيز ومكافأة ذواتهم.
- بعض المتعالجين غير قادرين على القيام بذلك دون دعم خارجي من أحد أفراد الأسرة، الأصدقاء، أو العاملين في مجال الرعاية الصحية. في مثل هذه الحالات تتم مساعدة المتعالج للخروج من هذا الأمر باستخدام الدعم الذي يعد حاجة ضرورية لتوفير الهدوء والاسترخاء العقلي والجسمي.

رابعاً- تعزيز آليات التكيف

في العلاج النفسي التدعيمي يعمل المعالج كمدرّب، حيث يعطي اقتراحات للمتعالجين حول كيفية التعامل مع المسائل الصعبة، ولذلك يعتبر تعيين الواجبات المنزلية للمتعالج وإرشاده لممارسة استراتيجيات مواجهة محددة جزء من العلاج (Winston, 2004) (prnsker.et.al, 2015).

تقنيات العلاج التدعيمي

ينظر العديد من الباحثين إلى أن الإرشاد والعلاج التدعيمي ليس له أرضية نظرية مميزة عن غيره من أساليب العلاج المختلفة، علاوة على أن تقنياته وممارسته مستوحاة من النظريات الأخرى، ورغم ذلك فإنه لا يمكن أن يعد من العلاجات التكاملية أو الانتقائية في العلاج النفسي، بل هو نوع من العلاج المختصر الذي يتناول بقايا المشكلات التي تم علاجها بطرق مختلفة، والحد من هذه المشكلات وتدعيم الجوانب التكيفية للفرد.

وقد أشار فرانك (Frank, 1982) إلى أن "تقنيات العلاج التدعيمي تهدف إلى تحقيق التوافق وإعادة التأهيل والتعامل مع الصعوبات المستمرة لدى المتعالج. وهي منسجمة مع الفلسفة القائلة "تعلم كيفية العيش بشكل جيد، مع الأعراض القابلة للتجدد بشكل دائم" (Roberts & Wolfson, 2006,) (18).

إن الأهداف والأساليب العلاجية المتبعة في هذا العلاج ليست فريدة من نوعها لهذا النهج، بل يمكن العثور عليها في كثير من طرق العلاج النفسي الأخرى (Margison, 2005)، وقد أكد ممارسو العلاج النفسي التدعيمي طويل الأمد على الممارسات والطرق الروتينية للرعاية الشاملة للمتعالج. وأكدوا على ضرورة اعتماد "صياغة مشتركة" لمختلف المحاور لضمان إجراء تقييم كاف لاحتياجات المتعالج وتعزيز الفهم المشترك لمختلف الصعوبات التي تواجهه. حيث تتضمن المبادئ العلاجية كيفية ترجمة هذه الصياغة المشتركة في تخطيط وتنفيذ الرعاية للمتعالجين.

تقنيات العلاج النفسي الداعم طويل الأمد:

- أسلوب تواصل مميز للتحقق من الصدق، الثناء والمشورة، المواجهة اللطيفة.
- التدخلات البيئية: تعزيز الصحة مما يتيح الوصول إلى مصادر الدعم في المجتمع.
- التثقيف النفسي: بما في ذلك تحديد وإدارة إشارات الإنذار المبكرة للانتكاس.
- تحسين الوعي الذاتي عن الدفاعات، وتطوير استراتيجيات التوافق لتعزيز الشعور بالقوة والسيطرة وإدارة الذات.
- أسلوب تكيف الاحتياجات: التركيز على تعزيز نمو الشخصية، والانفصال والتميز أو التركيز على الحماية، ومنع التدهور والانتكاسات الطارئة.

ويتضمن العلاج التدعيمي الطرق التالية:

١ - التوجيه: (Guidance)

يلعب التوجيه دوراً هاماً في حل مشكلات الفرد الخاصة بالتعليم أو المهنة أو في حياته الزوجية وكذلك في علاقاته مع الناس ويأتي التوجيه ضمن الفئات أو الأصناف التالية: الصحة، العلاقات الاجتماعية، الإرشاد، عمليات التعلم. ويتركز استخدامه التوجيه في مشكلة معينة يحتاج الفرد فيها لمساعدة ما لأنها تؤرقه وتحول بينه وبين التكيف وتؤثر على نشاطه اليومي.

٢ - ضبط التوتر: (Tension Control)

حالة التوتر تعني شعوراً بالشدة يؤدي إلى اختلال التوازن التي تسمح للفرد بتغيير سلوكه لمواجهة عامل مهدد في الموقف. ويقترب التوتر بالعوامل الانفعالية في الشخصية ويمكن اعتبار التوتر حالة شعورية إذا كانت المشاعر المرتبطة به من قلق وعدم رضا متجهة نحو جانب معين من الموقف ونحو تحقيق أهداف في هذا الموقف يعرفها الفرد ويعيها.

ولضبط التوتر يستطيع المتعالج أن يتعلم أو أن يؤدي الفنيات الآتية :

1. الاسترخاء الذاتي

2 التتويم المغناطيسي الذاتي

3 العلاج بالاسترخاء

4 التأمل

٣- الإيحاء بأهمية الشخص:

طريقة معروفة منذ زمن طويل، يهدف المعالج بها إلى جعل المتعالج يشعر بأهميته، ففي كل علاقة علاجية تجد أن الإيحاء يلعب دورا كبيرا في عملية العلاج وكلما كان المعالج يبدو في موقف تسلط عليه كلما كان من الممكن استعمال الإيحاء في إزالة بعض الأعراض المرضية. ويرى بعض المعالجين أنه يمكن إزالة بعض الأعراض المرضية عن طريق الإيحاء بقوة الفرد وأهميته، الأمر الذي يكون له أثر في تعديل الشخصية كلية، وليس فقط بتعديل الأعراض وحدها. وهكذا تعود شخصية الفرد بعد زوال العرض إلى أداء دورها بطريقة سليمة سوية. فالفرد الذي يعاني من اللزمات الهستيرية، إذا أمكن علاجه منها عن طريق الإيحاء بأهمية شخصيته، قد تتغير طرائق توافقه تغييرا كبيرا بدرجة تسمح له بأن يعود مرة ثانية إلى التفاعل الاجتماعي بعد أن كان يخجل من الاتصال بالغير.

٤- الإقناع: (Persuasio)

يستعمل العلاج بالإقناع على أساس أن لدى المتعالج قوة داخلية تعاونه على أن يعدل من اضطرابه الانفعالي عن طريق الفهم والمنطق. والإقناع ليس إلا عرض رأي أو فكرة علي شخص عرضا يكون مقترنا بما يعتبر في نظره أسسا معقولة تسوغ قبوله.

٥- تناول البيئة بالتغيير:

يرى المعالج أحيانا أن تغيير أو تعديل البيئة التي أسهمت في مشكلة المتعالج مسألة لازمة وفي ذلك يستعان دائما بالعاملين في الخدمة الاجتماعية لتعديل ظروف البيئة التي تتضمن: النواحي المالية، السكن، الزواج، الأولاد، العمل، وسائل الترفيه ... الخ.

٦- التفسير والتشجيع:

يجب علي المعالج أن يفسر للمريض طبيعة مرضه ويطمئنه على أسباب المرض ويشرح له معنى أعراضه نفسيا، مع تشجيعه علي التكيف ومواجهة الواقع والصمود أمام الإجهاد.

٧- المعاوضة والتدعيم:

أي الاهتمام بأعراض المتعالج ومشاركته دون انفعال واضح، وأنه يوجد من يستطيع فهم شكواه.

٨- النصيحة والإرشاد:

ويكون ذلك دون تحيز دون أخذ دور الواعظ الديني أو الاجتماعي بشأن مشاكله الجنسية والعاطفية والزوجية والمهنية.

٩ - التنفيس والتفريغ العقلي:

يكون التنفيس لكل مشاكل المتعالج، وانفعالاته ومخاوفه وشعوره بالذنب أو تأنيب الضمير لأن التعبير عن هذه الإحساسات يجعله ينظر إليها بطريقة موضوعية أخرى.

١٠ - التجاوب الانفعالي:

وذلك بإقامة علاقة تقدير بين المعالج والمتعالج الذي لا يصح أن يعلق أو ينتقد تصرفات الأخير. يجب على المعالج أن لا يأخذ موقفا سلبيا في بدء العلاج ، وألا يتسرع في إعطاء النصيحة أو إبداء الحكم علي موقف ما، لأنه مع مناقشته للمتعالج سيتخذ الأخير الحل الأفضل، وبالتالي يكون قد بدأ الاعتماد على ذاته واتخاذ قرارات بنفسه دون تردد (Winston, 2004) (braber.et.al,2001).

وقد قام روكلاند ١٩٨٩ بتتبع فنيات العلاج التدعيمي وتوصل إلى:

- ١- المناقشة. ٢- الإيحاء. ٣- النصيحة. ٤- التتويم. ٥- الإقناع. ٦- الاسترخاء. ٧- حث قوة الإرادة. ٨- دخول المستشفى للعلاج.

ثم أضاف موريس إلى القائمة السابقة البنود التالية:

- ١- استعمال الأدوية. ٢- التطمين. ٣- العلاج المرضي. ٤- إتباع روتين يومي. ٥- الهوايات ٦- الحزم السلطوي. ٧- التوعية. ٨- توفير منافذ اجتماعية مقبولة. ٩- توفير منافذ مقبولة للمخاوف ومشاعر النقص. ١٠- الاعتراف والتنفيس. ١١- إبطال الحساسية (غانم، ٢٠١٠، ٤٧).

عملية العلاج التدعيمي

يمكن القول بداية إن العلاج التدعيمي هو عملية علاجية واضحة مدعمة بأهداف وجدول أعمال واضح، وهو يختلف عن العلاج التعبيري التقليدي (Expressive) وقد يتم تحديد جدول الأعمال سواء من قبل المتعالج أو المعالج. وهنا يمكن أن يضع المعالج جدول الأعمال من أجل متابعة المشكلة غير المكتملة عند المتعالج أو لتعلم العملية العلاجية لدى المتعالج. فالحد من القلق هو الهدف العام للعلاج التدعيمي، لذلك من المهم النظر إلى السبل التي يمكن أن تمارس فيها العلاجات التقليدية الروتينية لتوليد القلق، مما تسمح للمريض برؤية خريطة العمل قبل استكشاف الآلية التي تقلل من القلق. لذلك يمكن القول: إن عملية العلاج التدعيمي هي عملية تعاونية على المستوى العقلي.

ويمكن توضيح العملية العلاجية التكاملية في ضوء المحددات والعناصر الرئيسة لها، كما هي

موضحة في الجدول الآتي: Battaglia, 2007. 27-34

جدول (٣) العملية العلاجية التكاملية في ضوء المحدد والعناصر

العناصر	الإجراءات	النتيجة
الأهداف	البصيرة	خفض الأعراض
أسلوب المعالج	غير شفاف	المحادثة الحقيقية
التحويل أو النقل	الفحص	تعزيز التحويل الإيجابي
النكوص	تحسين	الخفض
اللا شعور	الاستكشاف	التركيز على المواد الواعية
الدفاعات	التفسير	تعزيز الدفاعات الناضجة

كما تعد العلاقة التذمعية مهمة في العملية العلاجية من خلال البرامج المعدة إعداداً علمياً دقيقاً وهي تقدّم لمساعدة الآخرين في الحد من مشكلاتهم المختلفة، لذا يمكن تقسيمها إلى العديد من الجوانب التي تشمل:

أولاً- نظام الجلسة العلاجية: ويتضمن هذا النظام ما يلي:

أ . نشاط الطرفين (المعالج والمتعالج) على نحو فعال.

ب . تواصل متبادل بين الطرفين.

ج . الهيكل العلاجي.

د . الاستعانة بالأدوية.

هـ . الاستعانة بوسائل و فنيات علاجية أخرى.

ثانياً- المعالج

ينبغي على المعالج أن يراعي عند التعامل مع المتعالج في أثناء الجلسات العلاجية ما يلي:

أ- الاهتمام الإيجابي وقبوله وتقدير لقدراته وإطاره المرجعي الثقافي والشخصي.

ب- الرغبة في الدخول في علاقة فعلية وواقعية مع المتعالج والمشاركة فيها على نحو فعال.

ج- الطرح الإيجابي للأفكار والسلوكيات والمشاعر.

د- التعاطف الوجداني مع المتعالج.

هـ- تقبل حالة المتعالج الراهنة على علاتها.

و- دعم جهود المتعالج التوافقية السليمة.

ز - احترام إنسانية المتعالج، والاهتمام الصادق بحياته ونشاطاته ورفاهيته.

ثالثاً- المتعالج

أ - الاستعداد للحديث عن أحداث حياته.

ب- تقبل الإسهام التذمعي الذي يقوم به المعالج.

ت- الاستعداد للمشاركة في البرنامج العلاجي واحترامه والالتزام بتنفيذ جميع محتوياته.

ورغم هذه العناصر كما أوردها وينسكتون وريمونينثال وبنسيكر Winston,Rosenthal& (Pinsker,2012) إلا أن المعالج ينبغي عليه الانتباه والحذر للعوامل السابقة، وعليه أيضاً رعاية جهود المتعالج التوافقية. فالمعالج يكون أشبه بالأم في نظر المتعالج، لكن المعالج ينتقده ويحرص في الوقت نفسه على تشجيع نموه النفسي والصحي على المدى البعيد (العاسمي، ٢٠١٧).

أخيراً، يمكن القول: إن العلاج التدعيمي (ST) هو العلاج الموحد (المعير) الذي يشجع المتعالج على التعبير عن مشاعره وأفكاره وتقييم حياته، وخصوصاً أولئك الذين يعانون من اضطرابات مزمنة، مثل الذهان والسكري وغيرها، ويمكن أن تؤثر على نحو كبير على جوانب حياتهم الأساسية، مثل الجوانب الاجتماعية والمالية والمهنية والترفيهية. وهذه المشكلات يمكن أن تؤثر تأثيراً سلبياً على حياتهم، حيث يشعرون نتيجة لذلك بالإحباط والعجز والاكتئاب والاعتماد على غيرهم. والفرضية الرئيسية التي تكمن وراء العلاج التدعيمي، هي أن يقدم العلاج للمرضى الذين يتأثرون بمشكلاتهم الصحية والنفسية والاجتماعية لتوضيح كيف تؤثر هذه المشكلات على حياتهم. وهذا النوع من العلاج قد يؤدي إلى نوع من التفاهم مع أنفسهم وقبول ظروفهم. إن واحداً من أهداف هذا العلاج لديه آثار مفيدة على المدى البعيد لحسن التعامل مع مشكلاتهم، مثل القلق واضطراب ما بعد الصدمة والمخاوف المرضية على سبيل المثال، ومن خلاله يستطيع المرضى تحديد ما إذا كانت هذه العملية للتعبير عن مشاعرهم حيال مرضهم.

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

أولاً: منهج البحث

ثانياً: عينة البحث

ثالثاً: أدوات البحث

رابعاً: إجراءات البحث

خامساً: الأساليب الإحصائية

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

يرى كثير من الباحثين في مجال مناهج التربية وعلم النفس، أن المنهج هو ما يقوم به الباحث للحصول على نتائج لدراسته، باعتباره عملية منظمة بدقة، والإجراءات التي تستخدم فيه ليست عشوائية، بل مخطط لها بعناية وموضوعية؛ لأن المنهج في الأصل هو خطة يضعها الباحث للحصول على بيانات، وتحليلها، بغرض الوقوف على طبيعة المشكلة التي بصدد التصدي لها.

وقد قَدّم البحث الحالي في الفصل الأول بعض التساؤلات التي تدور حول مشكلة الدراسة، ثم قَدّم إجابات عديدة محتملة حول التساؤلات في صورة فرضيات تمت صياغتها بعد عرض الإطار النظري والدراسات السابقة، وللتحقق من صحة هذه الفرضيات، وضع الباحث خطة الدراسة المتمثلة في: المنهج ومجتمع الدراسة، وعينة البحث الاستطلاعية، وعينة البحث الأساسية، وأدوات القياس المستخدمة في هذه الدراسة، وإجراءات سير البحث، والأساليب الإحصائية المناسبة لاستخلاص النتائج.

أولاً: منهج البحث:

يعد المنهج شبه التجريبي من الأساليب المناسبة لمثل هذه الأبحاث التي تهدف إلى التعرف على مدى فعالية برنامج قائم على الإرشاد السلوكي والدعم النفسي والاجتماعي (المتغير المستقل) لخفض مستوى المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة التجريبية وبعض المغيرات النفسية، أعراض الصدمة النفسية، والقلق العام (المتغير التابع). وتعتمد الدراسة على تصميم شبه تجريبي ذي مجموعتين متجانستين: الأولى تجريبية، والثانية ضابطة. بحيث يتلقى المجموعة التجريبية من أفراد العينة البرنامج الإرشادي بفنياته السلوكية التدميمية، بينما لا يتلق أفراد المجموعة الضابطة أي تدخل إرشادي سوى القياسات القبلية والبعدية والمؤجلة.

ثانياً: مجتمع البحث وعينته

١ - مجتمع البحث:

تكون مجتمع البحث من الأطفال المهجرين سواء من (القاطنين مع ذويهم في مراكز الايواء و المستضافين من قبل أقاربهم) في محافظة حمص والبالغ عددهم (٢٠٠) طفلاً وطفلة الذين تعامل

معهم الباحث، حيث أن مجتمع البحث في محافظة حمص غير معروف العدد، وذلك بسبب أن كثير من الأسر تعيش عند أقاربهم أو بيوت مؤجرة، ولا يمكن الوصول إليهم.

٢- عينة البحث:

تم تطبيق برنامج سلوكي تدعيمي عينة مقصودة من الأطفال في المرحلة العمرية من (٩- ١٢) سنة من محافظة حمص والقاطنين في مراكز الإيواء والمدارس الحكومية والذين يعانون من المخاوف المرضية النوعية التي تم ذكرها في مشكلة البحث، والذين بلغ عددهم (٢٠٠) طفلاً. حيث قام الباحث باختيار عينة قدرها (١٨) طفلاً كمجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة عددها (١٨) طفلاً، اعتماداً على درجاتهم المرتفعة على مقياس المخاوف النوعية، وملاحظات الباحث والمدرسين وذوي الأطفال ممن أشاروا إلى وجود هذه الأعراض على نحو واضح، وقد تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموع التجريبية، ودون تطبيقه على أفراد المجموعة الضابطة. حيث تم تقييم المجموعتين من خلال مجموعة من أدوات تقييم لتلك الأعراض قبل التدخل الإرشادي وبعد التدخل الإرشادي مباشرة، وبعد شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج، ومقارنة هذه النتائج لدى أفراد المجموعة التجريبية بنتائج أفراد المجموعة الضابطة، في القياس البعدي والمؤجل.

أ- المجموعة التجريبية:

تكونت عينة الدراسة التجريبية من (١٨) طفلاً وطفلة، وهي تلك المجموعة التي طُبّق عليها البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية والتي تم اختيارها من مركز الإيواء في مدينة حمص.

ب- المجموعة الضابطة:

تكونت عينة الدراسة الضابطة من (١٨) طفلاً وطفلة، وهذه المجموعة لم يُطبق عليها البرنامج والتي تم اختيارها من بعض المدارس في مدينة حمص، مدرسة عكرمة الابتدائية.

التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة:

وقد تم تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في عدة متغيرات وهي:

١- العمر الزمني.

٢- مستوى الذكاء.

٣- المخاوف النوعية، حيث تم اختيار عينة الدراسة من الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس المخاوف النوعية المستخدم في البحث الحالي. حيث استخدم الباحث لاختبار

التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة اختبار مان ويتني، واختبار ويلكوسون، وفيما يلي بيان ذلك.

١- العمر الزمني:

للتأكد من تجانس أفراد العينة (المجموعة التجريبية والضابطة) في العمر الزمني، تم اختيار الأطفال ذوي عمر زمني يتراوح ما بين (٩ - ١٢) سنة، وتم حساب متوسط العمر الزمني بالشهور، ويوضح جدول (١) التجانس في العمر الزمني باستخدام اختبار مان ويتني واختبار ويلكوسون.

جدول (٤)

قيم (Z, W, U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني بالشهور

المجموعة	ن	المتوسط	متوسط الرتب	مجموعة الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
التجريبية	١٨	١٢٠,٤٤	١٦,٥٩	٢٦٥,٥٠	١٢٦,٥٠	٢٦٢,٥٠	٠,٠٦	غير دال
الضابطة	١٨	١٢٤,٣٨	١٦,٤١	٢٦٢,٥٠				

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني، وهذا يدل على تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني.

٢- مستوى الذكاء

لمجانسة مستوى الذكاء تم تطبيق مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء "الصورة الرابعة" (١٩٩٨) على أطفال العينة التجريبية والضابطة، ويوضح جدول (٢) تجانس المجموعتين في الذكاء.

جدول (٥)

قيم (Z, W, U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء

المجموعة	ن	المتوسط	متوسط الرتب	مجموعة الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
التجريبية	١٨	١٠٧,٣٢	١٦,٤١	٢٨٢,١١	١٣٢,٤٠	٢٤١,٥٠	٠,٠١٢	غير دالة
الضابطة	١٨	١٠٨,١٤	١٦,٥٩	٢٧٥,٣٢				

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء. وهذا يدل على تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الذكاء.

٣- المخاوف النوعية:

تم التأكد من تجانس أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى المخاوف النوعية للأطفال، من خلال تطبيق المقياس على العينة. ويوضح جدول (٦) التجانس بين المجموعتين كما هو موضح في الآتي:

جدول (٦)

دلالة للفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية

أبعاد المقياس	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		د.ح	قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع			
فقدان	27.11	4.41	28.55	3.45	17	0,78	غير دالة
رعب	30.50	4.71	29.83	4.32	17	0,44	غير دالة
فزع	30.22	2.89	28.22	5.19	17	1,23	غير دالة
تجنب	21.77	2.89	20.77	3.89	17	0,85	غير دالة
الدرجة الكلية	103.11	11.74	102.94	9.95	17	0,47	غير دالة

يتضح من نتائج الجدول (٦) عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية المستخدم في البحث الحالي، وهذه النتيجة تشير إلى تجانس العينتين في القياس القبلي، مما يبرر توزيعهما على نحو متساو إلى مجموعتين متجانستين في المخاوف النوعية.

- تجانس العينة في أعراض ما بعد الصدمة:

جدول (٧)

تجانس أفراد العينة التجريبية والضابطة على مقياس أعراض الصدمة النفسية

أعراض الصدمة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		د.ح	قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع			
	68.38	8.03	67.8	9.79	17	0,42	غير دالة

يتضح من الجدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي في مقياس أعراض الصدمة. وتشير هذه النتيجة إلى تجانس العينتين التجريبية والضابطة في هذا المقياس، وهذا سوف يساعد الباحث على التحقق من الأثر الذي يحدثه البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

-تجانس العينة في القلق:

جدول (٨)

تجانس العينتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق

مقياس القلق	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		د.ح	قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع			
	77.33	10.17	75.50	10.47	17	0,89	غير دالة

يتضح من الجدول (٨) عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين على مقياس القلق للأطفال، وهذه النتيجة تشير إلى تجانس العينتين الضابطة والتجريبية، وهذا مما يبرر للباحث توزيع أفراد المجموعتين توزيعاً عادلاً من حيث تلك المتغيرات المدروسة في هذا البحث، والتي تساعدنا على التنبؤ بالتدخل الإرشادي للبرنامج المستخدم، وبيان حجم الأثر الذي يحدثه لدى أفراد المجموعة التجريبية في متغيرات البحث في التحسن مقارنة بالمجموعة الضابطة.

ثالثاً: أدوات البحث

تنقسم أدوات البحث إلى الأدوات الآتية:

- ١- مقياس المخاوف النوعية (إعداد الباحث)
- ٢- مقياس أعراض الصدمة النفسية إعداد/ جامعة غزة (٢٠٠٤)
- ٣- مقياس القلق الصريح للأطفال إعداد /محمد عبد الظاهر الطيب (٢٠٠٢)
- ٤- البرنامج الإرشادي. (إعداد الباحث)

أولاً : مقياس المخاوف النوعية:

- قام الباحث بإعداد هذا المقياس الذي يتألف من (٣٠) عبارة موزعة على عدة أبعاد هي: الرعب من الأصوات والانفجارات، التجنب والابتعاد عن المواقف الخطرة، الخوف من الأشياء والمواقف المرعبة، فقدان والخسارة، والذي استفاد في بنائه من خلال الاطلاع على الآتي:
- مقياس كراسيك الذي يتألف من (١٠) فقرات تقيس المخاوف النوعية لدى الأطفال من عمر (١١-١٧ سنة).
 - مقياس المخاوف النوعية من إعداد (Martin M Antony, 2003).
 - مقياس كراسيك وآخرين (craske.et.al, 2013)
 - الدراسة الاستطلاعية على (١٠) من الأطفال للتعرف إلى الخبرات الصادمة الذين تعرضوا لها، وذلك من خلال سؤال مفتوح، ما الخبرات الصادمة التي شعرت بها خلال الشهور الثلاثة الماضية. حيث قام الباحث بتفريغ إجابات الأطفال، وأخذ الإجابات الأكثر تكراراً، والاستفادة منها في إعداد المقياس.

أ-الصدق:

يُعد الصدق من المؤشرات والمفاهيم الأساسية المهمة في تقييم أدوات القياس. ويعرف الصدق بأنه الدقة التي يقيس فيها الاختبار الغرض الذي وضع من أجله (محمد وآخرون، ١٩٩٩، ١٣٣). وقد اعتمد الباحث الطرق الآتية للتأكد من صدق مقياس المخاوف النوعية المستخدم في البحث الحالي، وهي الآتية:

١. صدق المحتوى Content validity أو المنطقي: Logical Validity

تم عرض المقياس على (٢٠) طفلاً طفلة، بعد بنائه للتحقق من وضوح العبارات بالنسبة لمستوى عمرهم الزمني وإدراكهم ومعرفتهم بالمفاهيم المتعلقة ببعض بنود المقياس. وبعد الانتهاء من هذه المرحلة تم تعديل بعض العبارات وفقاً لما أدركه الأطفال من بنود المقياس أنها مناسبة لمستواه العمري وفهمهم لتلك العبارات التي يحتوي عليها المقياس.

٢-التحليل العاملي:

وقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية من الأطفال عددهم (٢٠)، وبعد ذلك تم تفرغ إجاباتهم على بنود المقياس، من أجل التعرف إلى أبعاد المقياس بطريقة المكونات الأساسية (Principal

component's) وهي من أكثر طرق التحليل العاملي موضوعية وشيوعاً واستخداماً نظراً لدقة نتائجها بالمقارنة ببقية الطرق. ولهذه الطريقة مزايا عدة منها أنها تؤدي إلى تشبعات دقيقة، وكل عامل يستخرج أقصى درجة من التشبعات، وإنها تؤدي إلى أقل قدر ممكن من البواقي، كما أن المصفوفة الارتباطية تختزل كمية من التباين، إلى أقل عدد من العوامل المتعامدة غير المرتبطة. وتهدف طريقة المركبات الأساسية إلى: ١- تمثيل المتغيرات الكمية للمفردات هندسياً انطلاقاً من جدول البيانات. ٢- تحديد العوامل (المكونات) التي تفسر على أفضل نحو تشتت المتغيرات. ٣- تقديم المعلومات التي يحتوي عليها الاستبيان في شكل مبسط. ٤- تفسير أكبر نسبة ممكنة من التباين للمتغيرات الأصلية.

وقد قام الباحث بالتحقق من قابلية عبارات مقياس المخاوف النوعية للتحليل العاملي من خلال تحليل بارثليت كومو (KMO) وتبين أن عبارات المقياس قابلة للتحليل بدرجة كبيرة. ومن خلال عملية التدوير الأول والثاني بطريقة الفارمكس، حيث أظهرت النتائج وجود أربعة أبعاد للمقياس، وكل عوامل الجذور والكامنة وتشبعاتها كانت مرتفعة، ويبين الجدول الآتي التحليل العاملي لمقياس المخاوف النوعية، والذي يتكون من الأبعاد الآتية:

- البعد الأول: الرعب من الأصوات والانفجارات: (٣، ٥، ١٠، ١١، ١٢، ١٧)
- البعد الثاني: التجنب والابتعاد عن المواقف الخطرة: (٤، ٧، ١٣، ١٤، ١٨، ١٩، ٢٩)
- البعد الثالث: الخوف من الأشياء والمواقف المرعبة: (١، ٢، ١٥، ١٦، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦)
- البعد الرابع: فقدان والخسارة: (٦، ٨، ٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٧، ٣٠).

جدول رقم (٩)

الصدق العاملي ونسبة التباين لمقياس المخاوف النوعية

م	الأبعاد	العوامل قبل التدوير		العوامل بعد التدوير		التشبعات
		١	٢	١	٢	
١	الرعب من الأصوات والانفجارات	٠,٥٩	٠,٦٢	٠,٠٢	٠,٨٦	٤٤,٤٧
٢	التجنب والابتعاد عن المواقف الخطرة	٠,٤٨	٠,٦٩	٠,٨٢	٠,١٩	٦٨,٨٧
٣	الخوف من الأشياء والمواقف المرعبة	٠,٧٩	٠,١٨	٠,٧١	٠,٣٩	٨٠,٥٤

٩٠,٥٢	٠,٢٦	٠,٧٥	٠,٣١	٠,٧٤	٤	الفقدان والخسارة
	١,٦٧	١,٧٨	١,٢٢	٢,٢٢		الجزور الكامنة
	٣٣,٣٦	٣٥,٥٠	٢٤,٤٠	٤٤,٦٧		نسبة التباين

٣-الاتساق الداخلي:

يقصد بالاتساق الداخلي لأسئلة الاستبانة: قوة الارتباط بين درجات كل مجال ودرجات أسئلة الاستبانة الكلية، والصدق ببساطة هو أن تقيس أسئلة الاستبانة أو المقياس لما وضعت لقياسه، أي يقيس فعلاً الوظيفة التي يفترض أنه يقيسها (www.mubarak.in)

تم التأكد من الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك بتطبيقه على عينة من الأطفال بلغ عددهم (٢٠) طفلاً، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، حيث تم حساب الارتباطات البينية بين أبعاد المقياس وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) على الأقل. والجدول الآتي يوضح درجة ارتباط كل مفردة أو عبارة بالبعد، ودرجة كل بعد بالدرجة الكلية:

جدول (١٠)

الاتساق الداخلي لمقياس المخاوف النوعية لكل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه

البُعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	البُعد	رقم العبارة	معامل الارتباط
الأول الفرع من الصوات والانفجارات	٣	(**) ٠,٤٩	الثالث الخوف من المواقف المرعبة	١	(**) ٠,٤٧
	٥	(**) ٠,٦٥		٢	(**) ٠,٥١
	١٠	(**) ٠,٦٨		١٥	(**) ٠,٤٧
	١١	(**) ٠,٥٩		١٦	(**) ٠,٤٤
	١٢	(**) ٠,٤٤		٢٣	(**) ٠,٢٩
	١٧	(**) ٠,٥٠		٢٤	(**) ٠,٤٩
	٤	(**) ٠,٧٤		٢٥	(**) ٠,٤٤
	٧	(**) ٠,٧٠		٢٦	(**) ٠,٣٩
الثاني التجنب	١٣	(**) ٠,٣٣	الرابع الفقدان	٦	(**) ٠,٦٤
	١٤	(**) ٠,٤٨		٨	(**) ٠,٥٨

والابتعاد عن	١٨	٠,٨٤ (**)	والخسارة	٩	٠,٦٠ (**)
مواقف الخطر	١٩	٠,٧٦ (**)		٢٠	٠,٤٥ (**)
	٢٩	٠,٤٣ (**)		٢١	٠,٣٥ (**)
				٢٧	٠,٤٣ (**)
				٣٠	٠,٤٢ (**)

يتضح من نتائج الجدول السابق (١٠) أن كل عبارة من كل بعد كانت مرتبطة على نحو دال من الدرجة الكلية للبعد، وهذه النتيجة تشير إلى أن المقياس يتمتع بالاتساق الداخلي الجيد بين كل بند من بنوده مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تلك البنود أو العبارات.

كما تم حساب الاتساق الداخلي من خلال حساب درجة الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، حيث أظهرت النتيجة الموضحة في الجدول الآتي تلك الارتباطات.

جدول (١١)

ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس المخاوف النوعية

الفقرات	قيمة معامل الارتباط	الدلالة	الفقرات	قيمة معامل الارتباط	الدلالة
1	.685**	دال	19	.556**	دال
2	.537**	دال	20	.494**	دال
3	.464**	دال	21	.511**	دال
4	.418**	دال	22	.466**	دال
5	.591**	دال	23	.695**	دال
6	.495**	دال	24	.606**	دال
7	.453**	دال	25	.553**	دال
8	.554**	دال	26	.602**	دال
9	.491**	دال	27	.633**	دال
10	.546**	دال	28	.512**	دال
11	.406**	دال	29	.476**	دال
12	.553**	دال	30	.624**	دال
13	.643**	دال			

			دال	.435**	14
			دال	.513*	15
			دال	.742**	16
			دال	.453**	17
			دال	.519**	18

** دالة عند (٠,٠٠١)، * دالة عند (٠,٠٠٥).

يتضح من الجدولين السابق (١١) أن جميع بنود المقياس لها علاقة ارتباطية بالدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد مقياس المخاوف المحددة ودالة عند مستوى (٠,٠٠١) وهذه النتيجة تشير إلى أن المقياس بدرجة الكلية وبنوده تعد مناسبة للتطبيق على أفراد عينة البحث الحالي.

الاتساق الداخلي بين كل بعد والدرجة الكلية لمقياس المخاوف النوعية

إن الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس وبدلالة إحصائية هي من أحد مؤشرات صدق البناء. ولغرض إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس وحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على كل فقرة من فقرات المقياس وبين درجاتهم الكلية، استخدم الباحث اختبار معامل ارتباط بيرسون.

جدول (١٢)

الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية

م	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	الفزع من الصوات والانفجارات	٠,٨٢	٠,٠١
٢	التجنب والابتعاد عن مواقف الخطر	٠,٨٥	٠,٠١
٣	الخوف من المواقف المربعة	٠,٨٥	٠,٠١
٤	الفقدان والخسارة	٠,٥٠	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق (١٢) وجود ارتباط دال عند مستوى (٠,٠٠١) بين كل بعد من أبعاد مقياس المخاوف النوعية والدرجة الكلية. وهذا يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

ب- الثبات:

يُعد مفهوم الثبات من المفاهيم الأساسية في المقياس ويتعين توفره في المقياس لكي يكون صالحاً للاستعمال. وعند مقارنته بمفهوم الصدق يكون الصدق أشمل منه. لذلك يمكن القول: إن أي اختبار صادق يكون اختباراً ثابتاً، ولكن لا يمكن القول بعكس ذلك، إن الاختبار الثابت هو أن يكون صادقاً دائماً (الاغا، ٢٠٠٢، ١٢٠). ولبيان مدى ثبات مقياس المخاوف النوعية الذي تم تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية (٢٠) طفلاً وطفلة، تم استخراج معاملات الثبات للدرجة الكلية وأبعاد هذا المقياس، حيث استخدم الباحث الطرق الآتية:

أ - طريقة التجزئة النصفية:

استخرج معامل ثبات التجزئة النصفية من خلال العينة نفسها وذلك باستخدام معادلة سبيرمان براون (Spearman-Brown) حيث تم حساب معامل الارتباط بين عبارات أبعاد مقياس المخاوف النوعية الفردية والزوجية.

ب- طريقة معامل ألفا كرونباخ (Cronbach- Alpha): تعد من أكثر مقاييس الثبات شيوعاً وأكثر ملائمة للمقاييس ذات الميزان المتدرج- إذ تعتمد هذه الطريقة على مدى ارتباط الفقرات مع بعضها البعض داخل المقياس وكذلك ارتباط كل فقرة مع المقياس ككل، إذ أن معدل الارتباط الداخلي بين الفقرات هو الذي يحدد معامل ألفا كرونباخ (باهي، ١٩٩٩، ١٨). واستخرج معامل ثبات كرونباخ ألفا من خلال العينة نفسها. والجدول (١٣) يوضح قيم معاملات ثبات المقياس بالطرق الثلاثة المذكورة أعلاه. وذلك كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١٣)

ثبات مقياس المخاوف النوعية

أبعاد المقياس	معامل سبيرمان	معامل جتمان	معامل لكرونباخ
الفقدان والخسارة	٠,٧١	٠,٦٥	٠,٧٨
الخوف من الأشياء والمواقف المربكة	٠,٤٢	٠,٥٠	٠,٦٢
الفرع من الأصوات والانفجارات	٠,٣٨	٠,٦٧٣	٠,٧٤
تجنب المواقف الخطرة	٠,٥٦	٠,٦٧٤	٠,٥٣
الدرجة الكلية	٠,٥٤	٠,٢٢٤	٠,٤٢

يتضح من الجدول السابق (١٣) تمتع المقياس بدرجة الكلية وأبعاده الأربعة بدرجة عالية من الثبات، والتي يمكن الاطمئنان إليها في استخدامه في الدراسة الحالية.

يبدو من النتائج التي تم الحصول عليها لمقياس المخاوف النوعية من حيث خصائصه السيكمترية (الصدق والثبات) كانت جيدة، من حيث صدقتها في التحليل العاملي ومناسبته لهذا التحليل من حيث البنود والقدرة على القيام بهذا التحليل، حيث أظهر شرط التحقق من الصدق العاملي أن درجة الصدق كانت (٠,٥٤) وهي قيمة جيدة نوعاً ما لإجراء التحليل العاملي لهذا المقياس، كما أن الإجراءات الأخرى مثل الاتساق الداخلي والثبات كانت جيدة، وهذا طمأن الباحث باستخدام هذه المقياس على العينة المقصودة بالبحث.

٢- مقياس أعرض الصدمة:

هو مقياس من إعداد برنامج غزة للصحة النفسية (حجازي، ٢٠٠٤). يتكون المقياس من بعد واحد فقط وتغطيه (١٩) فقرة، ويوجد أمام كل فقرة مقياس خماسي، وهي بالشكل الآتي: "معظم الوقت"، "كثيراً"، "أحياناً"، "قليلاً"، "أبداً". طريقة تصحيح المقياس: يتم احتساب درجات المقياس بالشكل الآتي (٤) درجات عند الإجابة معظم الوقت؛ (٣) درجات عند الإجابة كثيراً؛ ٢ (درجة عند الإجابة أحياناً؛ ١) درجة عند الإجابة قليلاً. ٠) درجة لا أبداً.

الخصائص السيكمترية للمقياس:

أولاً: الصدق

أ- المقارنة الطرفية:

تقوم هذه الطريقة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن بين متوسط أعلى (٢٥%) من الدرجات بمتوسط أقل (٢٥%) من الدرجات، أي يقارن الأقوياء في مواجهة الصدمات بمتلهم من الضعفاء، يدل ذلك على أن درجة الاختبار كبيرة. فقد تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية التي قوامها (٢٠) طفلاً، حيث قام بإجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (٢٥%) من الدرجات وأقل (٢٥%) من الدرجات، حيث تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) وكانت دالة عند (٠,٥,٠) ويتضح ذلك من خلال جدول (١٤).

جدول (١٤)

المقارنة الطرفية لمقياس أعراض ما بعد الصدمة

المقياس	م	ع	العدد	قيمة "ت"	الدلالة
أعلى من (٢٥%)	٦٩,١٥	١٥,٦٥	٥	٧,٠٥	٠,٠١
أدنى من (٢٥%)	٧,٠٣	٤,٣٥	٥		

نلاحظ من الجدول السابق (١٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا، وهذا يعني أن المقياس يميز ما بين الأطفال في درجات التعرض للصدمة النفسية.

ب-الاتساق الداخلي:

كذلك استخدم الباحث لحساب الصدق الاتساق الداخلي بين عبارات المقياس والدرجة الكلية، حيث أظهرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (١٥)

ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس أعراض ما بعد الصدمة

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٧٣	٠,٠١	١١	٠,٥٥	٠,٠١
٢	٠,٧٤	٠,٠١	١٢	٠,٥٩	٠,٠١
٣	٠,٥٧	٠,٠١	١٣	٠,٥٥	٠,٠١
٤	٠,٤٤	٠,٠١	١٤	٠,٥٥	٠,٠١
٥	٠,٦٣	٠,٠١	١٥	٠,٥٤	٠,٠١
٦	٠,٦٦	٠,٠١	١٦	٠,٥٢	٠,٠١
٧	٠,٤٩	٠,٠١	١٧	٠,٥٩	٠,٠١
٨	٠,٤٠	٠,٠١	١٨	٠,٦١	٠,٠١
٩	٠,٤٦	٠,٠١	١٩	٠,٥٥	٠,٠١
١٠	٠,٥٢	٠,٠١			

يتضح من الجدول السابق (١٥) وجود علاقة ارتباطية عند مستوى (٠,٠١) بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وهذه النتيجة تبرر استخدام الباحث لتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

الوثبات:

لقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب وثبات مقياس حيث تم تطبيقه على العينة الاستطلاعية، وذلك للتأكد من صلاحية المقياس.

وتم حساب معامل الوثبات باستخدام كل من:

١ - طريقه ألفا - كرونباخ:

تم حساب معامل الوثبات لمقياس باستخدام معامل ألفا - كرونباخ، وطريقة جتمان وسبيرمان والتجزئة النصفية، حيث كشفت النتائج الموضحة في الجدول التالي طرق حساب معامل وثبات أعراض ما بعد الصدمة.

جدول (١٦)

معاملات وثبات مقياس أعراض الصدمة

المقياس	معامل سبيرمان	معامل جتمان	معامل لكرونباخ	تجزئة نصفية
	٠,٨٢	٠,٧٢	٠,٩٠	٠,٩٠٥

يتبين من الجدول السابق (١٦) أن معاملات وثبات مقياس أعراض الصدمة كانت مرتفعة، وهذا يشير إلى تمتع المقياس بالوثبات الذي يمكن الاطمئنان إليه في تطبيقه على أفراد العينة الأساسية من الأطفال الذين يعانون من المخاوف النوعية في محافظة حمص.

٣- مقياس القلق

إن هدف مقياس القلق الظاهر للأطفال الذي أعده " كاستانيدا Castaneda "، و"ماك كاندس McCandless"، و" باليرمو Palermo "، وقام عبد الظاهر الطيب بتقنيه على البيئة العربية لمقياس القلق الظاهري لدى الأطفال (٢٠٠٢). ويمكن أن يكون جعل المشكلات التي يعاني منها الطفل واضحة. إن كل تقييم نفسي- تربوي لطفل لديه مشاكل مدرسية يجب أن يؤدي إلى قياس للقلق، ومعدل الكذب لديه، إضافة إلى معايير ثانوية أخرى تقيد في تفسير الأشكال الفردية المختلفة، كل هذا يقوم به ال-R-CMAS. فقد تم وضع هذا المقياس الذي يتكون من (٣٧) عبارة تهدف إلى قياس القلق لدى الطفل أو المراهق (٦-١٩) سنة. وتكون إجابة الطفل على بنود المقياس ب (نعم أو لا). وقد قام الباحث بوضع خمس بدائل بدلاً من (نعم، لا)، حتى يكون هناك مجالاً لاختيار الأطفال درجة القلق

بصورة دقيقة. ويمكن الحصول من خلال المقياس على خمس فئات من الدرجات: الدرجة الإجمالية للقلق وترتكز على (٢٨) سؤالاً. هذه الأسئلة تقسم إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي :

- القلق الجسدي: وتشير إليه العبارات : (1-5-9-13-17-19-21-25-29-33) .
- القلق النفسي: وتشير إليه العبارات: (2-6-7-10-14-18-22-34-37-2630) .
- القلق الاجتماعي: وتشير إليه العبارات: (3-11-15-23-27-31-35) .

أما الأسئلة التسعة المتبقية من المقياس فهي تمثل اختبار الكذب.

يجمع عدد الإجابات (نعم) على المقاييس الثلاثة للحصول على الدرجة الإجمالية للقلق فيما تعبر درجة المقياس الرابع (الكذب) عن مدى مصداقية الطفل في الإجابة.

الخصائص السيكومترية للمقياس :

أولاً: الصدق :

الاتساق الداخلي: تم التأكد من الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك بتطبيقه على عينة من الأطفال بلغ عددهم (٢٠) طفلاً، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، حيث تم حساب الارتباطات البينية بين أبعاد المقياس وكانت كلها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) على الأقل. والجدول الآتي يوضح درجة ارتباط كل مفردة بالبعد، ودرجة كل بعد بالدرجة الكلية:

جدول (١٧)

الاتساق الداخلي لمقياس للقلق لكل بند بالدرجة الكلية للبعد

الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م
٠,٤٣	٢٣		١٢	٠,٤٩	١
٠,٧١**	٢٤	٠,٥٣	١٣	٠,٥٢**	٢
٠,٥٤**	٢٥	٠,٤٥	١٤	٠,٤٥**	٣
٠,٨١**	٢٦	٠,٥٥	١٥	٠,٥٣**	٤
٠,٦٦**	٢٧	٠,٥٣	١٦	٠,٥٧**	٥
٠,٧٩**	٢٨	٠,٣٩	١٧	٠,٦٨**	٦
		٠,٤٣	١٨	٠,٤٠**	٧
		٠,٤٦	١٩	٠,٦٩**	٨

٩	٠,٧٨ **	٢٠	٠,٥٤		
١٠	٠,٦٦ **	٢١	٠,٣٨		
١١	٠,٧٢ **	٢٢	٠,٥٦		

يتبين من الجدول السابق (١٧) وجود علاقة ارتباطية دالة بين ابعاد مقياس القلق والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة إلى إمكانية استخدامه مع أفراد العينة الأساسية.

ثانياً: الثبات

تم حساب معامل ثبات مقياس القلق على طريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، وحسب طريقة بيرسون، كان معامل ثبات المقياس (٠,٧٥)، وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الوثوق بها. أما عن طريق التجزئة النصفية فقد بلغ معامل الارتباط (٠,٦٠١) وهي نتيجة تشير إلى ثبات المقياس بدرجة عالية. أما الثبات بطريقة كرونباخ وجتمان فكانت على التوالي (٠,٦١)، (٠,٧٢).

جدول (١٨)

معاملات الثبات لمقياس القلق

المقياس	معامل سبيرمان	معامل جتمان	معامل لكرونباخ	تجزئة نصفية
القلق	٠,٧٥	٠,٧٢	٠,٦١	٠,٦٠١

يتضح من الجدول (١٨) تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات، وهذا يطمئن الباحث لاستخدامه مع العينة الأساسية للدراسة

البرنامج الإرشادي:

يقسم البرنامج إلى ثلاثة محاور:

- **المحور الأول:** بناء المجموعة وفتيات التفريغ الانفعالي والداعمة
- **المحور الثاني:** الفتيات العلاجية للحد من المخاوف النوعية والتي تتضمن (الخوف من الأصوات العالية، الخوف من تشوه الجسم، الخوف من الرصاص والفدائف، الخوف من فقدان الأهل، الخوف من الدماء).
- **المحور الثالث:** فتيات الثقة بالنفس والمواجهة وحل المشكلات.

يهدف العلاج التدميمي إلى منع أو تقليل تكرار حدوث الأعراض لدى المريض عن طريق زيادة احترام الذات وتحسين قدرة المريض على التكيف بالإضافة لإعادة أدائه إلى المستوى السابق أو

لأفضل مما كان عليه، مستخدماً في ذلك عددا كبيرا من التقنيات من مجموعة واسعة من مدارس العلاج النفسي، شاملاً بذلك كل التقنيات التي أثبتت فعاليتها في علاج الاضطراب أو المشكلة المراد حلها.

ولقد خلفت الحرب التي يعيشها وطننا الحبيب الكثير من الصدمات النفسية لدى الأطفال والتي نتج عنها العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية من بينها المخاوف المرضية النوعية، وقد قامت العديد من الجمعيات والمنظمات بتقديم مجموعة واسعة من الأنشطة والخدمات التي تهدف إلى الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال، ولما كان هذا الدعم عاما وغير موجها ليحل مشكلات معينة أو ليعالج اضطرابات محددة، مما أبقاه في إطار ترفيه الأطفال والتنفيس عن مشاعرهم وتسكين هذه المشكلات والاضطرابات.

ولما كانت المخاوف النوعية من جملة هذه الاضطرابات، جاء هذا البرنامج "برنامج سلوكي تدميمي لخفض عدد من المخاوف النوعية " ليكمل الدعم النفسي المقدم لبعض الأطفال الذين يعانون من عدد من المخاوف النوعية ولكن بشكل موجه نحو مشكلتهم الأساسية، ويضيف عليه محاولة للعلاج أو التخفيف من هذه الأعراض، وإكساب الأطفال الثقة بالنفس وعددا من المهارات الاجتماعية والحياتية.

التخطيط للبرنامج

انطلقت فكرة البرنامج بالاعتماد على الأساس النظري للعلاج التدميمي والفنيات المستخدمة لعلاج المخاوف النوعية في كتاب المخاوف والضغط والصدمات (Robinson, 2004) والتي أكد عليها عدد كبير من الأبحاث والدراسات التي سوف يتم ذكرها بالتفصيل وتقنيات الدعم النفسي للأطفال بحيث يكون هذا البرنامج علاجيا من جهة تخفيف حدة المخاوف النوعية، من خلال عدد من الأنشطة التي تقدم في مجال الدعم النفسي للأطفال المتعرضين لآثار الحروب والكوارث، والتي تتناسب مع الهدف الرئيسي للبرنامج وهو التعامل مع المخاوف، بالإضافة إلى استخدام فنيات وأنشطة تساهم في غرس الثقة والقدرة على المجابهة في نفوس الأطفال لتساعدهم على التغلب على مخاوفهم الحالية أو أية مخاوف قد يتعرضون لها في المستقبل.

وقد ساعد على جمع هذه المحاور فلسفة العلاج التدميمي التي تتضمن الاعتماد على عدد كبير من الفنيات في عدد من المدارس العلاجية المثبتة تجريبيا لعلاج المشكلة المحددة، وكونه يستعمل مع الحالات التي تعرضت للصدمات أثناء الحروب والكوارث والأزمات الحادة والفجعية. بالإضافة لتضمنه الدعم النفسي كجزء من أسلوب العلاج متاخلا مع فنياته في جميع مراحل العلاج ومستقلا في عدد من الفنيات كالتشجيع والتطمين والتنفيس والتعزيز.

تم استعراض عدد من الأبحاث والدراسات التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بموضوع الدراسة الحالي ومنها (عبد الهادي، ٢٠١٣؛ غزو وسمور، ٢٠١٥؛ جمعة، ٢٠٠٥؛ الشهري، ٢٠٠٨؛ وردة، ٢٠١١؛ عبد الرحمن، ٢٠٠٩؛ الزين، ٢٠٠٧) (Maxwell, 1990 ; williams, 1975 ; ricciardi ; king and others, 2005 ; Morrell, 2007 ; Reuterskiöld, 2009 ; Zimmerman, 2016 ; Hood & Antony, 2012 ; Gupta, 2014 . and others, 2006 المتعلقة بالعلاج التدعيمي والدعم النفسي وعلاج المخاوف المرضية ومنها: (شقيب، ٢٠١٢) و (نوفاليس ١٩٩٨) (Winston and others, 2004 ; Winston and others, 2012 ; Robinson, 2003 ; Davis, 2012 ;

وقد تضمنت عملية التخطيط العام للبرنامج التدعيمي السلوكي الخطوات التالية:

أولاً: تحديد الفئة التي وضع من أجلها البرنامج

ثانياً: أهداف البرنامج.

ثالثاً: الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج، وهي:

١- محتوى البرنامج.

٢- الفنيات المستخدمة في البرنامج.

٣- الأدوات والوسائل

٤- تحديد عدد الجلسات والمدى الزمني لها.

رابعاً- تقييم البرنامج.

أولاً: الفئة التي أعد من أجلها البرنامج:

أعد هذا البرنامج لخفض بعض المخاوف النوعية باستخدام العلاج التدعيمي لمرحلة الطفولة المتأخرة (٩- ١٢) وسيتم تطبيقه على الأطفال الذين يعانون من مخاوف نوعية نتجت عن الصدمات التي تعرضوا لها خلال الحرب وقد تلقوا دعماً نفسياً سابقاً، وتتراوح أعمارهم بين (٩-١٢) عاماً، ويتراوح عددهم بين (٣٦) طفلاً وطفلة.

ثانياً: أهداف البرنامج

تنقسم أهداف هذا البرنامج إلى الأقسام التالية:

١ - الهدف العام للبرنامج

يهدف البرنامج إلى تخفيف حدة المخاوف النوعية لدى أفراد العينة بالدرجة الأولى من خلال إزالة الحساسية المفرطة لديهم من المثيرات المؤدية للخوف المرضي والتعامل مع الأعراض الجسدية والنفسية المرافقة لها، بالإضافة إلى تعزيز الخدمات النفسية والاجتماعية المقدمة من القائمين على الأطفال.

٢ - الأهداف الفرعية:

١- تخفيف الأعراض الجسدية والسلوكية للمخاوف النوعية لدى الأطفال.

٢- تخفيف المعاناة النفسية وتحقيق أكبر قدر من التنفيس الانفعالي.

٣- خلق جو آمن ومشجع والعمل على زيادة الثقة بالنفس.

٤- تحسين القدرة على المواجهة.

٣ - الأهداف الإجرائية:

أ- بناء مجموعة وتنمية القدرة على العمل الجماعي.

ب- التحدث مع الطفل عن الأوضاع التي تخيفه.

ج- توجيه انتباه الطفل الخائف إلى الأطفال الآخرين الذين يتعاملون مع أحداث الصدمة بدون خوف من خلال سرد قصص عن الأطفال في أوضاع متشابهة وكيف تم التغلب على خوفهم.

د- إشراك الطفل في أنشطة بدنية وألعاب وأغاني وتأليف قصص و ورشات الرسم من أجل توفير مجال للتخفيف من حدة التوتر والضغط النفسي لديهم.

هـ- تخفيف التوتر الذي يشعر به الطفل من خلال تعليمه تقنيات الاسترخاء عن طريق اللعب.

و- تكليف الطفل بأعمال ومهام صغيرة لتقوية إحساسه بالكفاءة والثقة بالنفس.

ز- العلاج الفعال للخروج بالطفل من هذه الحالة هو إعطائه الحب بأمانة وسخاء وإشعاره بأنه موضع التقدير والقبول وإتاحة الفرصة له لكي يكون آمناً وسعيداً وتشجيعه للعب وممارسة هواياته المفضلة.

ثالثاً: الاجراءات العملية لتنفيذ البرنامج

أ - الفنيات المستخدمة في البرنامج

أولاً: فنيات بناء المجموعة والتنفيس الانفعالي والدعم النفسي:

١- الرسم: الموجه نحو موضوع البرنامج، أي نحو المخاوف النوعية التي يعاني منها الأطفال، وله هدفان تشخيصي وتنفيسي.

٢- التمثيل: وذلك من خلال تشكيل صور بحركات الجسم وتعابير الوجه.

٣- الألعاب الحركية: سوف يتم استخدام عدد من الألعاب والنشاطات بأسلوب داعم ومتعاطف بهدف تخفيف المعاناة النفسية للأطفال وتهيئتهم للفنيات التي سوف تستخدم لاحقاً لتخفيف الأعراض، وتوطيد العلاقة مع القائم بالبرنامج وبين الأطفال أنفسهم.

٤- التنفيس الانفعالي: من الأساليب الفنية التي تنتمي للاتجاه التحليلي وتكتسب أهمية خاصة في نظرية فرويد التحليلية النفسية. ويرى (روتر، ١٩٨٤، ١٤١) أن "التفريغ الانفعالي هو إظهار المواد المكبوتة أو اللاشعورية، وإدراك الفرد الشعوري لدوافعه والأسباب اللاشعورية وراء سلوكه، وعندما يدرك الفرد دوافعه الحقيقية فمن المفروض أنه يصبح قادراً على التعامل معها عن طريق الأنا مخففاً بذلك من الأعراض ومؤدياً إلى توافق أكثر ثباتاً".

٥- المناقشة الجماعية:

يقدم هذا الأسلوب أجواء نفسية واجتماعية صحية لأعضاء المجموعة الإرشادية يعبرون من خلالها عن ذواتهم ومشاعرهم وأفكارهم ويستشعرون أهميتهم وقيمتهم وقيمة ما يقدمونه فيزداد شعورهم بالمسؤولية الفردية والجماعية وتزداد قدراتهم على التواصل الإيجابي وفهم الذات والآخرين والتعاون معهم وتقبلهم والتعاطف معهم (سري، ٢٠٠٠، ١٤٧).

ويؤكد (زهران، ١٩٩٨) "بأن أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية يؤدي إلى نتائج هامة في تعديل اتجاهات المسترشدين نحو أنفسهم والآخرين ومشكلاتهم.

ثانياً- فنيات تخفيف الأعراض الجسدية والسلوكية

١- التدريب على الاسترخاء: يعد عالم النفس الأمريكي ايدموند جاكوبسن (Edmund Jacobsen) من أوائل العلماء الذين بحثوا في التدريب على الاسترخاء وتطبيقه في مجال العلاج النفسي، وقد توصل الى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما: الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع العضلات مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان، وإذا تم إيقاف حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان وتحويله الى حالة من الاسترخاء، فإن ذلك يخفض درجة القلق، فالاسترخاء يستهدف مجموعة من عضلات الجسم الرئيسية من خلال إحداث سلسلة من عمليات الشد والراحة لها.

وسوف يتم استخدام أسلوب جوزيف ولبي في الاسترخاء العضلي كجزء ضروري في أسلوب خفض الحساسية المنظم (الزباد، ٢٠٠٥، ١٣١-١٣٢)، (Bourne, 2000, 81).

٢- بناء مدرج القلق: وهو عبارة عن مدرج للمواقف المثيرة للقلق والمصنفة عكسيا ابتداء من أقل المواقف إثارة للقلق إلى أكثرها إثارة، ويعتبر بناء هذا المدرج ضروري لاستخدامه خلال عملية تقليل الحساسية المنظم (Johnson, 2007, 14).

٣- تقليل الحساسية المنظم (التخلي): بعد التدريب على أساليب الاسترخاء وبناء مدرج القلق، يتم وبشكل تخيلي التعريض للمواقف المثيرة للقلق حسب المدرج المتسلسل وذلك بشكل تصاعدي من أقل المثيرات إثارة إلى أكثرها، وذلك في حالة من الاسترخاء التام وأجواء هادئة ومريحة (الزباد، ٢٠٠٥، ١٩٧-١٩٨)، (Johnson, 2007, 5).

٤- السيكودراما: وهي ما يطلق عليها التمثيل النفسي المسرحي أو تمثيلية المشكلات النفسية أو الإرشاد بالتمثيلات النفسية، وتعد من أشهر أساليب الإرشاد الجماعي وهي عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي وتعديل الأنماط السلوكية الخاطئة عن طريق التمثيل التلقائي لمواقف وأحداث لها علاقة بمشكلته (زهران، ١٩٩٨، ٣٢٧).

٥- الواجبات المنزلية: وتمثل الأعمال والأنشطة والمهام التي يطلب من الأطفال القيام بها فيما بين الجلسات، حيث يتم نقل المعارف التي تم تعلمها أثناء الجلسة إلى البيئة الطبيعية للأطفال وعن طريق التكرار والتقييم المستمر، تتحول السلوكيات من شكلها القصدي إلى التلقائية وهي تيسر قيام المريض بالتدريبات، واكتساب المهارات (سري، ٢٠٠٠، ١٧٧).

٦- المناقشة والحوار:

ثالثاً: فنيات تعزيز القدرة على المجابهة والثقة بالنفس:

١- النمذجة: تقديم نماذج من الأطفال الذين لا يعانون من المخاوف النوعية التي يعاني منها الأطفال المستهدفون بالبرنامج. وتمارس النمذجة بثلاثة أشكال:

أ- النمذجة المباشرة: وفيها يتم عرض نماذج حية تؤدي السلوك المراد بواسطة أشخاص واقعيين أو أشخاص ومواقف معروضة بالصوت والصورة. ب- النمذجة الضمنية: وتعتمد على أن يقوم المسترشد بتخيل نماذج تقوم بالسلوكيات المرادة. ت- النمذجة بالمشاركة: وتشتمل عرض السلوك (النموذج) وأداء هذا السلوك من جانب المسترشد مع توجيهات تقويمية من المرشد وهذه الصورة ذات فعالية أكبر من مجرد مراقبة النموذج فقط (الشناوي، ١٩٩٦، ٣٧).

٢- التعزيز الإيجابي: المادي والمعنوي من خلال الاطراء وتقديم الهدايا.

٣- اللعب الحركي.

٤- التمثيل المسرحي.

٥- الواجبات المنزلية.

٦- الرسم والزخرفة.

ب- تحديد عدد ومدة جلسات البرنامج:

تستغرق كل جلسة بين ساعة ونصف وساعة، وثلاث أرباع الساعة، حيث تم العمل بنظام الورشات، وتتضمن الجلسة عددا من الألعاب والأنشطة. ويمتد البرنامج على (١١) جلسة متضمنة جلسة القياس البعدي، وجلسة المتابعة.

ت- الأدوات والوسائل المستخدمة في البرنامج:

- سرد القصص
- المسرح
- آلات موسيقية
- أدوات الرسم والتزيين
- أدوات الألعاب الحركية

رابعاً: تقويم البرنامج:

يتم تقويم فعالية البرنامج على المجموعة التجريبية من خلال القياس القبلي والبعدي، والمقارنة بين المجموعة الضابطة والتجريبية، ثم معرفة أثر البرنامج بعد تطبيقه على انخفاض المخاوف النوعية لدى الأطفال. كما سيتم تقويم مدى استمرار فعالية البرنامج بعد مرور شهر من تاريخ انتهائه من خلال تطبيق المقاييس المستخدمة مرة أخرى.

خامساً: إجراءات البرنامج:

- تم تطبيق مقياس المخاوف النوعية الناتجة عن الصدمة من إعداد الباحث على (٢٠٠) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٩-١٢) سنة، ممن تعرضوا لويلات الحرب وقدمت لهم أنشطة الدعم النفسي، وتم انتقاء الدرجات العليا على المقياس التي لم تتجاوز (٣٨) طفلاً، ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة متساويتين، ومن ثم تم المجانسة بين المجموعتين من حيث العمر والذكاء والجنس ودرجاتهم على مقياس المخاوف النوعية.
- تم تطبيق مقياس الصدمة النفسية . من إعداد غزة.
- تطبيق مقياس أعراض القلق للأطفال

- تم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية فقط
- تم تطبيق مقياس المخاوف النوعية والصدمة النفسية وأعراض القلق للأطفال بعد نهاية البرنامج للكشف عن فعالية البرنامج في خفض حدة الأعراض لدى الأطفال.

جلسات البرنامج:

المحور الأول

الجلسة الأولى:

موضوع الجلسة: التعارف المتبادل والتعريف بالبرنامج

أهداف الجلسة:

- ١- التعارف المتبادل بين الباحث والأطفال.
 - ٣- إذابة الجليد وكسر الحاجز بين الأطفال والباحث.
 - ٤- تعريف الأطفال بالبرنامج وكيفية إجراءات تنفيذه.
 - ٥- توضيح أهداف البرنامج التي يسعى إلى تحقيقها.
 - ٦- التعرف إلى توقعات الأطفال المشاركين بالبرنامج.
- الفنيات المستخدمة: المحاضرة، ألعاب تنشيطية، المناقشة
- الأنشطة: التعارف في دائرة مع حركة، كتابة العقد الإرشادي
- الأدوات: لوح، أقلام، أوراق ملونة

الجلسة الثانية

موضوع الجلسة: بناء المجموعة

أهداف الجلسة:

- ١- إقامة علاقة تفاعلية وخلق جو من المرح.
 - ٢- إدراك الأطفال أهمية الانتماء إلى جماعة.
 - ٣- إدراك أهمية الفرد للجماعة والجماعة للفرد.
- الفنيات المستخدمة: المناقشة والحوار - ألعاب تنشيطية.
- الأنشطة: لعبة القائد المدافع ، لعبةظهري على ظهرك ، أغنية نحنا نكون جماعة، تمرير حركة وصوت في دائرة.

الأدوات: جريدة ، بوالين، آلة موسيقية، لوح، وقلم.

الجلسة الثالثة

موضوع الجلسة: التنفيس الانفعالي.

أهداف الجلسة:

- ١- اكتشاف المشاعر السلبية تمهيدا لتفريغها.
 - ٢- التعبير عن المشاعر لفظيا ومناقشتها.
 - ٣- التعبير عن المشاعر بشكل غير لفظي.
 - ٤- تطوير القدرة على ربط المشاعر بالأحداث البيئية.
- الفنيات المستخدمة: التنفيس الانفعالي، المناقشة والحوار، الرسم، التمثيل.
- الأنشطة: رسم ما يخيفني وما يشعرنني بالأمان - نشاط لون حياتك - لعبة استكشاف المشاعر.
- الأدوات: لوح - أقلام - ألوان - أوراق.

المحور الثاني

الجلسة الرابعة

موضوع الجلسة: التعامل مع الخوف.

أهداف الجلسة:

- ١- التعبير عن المخاوف على نحو واضح ومباشر.
 - ٢- مساعدة الطفل على تطوير استراتيجيات للتعامل مع المخاوف.
 - ٣- استبدال الخوف والمشاعر السلبية الناتجة عنه بمشاعر ايجابية.
- الفنيات المستخدمة: المناقشة والحوار، التمثيل، السيكدراما، التعزيز، الواجب المنزلي.
- الأنشطة: نشاط تشكيل صورة تعبر عن الخوف، الصورة التي تتكلم، المتجر السحري، أصوات أخافتني.

الأدوات: أوراق مطبوعة، كراتين، أقلام تخطيط.

الجلسة الخامسة

موضوع الجلسة: تدريبات الاسترخاء وبناء مدرج القلق.

أهداف الجلسة:

- ١- تعريف الأطفال بمهارة الاسترخاء.
- ٢- التدريب على حركات الاسترخاء.
- ٣- التعرف على المواقف التي تخيف الأطفال وتسجيلها.
- ٤- ترتيب هذه المواقف من الأقل تأثيراً إلى الأشد تأثيراً
- ٤- تنفيذ الانفعالات الناجمة عن الحديث عن هذه المخاوف.
- الفنيات المستخدمة: الاسترخاء، المناقشة والحوار، الواجب المنزلي.
- الأنشطة: خروج اليرقة المعكوسة، طق بوالين، التدريب على خروج اليرقة في المنزل.
- الأدوات: لوح - أقلام - بوالين.

الجلسة السادسة

موضوع الجلسة: خفض الحساسية المنظم التخيلي

أهداف الجلسة

- ١- تطبيق حركات الاسترخاء.
- ٢- التعامل مع مدرج القلق عن طريق التخيل.
- ٣- مساعدة الطفل على تطوير استراتيجيات للتخلص من المخاوف.
- الفنيات: الاسترخاء: خفض الحساسية التخيلي - المناقشة والحوار.
- الأنشطة: نشاط خروج اليرقة - نشاط منطاد المخاوف - نشاط العودة للمكان الآمن.
- الأدوات: لوح - أقلام.

المحور الثالث

الجلسة السابعة

موضوع الجلسة: الثقة بالنفس.

أهداف الجلسة:

- ١- تعزيز الشخصية والتعبير عنها وزيادة تقدير الذات.
- ٢- اكتساب اتجاهات ايجابية نحو الذات.
- ٢- تنمية روح التحدي والإصرار.
- الفنيات المستخدمة: ألعاب حركية - الرسم - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي.

الأنشطة: نشاط ملف الشخصية - لعبة الملاقط - قصة قصيرة عن الشجاعة.

الأدوات: أوراق مطبوعة ، ملاقط غسيل، حبل، أقلام ،ألوان،ظرف، كورنيش ايفا بهرجان، ألعاب.

الجلسة الثامنة

موضوع الجلسة: الثقة بالنفس والمواجهة وحل المشكلات.

أهداف الجلسة:

١- تنمية الثقة بالنفس من خلال التعبير عن نقاط القوة والضعف.

٢- تنمية حس المسؤولية.

٣- تنمية القدرة على حل المشكلات.

الفنيات المستخدمة: غناء ، ألعاب حركية.

الأنشطة المستخدمة: لعبة العقدة البشرية - قصة وأغنية سندباد .

الأدوات: آلة موسيقية ، أوراق، أقلام.

الجلسة التاسعة

موضوع الجلسة: تمثيل مسرحي عن الخوف.

أهداف الجلسة:

١- تعزيز الثقة بالنفس.

٢- تنمية العمل الجماعي.

٣- التعبير عن المشاعر في جو داعم.

٤- إخراج ما تبقى من آثار المخاوف للتعامل معها.

الفنيات المستخدمة: التمثيل المسرحي (السيكودراما).

الأنشطة المستخدمة: مقابلة تلفزيونية .

الأدوات: كراسي، طاولة، ميكرفون ،كاميرا.

تقييم الجلسات:

عن طريق استمارة يطلب من كل طفل مشارك في البرنامج إبداء رأيه في موضوعات الجلسات، ودرجة فاعليته بالنشاطات والألعاب المطروحة، ومدى استفادته من الجلسات، ومقترحاته في الجلسات المستقبلية، وتكون مسبقة بعبارة يوضح فيها أهمية الآراء التي سوف يقدمها وأهمية اقتراحاته في

الوصول إلى أفضل النتائج، وهذه الاستمارة تفيد الباحث في المراجعة المستمرة وتقييم الأداء بهدف التقويم، كما أن لها هدفاً آخر وهو إشعار الأطفال بأهمية ما يقدمونه، وما يقترحونه، ويزيد من إقبالهم على العملية الإرشادية.

خامساً: الأساليب الإحصائية

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل الارتباط البسيط لبيرسون.
- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات T. Test.
- التحليل العاملي.
- تحليل التباين البسيط.
- تحليل الانحدار متعدد الخطوات Stepwise. R.
- تحليل المسار Path Analysis.
- حجم الأثر.

الفصل الخامس

عرض النتائج تفسيرها

نتائج الفرضيات

تفسير الفرضيات

التعقيب

المقترحات

الفصل الخامس

عرض النتائج تفسيرها

يستعرض الباحث في هذا الفصل النتائج التي توصل إليها في الإجابة على فرضيات بحثه والتي تناولت الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في متغيرات البحث، المخاوف النوعية، والقلق، والصدمة النفسية، وفقاً للقياسات القبلية والبعديّة والمؤجلة، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، ثم مناقشة نتائج كل فرضية من الفرضيات المشار إليها في بحثه وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وختم الفصل بتقديم مجموعة من المقترحات المتعلقة بنتائج الدراسة الحالية. وفيما يلي عرض لنتائج الفرضيات وتفسيرها:

نتائج الفرضية الأولى ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي. وللتحقق من هذه الفرضية استخدم القانون الإحصائي للفروق بين عينتين غير مستقلتين "ت" ستودنت"، وذلك كما يظهر الجدول الآتي:

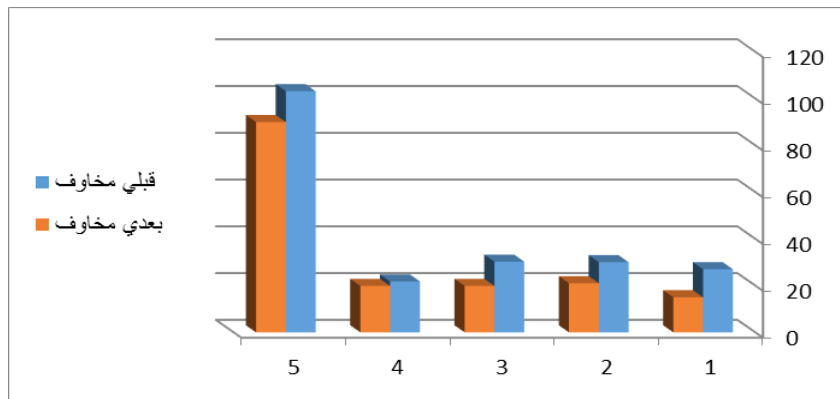
جدول (١٩)

الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية

أبعاد المقياس	م التجريبية (قبلي)		م التجريبية (بعدي)		د.ح	قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع			
فقدان	27.11	4.41	15.55	3.45	17	8.56 (**)	لصالح القياس البعدي
رعب	30.50	4.71	21.83	4.32	17	5.93 (**)	لصالح القياس البعدي
فزع	30.22	2.89	19.83	5.19	17	4.54 (**)	لصالح القياس البعدي
تجنب	21.77	2.89	16.83	3.89	17	3.44 (**)	لصالح القياس البعدي
الدرجة الكلية	102.50	10.06	89.77	12.99	17	3.96 (**)	لصالح القياس البعدي

يتضح من نتائج الجدول (١٩) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج الإرشادي القائم على الإرشادي السلوكي التدعيمي في مقياس المخاوف

النوعية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم على المقياس نفسه في القياس البعدي، وكانت النتيجة الكلية دالة عند مستوى (٠,٠١) لصالح القياس البعدي، وكذلك في أبعاد: الفقدان والرعب والفرع والتجنب وتشير هذه النتيجة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من فنيات البرنامج الإرشادي التي اكتسبوها خلال جلسات البرنامج في خفض مستوى المخاوف النوعية عند أفراد المجموعة التجريبية. وأن هذا التحسن في عملية خفض المخاوف يمكن رده إلى قوة البرنامج وتأثيره في إحداث هذا التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية. ويمكن تمثيل نتائج هذه الفرضية في المخطط البياني الآتي:



شكل (١) الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية

نتائج الفرضية الثانية ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في المخاوف النوعية في القياس البعدي.

وللتحقق من هذه الفرضية استخدم الباحث القانون الإحصائي "ت" ستودنت "لعينتين مستقلتين، وذلك لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة على مقياس المخاوف النوعية بأبعاده المختلفة ودرجته الكلية، وذلك كما يظهرها الجدول الآتي:

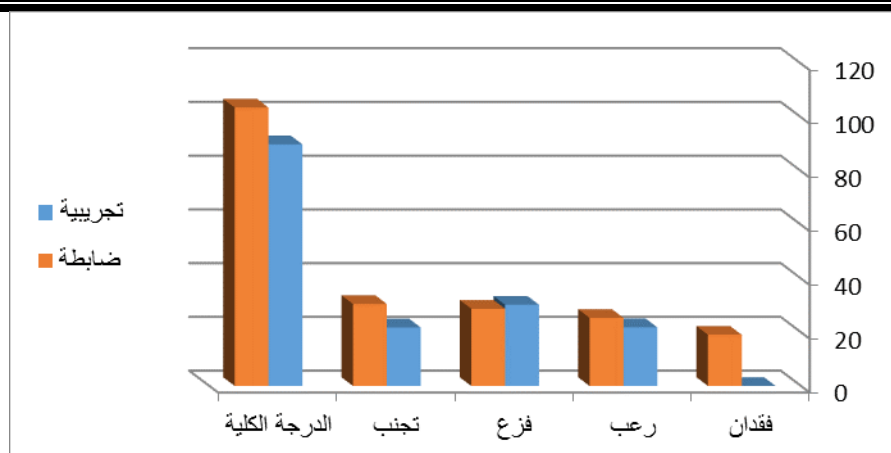
جدول (٢٠)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المخاوف النوعية في القياس البعدي

أبعاد المقياس	المجموعة التجريبية (بعدي)		المجموعة الضابطة (بعدي)		د.ح	قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع			
فقدان	15,55	3,45	19,05	3,05	17	4,92 (**)	دالة لصالح المجموعة التجريبية
رعب	21,83	4,32	26,33	4,95	17	2,98 (*)	دالة لصالح المجموعة التجريبية
فزع	19,83	5,19	28,72	3,73	17	5,73 (**)	دالة لصالح المجموعة التجريبية
تجنب	16,83	3,89	30,50	3,68	17	10,09 (**)	دالة لصالح المجموعة التجريبية
الدرجة الكلية	89,77	9,95	103,61	9,95	17	3,84 (**)	دالة لصالح المجموعة التجريبية

يتضح من نتائج الجدول (٢٠) مايلي:

- ١- وجود فروق دالة إحصائياً بمستوى دلالة (0.05) في بعد الرعب، والتجنب، حيث بلغت قيمة "ت" ستودنت لبعء الرعب (٢,٩٨)،
 - ٢- وجود فروق دالة عند مستوى (٠,٠١). في بعد التجنب (١٠,٠٩)، الفقدان (٤,٩٢) ، وبعد الفزع (5,73)، وذلك بالمقارنة مع نتائج المجموعة الضابطة.
 - ٣- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية على مقياس المخاوف النوعية، وجاءت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.
- وتشير هذه النتيجة، إلى أن المجموعة التجريبية استفادت من البرنامج الإرشادي في خفض مستوى المخاوف النوعية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن هذا الخفض يعود إلى قوة البرنامج الإرشادي القائم على الإرشاد السلوكي التدعيمي بفنياته المتعددة في إحداث مثل هذا التحسن. ويمكن تمثيل هذه النتيجة الخاصة بهذه الفرضية في المخطط البياني الآتي:



شكل (٢) الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية في القياس البعدي

نتائج الفرضية الثالثة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في المخاوف النوعية في القياس البعدي والمؤجل (متابعة).

وللتحقق من هذه الفرضية استخدم الباحث قانون "ت" ستودنت لعينتين مترابطتين، وذلك لحساب الفروق بين المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس المؤجل على مقياس المخاوف النوعية، والجدول الآتي يبين هذ النتائج.

جدول (٢١)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المخاوف النوعية في القياسين البعدي والمؤجل

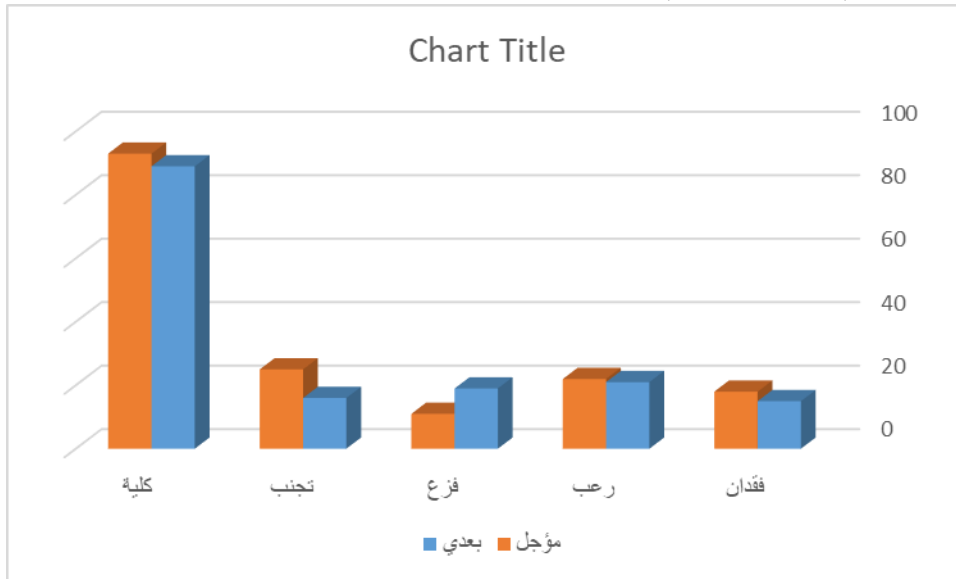
أبعاد المقياس	المجموعة التجريبية (بعدي)		المجموعة التجريبية (مؤجل)		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
الفقدان	15,55	3,45	18,38	2,76	2,64 (*)	دال لصالح القياس البعدي
الرعب	21.83	4,32	22,61	4,76	12)	غير دال
الفزع	19.83	5.19	22, 11	5,57	1,25 (*)	غير دال
التجنب	16.83	3.89	25,50	4,79	5.81 (**)	دال لصالح القياس البعدي
الدرجة الكلية	89.77	9.95	93,61	13,79	٠,96	غير دال

يتضح من الجدول السابق (٢١) ما يلي:

١- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس البعدي والمؤجل على مقياس المخاوف النوعية في بُعد الفقدان، و التجنب لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة "ت" ستودنت في بُعد الفقدان

(٢,٦٤)، وهي قيمة دالة عند (٠,٠٥). بينما بلغت في قيمة التجنب (5.81) وهي دالة عند (٠,٠١) وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل على مقياس المخاوف النوعية في بُعد كل من: الرعب، والفرع، والدرجة الكلية، بين القياس البعدي والمؤجل بمعنى، أن هذه النتيجة تشير إلى أن أفراد المجموعة التجريبية حافظت على التحسن في أبعاد: الرعب، والفرع، والدرجة الكلية بينما حدث انتكاس في فقدان والفرع لصالح القياس القبلي، وهذا دليل على أن بعض أبعاد المقياس قد حدث فيها تحسناً إيجابياً في خفض مستوى المخاوف النوعية، وهذه يعود إلى قوة البرنامج، بينما لم يحدث ثبات في التحسن في البعض الآخر من أبعاد المقياس. ويمكن تمثيل تلك النتائج في المخطط الآتي:



شكل (٣) الفروق بين القياس البعدي والمؤجل على مقياس المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة التجريبية

نتائج الفرضية الرابعة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المخاوف النوعية في القياس المؤجل. وقد تم التحقق من نتيجة هذه الفرضية باستخدام قانون الفروق بين عينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية في القياس المؤجل، وذلك كما يظهرها الجدول الآتي:

جدول (٢٢)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف النوعية في القياس المؤجل

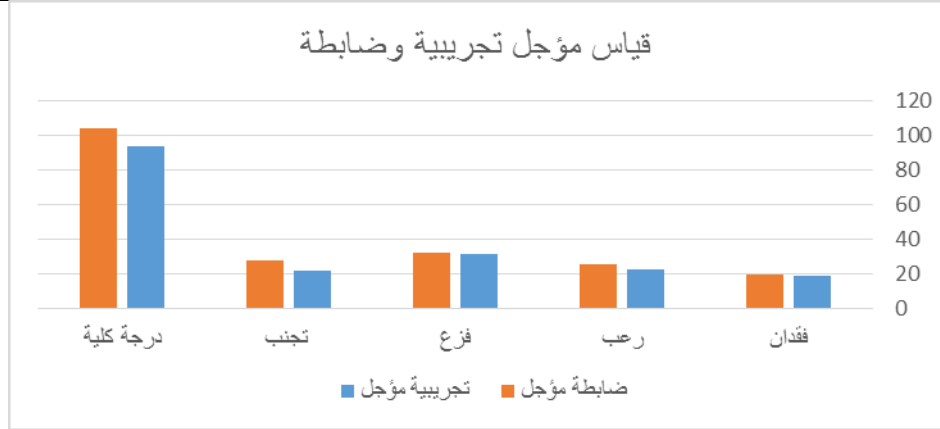
أبعاد المقياس	المجموعة التجريبية (مؤجل)		المجموعة الضابطة (مؤجل)		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
فقدان	18.38	2.76	19.11	2.96	0,68	غير دال
رعب	22.61	4.76	25.22	4.72	1,52	غير دال
فزع	22,11	5.57	31.94	4.8	5,87 (**)	دال لصالح التجريبية
تجنب	25.50	4.79	29.33	3.18	3,46 (**)	دال لصالح المجموعة التجريبية
الدرجة الكلية	93.61	13.79	103.61	10.43	3,18 (**)	دال لصالح المجموعة التجريبية

يتضح من نتائج الجدول (٢٢) ما يلي:

١- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في بعض أبعاد مقياس المخاوف النوعية (الفقدان، الرعب).

٢- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على بُعد: التجنب، والفزع، والتجنب والدرجة الكلية، حيث مالت النتائج لصالح المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

يبدو من هذه النتيجة، أن أفراد المجموعة التجريبية حدث لديهم انعكاس في بعض أبعاد المقياس، وخصوصاً في بعدي: الرعب والفقدان، حيث كانت الفروق غير دالة بينهما في هذين البعدين. بينما مالت النتيجة العامة للفروق بين نتائج المجموعتين لصالح أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. وهذا يشير عموماً إلى أن المجموعة التجريبية قد استفادت من البرنامج الإرشادي الذي قام الباحث بتنفيذه مع هذه العينة في خفض مستوى المخاوف النوعية. ويعني ذلك حدوث انتكاس في بعض المتغيرات وتحسن في بعض المتغيرات، ويمكن رده إلى عوامل متعددة تتعلق بطبيعة العينة ومشكلاتها، وطبيعة التقنيات المستخدمة. ويمكن تمثيل هذه النتائج في المخطط الآتي:



شكل (٤) الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس المؤجل على مقياس المخاوف النوعية

تفسير نتائج الفرضيات المتعلقة بالمخاوف النوعية:

يتضح من نتائج الجدول (١٩) وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدى على مقياس المخاوف النوعية، وقد جاءت هذه الفروق لصالح القياس البعدى، وعند مقارنة نتائج المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدى على المقياس نفسه، تبين أن نتائج أفراد المجموعة كانت أفضل من نتائج أفراد المجموعة الضابطة في أبعاد المقياس ، وذلك كما يظهره الجدول (٢٠)، بينما تراجع أثر التحسن عند مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والمؤجل في بعد الفقدان، والرعب، أما باقي الأبعاد والدرجة الكلية فقد كانت غير دالة ، وهذا كما هو واضح في نتائج الجدول (٢١). وعند مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية بنتائج أفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجل، يتبين من الجدول (٢٢) تراجعاً في بعض أبعاد مقياس المخاوف النوعية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، حيث كان بُعد الفقدان، والرعب غير دال إحصائياً. بينما كانت الدرجة الكلية والأبعاد الأخرى دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

ويعني ذلك، إن المخاوف النوعية هي اضطراب القلق المشترك نسبياً للأطفال. ويقدر معدل انتشاره بنسبة ٣-٤ ٪ وهي تصل إلى ذروتها بين (١٠ - ١٣) سنة من العمر، هذه المخاوف تنخفض مع التقدم في السن. وتتميز عن المخاوف العادية من خلال شدة ودرجة الضعف. وهذا ما برر الباحث اختيار عينته من هؤلاء الأطفال لمثل هذه الدراسة، لأن بعد هذا السن سوف تنخفض شدة هذه المخاوف.

ويمكن تفسير ذلك إلى أن البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات السلوكية التدعيمية الذي استخدمه الباحث في بحثه الحالي قد ساعد في خفض أعراض المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة

التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، وأن هذا التحسن يعود إلى قوة البرنامج والفنيات المستخدمة فيه في إحداث مثل هذا الخفض أو التحسن في الحد من أعراض المخاوف النوعية الناجمة عن آثار الأزمة السورية من رعب وفزع وتجنب للفضائف والأصوات العالية وانفجارات القنابل والصواريخ وغيرها. إضافة إلى ذلك فإن البرنامج وتقنياته قد أثرت بشكل مباشر على بعض أفراد العينة وليس جميعهم، وهذا ما أدى إلى تراجع بعضهم في أعراض المخاوف النوعية، مثل: الرعب والفزع، والفقدان. ويرى الباحث أن هؤلاء الأفراد بالرغم من تفاعلهم مع أنشطة البرنامج المختلفة، إلا أنهم بحاجة إلى دعم إضافي وجلسات أكثر دقة، للحد من تلك الأعراض. على اعتبار أن هذه الأبعاد (الرعب، الفزع، الفقدان) كما يرى (Albano, Chorpita and Barlow, 1996) ليس من السهولة بمكان الحد منها خلال هذا البرنامج بهذه الجلسات المحدودة، وإنما يحتاجون إلى جلسات فردية أكثر تدعيماً من الناحية النفسية والانفعالية. فنوبات الذعر والفزع هي أعراض شديدة من الخوف وعدم الراحة مع الأعراض المعرفية والجسدية التي تتصاعد على نحو حاد. الهجمات قد تستمر دقائق و نادراً ما تستمر لعدة ساعات. الهجمات قد تكون غير متوقعة، قد تحدث هجمات الذعر، ولكن ليس بالضرورة الاضطراب نفسه بالاشتراك مع مخاوف نوعية باضطراب ما بعد الصدمة. وكثير من أفراد العينة أفادوا بأنهم تعرضوا لهجمة الذعر والفزع خلال الشهرين الماضيين، وما زالوا يعانون من حالات الفزع والرعب في النوم من خلال الكوابيس والأحلام المزعجة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع العديد من الدراسات السابقة في مجال البرامج الإرشادية لخفض أعراض المخاوف المرضية عامة والنوعية على وجه الخصوص. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة شيخ محمود (٢٠١٣) أن البرنامج الإرشادي القائم على الإرشاد العقلاني الانفعالي ساعد الأطفال في خفض أعراض المخاوف المرضية النوعية (المدرسية) بعد الانتهاء من تطبيقه، واستمرار هذا التحسن لمدة شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج. كذلك أشارت نتائج دراسة جلييلة (٢٠١٤) التي تناولت فيها العلاج النفسي بطريقة تقنية خط الزمن في خفض المخاوف المرضية النوعية من الحيوانات، وقد كانت نتائج هذه الدراسة إيجابية في إحداث أثر إيجابي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الحد من أعراض الخوف من الحيوانات. بينما أسفرت نتائج دراسة عبد الرحمن (١٩٨٨) عن وجود فروق دالة بين مجموعة العلاج باللعب غير الموجه ومجموعة العلاج بالتحصين التدريجي لصالح مجموعة العلاج باللعب غير الموجه الذين يعانون من المخاوف المرضية لدى طلاب المرحلة الابتدائية. وجود فروق دالة بين كل من المجموعة الضابطة والمجموعتين التجريبيتين لصالح المجموعتين التجريبيتين اللتين

عولجتا بالتحصين أو اللعب غير الموجه. بينما أشارت نتائج الدراسات الأجنبية إلى فاعلية الإرشاد التدميمي في خفض أعراض المخاوف النوعية؛ فدراسة زيترين وكلاين (Zitrin & Klein, 1978) أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من أفراد المجموعات التجريبية قد تحسّنوا بشكل ملحوظ، بالنسبة لرهاب الخلاء والرهاب المختلط، والخوف المرضي من المدرسة. بينما أشارت نتائج دراسة أوست وآخرين (Ost, et.al, 2001) حول معالجة المخاوف النوعية عند الأطفال بجلسة واحدة إلى أن العلاج له تأثير بشكل كبير في السيطرة على الخوف بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. وأظهرت نتائج ماي وآخرين (May, et al, 2013)، وروبيرتس وآخرون (Roberts et.al, 2015) ودراسة سبنس وآخرين (Spence, 2015)، انخفاض في أعراض رهاب لدى الأطفال. دراسة كوتراكس وآخرين (Cottraux et.al, 2000) حول العلاج السلوكي المعرفي مقابل العلاج الداعم في الرهاب الاجتماعي: تجربة مقارنة عشوائية. لذلك فالعلاج القائم على الدعم النفسي هو العلاج الذي تم تطويره لمساعدة الناس على مواجهة مخاوفهم. عندما يخشى الناس من شيء ما، فإنهم يميلون إلى تجنب الأشياء أو الأنشطة أو المواقف المخيفة. بالرغم من أن هذا التجنب قد يساعد على تقليل مشاعر الخوف على المدى القصير والمدى الطويل، ويمكن أن يجعل الخوف أسوأ من ذلك. في مثل هذه الحالات، قد يوصي المعالج ببرنامج العلاج التدميمي من أجل المساعدة في كسر نمط التجنب والخوف. في هذا النوع من العلاج، يخلق علماء النفس بيئة آمنة "يساعد الأفراد إلى مواجهة المثيرات التي يخشونها ويتجنبونها. إن التعرض للأشياء أو الأوضاع المخيفة في بيئة آمنة يساعد على الحد من الخوف وتقليل التهرب. ويقدم دافيس وأولنديك Davis and Ollendick استعراضاً حول فعالية العلاجات الخاصة بالمخاوف النوعية في مرحلة الطفولة تأكيداً للنتائج التي توصل إليها الباحث في بحثه الحالي، وبالتالي تحليل مدى فعالية العلاجات المختلفة في تغيير المكونات الثلاثة لاستجابة الخوف المرضي (أي الذاتية، السلوكية، الفسيولوجية). ولوحظ أن هناك اختلافات ملحوظة في تفاعل نظم الاستجابة الثلاثة بين أنواع مختلفة من المخاوف النوعية وبين الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق هذا، مما يشير إلى أنه من المهم تكييف التدخل إلى نمط الاستجابة الفردية من الطفل الرهابي. ومع ذلك فنتائج الأبحاث تشير إلى أن العلاجات الفعالة للرهاب يجب أن تشمل التمارين القائمة على التعرض، والحد من استجابة الخوف السلوكي ويبدو أن الهدف الرئيسي للتدخل. وفي الوقت نفسه، هناك أدلة ناشئة تدل على أن العمليات الإنمائية لها تأثير واضح على تصور الأطفال للأعراض المرتبطة بالخوف (Muris, 2005). وبهذا فالبرنامج الحالي لم يتناول جميع تلك الاستجابات مما

حدث خفض في تلك الأعراض ليس كما ينبغي. لذلك، فالعينة تحتاج إلى برنامج تكاملي من الناحية الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية والاجتماعية حتى يحدث فرقاً واضحاً في أعراض المخاوف النوعية لدى هؤلاء الأطفال.

ويرى الباحث من كل ذلك، أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية كان له أثر طيب في خفض أعراض المخاوف النوعية عند أفراد العينة، وأن هذا الخفض يمكن أن يقلل من الأعراض النفسية المصاحبة لمخاوف الأطفال، مثل أعراض الصدمة والقلق النفسي الناجم عن الأزمة السورية التي يعاني قسم كبير من الأطفال من آثارها السلبية، وخصوصاً المتضررين الذين يسكنون في مراكز الإيواء في محافظة حمص.

نتائج الفرضية الخامسة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم على المقياس نفسه في القياس البعدي.

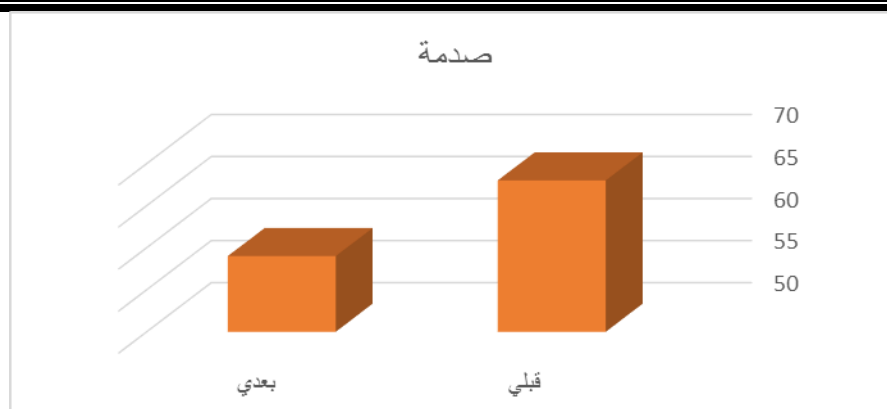
وللتحقق من هذه الفرضية استخدم قانون "ت" ستودنت لعينتين غير مستقلتين لحساب الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي على مقياس أعراض الصدمة، وذلك كما يظهرها نتائج الجدول الآتي:

جدول (٢٣)

الفروق بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة

مقياس أعراض الصدمة	م التجريبية (قبلي)		م التجريبية (بعدي)		د. ح	قيمة ت	اتجاه الفروق
	ع	م	ع	م			
	8,03	68,38	12,02	59,00	17	2,80 (**)	لصالح القياس البعدي

يتضح من الجدول السابق (٢٣) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أعراض الصدمة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وجاءت نتائج الفروق لصالح القياس البعدي. بمعنى، أن البرنامج الإرشادي قد ساعد أفراد المجموعة التجريبية على خفض مستوى أعراض الصدمة النفسية، حيث كانت قيمة "ت" ستودنت (٢,٨٠)، وهي دالة عند مستوى (٠,٠١). وأن هذا الخفض في مستوى أعراض الصدمة النفسية يعود إلى قوة البرنامج وفنياته في هذا التحسن في خفض مستوى أعراض الصدمة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية. ويمكن تمثيل هذه النتيجة من خلال المخطط الآتي:



شكل (٥) الفرق بين درجات القياس القبلي والبعدي في الصدمة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية

نتائج الفرضية السادسة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض الصدمة في القياس البعدي.

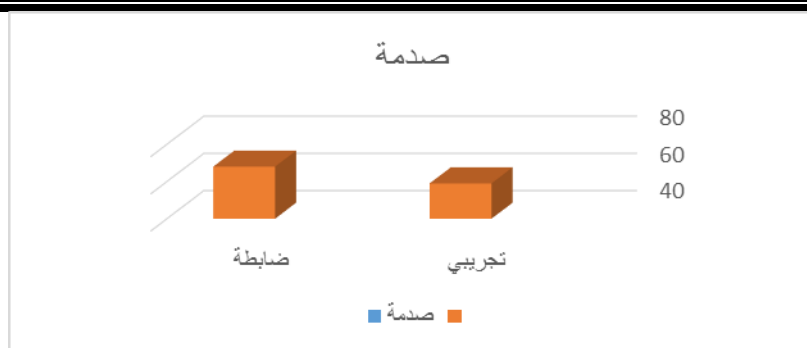
وللتحقق من هذه الفرضية استخدم قانون "ت" ستودنت لعينتين مستقلتين لحساب الفروق بين نتائج القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصدمة النفسية، وذلك كما تظهره نتائج الجدول الآتي:

جدول (٢٤)

الفروق في القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس أعراض الصدمة

مقياس أعراض الصدمة	تجريبية (بعدي)		ضابطة (بعدي)		د.ح	قيمة ت	اتجاه الفروق
	ع	م	ع	م			
	12.02	59.00	8.03	68.83	17	4.68 (**)	لصالح المجموعة التجريبية

يتضح من الجدول (٢٤) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الإرشادي وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض الصدمة النفسية، وكانت النتائج لصالح أفراد المجموعة التجريبية، بمعنى أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من البرنامج الإرشادي في خفض أعراض الصدمة النفسية مقارنة بالمجموعة الضابطة. ويمكن تمثيل ذلك من خلال المخطط الآتي:



شكل (٦) الفرق بين المجموعة التجريبية والضابطة في الصدمة النفسية في القياس البعدي

نتائج الفرضية السابعة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة في القياسين البعدي والمؤجل.

وبغرض التحقق من هذه الفرضية استخدم الباحث قانون "ت" ستودنت لعينتين غير مستقلتين لحساب الفرق بين نتائج القياس البعدي والمؤجل على مقياس الصدمة، وذلك كما تبينه نتائج الجدول الآتي:

جدول (٢٥)

الفرق في القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية في البعدي والمؤجل على مقياس أعراض الصدمة

اتجاه الفرق	قيمة ت	د.ح	تجريبي مؤجل		تجريبي بعدي		مقياس الصدمة
			ع	م	ع	م	
غير دال	0,50	17	10,97	61,00	12,02	59,00	

يلاحظ من الجدول (٢٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل. وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من البرنامج في المحافظة على مستوى الخفض في درجات أعراض الصدمة النفسية وحافظوا على التحسن نتيجة لفاعلية البرنامج.

نتائج الفرضية الثامنة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس أعراض الصدمة في القياس المؤجل.

وللتحقق من هذه الفرضية استخدم قانون "ت" ستودنت لعينتين مستقلتين لحساب الفرق بين نتائج القياس المؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصدمة، وذلك كما تظهره نتائج الجدول الآتي:

جدول (٢٦)

الفروق في القياس المؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصدمة

مقياس أعراض الصدمة	تجريبي مؤجل		ضابطة مؤجل		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
	61,00	10,97	70,22	8,62	2,72 (**)	لصالح المجموعة التجريبية

يتبين من نتائج الجدول السابق (٢٦) أن المجموعة التجريبية قد حافظت على عملية الخفض في أعراض الصدمة النفسية لفترة القياس المؤجل. وبمقارنة نتائج المجموعة التجريبية مع نتائج المجموعة الضابطة يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وجاءت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية في القياس المؤجل. كما تشير هذه النتيجة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية حدث لهم انخفاض في مستوى أعراض الصدمة النفسية، وبقي هذا الخفض محافظاً على ذلك لفترة ما بعد القياس البعدي (المؤجل)، وذلك بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. وإن دل هذا على شيء، فإنه يدل على أن البرنامج الإرشادي كان فعالاً على نحو واضح في إحداث هذا التحسن. فالشرط الأساسي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة هو أن تكون الصدمة قد حدثت في الماضي. وليس من الممكن إجراء العلاج لاضطرابات الصدمة، في حين إن الشخص لا يزال في حالة صدمة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة التي تتفق مع العديد من الدراسات التي تناولت المخاوف النوعية، وذلك في ضوء الآتي: إذا كانت المخاوف النوعية هي في الواقع ناتجة عن خبرة صادمة لمواجهة مثير نوعي (حيوان، ظلام، مدرسة، صدمات في الأزمات والحروب....الخ)، فإن أي تغير أو تحسن في أعراض تلك المخاوف، سوف يساعد على التخفيف من أعراض الصدمة، كون الخوف النوعي هو عبارة عن صدمة يعاني منها الأطفال في مثل هذه السن. فقد أظهرت نتائج الفرضيات المتعلقة بالمخاوف النوعية، أنها أحدثت فرقاً في خفض هذه المخاوف، وبالتالي نتج عن ذلك، انخفاض في مستوى أعراض الصدمة. والدليل على ذلك، فقد أشارت نتائج دراسة ضمرة وأبو عطية (٢٠١٤) إلى أثر برامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة والموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب، اشتملت الدراسة على ٤٨ طفلاً سورياً (١٠-١٢) سنة، تم توزيعهم على أربع مجموعات (مجموعة العلاج بالموسيقى ومجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة والموسيقى والمجموعة الضابطة). وتم استخدام قائمة قلق ما بعد الصدمة للأطفال لتقييم مستويات قلق ما بعد الصدمة لأفراد الدراسة والمكونة

من (٣٠) فقرة موزعة على (٤) أبعاد أساسية. ودلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرامج العلاجية في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة مقارنة بالمجموعة الضابطة. في حين أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض قلق مابعد الصدمة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة علاج الأعراض النفسية الأخرى. ويشير (مجيد، ٢٠١٢) إلى نتائج دراسة رواندلون واديرجروف (Adyregrov Raundalon and) والتي أجريت على الأطفال العراقيين الذين شهدوا أحداث قصف وتفجير ملجأ العامرية، والذين تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٨) سنة فقد أشارت الدراسة إلى شعور الأطفال بالخوف من فقدان عائلاتهم والاكنتاب وسرعة البكاء والشعور بالغضب وعدم الاستقرار والخوف والقلق ومشكلات النوم وتوقع السوء، بالإضافة إلى الانعزال ومشكلات في الانتباه والانجاز العمل المدرسي الاجتماعي وعدم التمتع في اللعب مع الأصدقاء، وقلة المشاركة في النشاطات الرياضية. أما دراسة (الجلبي والتيميمي، ١٩٩٤) التي أجريت على عينة من أطفال العراق ممن شهدوا أحداث الحروب والتفجيرات والقصف، بلغ قوامها (٢٠٠٠) طفل وطفلة أعمارهم (٦-١٥) سنة. أظهرت نتائجها أن أهم الأعراض النفسية التي يظهرها الأطفال هي الشعور بالخوف والقلق والتهييج وسرعة الغضب والاكنتاب والخمول وقلة النشاط والرغبة في الحصول على الأشياء والكذب والإحساس بالتهديد والخطر والسلوك العدواني ومص الأصابع ومشكلات في النطق والآلام الجسمية المتمثلة في الصداع وآلام المعدة والدوار والإغماء واليرقان وفقر الدم وغيرها. ويشير ثابت (٢٠٠٠) ومهنا (٢٠٠٨) إلى أن أكثر الأعراض النفسية شيوعاً في غزة ممن شهدوا أحداث الحروب لدى أطفال غزة شيوعاً هي اضطرابات القلق ومشاعر الخوف والعدوانية والذهول واضطرابات الاكنتاب والعصبية الشديدة والخوف المرضي وانخفاض مستوى التحصيل. وترى بارتون (Barton, ٢٠١١) ضرورة اشمال البرامج العلاجية الخاصة للأطفال أو الأفراد الذين يعانون من الأعراض النفسية المرتبطة بالقلق والاكنتاب على العديد من الخبرات والنشاطات والبرامج، مثل: اليوغا والحركة والرقص والغناء والموسيقى إلى جانب العلاج النفسي. وأشارت نتائج دراسة كنج وزملائه (King, ٢٠٠٠) إلى فعالية برنامج علاجي قائم على استخدام حزمة من الأساليب العلاجية (العلاج بالرسم والمسرح والدراما وألعاب الكمبيوتر واللعب المنظم والعلاج بالموسيقى) في خفض مستويات القلق والاكنتاب من اللاجئين السودانيين في الولايات المتحدة والاكنتاب ضمن (٦٣) طفلاً. وحاول كاتاني وزملاؤه (Catani, ٢٠٠٩) مقارنة أثر برنامج علاجي قائم على استخدام فنيات وأساليب العلاج السلوكي (العلاج بالتعرض) مع برنامج علاجي قائم على

التأمل والاسترخاء واستخدام الموسيقى في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال اللاجئين الذين تعرضوا للصدمة النفسية جراء مشاهدتهم للدمار الذي سببته موجات تسونامي في سيريلانكا. ويرى الباحث أن البرامج المتنوعة التي قدمت للأطفال لمواجهة آثار المخاوف والصدمات النفسية التي تعرضوا لها في الحياة العادية أو في زمن الحروب والأزمات، فإن ساعدت على خفض أعراض المخاوف النوعية نتيجة للتدخل الإرشادي فقد أسهمت في خفض أعراض الصدمة النفسية التي تعرض لها أفراد العينة التجريبية المقيمين في مراكز الإيواء في محافظة حمص، وهذا يعود إلى قوة البرنامج في إحداث هذا التحسن في خفض أعراض الصدمة في القياس البعدي واستمرار هذا الثبات في التحسن بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي، وكل هذه النتائج في القياسين البعدي والمؤجل كانت واضحة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة. وهذا يعني، أن اضطراب ما بعد الصدمة والمخاوف النوعية تشكل حزمة من الأعراض المشتركة لا يمكن الفصل بينهما، فغالباً ما يشار إلى المخاوف النوعية لدى الأطفال في زمن الحروب هي اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، وأن الباحثين يتعاملون أولاً مع ضغوط ما بعد الصدمة ومناقشة أعراضها مثل المخاوف النوعية كإجراء تشخيصي لأعراضها، ولم يتم معالجتها على نحو منفصل بل تعالج كلياً. لذلك فالمخاوف النوعية واضطرابات ما بعد الصدمة والقلق النفسي تشكل المثلث العصابي لدى الأطفال الذين يعانون من مخاوف نوعية ناجمة عن الكوارث البشرية، مثل الحروب وتبعاتها وأثرها على الأطفال.

نتائج الفرضية التاسعة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق العام في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم على المقياس نفسه في القياس البعدي.

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام قانون "ت" ستودنت لعينة مترابطة لحساب الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي على مقياس القلق، وذلك كما تظهره نتائج الجدول الآتي:

جدول (٢٧)

الفروق بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق

اتجاه الفروق	قيمة ت	تجريبي بعدي		تجريبي قبلي		مقياس القلق
		ع	م	ع	م	
لصالح البعدي	3,41 (**)	10,76	68,05	10,97	77,33	

يلاحظ من الجدول السابق (٢٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم على المقياس نفسه

في القياس البعدي، وذلك لصالح القياس البعدي. بمعنى حدوث انخفاض في درجات القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، وهذا يعود إلى أثر البرنامج الإرشادي في إحداث مثل هذا الخفض في درجات القلق لدى أفراد العينة التجريبية. نتائج الفرضية العاشرة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياس البعدي ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق العام.

وللتحقق من هذه الفرضية استخدم قانون "ت" ستودنت لعينتين مستقلتين تجريبية وضابطة لحساب الفروق بين نتائج القياس البعدي على مقياس القلق، وذلك كما تظهره نتائج الجدول الآتي:

جدول (٢٨)

الفروق بين القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق

مقياس القلق	تجريبي بعدي		ضابطة بعدي		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
	68,,05	10,76	78,,05	9,76	2,84 (**)	لصالح المجموعة التجريبية

يتضح من الجدول (٢٨) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات مقياس القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على المقياس نفسه في القياس البعدي، وجاءت هذه النتائج لصالح أفراد المجموعة التجريبية. ويعني ذلك أن أفراد المجموعة التجريبية استفادوا من البرنامج الإرشاد في خفض أعراض القلق العام بالمقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تستفد من خدمات البرنامج الإرشادي.

نتائج الفرضية الحادية عشرة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق العام في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم على مقياس القلق العام في القياس المؤجل.

جدول (٢٩)

الفروق بين القياس البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق

مقياس القلق	تجريبي بعدي		تجريبي مؤجل		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
	68,,05	10,76	69,,05	9,11	1,56	غير دالة

يتضح من نتائج الجدول (٢٩) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل، وهذه النتيجة تشير إلى قوة البرنامج الإرشاد بفعاليته وأنشطته المختلفة لثبات التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية في خفض مستوى أعراض القلق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الإرشادي لفترة القياس المؤجل.

نتائج الفرضية الثانية عشرة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق العام في القياس المؤجل.

وللتحقق من نتيجة هذه الفرضية استخدم لهذا الغرض الفروق بين عينتين مستقلتين باستخدام "ت" ستودنت، وذلك كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول (٣٠)

الفروق بين نتائج القياس المؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق

اتجاه الفروق	قيمة ت	ضابطة مؤجل		تجريبي مؤجل		مقياس القلق
		ع	م	ع	م	
دالة لصالح التجريبية	2,51 (**)	9,47	77,05	9,11	69,05	

يتبين من نتائج الجدول (٣٠) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس المؤجل، وقد جاءت النتائج في عملية خفض أعراض القلق لصالح المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة على المقياس نفسه.

تفسير نتائج فرضيات القلق:

يتضح مما سبق أن البرنامج الإرشادي السلوكي التديمي الجماعي أحدث فرقاً في انخفاض مستوى أعراض القلق بالمقارنة مع المجموعة الضابطة في القياسين البعدي والمؤجل، وكان هذا الفرق في الخفض لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الإرشادي. وبالرغم من عدم وجود دراسات عربية وأجنبية تناولت أعراض القلق لدى الأطفال الذين يعانون من المخاوف النوعية، إلا أن الباحث رصد بعض البرامج المتعلقة بخفض أعراض القلق لدى الأطفال، فعلى سبيل المثال اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج أبو عطية (٢٠٠٢) التي ركزت على خفض أعراض القلق لدى طلبة المرحلة الابتدائية في قطر، وكان هذا الخفض في أعراض القلق لصالح العينة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل. كذلك تتفق مع دراسة كوتراكس وآخرين (Cottraux.et.al, 2000): حول العلاج السلوكي المعرفي مقابل العلاج الداعم في الرهاب الاجتماعي، التي توصلت إلى خفض أعراض القلق

الاجتماعي لدى أفراد العينة من الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين (٧-١٧) سنة. ودراسة وينداب (Wandap, 2003) بعنوان "رفض المدرسة لدى الأطفال والمراهقين التي أظهرت خفضاً في مستوى قلق المدرسة، كخوف نوعي. ويبدو من هذا حسب دراسة كين وآخرين (Kane et.al, 2015) التي أظهرت أن الأطفال الذين يعانون تشخيص إضافي لاضطراب القلق مستويات أعلى من الخوف، والحساسية والقلق، والحماية المفرطة من الأمهات. وهذا يعني أن ثمة علاقة بين المخاوف والقلق، وكثير من الباحثين ربط بينهما على أنهما اضطرابان متشابهان لدى الأطفال، وهذا ما أشار إليه الباحث في الإطار النظري لهذا البحث.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة تبدو منطقية في حدود البحث الحالي، فالبرنامج كما أظهرت نتائجه قد أحدث خفضاً في مستوى أعراض المخاوف النوعية ، وبالتالي أدى إلى خفض في أعراض القلق في القياسين البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، ولا يمكن تعميم نتائج هذا البحث على مجموعات أخرى من الأطفال، وتبقى نتائج هذا البحث صادقة في حدود عينة الدراسة ومنهجها وأدواتها وفنياتها الإرشادية.

الفرضية الثالثة عشرة: لا يوجد تباين لحجم الأثر في درجة التحسن على المستوى الكمي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي والبعدي والمؤجل في متغيرات الدراسة (المخاوف النوعية، أعراض الصدمة، والقلق العام).

وللتحقق من ذلك قام الباحث بحساب الفروقات في متوسطات الدرجات لكل فرد من أفراد العينة التجريبية ومقارنة نتائج درجاتهم بالقياس البعدي والمؤجل من خلال الخط القاعدي لدرجاتهم (المقياس القبلي).

أولاً : نتائج المخاوف المحددة لحجم الأثر على المستوى الكمي:

يعني حجم الأثر (Effect Size) الفرق المعياري بين متوسط المجموعتين التجريبية والضابطة بغض النظر عن المقياس المستخدم. كما يمكن أن يحسب من خلال نسبة التباين الكلي في المتغير التابع والذي يمكن أن يرجع إلى المتغير المستقل. وقد يحسب حجم الأثر بالنسبة لمجموعة تجريبية واحدة، أو بين مجموعتين (تجريبية وضابطة). ويمكن أن يقاس حجم الأثر من خلال المعادلة التالية:

حجم الأثر = المتوسط الأول - المتوسط الثاني / الانحراف المعياري للمجموعة الثانية.

كما يشير حجم الأثر حسب كوهين (Kohen,2003) في الآتي:

- أقل من ٠,٤١ = حجم أثر قليل
 - بين ٠,٤١ - ٠,٧٠ = حجم أثر متوسط.
 - فوق ٠,٧٠ = حجم أثر كبير.
- أما "كيسي" فإن حجم الأثر يحسب من خلال: (٠,٢٠) صغير، (٠,٥٠) متوسط، (٠,٨٠) كبير (Kiesse,1989,448).

أ- حجم الأثر في المخاوف النوعية لدى أفراد العينة التجريبية في القياسات الثلاثة.

يبين الجدول التالي درجات كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي والفروق بينهما ودرجاتهم في القياس المؤجل.

جدول (٣١)

درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياسات الثلاثة في المخاوف النوعية

م	تجريبي قبلي	تجريبي بعدي	تجريبي متابعة	ضابطة قبلي	ضابطة بعدي	ضابطة مؤجل
١	125	97	106	126	123	125
٢	116	109	110	116	112	116
٣	115	80	86	115	121	119
٤	113	99	112	113	113	113
٥	107	111	117	107	107	110
٦	106	90	83	106	102	103
٧	100	79	82	100	100	102
٨	105	95	91	105	112	112
٩	102	94	105	102	102	102
١٠	101	87	94	101	101	101
١١	99	74	73	99	99	98
١٢	98	55	65	98	107	105

96	96	97	101	98	97	١٣
97	102	97	90	89	97	١٤
96	96	94	98	96	94	١٥
85	83	92	82	81	92	١٦
94	94	90	98	92	90	١٧
91	95	87	92	90	87	١٨

يتضح من الجدول (٣١) درجات أفراد العينة التجريبية في مقياس أعراض المخاوف النوعية في القياسات القبلية والبعديّة والمؤجلة. ويتضح من هذه الدرجات أن هناك تفاوتاً بين درجاتهم في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، وحدث تقارب بسيط بين درجاتهم في القياس المؤجل والبعدي. وهذا يعني أن البرنامج له أثر في تحسين مستوى المجموعة التجريبية في خفض أعراض المخاوف النوعية، وبقي هذا التحسن ثابتاً لفترة القياس المؤجل. وتظهر الجداول التالية، قيمة حجم الأثر من الناحية الإحصائية بين القياسات الثلاثة.

ويبين الجدول التالي تحليل التباين الأحادي بين القياس القبلي والبعدي والمتابعة لبيان قيمة (ف) بين كل من القياسين البعدي والمؤجل.

جدول (٣٢)

تحليل التباين الأحادي لمقياس المخاوف النوعية للمجموعة التجريبية في القياسات الثلاث

مصدر التباين	نمط رباعي لمجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة
القبلي + البعدي	بين المجموعات	1	1722.250	12.85	٠,٠١
	داخل المجموعات	16	133.982		
	المجموع	17	6277.639		
البعدي + المؤجل	بين المجموعات	1	900.000	1,39	غير دال
	داخل المجموعات	16	149.605		
	المجموع	17	5986.556		

يبدو من نتائج الجدول السابق (٣٢) أن حجم الأثر كان واضحاً بين القياس القبلي والبعدي في المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وكان هذا التحسن واضحاً في القياس البعدي، بينما لم تكن الفروق دالة بين القياس البعدي والمؤجل على المقياس نفسه، مما يشير إلى استمرار ثبات التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية في خفض أعراض المخاوف النوعية لمدة شهرين من المتابعة.

وللتحقق من حجم ذلك الأثر الذي أحدثته البرنامج في خفض أعراض المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات القبلي، البعدي، والمؤجلة، وذلك وفق ما يشير إلى ذلك الجدول التالي:

جدول (٣٣)

حساب حجم الأثر بطريقة مربع أيتا

المقاييس	أيتا	مربع إيتا
مقارنة بعدي مع القبلي	5086.55	.274
مقارنة المؤجل مع البعدي	5986.55	.150

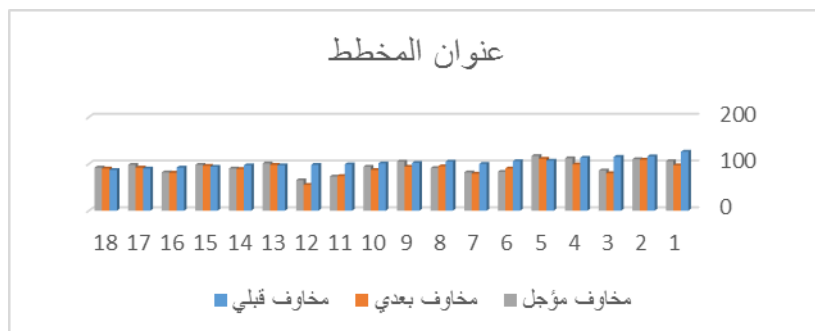
يتضح من الجدول (٣٣) أن قيمة مربع إيتا بين القياس القبلي والبعدي كان حجم التغيير (٠,٢٧٤) وهذا يعني أنه حصل انخفاض بهذه القيمة في مستوى درجات المخاوف النوعية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، وأن حجم التغيير كان قليلاً نوعاً ما بين القياس المؤجل والبعدي (٠,١٥٠)، وهذا يعني أنه حدث بعض الانتكاسات في بعض أعراض المخاوف النوعية كما يقيسها المقياس والذي تم أظهارها في الجداول الخاصة بتلك الفرضيات المتعلقة بالمخاوف النوعية. والجدول التالي يوضح هذه التغيرات في التحسن الحاصل في المخاوف النوعية من حيث درجة الخفض.

جدول (٣٤)

بيان تفصيلي لحجم الأثر لدى أفراد المجموعة التجريبية في أعراض المخاوف المحدد

متغيرات	قبلي	بعدي	مؤجل
م	102.50	89.77	93.61
ن	18	18	18
ع	10.06	12.99	13.79
نسبة	%100.0%	%100.0	%100.0
مجموع	1845.00	1616.00	1685.00
أدنى	87.00	55.00	65.00
أعلى	126.00	111.00	117.00
منوال	100.50	91.00	93.00

يتضح من الجدول السابق (٣٤) أن معظم أفراد المجموعة التجريبية قد حصلوا على درجات منخفضة في القياس البعدي في المخاوف النوعية مقارنة بالقياس القبلي، واستمرار هذا التحسن بشكل نسبي لفترة القياس المؤجل. وهذا يشير إلى قوة البرنامج وفعالية الفنيات المستخدمة في إحداث مثل هذا التحسن. وهذا ما يظهره الشكل البياني التالي:



شكل (٧) حجم الأثر في خفض المخاوف النوعية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة

ب- حجم الأثر في خفض أعراض الصدمة:

تم حساب حجم أثر التحسن في أعراض الصدمة لدى الأطفال وذلك من خلال المقارنة بين نتائج درجات كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياسات القبلي والبعدي والمؤجلة، وذلك كما يظهرها نتائج الجدول الآتي.

جدول (٣٥) بيان حجم أثر الخفض في أعراض الصدمة

م	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	قبلي	بعدي	متابعة	قبلي	بعدي	مؤجل
١	81	59	65	84	79	81
٢	75	61	62	79	74	77
٣	78	69	76	88	89	86
٤	78	78	81	76	73	73
٥	74	73	74	76	80	82
٦	81	59	68	71	73	72

عرض النتائج وتفسيرها

الفصل الخامس

٧	70	58	64	68	68
٨	66	72	73	69	71
٩	71	71	73	68	77
١٠	66	42	51	65	67
١١	64	49	54	59	64
١٢	60	58	60	61	61
١٣	68	71	74	63	64
١٤	56	36	46	60	54
١٥	64	58	63	65	71
١٦	62	52	60	59	75
١٧	59	56	59	62	62
١٨	58	40	49	49	53

وهذه الفروق في حجم الأثر يظهرها الجدول الآتي:

جدول (٣٦) حجم الأثر لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والقبلي

مقارنات	قبل	بعد
متوسط	104.55	89.77
ن تجريبي	18	18
انحراف معياري	10.77	12.99

يبدو من نتائج هذا الجدول متوسطات درجات القياسات القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة لدى الأطفال.

كما يبين الجدول التالي الفروق بين القياسات الثلاثة لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس أعراض الصدمة:

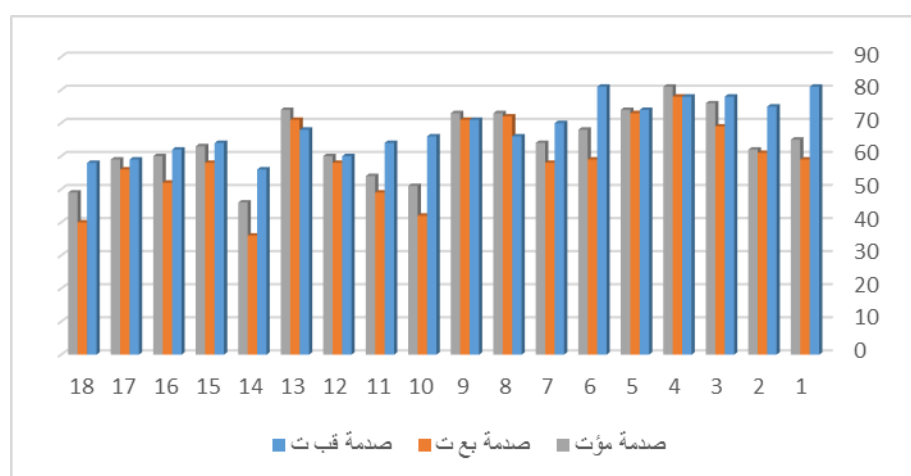
جدول (٣٧) حجم الأثر على مقياس أعراض الصدمة

متوسط	ن	ع
قبلي	18	10.77700
بعدي	18	12.99120

مؤجل	93.6111	18	13.79744
مجموع	95.9815	54	13.87068

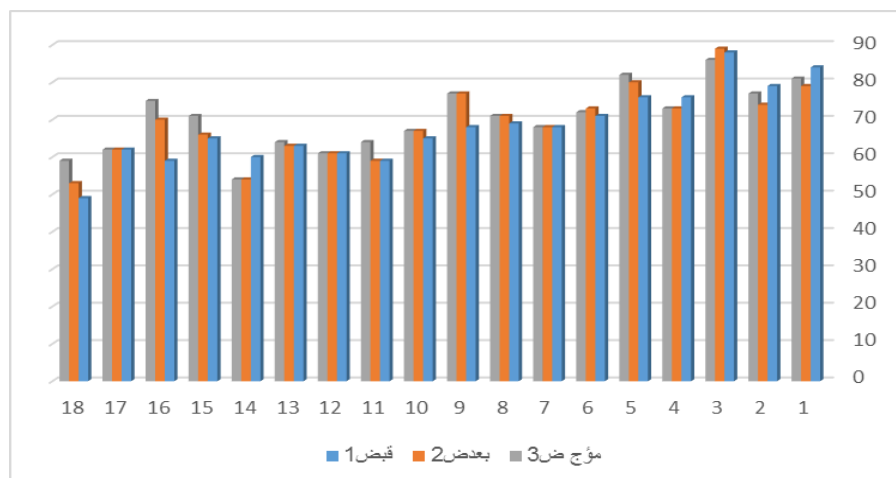
المقارنات	أيتا	مربع إيتا
مقارنة بعدي مع القبلي	.917	.841
مقارنة المؤجل مع البعدي	.904	.816
حجم الأثر	.992	.984

ويبين الجدول السابق المقارنات بحجم الأثر في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي والمقارنات بين القياس المؤجل والقياس البعدي، إذ، تبين نتائج الجدول أن حجم الأثر بالتحسن في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي كان مقداره (.841)، بينما كان في القياس المؤجل والبعدي (.816) وهي قيم مقبولة في القياس البعدي، وثبات التحسن نسبياً في القياس المؤجل. كما يبين حجم الأثر بين القياس المؤجل لكل من المجموعة التجريبية والضابطة (.984) ويبين المخطط البياني الآتي التغيرات التي حدثت لدى أفراد المجموعة التجريبية في مقياس أعراض الصدمة لدى الأطفال في القياسات: القبلي، البعدي، والمؤجل.



شكل (٨) حجم الأثر لأعراض ما بعد الصدمة لأفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة

كما يبين المخطط البياني الآتي الفروق بين افراد المجموعة الضابطة في القياسات: قبلي، بعدي، مؤجل على مقياس أعراض الصدمة.



شكل (٩) حجم الأثر في القياسات الثلاثة لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض الصدمة في القياسات الثلاثة

وبالمقارنة بين المخططين البيانيين السابقين يتبين أنه حدث تحسن واضح لدى أفراد المجموعة التجريبية كل على حدة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض الصدمة النفسية للأطفال.

ت- حجم أثر التحسن في خفض القلق

جدول (٣٨)

بيان الدرجات الخام لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة في مقياس القلق

م	التجريبية			الضابطة	
	قبلي	بعدي	متابعة	قبلي	بعدي
١	٩٧,٠٠	٧٦,٠٠	٨٣,٠٠	٩٤,٠٠	٩٢,٠٠
٢	٨٩,٠٠	٨٢,٠٠	٨٦,٠٠	٨٢,٠٠	٨١,٠٠
٣	٧٩,٠٠	٧٦,٠٠	٧٨,٠٠	٩١,٠٠	٨٦,٠٠
٤	٨٣,٠٠	٧٠,٠٠	٧٥,٠٠	٨٨,٠٠	٨٧,٠٠
٥	٨٥,٠٠	٧٨,٠٠	٧٨,٠٠	٩٢,٠٠	٨٩,٠٠
٦	٧٦,٠٠	٧٦,٠٠	٧٥,٠٠	٧٩,٠٠	٨٣,٠٠

عرض النتائج وتفسيرها

الفصل الخامس

٧٥,٠٠	٦٨,٠٠	٧٥,٠٠	٧٨,٠٠	٧٣,٠٠	٨٦,٠٠	٧
٧٩,٠٠	٧٧,٠٠	٧٦,٠٠	٧٨,٠٠	٧٧,٠٠	٧٧,٠٠	٨
٧٠,٠٠	٦٨,٠٠	٦٦,٠٠	٨٤,٠٠	٧٩,٠٠	٩٥,٠٠	٩
٧٠,٠٠	٦٩,٠٠	٧٤,٠٠	٦٣,٠٠	٦٣,٠٠	٧٥,٠٠	١٠
٨٠,٠٠	٧٩,٠٠	٧٣,٠٠	٧٢,٠٠	٧٠,٠٠	٧٣,٠٠	١١
٦٨,٠٠	٦٩,٠٠	٦٩,٠٠	٦٦,٠٠	٦٣,٠٠	٧٣,٠٠	١٢
٦٧,٠٠	٦٧,٠٠	٦٧,٠٠	٥١,٠٠	٤٦,٠٠	٦٨,٠٠	١٣
٧١,٠٠	٧٣,٠٠	٧١,٠٠	٧٣,٠٠	٦٧,٠٠	٧٠,٠٠	١٤
٧٦,٠٠	٧٧,٠٠	٧٦,٠٠	٥٦,٠٠	٤٩,٠٠	٧١,٠٠	١٥
٦٧,٠٠	٦٥,٠٠	٦٥,٠٠	٧٤,٠٠	٧٠,٠٠	٧٢,٠٠	١٦
٥٣,٠٠	٥٤,٠٠	٥٩,٠٠	٦٤,٠٠	٥٣,٠٠	٦١,٠٠	١٧
٦٨,٠٠	٦٧,٠٠	٦٢,٠٠	٦١,٠٠	٥٧,٠٠	٦٢,٠٠	١٨

جدول (٣٩)

الفروق بين القياسات القبلي والبعدى، والبعدى والمؤجل على مقياس القلق

مصدر التباين		لمجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة
القبلي + البعدى	بين المجموعات	1491.000	1	114.692	5.705	...
	داخل المجموعات	269.000	34	67.250		
	المجموع	1760.000	35			
البعدى + المؤجل	بين المجموعات	1534.444	1	118.034	1.087	...
	داخل المجموعات	434.500	34	108.625		
	المجموع	1968.944	35			

يتضح من الجدول (٣٩) أن ثمة فرق دال بين نتائج القياس القبلي والبعدى في القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقيمتها (5,70) وهي قيمة دالة عند (٠,٠١) كما أن قيمة الفرق بين البعدى والمؤجل كانت غير دالة، حيث بلغت قيمة (ف)، (١,٠٨) . وهذا يعني أن المجموعة التجريبية حصل لديها انخفاض في مستوى أعراض القلق في القياس البعدى بالمقارنة مع القياس القبلي، كما أن هذا التحسن في القياس البعدى بقي محافظاً على ذلك في مستوى الخفض والذي يعود هذا إلى قوة

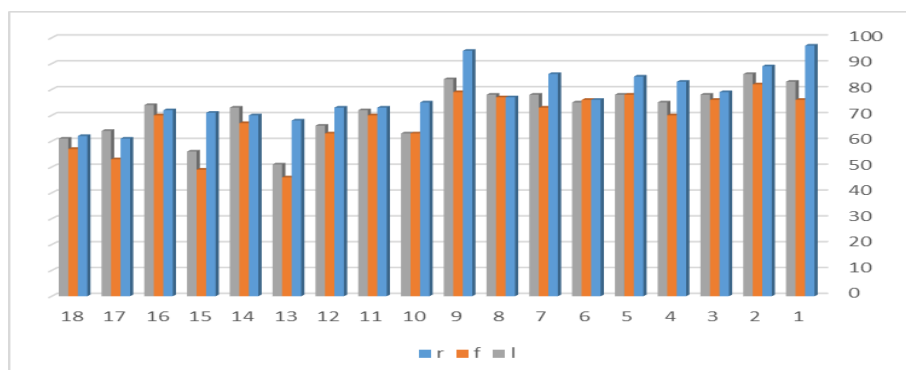
البرنامج، وليس لعوامل أخرى. وهذا التحسن يمكن أن يقيسه حجم الأثر بين هذه القياسات كما يبينه الجدول الآتي:

جدول (٤٠)

مقارنة حجم الأثر في القياسات الثلاثة على مقياس القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية

مقارنة القياسات	أيتا	مربع إيتا
مقارنة بعدي مع القبلي	.920	.847
مقارنة المؤجل مع البعدي	.883	.779
حجم الأثر	.832	.691

يتضح من الجدول (٤٠) أن حجم الأثر بين القياسات الثلاثة كان مرتفعاً على مقياس القلق، حيث أظهر حجم الأثر مقداراً قدره (٠,٦٩١) وهو تحسن كبير في خفض أعراض القلق لدى أفراد العينة التجريبية، ويمكن أن يعزى هذا الأثر في تحسن أعراض القلق واستمرار ثبات هذا التحسن لمرحلة القياس المؤجل، والذي يمكن أن يعزى إلى قوة البرنامج وفنياته ومشاركة جميع أفراد المجموعة التجريبية بأنشطته على نحو إيجابي. ويمكن أن يمثل المخطط البياني الآتي، التغيرات التي حصلت لدى أفراد المجموعة التجريبية في أعراض القلق في القياسين البعدي والمتابعة.



شكل (١٠) الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسات الثلاثة في القلق

مناقشة النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج الإرشادي الجماعي القائم على فنيات الإرشاد السلوكي والتدعيمي أحدث خفضاً في مستوى أعراض المخاوف النوعية الناجمة عن الصدمة الحرب لدى الأطفال في محافظة حمص والمقيمين في مراكز الإيواء بعد تطبيق البرنامج مباشرة، والمحافظة على هذا التحسن الذي أحدثه البرنامج لدى أفراد العينة التجريبية في مرحلة القياس المؤجل بالمقارنة مع المجموعة الضابطة،

كما أظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية حدث لديها انخفاض في أعراض الصدمة النفسية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي والمؤجل والذي يعود إلى قوة البرنامج في هذا التحسن في خفض أعراض الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

بينما أظهرت النتائج أيضاً أن المجموعة التجريبية حدث لديها انخفاض في مستوى القلق العام بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي والمؤجل. كما حافظ أفراد المجموعة التجريبية على تحسن نسبي في القياس المؤجل مقارنة مع القياس البعدي.

ويبدو أن النتائج التي توصل إليها الباحث في بحثه تمثل رؤية جديدة في مواجهة مشكلات الأطفال الذين تعرضوا لمخاوف شديدة خلال الأزمة السورية من خلال استخدام أسلوب إرشادي قائم على الإرشادي التدعيمي الذي لم يحظ بالبحث الوافي في البلاد العربية والمحلية على وجه الخصوص، لذلك جاء هذا البحث لاستكشاف فاعلية هذا البرنامج في الحد من أعراض المخاوف النوعية وأعراض الصدمة النفسية والقلق العام المصاحب للمخاوف النوعية لدى عينة من الأطفال. وأن النتائج التي توصل إليها الباحث لا يمكن تعميمها على عينات أخرى من الأطفال، وأنها تعد صادقة في حدود هذه العينة ومنهجها وأدواتها.

المقترحات:

- ١- إجراء دراسات مسحية لمخاوف الأطفال المرضية وغير المرضية الناتجة عن الصدمة لتحديد حجمها في المجتمع السوري.
- ٢- بناء مقياس للمخاوف النوعية الناتجة عن صدمة الحرب بما يتلاءم مع البيئة السورية، لاستخدامه في الدراسات الإكلينيكية.

- ٣- بناء مقابلة تشخيصية مقننة، والتي يمكن أن تستخدم في التشخيص سواء في البحوث العلمية أو في العيادات النفسية، ومن قبل الباحثين أو العاملين في مجال الخدمات النفسية.
- ٤- مساعدة الباحثين والمرشدين النفسيين للأطفال الذين يعانون من المخاوف النوعية باستخدام استراتيجيات إرشادية قائمة على الإرشاد التدميمي المترافقة بالعلاج السلوكي أو المعرفي السلوكي ذات فاعلية عالية للحد من تلك المخاوف وخاصة الرعب والفرع.
- ٥- إجراء دراسات على عينات من الأطفال بمستويات عمرية متباينة للكشف عن مخاوفهم النوعية جراء الأزمة السورية.
- ٦- إجراء دراسات عن الآثار النفسية للفئات العمرية التي لم تبحثها هذه الدراسة.
- ٧- استفادة الباحثين والداعمين النفسيين في مراكز الإيواء لتقديم المساعدة للأطفال باستخدام المنهج التدميمي في الإرشاد والعلاج النفسي.
- ٨- ضرورة استخدام الجلسات الفردية في مثل هذا النوع من البرامج، وأن تكون هذه الجلسات متزامنة مع البرنامج الجمعي.

ملخص البحث باللغة العربية

ملخص البحث باللغة العربية

مقدمة:

في ظروف الكوارث تتعرض الشعوب لأبشع أنواع الأحداث الصادمة والضاغطة، والتي تترك بصماتها على معظم نواحي الحياة، وليس صدفة أن يكون الأطفال الأكثر تأثراً بما يحدث، فهم الأكثر تعرضاً لتلك الأحداث، ويرجع علماء التربية وعلم النفس ذلك لعدم اكتمال نضج الأطفال نفسياً واجتماعياً، وبذلك إذا كانت ظروف الكوارث فوق طاقة الكبار فهي بشكل مضاعف فوق طاقة تحمل الصغار، وفي هذه الجزء نقدم ظروف الأطفال في ظل الكوارث والأزمات وانعكاساتها النفسية والمعرفية والسلوكية على ذات الطفل وآليات التدخل السريع للحد منها والدور الذي يقع على الأسرة والمؤسسات التطوعية وقت الكارثة. حيث تشكل ظروف الكوارث والأحداث الصادمة اهتزازاً للثقة بالنفس وبالأخرين، فشعور الطفل بالخطر الذي يهدد حياته، والخوف والقلق المتزايد الذي يؤثر في سلوكه ومزاجه، تؤدي به إلى العديد من ردود الفعل الحادة على الصعيد النفسي والاجتماعي والسيولوجي، مثيرة بذلك أزمة وصدمة نفسية للطفل، فيصبح ضحية الخوف الشديد والكوابيس والكآبة وغيرها من الاضطرابات الانفعالية وهو في أمس الحاجة لتقديم المساندة النفسية ليس من الأهل فقط أو من الاختصاصيين النفسيين إنما أيضاً من المتطوعين وفرق الطوارئ والأطباء الذين يتواجدون باستمرار في مواقع الأحداث فتلك المعلومات في غاية الأهمية أن ندركها جميعاً لتتوج جهودنا المهنية والوطنية بالنجاح والتميز.

وقد ركزت كثير من الدراسات على التدخلات النفسية وخصوصاً السلوكية منها للحد من المخاوف المحددة لدى الأطفال عموماً ولدى الأطفال الذين تعرضوا لكوارث الحرب، حيث استخدموا تقنيات متعددة مثل التعرض، والاسترخاء، والتحصين التدريجي والتعزيز وغيرها من الفنيات، فقد وجد (Mystkowski & Craske, 2006) كمية كبيرة من الأدلة تشير إلى أن الرهاب المحدد هو الأكثر فعالية وتعامل بكفاءة مع العلاجات القائمة على التعرض. كما أن التدخلات السلوكية تتوافق مع أشكال الدعم النفسي الذي يقدمه المعالج والمحيطين بالطفل للحد من هذه المخاوف، على اعتبار أن الدعم النفسي يساعد على المحافظة على نتائج التدخل السلوكي، ويجعل الطفل أكثر قدرة على مواجهة مخاوفه غير المنطقية. فقد أشارت الدراسات العلمية في هذا المجال إلى أن الأطفال الذين تقدم لهم

ملخص باللغة العربية

خدمات المساعدة النفسية في مراكز الإيواء لم تصل إلى نتائج إيجابية، فقد أشار كل من Menzies (1998) ، & Harris & Jones, (2008) ، McCabe & Antony أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى برامج في الدعم النفسي على مستوى العلاج (المرحلة الرابعة من الدعم النفسي) وهي المرحلة التي تحتاج إلى تدخل علاجي على المستوى الطبي والنفسي. ومن هذا أشار Craske & Rowe (1997) إلى أن برامج الإرشاد النفسي السلوكي التدعيمي التي تربط بين فنيات الإرشاد السلوكي وأساليب الدعم النفسي أثبتت فعاليتها في الحد من أعراض الاضطرابات التالية الصدمة نتيجة للحروب والكوارث، ومنها المخاوف المحددة.

لذلك يسعى البحث الحالي إلى تقديم برنامج إرشادي جماعي قائم على الإرشاد التدعيمي في الحد من المخاوف المحددة وبعض المتغيرات المرتبطة بها على عينة من الأطفال في محافظة حمص الذين تعرضوا صدمات نتيجة للأزمة السورية. ويمكن تحديد مشكلة الدراسة في ضوء التساؤل الآتي:

أهمية البحث:

- ١- إلقاء الضوء المخاوف المحددة خاصة وأشكال العلاج والإرشاد النفسي التي تتعامل مع تلك المخاوف، وخصوصاً الإرشاد النفسي السلوكي التدعيمي.
 - ٢- الوصول إلى تشخيص دقيق حول طبيعة هذه المخاوف وآثارها النفسية المصاحبة لها لدى أفراد العينة المستهدفة في البحث الحالي.
 - ٣- يتناول هذا البحث عدداً من المخاوف النوعي الناتجة عن الصدمة لدى الأطفال والتي لم يتم تعالج من قبل في البيئة المحلية والعربية والأجنبية في حدود علم الباحث.
 - ٤- إن النتائج التي سوف يسفر عنها البحث الحالي قد تكون أرضية خصبة للعاملين في مجال الدعم النفسي في المؤسسات والمنظمات المهمة بذلك، وذلك من أجل مساعدتهم على التعامل مع هذه الحالات التي تعاني من المخاوف المحددة الناتجة عن صدمة الحرب.
- تعرف مدى فعالية البرنامج في خفض حدة المخاوف المرضية المحددة الناتجة عن الصدمة والمتغيرات الأخرى لدى أطفال العينة التجريبية في القياس البعدي والقياس المؤجل.

أهداف البحث:

-تعرف حجم الأثر الذي أحرزه البرنامج في الحد من أعراض المخاوف المحددة لدى عينة أطفال المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة على المستوى الكمي والكيفي.

- تقديم رؤية متكاملة لآلية علاج المخاوف المحددة باستخدام العلاج التدعيمي لدى عينة من الأطفال، وذلك بغية الاستفادة من هذا النوع من التدخل في التعامل مع الحالات الأخرى من المخاوف، والتي يمكن أن تساعد الآباء والمرشدين النفسيين والعاملين في مجال خدمات الدعم النفسي للحد من هذه المخاوف لدى الأطفال.

فرضيات البحث:

يسعى البحث إلى اختبار الفرضيات التالية:

- ١- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس المخاوف المحددة في القياس القبلي والبعدي.
- ٢- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المخاوف المحددة في القياس البعدي.
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في المخاوف المحددة في القياس والبعدي والمؤجل (متابعة).
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المخاوف المحددة في القياس المؤجل.
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس الصدمة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم على المقياس نفسه في القياس البعدي.
- ٦- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الصدمة النفسية في القياس البعدي.
- ٧- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس الصدمة في القياس البعدي والمؤجل.
- ٨- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية والضابطة على مقياس الصدمة في القياس المؤجل.

ملخص باللغة العربية

- ٩- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس القلق في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم على المقياس نفسه في القياس البعدي".
- ١٠- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس القلق في القياس البعدي ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق".
- ١١- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس القلق في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم على مقياس القلق في القياس المؤجل
- ١٢- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس القلق ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق في القياس المؤجل.
- ١٣- لا يوجد تباين لحجم الأثر في درجة التحسن على المستوى الكمي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات القبلي والبعدي والمؤجل".

حدود البحث ومنهجيته:

المنهجية، استخدم المنهج شبه التجريبي المناسب لمثل هذه البحث.

الحدود البشرية: تم اختيار عينة من الأطفال في محافظة حمص البالغ عددهم (٢٠٠) طفلاً، والتي تراوحت أعمارهم (٩-١٢) سنة من مراكز الإيواء والمدارس الحكومية والذين يعانون من المخاوف المرضية المحددة حسب مقاييس المخاوف والتقارير الذاتية للمعلمين وبعض الأهالي. حيث تم اختيار (٣٦) طفلاً، ممن انطبقت عليهم المعايير التشخيصية لرهابات الاطفال عامة والرهابات المحددة خاصة، حيث قسموا إلى مجموعتين، تجريبية (١٨) وضابطة (١٨)، وتم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية دون الضابطة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مجموعة من الأدوات للتحقق من تجانس العينة أولاً من حيث العمر، درجة الذكاء، والمخاوف، ومن أثر الذي أحدثه التدخل للبرنامج الإرشادي ثانياً والذي تم قياسه بالأدوات الآتية: مقياس المخاوف المحددة، ومقياس الصدمة، ومقياس القلق العام. والتي تم التحقق من خصائصها السيكمترية على عينة استطلاعية قدرها (٢٠) طفلاً. وتم تطبيق هذه المقاييس في المراحل التالية: القياس القبلي، القياس البعدي، القياس المؤجل. والبرنامج الإرشادي الجماعي القائم على الإرشاد التدعيمي المكون من (١٠) جلسات تناولت التقنيات

ملخص باللغة العربية

السلوكية والتدعيمية، ومدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، وأهم هذه التقنيات المستخدمة هي الآتية: المناقشة والحوار - ألعاب تنشيطية (لعبة القائد المدافع - لعبة ظهري على ظهرك - أغنية نحنا نكون جماعة - تمرير حركة وصوت في دائرة)، التنفيس الانفعالي (ملف الشخصية - لون حياتك)، خفض الحساسية المنظم (خروج اليرقة - منطاد المخاوف)، التمثيل والتمثيل النفسي المسرحي (الصورة التي تتكلم - مقابلة تلفزيونية - المتجر السحري)، الرسم (رسم ما يخيفني ويشعمني بالأمان)، سرد القصص، التعزيز، الواجب المنزلي.

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج الإرشادي أحدث خفضاً في مستوى أعراض المخاوف المحددة الناجمة عن الصدمة بعد تطبيق البرنامج مباشرة، وحافظ أفراد العينة التجريبية على بعض التحسن في مرحلة القياس المؤجل بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، كما أظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية حدث لديها انخفاض في الصدمة النفسية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي والمؤجل. أظهرت النتائج أيضاً أن المجموعة التجريبية حدث لديها انخفاض في مستوى القلق العام بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي والمؤجل. كما حافظ أفراد المجموعة التجريبية على تحسن نسبي في القياس المؤجل مقارنة مع القياس البعدي. وختمت النتائج المتعلقة بالإجابة على فرضيات البحث بتقديم مجموعة من التوصيات والتي تفيد الأهل والعاملين على رعاية الأطفال في المدارس ومراكز الإيواء.

مراجع البحث

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

أولاً: مراجع البحث باللغة العربية:

إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث (أساليبه وميادين تطبيقه)، القاهرة: دار الفجر.

إبراهيم، عبد الله سليمان (١٩٩٤). في الذكاء الانساني وقياسه، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
أبوعطية، سهام (٢٠٠٢). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض بعض أعراض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من أطفال دولة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، العدد (٢١): ٢٢١-٢٢٨.

آرون بيك (٢٠٠٠). العلاج المعرفي الاضطرابات الانفعالية، ترجمة : عادل مصطفى، القاهرة: دار الآفاق العربية.

أسعد، يوسف ميخائيل (١٩٧٧). السلوك وانحرافات الشخصية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
الأشول، عادل عز الدين (١٩٧٨). سيكولوجية الشخصية تعريفها - نظرياتها - نموها - قياسها - انحرافاتهما، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

أوتوفينخل (١٩٦٩): نظريات التحليل النفسي في العصاب . الجزء الثاني . ترجمة صلاح مخيمر وعبد ميخائيل رزق . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية .

أوتوفينخل (١٩٦٩): نظريات التحليل النفسي في العصاب. الجزء الثاني. ترجمة صلاح مخيمر وعبد ميخائيل رزق. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

إيزنك (١٩٦٩) . الحقيقة والوهم في علم النفس. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
عبد الحميد ،إيمان سعيد (٢٠٠٥). المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف (دراسة حالة)، رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

الكاشف، إيمان فؤاد (٢٠٠٢). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض حدة بعض المخاوف المرضية لدى المعاقين بصريا، المؤتمر العلمى السنوى العاشر، التربية .

بارلو، دافيد (٢٠٠٢) . المرجع في علم النفس الإكلينيكي، ترجمة: صفوت فرج وآخرون، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بن منظور ،أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم (1994).لسان العرب. بيروت : دار صادر .

الأزرق ، بوعلو (١٩٩٣). الإنسان و القلق، القاهرة: سينا للنشر.

ثابت، عبد العزيز (٢٠٠٠). أثر القصف على الاطفال الفلسطينيين في قطاع غزة، برنامج غزة للصحة المجتمعية، غزة، فلسطين؟

مراجع البحث

- جابر هجيرة، حمدي نادية، (٢٠٠٨) دور العلاج باللعب في التخفيف من المخاوف المرضية لدى الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأغواط
- الجلبي، سوسن وصادق التميمي (١٩٩٤). أثر الحصار الاقتصادي على الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية والصحية للأطفال في ضوء اتفاقية حقوق الطفل وحمايته ونمائته في التسعينات، وزارة الثقافة والإعلام، مركز أبحاث أم المعارك.
- جليلة، رحالي فاطمة (٢٠١٤) علاج المخاوف المرضية البسيطة. المجلد ١٧ - ٢٠١٤ جامعة وهران الجزائر
- جيلفورد وانستازي (١٩٥٥). ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية، ترجمة أحمد صالح، دار المعارف، القاهرة.
- حافظ، أحمد خيرى (١٩٩١). المخاوف الشائعة لدى الطلاب اليمنيين، مجلة دراسات نفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ج (٢)، يوليو، ص ص ٤١٥ - ٤٣٧.
- حجار، محمد حمدي (٢٠٠٤): أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي، بيروت: دار العلم للملايين.
- حجازي، محمد محمود (٢٠٠٤). الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى.
- حديثي، وفاء مسعود (٢٠٠١). المخاوف الشائعة لدى طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد (٦٠)، السنة (١٥)، أكتوبر - نوفمبر - ديسمبر، ص ص ٦٤ - ٨٣. وقضايا التحديث والتنمية في الوطن العربي، جامعة حلوان، ١٣ - ١٤ مارس، ص ص ٤٥١ - ٥٠٧
- عزب، حسام، (١٩٨٢). العلاج السلوكي الحديث - تعديل السلوك. طبعة ثانية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- حسن، أمينة عبد الله (١٩٩٠). دراسة مقارنة لفاعلية التدريب التوكيدي والتحصين التدريجي في تحسين حالات الخوف من السلطة، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.
- حسين فايد، (٢٠٠٤). علم النفس المرضي، حورس الدولية: الإسكندرية، مصر
- حفني، عبد المنعم (١٩٩٩) : موسوعة الطب النفسي ، ط٢، القاهرة: مكتبة مدبولي
- حفني، عبد المنعم (١٩٩٤) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- حمودة، محمد (١٩٩٨). الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، ط٢، القاهرة.
- خضر، عبد الباسط متولى (١٩٩٠). دراسة فاعلية أسلوب اللعب الجماعي الموجه والسيكودراما في علاج مخاوف الأطفال من المدرسة، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (١٢)، السنة الخامسة، ملحق (ب)، ص ص ٢٩١ - ٣٢٩.

مراجع البحث

داود ،عزيز حنا و آخرون (١٩٩١) : الشخصية بين السواء و المرض . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية.

دسوقي، كمال (١٩٧٤). الطب العقلي والنفسي، الكتاب الأول، علم الأمراض النفسية (التطبيقات والأعراض المرضية)، بيروت، دار النهضة العربية.

دسوقي، كمال (١٩٨٨): ذخيرة علوم النفس ، مجلد ١، القاهرة: مؤسسة الأهرام
دويدار، عبد الفتاح محمد (٢٠٠٠). في علم النفس الطبى والمرضى الاكلينيكي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، بيروت العربية.

روتر، جوليآن (١٩٨٤). علم النفسي الإكلينيكي، ترجمة عطية محمود هنا، القاهرة: دار الشروق
الزرد ، فيصل محمد خير (٢٠٠٥) العلاج النفسي السلوكي ، لبنان ، دار العلم للملايين.

زهران، حامد (١٩٩٨) التوجيه والإرشاد النفسي، ط٣ ، عالم الكتب، القاهرة
زهران، حامد عبد السلام (١٩٧٨). الصحة النفسية والعلاج النفسى، القاهرة: عالم الكتب.
زهران، حامد عبد السلام ١ (١٩٩٥). علم نفس النمو " الطفولة والمراهقة "، القاهرة: عالم الكتب.
زهران، حامد عبد السلام وآخرون (٢٠٠١) : الصحة النفسية (المستوى الرابع)، وزارة التربية والتعليم، القاهرة، النوربارك.

زيور، نيفين مصطفى (١٩٩٠). دراسة فى سيكوديناميات المخاوف لدى عينة من الأطفال، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد ١٦، ص ص ٢٢ - ٣٧.
زيور، نيفين مصطفى (١٩٩٨). الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق، ط ٣، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

سري، إجلال محمد (٢٠٠٠) علم النفس العلاجي، ط٢، عالم الكتب، القاهرة
سعفان، محمد أحمد (٢٠٠١). الإرشاد النفسي للأطفال، ج١، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
سعيدة محمد أبوسوسو (١٩٩٧). المخاوف الناشئة لدى الصغار والكبار وعلاجها، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد (٦)، مايو، ص ص ١٧ - ٢٦.
سلامة، ممدوحة محمد (١٩٨٧). مخاوف الأطفال وإدراكهم " للقبول - الرفض " الوالدي، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢)، السنة (١)، أبريل، ص ص ٥٤ - ٦١.

فرويد، سيجموند (١٩٨٩). الكف و العرض و القلق. ترجمة: محمد عثمان. الطبعة الرابعة
القاهرة. دار الشروق

شربيني، زكريا (١٩٩٤). المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة : دار الفكر العربي.
شعلان ، محمد (١٩٧٩). الاضطرابات النفسية في الأطفال .الجزء الثاني. القاهرة: الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية .

مراجع البحث

شقيير، زينب محمود (١٩٩٤). المخاوف وعلاقتها بكل من مفهوم الذات والتوافق لدى عينة من أطفال الحضانة في الريف والحضر بمحافظة الغربية، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، يونيه، العدد (٢٠).

شقيير، زينب محمود (٢٠٠١). الشخصية السوية والمضطربة (نظريات الشخصية- المشكلات السلوكية- اضطرابات الشخصية - السوماتوسايك - السيكوسوماتك - العصاب والذهان)، القاهرة، مكتبة النهضة العربية.

شمس، فوزية حسين عبد الله (٢٠٠٩). بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيف حدة بعض المخاوف المرضية لدى عينة من تلميذات الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة التأسيسية بدولة الإمارات العربية المتحدة"، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس. كلية التربية- قسم الصحة النفسية.

الشناوي، محمد محروس (١٩٩٦). العملية الإرشادية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر. شيفر، شارلز؛ هوارد، ميلمان (١٩٨٩). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نسيم داوود ونزيه حمدي، الجامعة الأردنية، عمان.

شيهان، شعبان عبد الحميد (١٩٨٢). تشخيص الرهاب (المخاوف المرضية) عند الأطفال باستخدام اختبار تفهم الموضوع للأطفال Cat، رسالة ماجستير كلية التربية، جامعة طنطا. صديق، رحاب محمود (٢٠٠٠). المخاوف المرضية لدى أطفال الروضة (دراسة شخصية علاجية)، الإسكندرية، الملتقى المصري للإبداع والتنمية.

صلاح الدين، عبد الغنى (٢٠٠٠). في الصحة النفسية، القاهرة: دار الفكر العربى. ضمرة جلال كايد، سهام أبو عيطة (٢٠١٤). أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب. مجلة العلوم التربوية، مجلد (١٤)، العدد (١): (١٠١-١١٤).

طه، فرج عبد القادر وآخرون (١٩٩١): معجم علم النفس والتحليل النفسى، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

طيب، محمد عبد الظاهر (١٩٨٣). مقياس المخاوف (الفوبيات) للأطفال، في : أحمد عبد الخالق (محرر) بحوث فى السلوك والشخصية، الإسكندرية: دار المعارف، المجلد الثالث، ص ص ١٤١ - ١٤٩.

طيب، محمد عبد الظاهر (١٩٨٩). مشكلات الأبناء من الجنسين والمراهقين، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

العاسمي، رياض (٢٠٠٧). سيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة، وزارة الثقافة، الهيئة العامة السورية للكتاب، كلية التربية.

مراجع البحث

- العاسمي، رياض (١٩٩٥). دراسة كينيكية للبنية النفسية للأطفال الذين يعانون الفوبيا المدرسية في المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.
- العاسمي، رياض (٢٠١١). المبادئ العامة لبرامج الإرشاد النفسي، دمشق، دار العرب.
- العاسمي، رياض (٢٠١٥). علم النفس المرضي، عمان: دار الإعصار العلمي.
- العاسمي، رياض (٢٠١٧). الاتجاهات الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي، الموجة الثالثة، قيد النشر.
- العاسمي، رياض (٢٠١٧). العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الصدمة. قيد النشر.
- عبد الرحمن، إبراهيم حسن (١٩٩٨). " قياس المخاوف المرضية من الظلام لدى الأطفال "، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد (١٤)، السنة (٤)، أبريل - مايو - يونية، ص ص ١٢٤ - ١٤٦.
- عبد الرحمن، دينا البرنس (٢٠٠٩). مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية في علاج المخاوف المرضية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
- عبد الرحمن، سيد سليمان (١٩٨٨). دراسة مقارنة لأثر أسلوب التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التربية.
- عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨). نظريات الشخصية، القاهرة: دار قباء.
- عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.
- عبد الكريم، محمد صوالحه وعبير (٢٠٠٤). أنماط المخاوف الشائعة لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات "دراسة ميدانية على عينة من أطفال المرحلة الأساسية في الأردن"، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (٤٧)، ص ص ٢٩٨ - ٣١٧.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (١٩٩٨). علم النفس الاكلينيكي، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد المعطي، حسن مصطفى وهدي محمد قناوي (٢٠٠٠). علم نفس النمو، المظاهر والتطبيقات، ج (٢)، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠١). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب - التشخيص - العلاج)، القاهرة، مكتبة القاهرة للطباعة والنشر.
- عثمان، فاروق السيد (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.
- عثمان، فاروق السيد (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.

مراجع البحث

- عزيز، حنا داود وآخرون (١٩٩١). الشخصية بين السواء والمرض. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عسكر، عبد الله (٢٠٠٠). مدخل إلى التحليل النفسي اللاكاني، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عسكر، علي (٢٠٠٠) : ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط٢، القاهرة : دار الكتاب الحديث .
- عكاشة، أحمد (1998). الطب النفسي المعاصر، ط (٦) . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد (١٩٩٢) : الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد القوي، علي (١٩٩٥). علم النفس الفسيولوجي، ط٢، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- عودة، محمد وكمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤). الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام ، الكويت: دار القلم .
- عيسوي، عبد الرحمن محمد (٢٠٠٠). الجديد فى الصحة النفسية، الأسكندرية، منشأة المعارف.
- غانم، محمد حسن (٢٠١٠) . اتجاهات حديثة في العلاج النفسي، مكتبة الكتب العربية الالكترونية. WWW.Kotobarabia.com
- غنايم، عادل صلاح محمد أحمد (١٩٩٣) العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية والفوبيا لدى الأطفال، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- فالرستين، سبرن (١٩٨٨). العلاج التدعيمي. ترجمة لطفي فطيم وعادل المرادش، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة رقم ٥٢، القاهرة.
- فايد، حسين (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)، القاهرة: طيبة للنشر والتوزيع.
- فهيم، مصطفى (١٩٧٤) سيكولوجية الطفولة والمراهقة، مكتبة مصر: دار مصر للطباعة.
- فيومي، محمد إبراهيم (١٩٨٤). القلق الانساني (مصادره، تياراته، علاج الدين له)، القاهرة: دار الفكر العربى.
- القريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٨). في الصحة النفسية، القاهرة: دار الفكر العربى.
- القطان، سامية (١٩٨٢) . الأمراض النفسية والعقلية في المعاجم والموسوعات الفلسفية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- كفافي، علاء الدين (١٩٩٠) . الصحة النفسية، القاهرة، هجر للطباعة والنشر .
- لوغال، أندره (١٩٨٨) . القلق و الحصر. ترجمة: وجيه أسعد. دمشق. وزارة الثقافة
- مايكل كراسك، ديفيد بارلو (٢٠٠٢). اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة. ترجمة : صفوت فرج، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، تحرير ديفيد ه. بارلو، القاهرة : الأنجلو المصرية

مراجع البحث

- مجيد، سوسن شاكرا (٢٠١٢). الحروب والأزمات والكوارث وتأثيراتها النفسية والتربوية والاجتماعية على الأطفال. الحوار المتمدن، 4(21)2012-2033،
- محمد قاسم عبدالله (١٠٠٢) الصحة النفسية للطفل . عمان: دار المسيرة.
- محمد، محمد (١٩٩٥). مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
- محمود، أمان أحمد (١٩٩٨). الشعور بالوحدة النفسية، الوعي بالذات، أبعاد وجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصريا (الكويت)، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد (٧)، يونيه.
- مخيمر، صلاح (١٩٧٧). تناول جديد في تصنيف الأعصاب والعلاجات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- مخيمر، صلاح (١٩٧٨). سيكولوجية الشخصية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- مراد، محمد محمود (١٩٩٥). مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- معوض، خليل ميخائيل (ب ت). سيكولوجية الطفولة والمراهقة، الإسكندرية: دار المعارف.
- ملحم، سامي محمد (٢٠٠٢). مشكلات طفل الروضة، عمان: دار الفكر.
- مهنا، كامل (٢٠٠٨). تقرير الجامعة اللبنانية في مؤتمر لا مكان للأطفال في الحرب (الحالة اللبنانية). ورشة عمل الاطفال وظروف اللجوء (٥-١٦ ٢٠٠٧/١٠). (فندق كمبنسكي: عمان، الاردن).
- النابلسي، محمد أحمد (١٩٩١). الصدمة النفسية، علم نفس الكوارث والحروب، بيروت: دار النهضة.
- نوفاليس، بيتر ؛ بيل، روجر (١٩٩٣). العلاج النفسي التدعيمي، ترجمة لطفي فطيم وعادل المراداش، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة رقم ٥٢، القاهرة.
- هاشم، سامي (١٩٩٧) . فعالية الإرشاد العقلاني والانفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية في علاج الخوف الاجتماعي، مجلة كلية التربية، ع (٢٩)، جامعة الزقازيق.
- هيلين روس (١٩٥٥). مخاوف الأطفال، ترجمة: السيد محمد خيرى، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- و. ج. ماكبريد (١٩٨٠). الخوف. ترجمة: سيد محمد غنيم، القاهرة: دار الفكر العربي.

مراجع البحث

وولمان (١٩٩٥). مخاوف الأطفال، ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب، دار المعارف، القاهرة.

يعقوب، غسان (١٩٩٩). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، بيروت: دار الفارابي.

ثانياً: مراجع باللغة الأجنبية

- Albano AM, Chorpita BF and Barlow DH(1996) .Childhood anxiety disorders, in: Mash EJ and Barkeley RA (eds) Child Psychopathology, Guildford Press, New York.
- Alfred M. Freedman and Harold I. Kaplan (1974) : Comprehensive Text Book of Psychology. U.S.A., The Williams & Wilkins Company.
- American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. (IV) ed , Washington, D . C . ative evaluation of a dance/movement and Yoga therapy program with participants experiencing severe mental illness. American Journal of Dance Therapy, 33,157–181.
- American Psychiatric Association.(2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiat- ric Association.
- Antony. Martin &Hood. H.(2003) Evidence-Based Assessment and Treatment of Specific Phobias in Adults , Psychology, Ryerson University, Toronto, Canada.
- Arnold A. Lazarus and Andrew M. Colman (1990) : Abnormal Psychology. London, New York, Longman .
- Battaglia. John (2007) , 5 keys to good results with supportive psychotherapy , Current Psychiatry
- Benjamin J. Sadock and Virginia A. Sadock (2000) : Comprehensive Textbook of Psychiatry. (7th ed), New York, Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer Company .
- Bernstein, Gail – A; Garfinkel, Barry, D. (1988) : Pedigrees , Functioning , and Psychopathology in Families of School Phobic Children. American Journal of Psychiatry, V. (145), N. (1),PP. 70 – 74 .
- Booth, R., & Rachman, S. J. (1992) The reduction of claustrophobia: I. Behaviour Research and Therapy, 30, 207–221.J
- Barber P.Jacques., Stratt. Rachael., Halperin. Gregory., Connolly. Mary Beth (2001) Supportive Techniques. J Psychother Pract Res, 10:3, Summer 2001
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P(1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. In: Arch Gen Psychiatry. 55, Nr. 7, Juli, S. 626–32.
- Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. (2001).Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. Journal of Abnormal Psychology.;110:49–58.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001b). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety

- and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599.
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, R., Schauer, E., Elbert, T., and Neuner, T. 2009. Treating Children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9(22),1-11. - Guido Flatten (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Schattauer Verlag, ISBN 3-7945-2009-2.
- Ceal R. Reynolds & Lester Mann (1987) : *Encyclopedia of Special Education : A reference for the Educational of the Handicapped and other Exponential Children and adults*. New York, John Wiley & Sons.
- Clayton, Paula J.; Grove, William M. ; Coryelt, William H.; Keller, Martin–B; and Others (1991) : Follow – Up and Family Study of Anxious Depression. *American Journal of Psychiatry*, V. (148), N. (11),PP. 1512 – 1517 .
- Craske M, Wittchen U, Bogels S, Stein M, Andrews G, Lebeu R(2013).*American Psychiatric Association*. All rights reserved. This material can be reproduced without permission by researchers and by clinicians for use with their patients.
- Daly: R. J. (1983). Samuel Pepys and post-traumatic stress disorder. In: *The British Journal of Psychiatry*. 143., , P. 64–68
- David Freides (2001) : *Developmental Disorders (A Neuropsychological Approach)*. U.S.A, Blackwell .
- David H. Warren (1994) : *Blindness and Children (An individual differences approach)*. U.S.A., Cambridge University Press.
- Dean X. Parmelee (1996) : *Child and Adolescent Psychiatry*. Mosby – Yearbook, Inc.
- Der Krieg hinterlässt weniger Spuren. In(2012). *Süddeutsche Zeitung*. 18. Mai, abgerufen am 18. Mai 2012.
- Edgar Miller and Peter J. Cooper (1988) : *Adult Abnormal Psychology*. London, Longman Group UK limited.
- Eleonora Gullone (1996) : *Developmental and Psychopathology and Normal Fear*. *Behaviour Change*, V. (13), N. (3),PP. 143 – 155 .
- Eleonora Gullone and Neville J. King (1997) : Three – Year Follow – Up of Normal Fears in Children and Adolescents aged 7 to 18 Years. *British Journal of Developmental Psychology*, V. (15), PP. 97– 111.
- Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*,37, 831-843.
- Francis J. Turner (1984) : *Adult Psychopathology : Asocial Work Perspective*. New York, The Free Press .
- Harold I. Kaplan and Benjamin J. Sadock (1996) : *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, U.S.A., A Waverly Company .
- ICD – 10 (1992) : *Classification of Mental Behavioural Disorders*, World Health Organization, Geneva .

- Israel Orbach, Peri Kedem, Orna Gorchover, Alan Apter, and Sam Tyano (1993) : Fears of Death in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, V. (102), N. (4), PP. 553 – 558 .
- Jack Lytle (1986) : *Mental Disorders (Its Care and Treatment)*. London, Bailliere Tindall .
- James M. Kauffman and Daniel P. Hallahan (1981) : *Handbook Of Special Education*. U.S.A., New Jersey, Prentice – Hall, Inc.
- Jeffrey B. Rosen Jay Schulkin (1998) : From Normal Fear to Pathological Anxiety. *Psychological Review*, V. (105), N. (2), PP. 325 – 350 .
- John C. Birkimer and Linda K. Bledsoe (1999) : Covert Self – Reinforcers, Fear of Consequences, and Health Behavior. *The Journal of Social Psychology*, V. (139), N. (5), PP. 654 – 664.
- John M. Darley, Sam G. Lucksbery, Leon J. Kamin and Ronald A. Kinchla (1981) : *Psychology*. U.S.A, New Jersey, Prentice –Hall, Inc.
- John W. Santrock (1998) : *Child Development*. (8th ed), U.S.A., Mc Graw-Hill Companies, Inc.,
- Keable, D., (1997): *The Management of anxiety, a guide for therapists*, London, Churchill livingstone.
- Ken Duckworthp Jacob Freedman& Frederick Kah,.(2013) *Specific Phobias FACT SHEET* , NAMI ,The National Alliance on Mental Illnesswww.nami.org,2013
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. (2005).Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*.;62:617–627.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: (1995).Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Arch Gen Psychiatry*. 52, Nr. 12, Dezember, S. 1048–60. PMID 7492257
- King, Neville J.; And Others (1990) : Fears of Visually Impaired and Normally Sighted Children and Adolescents. *Journal of School Psychology*, V. (28), N. (3), PP. 225 – 231.
- King, Neville J; Josephs, Angela; Gullone, Eleonora; Madden, Chris; et.al. (1994) : Assessing the fears of children with disability using the Revised Fear Survey Schedule for Children : A comparative study. *British Journal of Medical Psychology*, V. (67), N. (4) ,PP. 377 – 386 .
- King. N. J., Tonge. B. J, Mullen. P., Myerson. N., Heyne. D., Rollings. S., Martin. R.,and Ollendick. T. H(2000) Treating sexually abused children with post-traumatic sStress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of American Academic Child Adolescents Psychiatry*, 39(8), 1347–1355.
- Lars – Göran Öst (1992) : Blood and Injection Phobia : Background and Cognitive Psychological and Behavioral Variables. *Journal of Abnormal Psychology*, V. (101), N. (1), PP. 68 – 74 .
- Leahy .Robert . (2007) . *Coping with Fears and Phobias* . the British Library . Oxford . England

- Linda L. Davidoff (1981) : Introduction to Psychology : International Student Edition. (2nd ed), London, Mc Graw – Hall Kogakusha, Ltd.,
- Litz BT, Engel CC, Bryant RA, Papa A. (2007).A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*.;164:1676–1684
- Lorna A. Champion and Michael J. Power (1992) : Adult Psychological Problems : An Introduction. London, The Flamer Press.
- Leahy M. P. (1962) : How to Overcome Your Fears. U.S.A., California, Wilshire Book Company .
- MACKAY , JENNY . (2009). **PHOBIAS**. LIBRARY OF CONGRESS CATALOGING-IN-PUBLICATION DATA . United States . NEW YORK
- Maj , Mario . Akiskal , Hagop . Ibor . Juan Jose lopez . Okasha , Ahmed (2004) , John Wiley & Sons . England
- Marilyn R. Zide and Susan W. Gray (2001) : Psychopathology (A Competency – Based Assessment Model for Social Workers) .U.S.A., Wads Wrath .
- Martin Herbert (1994) : Clinical Child Psychology (Social Learning, Development and Behaviour). U.S.A., New York, John Wiley & Sons, Inc
- Martin N. Seif and Alvin L. Atkins (1979) : Some Defensive and Cognitive Aspects of Phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, V. (88), N. (1),PP. 42 – 51.
- Masser, J. D., & Cloninger, C. R.(1990): **Co morbidity of mood and anxiety disorders**, Washington , D, C. The American Psychiatric
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Molitoris, S., & Mayes, R. D. (2013). Unusual fears in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 151–158.
- . May.K. Cornish,2 and N. J. Rinehart.(2013). Parent-Child Agreement Using the Spence Children’s Anxiety Scale and Thermometer inChildren with Autism Spectrum Disorder. Hindawi Publishing Corporation Autism Research and Treatment Volume 2015, Article ID 315495, 9 pages.
- McGee et al., 1990). Estimates of specific phobia range in prevalence. In their excellent review of epidemiological studies, Costello .
- Menzies RG, Harris LM, Jones MK.(1998).Evidence from three fearful samples for a poor insight type in specific phobia. *Depress Anxiety*.;8(1):29-32.
- Misch. Donald (2000) *Basic Strategies of Dynamic SupportiveTherapy*. American Psychiatric Association. USA.
- Mollie S. Smart and Russell C. Smart (1977) : *Children : Development and Relationships*. (3rd ed), London, Macmillan Publishing Co., Inc.
- Morehead . D, Philip. (2001) . webester Dictionary . New American Library . New York , U.S.A.
- Muris,P.(2005).Treatment of Specific Phobia in Children: Are All the Components of the Phobic Response of Equal Importance? *Clinical*

psychotherapy,
, 12, 2,170–173

View

- Note I, Albuissou E, Yao SN, Note B, Mollard E, et al,(2000).Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.*;69(3):137-46.
- Ollendick TH&, King NJ.(1998).Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *J Clin Child Psychol.* 1998 Jun;27(2):156-67.
- Ollendick, T., Matson, J., & Helsel, W., (1985) : Fears in Visually Impaired and Normally Sighted Youths. *Behaviour Research and Therapy*,V. (23), N. (3),PP. 375 – 378 .
- Ost, L. G., Alm, T., Brandberg, M., & Breitholtz, E. (2001). One vs. five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behavior Research and Therapy*, 39, 167–183.
- Perlman, D., & Landolt, M. A. (1999). Examination of loneliness in children-adolescents and in adults: Two solitudes or a unified enterprise? In K. J. Rotenberg & S. Hymell (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence*(pp. 325–347). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Peter J. De Jong and Harald Merckelback (2000) : Phobia – Relevant Illusory Correlations The Role of Phobic Responsively. *Journal of Abnormal Psychology*, V. (109), N. (4),PP. 597 – 602
- Peter Stratton and Nicky Hayes (1999): *A student's Dictionary Of Psychology*. (3rded), New York.
- Philip C. Kendall (2000) : *Childhood Disorders*. UK, Psychology Press.
- Qi Dong, Bin Yang and Thomas H. Ollendick (1994) : Fears in Children and Adolescents and Their Relations to Anxiety and Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, V. (35), N.(2) ,PP. 351 – 363.
- Pinsker. Henry., Rosenthal. Richard., McCullough. Leigh (2015) *Dynamic Supportive Psychotherapy*. e-Book 2015 International Psychotherapy Institute. United States of America
- Qi Dong, Yong Xia, Lei Lin, Bin Yang and Thomas H. Ollendick (1995) : The Stability and Prediction of Fears in Chinese Children and Adolescents : A One – Year Follow – Up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, V. (36) , N. (5),PP. 819 – 831 .
- Rachman (1978) : *Fear and Courage*. U.S.A., W. H. Freeman and Company .
- Richard C. Simons (1985) : *Understanding Human Behaviour in Health and Illness*. (3rd ed), U.S.A., Williams & Wilkins .
- Richard J. McNally.(2012)Are We Winning the War Against Posttraumatic Stress Disorder?. In: *Science*. 336, Nr. 6083, 18. Mai, S. 872–874, -
- Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith and Daryl J. Bem (1993) : *Introduction To Psychology*. (12th ed), Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Robert Mliebert and Rita wicks – Nelson (1981) : *Developmental Psychology*. (3rd ed), U.S.A., Prentice – Hall .

- Robert S. Feldman (1992): Elements of Psychology. U.S.A., McGraw–Hill, Inc.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2015). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1–25.
- Robinson, Edward, Rotter, Joseph, Robinson, Sandra, Mary Ann Fey, Vogel, Joanne, (2004). *Fears, stress and trauma helping children cope*. gaps press. USA.
- Ronald Jay Cohen (1994) : *Psychology & Adjustment (Values, Culture, and Change)*. U.S.A., Allyn and Bacon.
- Sakellariou A, McDonald P, Lane R. (1995). The trauma team concept and its implementation in a district general hospital. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 77:45–52.
- Sharon R. Morgan (1987) : *Abuse and Neglect Handicapped Children*. U.S.A., Boston, Allyn and Bacon Press.
- Spanos, N. P., Weekes, J. R., & Bertrand, L. D. (2015). Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 362-376.
- Spencer A. Rathus (1990) : *Psychology*. (4th ed), U.S.A., Holt, Rinehart and Winston.
- Stefan G. Hofmann, Michelle G. Newman, Anke Ehlers and Walton T. Roth (1995) : Psychophysiological Differences Between Subgroups of Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, V. (104), N. (1), PP. 224 – 231.
- Susan H. Spence and Helen McCathie (1993) : The Stability of Fears in Children : a Two – Year Prospective Study : a Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, V. (34), N. (4), PP. 579 – 585.
- Susan H. Spence, Caroline Donovan, and Margert Brechman –Toussaint (1999) : Social Skills, Social Outcomes, and Cognitive Features of Childhood Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, V.(108), N. (2), PP. 211– 221.
- Thorpe, S. J., & Salkovskis, P. M. (1995). Phobic beliefs: Do cognitive factors play a role in specific phobias? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 805-816
- Vgl. Friedman, A.: (2004). Allgemeine Psychotraumatologie. Die Posttraumatische Belastungsstörung. In: A. Friedmann u. a. (Hrsg): *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer, Wien/New York, S. 4–34, hier Tabelle 7, S. 14.
- Vicky Lewis (1987): *Development and Handicap*. New York, Basil Blackwell.
- Wall, S. (1987). Post Traumatic stress disorder as a biologically based disorder: Implications of the animal model of inescapable shock. (pp. 124- 134). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Waddell, Mary Newton, Iain Henderson, Douglas Somerville and Chris J. Main, A. (1994) *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the*

- role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability, Pain, 52 157 – 168, 166.
- Werman, D.S. (1984). The practice of supportive psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
- Wiemer, S. A.; Kratochwill, T. R. (1991) : Fears of Visually Impaired Children. Journal of Visual Impairment and Blindness, V. (85) , N. (3) ,PP. 118 – 124
- Wilhelm, J., (1981) : Fear and Anxiety in Low Vision and Totally Blind Children. Education of the Visually Handicapped, V. (20), N. (4) ,PP. 163 – 172.
- William, K., Jerald ,k .f David, R. (1998) Clinical child psychiatry .W.B saunders Company, Newyork
- Winston. Arnold, Rosenthal. Richard, Pinsker. Henry (2012) American Psychiatric Association , USA.
- Winston, A., Rosenthal, M.D. & Pinsker, H. (2004). Introduction to supportive psychotherapy. Washington,DC: American Psychiatric Publishing
- Wm. C. Brown Benchmark (1993) : Psychology The Contexts of Behaviour.
- Zamzam Ahmed Ahmed, Nefissa Mohamed Abed El-Kader, Mohamed Ahmed Essa and Ikram Ibraheem Mohamed.(2010). IMPACT OF A SPECIALIZED INTERACTION PROGRAM ON BEHAVIORAL MODIFICATION OF SPECIFIC PHOBIAS AMONGPRIMARY SCHOOL STUDENTS, AAMJ, Vol.8, N. 3, September, 2010
- Zitrin, C. M., & Ross, D. C. (1988). Early separation anxiety and adult agoraphobia. Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 621-625.

ملاحق البحث

أولاً: البرنامج الإرشادي

ثانياً: مقياس المخاوف النوعية

ثالثاً: مقياس الصدمة.

رابعاً : مقياس القلق

ملحق (١)

البرنامج السلوكي التدعيمي

الجلسة الأولى:

عنوان الجلسة:

التعارف المتبادل والتعريف بالبرنامج

هدف الجلسة

- ١- التعارف المتبادل بين الباحث والأطفال.
- ٢- إذابة الجليد وكسر الحاجز بين الأطفال والباحث.
- ٣- تعريف الأطفال بالبرنامج وكيفية إجراءات تنفيذه .
- ٤- توضيح أهداف البرنامج التي يسعى إلى تحقيقها.
- ٥- التعرف إلى توقعات الأطفال المشاركين بالبرنامج.

مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

أدوات الجلسة: لوح، أقلام، أوراق ملونة

الفنيات المستخدمة: المحاضرة - ألعاب تنشيطية - المناقشة

الأنشطة المطبقة: التعارف في دائرة مع حركة - كتابة العقد الإرشادي

عرض الجلسة:

بعد الترحيب بالأطفال المشاركين، قام بالتعريف عن نفسه وعن طبيعة عمله، وكذلك عن الهدف الذي يرمي إليه من وراء إجراء هذا البرنامج.

-بعد ذلك تم القيام بالتعرف على الأطفال وتعريفهم ببعضهم البعض لتسود الألفة والمحبة وذلك باستخدام طريقة ممتعة غير تقليدية عن طريق التعارف في دائرة حيث يمسك الأطفال بأيدي بعضهم ثم يعرف كل طفل باسمه وعمره ويقوم بحركة تدل عليه وعلى الطفل التالي أن يعيد ما قاله الطفل السابق وحركته ثم يعرف عن نفسه ويقوم بحركة تدل عليه وهكذا، بحيث يكون آخر طفل قادرا على معرفة جميع الأطفال والقيام بحركاتهم.

بعد التعارف وأجواء المرح والسرور قام الباحث بإلقاء الضوء على ماهية البرنامج المستخدم، وتحديد الأهداف المرجوة من وراء تطبيق جلسات البرنامج، وأهمية البرنامج، والطريقة التي يقوم عليها البرنامج، وطبيعة العمل المنوطة بالأطفال أثناء البرنامج التي تعتمد على الالتزام

ملاحق البحث

والمشاركة الجماعية والتفاعل فيما بينهم، وهنا أبدى الطلاب ترحيبهم واعجابهم بالفكرة وأكدوا على استعدادهم للمشاركة والالتزام بفعاليات وأنشطة البرنامج.

وبعد ذلك تم الاتفاق مع الأطفال على المكان الذي ستعقد فيه الجلسات، وكذلك على الموعد الذي يناسبهم حيث تم الاتفاق على تكون الجلسات على مدار يومين في الأسبوع ، وتتراوح مدة الجلسة ما بين (٩٠ - ١٢٠) دقيقة.

-بعد ذلك أخبر الباحث الأطفال بأن أي جماعة تعيش على أي بقعة من بقاع الأرض تضع لنفسها قواعد وضوابط تحدد العلاقات فيما بينها، فما رأيكم أن نضع لأنفسنا مجموعة من القواعد تحدد سيرنا ونلتزم بها خلال تنفيذ جلسات البرنامج؟ وافق الأطفال على ذلك وبدأوا يقترحون بعض القواعد والضوابط، وفي النهاية تم الاتفاق معهم على مجموعة من القواعد والقوانين وقام الباحث بكتابتها اللوح مقوى وتعليقها في قاعة النشاط، وتمثلت هذه القواعد والقوانين فيما يلي:

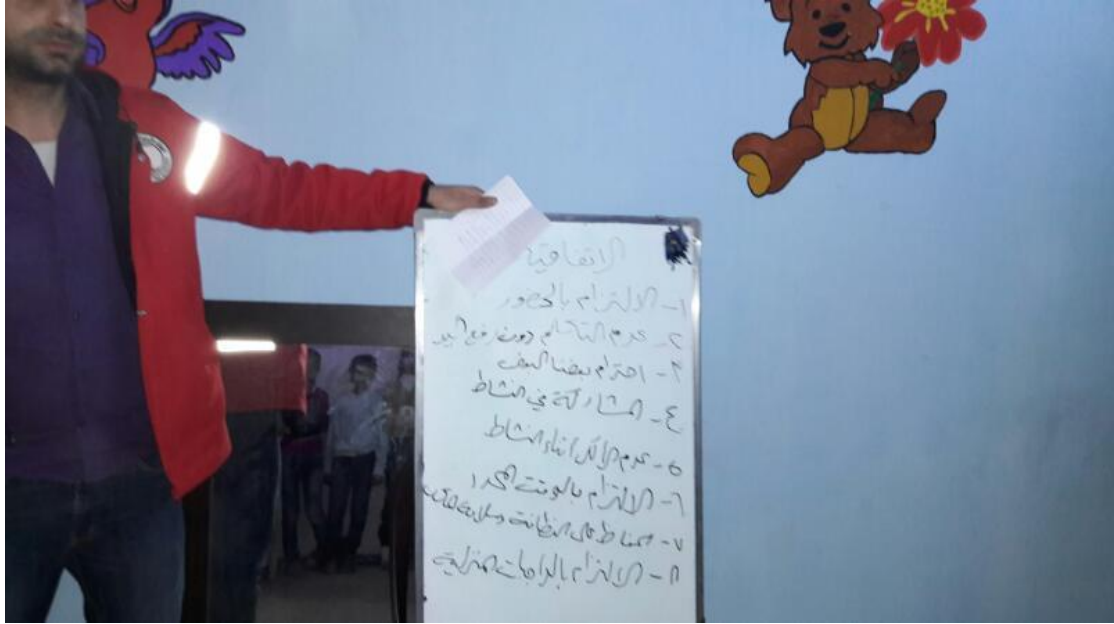
- ١- الالتزام بالحضور وبمواعيد تنفيذ الجلسات.
- ٢- احترام الغير.
- ٣- الإصغاء الجيد والنشط.
- ٤- الاستئذان قبل الحديث وعدم المقاطعة أثناء الحديث.
- ٥- التقبل أي احترام آراء الغير وعدم الاستهزاء والسخرية بهم وتوجيه النقد اللاذع لهم.
- ٦- الالتزام بالهدوء أثناء الاستماع للقصة وأثناء التمثيل.
- ٧- البقاء في قاعة النشاط حتى نهاية الجلسة.
- ٨- المحافظة على نظافة المكان.
- ٩- التفاعل والمشاركة الجماعية.

بعد وضع القواعد والقوانين ترك للأطفال المشاركين في البرنامج للتحدث حول توقعاتهم واهتماماتهم وطموحاتهم من هذا البرنامج، وعن مدى معرفتهم بمثل هذه البرامج، ومن ثم التعرف على مدى حاجاتهم لمثل هذه البرامج.

وفي نهاية الجلسة أتاح الباحث الفرصة للأطفال لتوجيه تساؤلاتهم واستفساراتهم حول البرنامج عامة وما دار في الجلسة خاصة، ومن ثم قدم الباحث الشكر والتقدير للأطفال المشاركين وأخبرهم بأنهم سيجدون ما يسرهم في الجلسات القادمة.

ملاحق البحث





الجلسة الثانية:

عنوان الجلسة: بناء المجموعة

أهداف الجلسة:

- ١- إقامة علاقة تفاعلية وخلق جو من المرح.
- ٢- إدراك الأطفال أهمية الانتماء إلى جماعة.
- ٣- إدراك أهمية الفرد للجماعة والجماعة للفرد.

مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

الفنيات المستخدمة: المناقشة والحوار - ألعاب تنشيطية.

الأنشطة المطبقة: لعبة القائد المدافع - لعبة ظهري على ظهرك - أغنية نحنا نكون جماعة

- تمرير حركة وصوت في دائرة.

أدوات الجلسة: جريدة - بوالين - آلة موسيقية - لوح - قلم.

عرض الجلسة:

بعد الترحيب بالأطفال وشكرهم على التزامهم بالحضور تم وبمشاركة الأطفال تلخيص مجريات الجلسة السابقة، حيث قاموا بسرد أهم النقاط الايجابية التي واهم الأمور التي عليهم الالتزام بها وما سيتم القيام به في البرنامج، وبعد ذلك تم إخبارهم بمضمون الجلسة الحالية وهو القيام ببعض الألعاب والأغاني الممتعة والتي تجلب المتعة والسرور، كما أنها تقربنا من بعضنا أكثر وتجعلنا فريقاً واحداً.

ملاحق البحث

في البداية قام الأطفال بلعبة القائد المدافع حيث تم تقسيمهم إلى فريقين ولكل فريق قائد يحمل جريدة ومهمته أن يدافع عن مجموعة من الأطفال مقابل عدد من المهاجمين ومن يصيبه بالجريدة يعتبر خاسرا ومن يلمسه المهاجمون من خلف القائد يخسر، وقد استمتع الأطفال كثيرا بهذه اللعبة وأبدوا تجاوبا كبيرا ورغبة في المزيد.

وبعدها تم الانتقال إلى الغناء حيث كتبت أغنية نحنا منشكل جماعة على اللوح وتم اسماعها للأطفال والتدرب عليها مقطع تلو الآخر، ثم قام الأطفال بأدائها في دائرة وبشكل ممتاز وكانت كلمات الأغنية: أي نحنا أي نحنا منكون جماعة ، أي نحنا أي نحنا منكون جماعة

منلف العالم كلو نقلو شو ما نقلو

بس رجاع لعنا منكون جماعة

سيمينوي سيمينوي أفرتو مونيتاي

سيمينوي سيمينوي أفرتو مونيتاي

منلف العالم كلو نقلو شو ما نقلو

بس رجاع لعنا منكون جماعة

أي نحنا أي نحنا منكون جماعة ، أي نحنا أي نحنا منكون جماعة

منكوووون جاماعااا.

ثم تم القيام بلعبة حركية تسمى ظهري على ظهرك حيث قُسم الأطفال لعدة مجموعات مؤلفة كل منها من طفلين يقفان باتجاهين متعاكسين ويوضع بينهما بالونة وتتسابق المجموعات للوصول إلى خط النهاية بشرط عدم وقوع البالونة وعدم استخدام الأيدي، تم اجراء المسابقات في جو من التشجيع والحماس، بالإضافة للتصفيق للأطفال الفائزين.

وقد كان النشاط النهائي متمثلا في قيام الأطفال بتشكيل دائرة ثم تمرير حركة وصوت في هذه الدائرة بحيث يعبر كل طفل عما يشعر به والحركة التي يشعر بأنها تعبر عن شخصيته.

ملاحق البحث





الجلسة الثالثة:

عنوان الجلسة: التنفيس الانفعالي

أهداف الجلسة:

- ١- اكتشاف المشاعر السلبية تمهيدا لتفريغها
- ٢- التعبير عن المشاعر لفظيا ومناقشتها
- ٣- التعبير عن المشاعر بشكل غير لفظي
- ٤- تطوير القدرة على ربط المشاعر بالأحداث البيئية

مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

الفنيات المستخدمة: التنفيس الانفعالي - المناقشة والحوار - الرسم - التمثيل

الأنشطة المطبقة: رسم ما يخيفني و ما يشعرني بالأمان - نشاط لون حياتك - لعبة استكشاف

المشاعر

أدوات الجلسة: لوح - أقلام - ألوان - أوراق

عرض الجلسة:

بعد تلخيص مجريات وأحداث الجلسة السابقة تم الترحيب بالأطفال وإخبارهم بأن الأنشطة التي سوف تقدم في هذه الجلسة تساعدهم في التعبير عن مشاعرهم والتخلص من السلبية.

أولاً: نشاط رسم ما يخيفني وما يشعرني بالأمان:

طُلب من الأطفال أن يقسموا الورقة إلى نصفين ويرسموا أكثر الأشياء التي تخيفهم وأكثر الأشياء أو الأشخاص الذين يشعرونهم بالأمان، ثم طُلب من كل طفل الحديث عما رسمه، وكانت أغلب

ملاحق البحث

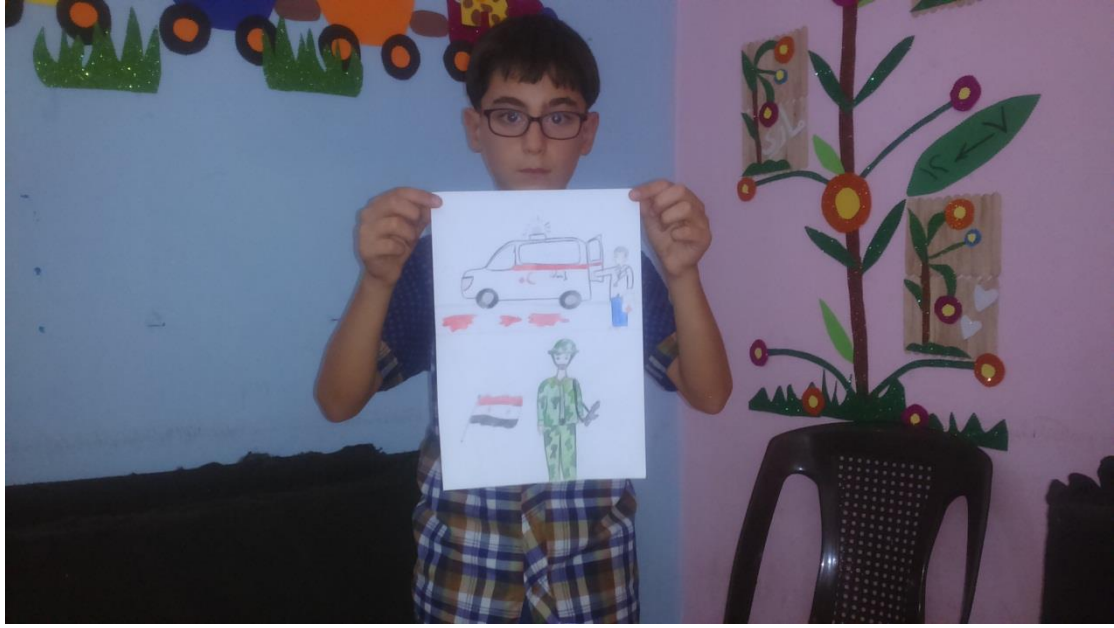
الرسومات عن الأشياء المخيفة تتركز حول الأسلحة والصواريخ والمسلحين والدماء والسيارات المفخخة وتشوه أعضاء الجسم، فيما كانت أغلب الرسومات عن الأشياء التي يشعر الأطفال من خلالها بالأمان تتركز حول الأهل والمنزل ومركز الهلال الأحمر للدعم النفسي والجيش العربي السوري.

وقد تحدث بعض الأطفال عن معاناتهم وخوفهم من الأشياء التي رسموها ومنهم من ذكر قصته مع ما رسمه، وسنذكر بعض الأمثلة عن ذلك:

رسمة غدير: عند سؤال غدير عن السبب الذي دفعه لرسم سيارة الإسعاف أجاب بأنه رأى أحد أقربائه ينزف بشدة بعد سقوط صاروخ وعند زيارته في منزله تبين أن قدمه قد قطعت ومنذ ذلك الوقت وهو يخاف من منظر الدماء وسيارات الإسعاف، وعند سؤاله عن السبب الذي دفعه لرسم جندي من الجيش، أجاب أن الجيش هو من سيخلصه من أولئك الذين يرمون القذائف على الأطفال.

رسمة رغد: عند سؤالها عن السبب الذي دفعها لرسم أشخاص ملثمين، تحدثت عن الخوف الذي عاشته عند دخول المسلحين إلى قريتها حيث رأت أشخاص ملثمين يطلقون النار على المنازل وكانت تسمع أصوات الجيران يصرخون بهلع وروت تفاصيل هروبها مع أهلها من القرية والأوقات العصيبة التي مروا بها أثناء الهروب من القرية، ثم أجهشت بالبكاء وعلى الفور قام الباحث بدعم الطفلة نفسياً وقامت المساعدة باحتضانها، وتم العمل على تطمين الطفلة وتهنئتها.





ثانياً: نشاط لون حياتك:

تم في البداية شرح آلية النشاط للأطفال والتي تقوم على المزوجة بين المشاعر والألوان يقوم باختيار ورقة بلون معين على ان يرمز هذا اللون الى مشاعر معينة تتتاب الطفل ، بعد اختيار الأطفال للألوان تم التمهيد للموضوع من خلال اعطاء بعض الدلالات السلبية والإيجابية لكل لون ونمط الشخصية الذي قد يعطي اللون المفضل بعض الدلالات عليه فمثلاً يعتبر اللون الأحمر لونا جسدياً، يدل على الشجاعة والقوة كما يدل على التوتر والعدوانية. ويعتبر اللون الأزرق لونا عقلياً، يدل على الحكمة والذكاء والثقة كما يدل على البرود والعزلة. ويعتبر اللون الأصفر لونا عاطفياً، يدل على التفاؤل واللطف والابداع كما يدل على الخوف والقلق.

ثم طلب من كل طفل أن يتكلم لماذا اختار ذلك اللون وما هي المشاعر السلبية والإيجابية المرتبطة به، لم يتجاوب عدد كبير من الأطفال مع هذا النشاط فمنهم من لم يستطع أن يعبر عنما يعني له لونه المفضل ومنهم من لم يفهم النشاط رغم الشرح الوافر له، وهناك عدد من الأطفال تفاعلوا بشكل جيد، حيث ربطوا بين لونه المفضل ومشاعر إيجابية وسلبية تتناوبهم وصفات شخصية يدل عليها هذا اللون .

ملاحق البحث



ملاحق البحث

ثالثاً: نشاط استكشاف المشاعر:

تم تقسيم الأطفال الى عدة مجموعات واعطاء كل مجموعة بعض القصصات الورقية التي تتضمن مشاعر معينة (حزن، سعادة، خوف، غضب، الشعور بالملل، خيبة الأمل، الأمل، الفخر) وطلب من كل مجموعة ان يقوم كل فرد من ضمنها بالتعبير عن الشعور من خلال تعابير الوجه وبعد ان يتم تشكيل مجموعة المشاعر يوضع امام الاطفال مرآة تعكس هذه المشاعر بحيث ينظر كل طفل الى تعبيره وتعابير الآخرين، وتم منح علامات لكل مجموعة على اداءها في هذا النشاط.

كان الاطفال خجلين في البداية لكنهم سرعان ما تفاعلوا، ولوحظ بعض الصعوبة لدى الاطفال في تقمص انفعالات الفخر والخوف وخبية الأمل لذلك تم تقمص هذه الانفعالات من قبل الباحث ومساعدة الاطفال على القيام بها، تم هذا النشاط في جو من المرح ولوحظ تواصل كبير بين الاطفال ومساعدتهم لبعضهم في تقمص الانفعالات .

الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة: التعامل مع الخوف

أهداف الجلسة:

- ١- التعبير عن المخاوف على نحو واضح ومباشر
- ٢- مساعدة الطفل على تطوير استراتيجيات للتعامل مع المخاوف
- ٣- استبدال الخوف والمشاعر السلبية الناتجة عنه بمشاعر ايجابية.

مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

الفنيات المستخدمة: المناقشة والحوار - التمثيل - السيكدوراما - التعزيز - الواجب المنزلي
الأنشطة المطبقة: نشاط تشكيل صورة تعبر عن الخوف - الصورة التي تتكلم - المتجر السحري - أصوات أخافتني

أدوات الجلسة: أوراق مطبوعة - كراتين - أقلام تخطيط

بعد الترحيب بالأطفال، تم القيام بتلخيص مجريات الأنشطة التي تم تنفيذها في الجلسة السابقة، وبعد ذلك تم الحديث عن مجريات الجلسة الحالية والتي تتضمن تنفيذ أنشطة ممتعة تعتمد على التمثيل و التعبير عن المشاعر والقيام ببعض الحركات المعبرة.

أولاً: نشاط تشكيل صورة تعبر عن الخوف:

قُسم الأطفال إلى عدة مجموعات، تدرّبت كل مجموعة على صورة جماعية تعبر عن الطريقة التي يعبرون بها عن الخوف، وقد تم الاستعانة بعدة مساعدين في هذا النشاط، على كل طفل من المجموعة القيام بحركة معينة يقوم بها عندما يشعر بالخوف، ثم يدخل الأطفال في

ملاحق البحث

المجموعة الواحدة بالتتابع لتشكيل الصورة ثم يحافظون على الشكل النهائي للصورة، وعندها يتم التقاط صورة لهم، ويرى الأطفال الصورة، والمجموعة التي تكون صورتها أجمل هي الفائزة. لقي هذا النشاط تفاعلا كبيرا من الأطفال من الأطفال، بالإضافة إلى المتعة وروح التنافس.



ثانيا: نشاط المتجر السحري:

تم في البداية شرح آلية سير النشاط تتألف من صاحب متجر يبيع المشاعر الإيجابية وتكون المشاعر مكتوبة على أوراق ومفروشة أمام البائع ، وفي الأسفل الصندوق الأسود الذي ترمى فيه المشاعر السلبية بالإضافة إلى محاور (الباحث)، يقوم الأطفال بكتابة المشاعر السلبية على

ملاحق البحث

ورقة ثم استبدالها بمشاعر ايجابية من البائع وعندها يسأل المحاور الطفل ما سبب هذا الشعور السلبي وما الذي دفعك لاستبداله بهذا الشعور الإيجابي. ومن المشاعر الإيجابية الموجودة في المتجر (الأمل، السعادة، الثقة، الأمان، التسامح، الفرح، المتعة، الرضا، الحب، الفخر، القوة، الراحة، الامتتان، الهدوء).

تمثل دور البائع في استقبال الطفل واطفاء جو من المرح على النشاط، وقد اختار معظم الأطفال مشاعر الحب والأمان والسعادة والراحة والأمل والقوة، كانت معظم المشاعر السلبية الملقاة في الصندوق الأسود هي الخوف والغضب والتوتر والحزن والاحباط.

تنوعت أسباب الأطفال في اختيار مشاعرهم الايجابية ورغبتهم في التخلص من مشاعرهم السلبية، فمنهم من تحدث عن مخاوفه وأنه يحتاج للقوة من أجل مواجهتها ومنهم من تحدث مع مشكلات مع أقرانه وشعوره بالاحباط منهم وحاجته للتسامح معهم ومنهم من احتاج للثقة نتيجة توتره أثناء الامتحان ومنهم من احتاج للحب والأمان لفقدانه أهله أو (قسوتهم عليه)، وقد كان هذا النشاط فرصة للأطفال من أجل التعبير عما يؤلمهم في جو مرح ومشجع وتفرغ لشحناتهم الانفعالية السالبة، وقد جرى تلخيص ما اختاره الطفل وعبر عنه من قبل المحاور وفي نهاية الحديث تم التصفيق لكل طفل كنوع من الدعم والتشجيع له.

ثالثا: أصوات أخافتني (واجب منزلي):

تم توزيع أوراق مطبوعة على الأطفال، حيث طلب منهم ملئ هذه الأوراق في المنزل والتي تتعلق بصوت جعلهم يشعرون بالخوف، بالإضافة إلى شرح الأسئلة المتضمنة في الواجب المنزلي.

أصوات أخافتني	
	من كان حاضرا عندما شعرت بالخوف؟
	أين كان ذلك؟
	ما هو مصدر الصوت الذي أخافك؟
	أين شعرت بالخوف في جسمك؟
	ماذا فعلت لتتغلب على الخوف؟

ملاحق البحث



الجلسة الخامسة

عنوان الجلسة: تدريبات الاسترخاء وبناء مدرج القلق

أهداف الجلسة:

- ١- تعريف الأطفال بمهارة الاسترخاء
- ٢- التدريب على حركات الاسترخاء
- ٣- التعرف على المواقف التي تخيف الأطفال وتسجيلها
- ٤- تنفيس الانفعالات الناجمة عن الحديث عن هذه المخاوف

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة

الفنيات المستخدمة: الاسترخاء - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي

الأنشطة المطبقة: خروج اليرقة - طق بوالين - التدريب على خروج اليرقة في المنزل

أدوات الجلسة: لوح - أقلام - بوالين - موسيقى هادئة

عرض الجلسة:

بعد الترحيب بالأطفال، تم القيام بتلخيص مجريات الأنشطة التي تم تنفيذها في الجلسة السابقة، بعد ذلك تم مناقشة الواجب المنزلي حيث تحدث الأطفال عن الأصوات التي أخافتهم والتي كانت تدور حول أصوات القذائف والانفجارات والرصاص والأصوات العالية المفاجئة (إغلاق الباب بقوة - أو سقوط شيء بشكل مفاجئ)، كما وضح الأطفال أنهم شعروا بالخوف الناتج عن هذه الأصوات في (المعدة والراس والقدمين)، حيث كانوا يلتجؤون إلى والديهم عند الشعور بالخوف أو إلى أقرب صديق أو مدرسة الصف عند حدوث ذلك في المدرسة، والبعض الآخر كان يتجمد في مكانه عند الشعور بالخوف. وبعد ذلك تم الحديث عن مجريات الجلسة الحالية والتي تتضمن تنفيذ أنشطة ممتعة تعتمد على بعض التمارين العضلية المترافقة مع موسيقى هادئة، بالإضافة إلى ترتيب الأشياء التي نخاف منها، وبعض الأنشطة الحركية الممتعة.

أولاً: تمارين الاسترخاء:

تم تعليم الأطفال تمارين الاسترخاء العضلي مترافقة مع موسيقى هادئة (مونا مور) وذلك بتسميتها خروج اليرقة المعكوس حيث أن اليرقة لتخرج من شرنقتها وتتحول إلى فراشة تحرك جميع أعضاء جسمها للتخلص من الشرنقة ونحن سوف نقوم بهذه الحركات ولكن بطريقة بطيئة، وقد أبدى الأطفال تجاوباً مع التمارين وشعروا بالهدوء والاسترخاء، ثم تم إعادة التمارين عليهم للتأكد من إتقانها وطلب منهم إعادتها في المنزل.

ثانياً: نشاط طق البوالين:

بعد ذلك تم القيام بنشاط حركي لكسر حالة الاسترخاء، حيث تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين وربط بالونة بقدم كل طفل، والفريق الذي يحافظ على أكبر عدد من البالونات عند الصفارة هو الفريق الفائز، شعر الأطفال بالكثير من المتعة والسعادة بعد هذا النشاط.

ثالثاً: مدرج القلق:

تم الاتفاق مع الأطفال على أكثر الأمور التي تخيفهم ثم تم ترتيبها اعتماداً على التصويت من الأكثر إلى الأقل وقد جاءت المخاوف بعد الترتيب على الشكل التالي.

١- الخوف من فقدان الأهل

٢- الخوف من التفجيرات والصواريخ

٣- الخوف من الأصوات العالية (صوت التفجير - القذائف - الأصوات المفاجئة)

ملاحق البحث

- ٤- الخوف من صوت الرصاص
- ٥- الخوف من منظر الدم
- ٦- الخوف من تشوه أعضاء الجسم والاصابات الجسدية
- ٧- الخوف من سيارات الاسعاف
- ٨- الخوف من مواكب التشييع
- ٩- الخوف من الأماكن المهدمة
- ١٠- الخوف من الأشخاص الملتئمين والملتحين.



الجلسة السادسة:

عنوان الجلسة: خفض الحساسية المنظم التخيلي.

أهداف الجلسة:

- ١- تطبيق حركات الاسترخاء
 - ٢- التعامل مع مدرج القلق عن طريق التخيل
 - ٣- مساعدة الطفل على تطوير استراتيجيات للتخلص من المخاوف
- مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

الفيئات المستخدمة: الاسترخاء - خفض الحساسية التخيلي - المناقشة والحوار

الأنشطة المطبقة: نشاط خروج اليرقة - نشاط منطاد المخاوف - نشاط العودة للمكان الآمن

أدوات الجلسة: لوح - أقلام - موسيقى هادئة

عرض الجلسة:

بعد الترحيب بالأطفال، تم القيام بتلخيص مجريات الأنشطة التي تم تنفيذها في الجلسة السابقة، ثم تم شرح الخطوات والنشاطات التي سوف تنفذ في الجلسة الحالية، تم البدء بكتابة مدرج القلق (المخاوف) على اللوح مرتب من الأكثر تأثيراً إلى الأقل، ثم وزع على الأطفال أوراق وأقلام ليكتبوا أكبر مخاوفهم من مدرج القلق وأن يحتفظوا بها بجانبهم.

أولاً: نشاط خروج اليرقة:

تم البدء بتمرينات الاسترخاء مصحوبة بالموسيقى الهادئة وبعد الانتهاء منها طلب من الأطفال ابقاء أعينهم مغمضة وأن يجلسوا في وضع مريح على الكرسي ومع استمرار الموسيقى الهادئة.

ثانياً: نشاط مناط المخاوف - نشاط العودة لمكان آمن:

طلب من الأطفال بصوت هادئ ينخفض تدريجياً ودرجة معينة مع تقدم النشاط أن يتخيلوا أنفسهم في منطاد يطير فوق البحر يحملون معهم مخاوفهم في هذا المنطاد، وعلى شكل قصة طلب من كل طفل على حدة أن يحمل مخاوفه من المنطاد ويرميها في البحر وقد تم ذلك بالاستعانة بمدرج القلق المكتوب على اللوح (في الواقع يرمون الأوراق التي في أيديهم)، تابع الباحث القصة حيث طار المنطاد خفيفاً خالياً من المخاوف باتجاه جزيرة السعادة، وقد وصفت الجزيرة بأوصاف جميلة وتولد الشعور بالطمأنينة. وهنا طلب من الأطفال أن يتخيلوا أكثر الأشخاص أو الأشياء التي تشعرهم بالأمان في جزيرة السعادة وأن يعيشوا ويتحدثوا معها، وبعد فترة لا تتجاوز (٥) دقائق تم إنهاء التخيل بصفقة وإيقاف الموسيقى، ثم طلب من الأطفال أن يتحدثوا عما عاشوه في الرحلة إن رغبوا بذلك، تحدث بعض الأطفال عن شعورهم بالخوف في

ملاحق البحث

البداية ثم بالقوة بعد رميهم لكل ما يخافون منه ثم بالأمان بعد وصولهم للجزيرة، والبعض الآخر استمتع بكل محطات الرحلة، وعند سؤال الأطفال عن الأشياء والأشخاص الذين تخيلوهم في جزيرة السعادة، كانت معظم الاجابات تدور حول (الأهل، الأصدقاء، القرية، المنزل، المنزل السابق قبل التهجير، الهلال الأحمر)، فيما عدد قليل من الأطفال رفض التحدث عما تخيله في الجزيرة.

أبدى الأطفال سعادة غامرة بما قاموا به من أنشطة في هذه الجلسة، وقد تحدثوا عن الراحة التي أحسوا بها وعن جمال ما تخيلوه والمتعة التي شعروا بها أثناء السفر في المنطاد وثقتهم بأنفسهم أثناء رميهم لمخاوفهم في البحر، وجمال الجزيرة التي حط المنطاد فيها والأمان الذي شعروا به أثناء وجودهم في تلك الجزيرة.



الجلسة السابعة

عنوان الجلسة: الثقة بالنفس

أهداف الجلسة:

١- تعزيز الشخصية والتعبير عنها وزيادة تقدير الذات

٢- اكتساب اتجاهات ايجابية نحو الذات

٢- تنمية روح التحدي والإصرار

مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

الفنيات المستخدمة: ألعاب حركية - الرسم - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي

الأنشطة المطبقة: نشاط ملف الشخصية - لعبة الملاقط - قصة قصيرة عن الشجاعة.

أدوات الجلسة: أوراق مطبوعة - ملاقط غسيل - حبل - أقلام - ألوان - ظرف - كورنيش - ايفا بهرجان - كرتون ملون.

عرض الجلسة:

بعد الترحيب بالأطفال، تم القيام بتلخيص مجريات الأنشطة التي تم تنفيذها في الجلسة السابقة، ثم تم شرح الخطوات والنشاطات التي سوف تنفذ في الجلسة الحالية.

أولاً- نشاط ملف الشخصية:

تم توجيه سؤاليين للأطفال الأول كيف تنظر إلى نفسك (كيف بتشوف حالك) وطلب منهم الإجابة على هذا السؤال من خلال تزيين الجزء الداخلي للملف بالرسم والتلوين والتزيين، والثاني كيف ينظر الآخرون لك (كيف بشوفوك اللي حواليك) وطلب منه الإجابة على هذا السؤال من خلال تزيين الجزء الخارجي للملف بالرسم والتلوين والتزيين، بعدها تم مساعدة الأطفال في التعبير عن الأفكار التي تراودهم بالأشكال والكلمات المناسبة، ثم جرى سؤال كل طفل عما تعنيه الرسومات والزخارف في ملفه وتلخيص ما قاله لباقي الأطفال، والتصفيق له عند الانتهاء.

ثانياً- لعبة الملاقط:

تم تقسيم الأطفال إلى فريقين ومد حبل يمسكه اثنان على طول الغرفة وضعت عليه ملاقط، وعلى طفلين كل منهما من فريق أن يتسابقوا في نقل الملاقط بأسنانهما إلى منتصف الحبل وهكذا حتى الانتهاء من المجموعتين، شهدت هذه اللعبة الكثير من التفاعل والمشاركة من قبل الأطفال بالإضافة الى جو التنافس والتحدى الذي خلقتة، وفي النهاية تم التصفيق للفريق الفائز وتقديم بعض الهدايا الرمزية.

ثالثاً- قصة قصيرة عن الشجاعة (واجب منزلي):

ملاحق البحث

في نهاية الجلسة تم توزيع أوراق على الأطفال وطلب منهم أن يملؤها في المنزل بقصة قصيرة عن موقف شجاع قاموا به هم أو أحد من أهلهم أو أصدقائهم، وأعجبوا بهذا الموقف الشجاع.

قصة قصيرة عن الشجاعة	
اسم القصة:	اسم الطفل:



ملاحق البحث





الجلسة الثامنة

عنوان الجلسة: الثقة بالنفس وحل المشكلات

أهداف الجلسة:

١- تنمية الثقة بالنفس من خلال التعبير عن نقاط القوة والضعف

٢- تنمية حس المسؤولية

٣- تنمية القدرة على حل المشكلات

مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

الفنيات المستخدمة: غناء - ألعاب حركية - سرد قصة

الأنشطة المطبقة: لعبة العقدة البشرية - قصة و أغنية سندباد.

أدوات الجلسة: آلة موسيقية - أوراق - أقلام

عرض الجلسة:

بعد الترحيب بالأطفال، تم القيام بتلخيص مجريات الأنشطة التي تم تنفيذها في الجلسة السابقة، ثم تمت مناقشة الواجب المنزلي الذي كلف به الأطفال، وروى الأطفال بعض القصص التي حدثت معهم أو التي رأوها أو التي سمعوها من بيئتهم، ومنها اسعاف المصابين والدفاع عن الذين يتعرضون للتمتر، قول الحقيقة وعدم الكذب، عدم الخوف من أشياء غير مبرر الخوف معها، الدفاع عن الوطن، ثم تم شرح الخطوات والنشاطات التي سوف تنفذ في الجلسة الحالية.

ملاحق البحث

أولاً- لعبة العقدة البشرية:

تم شرح خطوات اللعبة للأطفال حيث شكلوا دائرة وأوجههم للداخل ممسكين بأيدي بعضهم، تكمن وعليهم أن تصبح أوجههم للخارج دون أن يفلتوا أيديهم عن الأيدي التي يمسكونها أو أن تتشابك أيديهم مع بعضها، عانى الأطفال من الارتباك في البداية ومن الكثير من المحاولات الخاطئة ولكن عند اعطاء بعض التلميحات بدأت المحاولات تصبح أقرب للحل الصحيح، وفي النهاية وصل الأطفال للحل الصحيح عن طريق رفع اثنين منهم لأيديهم ودخول الباقيين من أسفلها.

ثانياً: قصة وأغنية سندباد:

قام أحد المساعدين بسرّد قصة عن شجاعة ومغامرات سندباد للأطفال، وفيما يلي ملخص للقصة:

كان يا ما كان في قديم الزمان وسالف العصر والأوان حتى كان:
كان هنالك شاب صغير يدعى سندباد يعيش بكوخ صغير مع أمه قرب بغداد، عثر على
بساط سحري كانت أمه تخبئه، فصعد على منته وطار فوق البحار والجبال والوديان، ونزل عند
قصر كبير على بابهِ ببغاء، يردد باستمرار (قصر علاء الدين والمارد المسكين)، وقال له الببغاء
أن علاء الدين ينام وتحت رأسه مصباح فيه مارد يحقق لك ما تريد.
فدخل إلى القصر وحصل على المصباح وطلب من المارد تحرير العبيد وأن يجعل علاء الدين
صديقه لكي يستعمل أمواله في مساعدة الفقراء، وعندما استيقظ علاء الدين تحول سندباد إلى
والي بغداد واعطاه الببغاء كهديّة، واصبحا يترافقان في كل الرحلات. وعندما وبخته أمه على
عدم استئذانها، ووعدّها بألا يخرج دون اذنّها مرة أخرى.
ثم قام الباحث بتلخيص القصة للأطفال وسؤالهم عن العبرة والفائدة التي استشفوها من
القصة.

ثم قام الباحث بكتابة كلمات أغنية سندباد على اللوح، وتدريب الأطفال عليها عن طريق تقسيمها لمقاطع وإسماع الأطفال كل مقطع ثم ترديده، وكانت كلمات الأغنية كالتالي:

أنا سندباد المغترب _____ أبعد أبحر أقترِب

لا أهاب الموج أبداً ————— حين يعلو ويضطرب

[illegible]

مهما تكثر الأخطار ————— ويبعد عن بغداد

سندباد ما أقواه _____ في كل البلاد

تاجر مندفع _____ بطل من بغداد

ملاحق البحث

سندباد لا يخاف _____ سندببااااااااااااااااااااا

مهما تكثر الأخطار _____ ويبعد عن بغداد



ملاحق البحث



الجلسة التاسعة:

عنوان الجلسة: تمثيل مسرحي عن الخوف

أهداف الجلسة:

- ١- تعزيز الثقة بالنفس
- ٢- تنمية العمل الجماعي
- ٣- التعبير عن المشاعر في جو داعم
- ٤- إخراج ما تبقى من آثار المخاوف للتعامل معها

ملاحق البحث

مدة الجلسة: ٩٠ دقيقة

الفنيات المستخدمة: التمثيل المسرحي (السيكودراما)

الأنشطة المطبقة: مقابلة تلفزيونية

الأدوات: كراسي - طاولة - ميكرفون - كاميرا

عرض الجلسة:

بعد الترحيب بالأطفال، تم القيام بتلخيص مجريات الأنشطة التي تم تنفيذها في الجلسة السابقة، ثم تم شرح آلية النشاط للأطفال، حيث سيقومون بمقابلة تلفزيونية تتألف من مذيع يطرح أسئلة وضييفين يجيبان عنها وبعدها تم تقسيم الأطفال إلى ثلاث مجموعات وتدريبهم على لعب الأدوار، وفي النهاية سوف يتم تقييم أفضل أداء لمعرفة أفضل مذيع وأفضل ضيف عن طريق التصويت بالإضافة إلى رأي لجنة تحكيم مؤلفة من الباحث والمساعدين، وقد تم الاتفاق على نقاط رئيسية مع الأطفال وترك لهم حرية التعبير وصياغة الجمل.

المقابلة:

يقدم المذيع البرنامج ويرحب بالضيوف والجمهور، ثم يطرح على الضيوف عدد من الأسئلة تبدأ بالتعارف ثم عدد من الأسئلة الشخصية، ثم يطرح أسئلة عن أكثر الأشياء التي تثير خوف الضيوف وطرق تعاملهم معها، والمواقف التي حصلت معهم، وكيف سوف يتصرفون بعد هذه المقابلة، ومن هم الأشخاص الذين يلجؤون إليهم..... الخ، وعلى الضيوف أن يجيبوا بصراحة عن الأسئلة المطروحة.





الجلسة العاشرة:

عنوان الجلسة : إنهاء البرنامج

أهداف الجلسة:

- ١- تلخيص عام لجلسات البرنامج.
- ٢- إنهاء جلسات البرنامج .
- ٣- الإجابة على تساؤلات واستفسارات الأطفال.
- ٤- التعرف على تقييم واقتراحاتهم الأطفال نحو للبرنامج .

ملاحق البحث

٥- القيام بتطبيق القياس البعدي للبرنامج .

الفنيات المستخدمة : المحاضرة ، المناقشة والحوار ، التلخيص

الأدوات المستخدمة : أوراق، أقلام، مقياس المخاوف النوعية، مقياس أعراض القلق، مقياس الصدمة عند الأطفال.

المدة الزمنية: (45) دقيقة.

الإجراءات:

بعد الترحيب بالأطفال وإجراء التهيئة اللازمة، تم اخبار الأطفال بأن هذه الجلسة ستكون الجلسة الأخيرة، وبذلك تنتهي جميع الموضوعات التي تمت مناقشتها والتطرق إليها على مر الجلسات السابقة، وقد قدم لهم تلخيص موجز فيه لأهم ما تم تناوله والتطرق إليه خلال سير جلسات البرنامج.

بعد ذلك تركت الحرية الكاملة للأطفال للإجابة على تساؤلاتهم واستفساراتهم حول جلسات البرنامج السابقة والتعرف على الموضوعات والنقاط التي لم تستكمل مناقشتها أو التي كانت غامضة.

ومن ثم تم التعرف على تقييم الأطفال للبرنامج، من خلال استقصاء آرائهم بعرض مجموعة من التساؤلات تمثلت فيما يلي:-

استمارة تقييم جلسات البرنامج التديمي السلوكي في خفض عدد من المخاوف النوعية

- ما رأيك في البرنامج ومحتوياته؟

- ما هي الأنشطة والألعاب التي أعجبتك في البرنامج؟

- ما هي الأنشطة والألعاب التي لم تعجبك في البرنامج؟

- هل شعرت باستفادتك من هذا البرنامج؟

- ما هي جوانب القصور التي تراها في هذه البرنامج؟

- ما هي الجوانب الإيجابية التي استفدت منها في هذه البرنامج؟

- ما هي اقتراحاتك لتحسين البرامج اللاحقة؟

وكانت معظم اجابات الأطفال تدور حول استمتاعهم بالبرنامج واستفادتهم منه حيث تعلموا الكثير من الدروس المفيدة، وأنهم أصبحوا يشعرون بالقوة ولم يعودوا يخافون كما في السابق، كما أنهم كونوا صداقات جديدة واحبوا العمل الجماعي والتنافس الذي حدث بينهم.

وقد كانت أكثر الأنشطة والألعاب التي نالت اعجاب الأطفال (منطاد المخاوف، ملف الشخصية، القائد المدافع، المقابلة التلفزيونية، المتجر السحري)، بينما لم يحظ نشاط لون حياتك ولعبة طق البوالين بإعجاب الأطفال.

ملاحق البحث

ومن أكثر الأمور التي أحبها الأطفال في البرنامج طول الفترة الممتد عليها البرنامج وعدم تغيير الأطفال، بالإضافة إلى أن الأنشطة ممتعة ومسلية، وقد طالب الأطفال ببرامج مماثلة في المستقبل، والإكثار من عدد المشاركين و الهدايا.

بعد ذلك تم القيام بالقياس البعدي من خلال توزيع مقاييس (المخاوف النوعية، أعراض القلق، الصدمة) من أجل التعرف على مدى أثر البرنامج في التخفيف من حدة المخاوف النوعية عند الأطفال)

- وفي نهاية الجلسة قام الباحث بتقديم الشكر والتقدير والثناء على الأطفال المشاركين في البرنامج لحسن تعاونهم والتزامهم وانضباطهم في الحضور مع الباحث خلال سير جلسات البرنامج، ومن ثم تم توزيع بعض الهدايا على الأطفال وخبارهم أنه سوف يتم الاتصال بهم بعد حوالي الشهر من اجل جلسة المتابعة، وبذلك تم انتهاء جلسات البرنامج.

شرح النشاطات والألعاب المتضمنة في البرنامج

١ - لعبة القائد المدافع: طفل يحمل جريدة يسمى القائد يدافع عن مجموعة من الأطفال مقابل عدد من المهاجمين ومن يصيبه بالجريدة يعتبر خاسرا ومن يلمسه المهاجمون من خلف القائد يخسر.

٢ - لعبة ظهري على ظهرك: يقسم الأطفال لعدة مجموعات مؤلفة كل منها من طفلين يقفان باتجاهين متعاكسين ويوضع بينهما بالونة وتتسابق المجموعات للوصول إلى خط النهاية بشرط عدم وقوع البالونة وعدم استخدام الأيدي.

٣- أغنية أي نحنا نكون جماعة:

أي نحنا أي نحنا نكون جماعة ، أي نحنا أي نحنا نكون جماعة

منلف العالم كلو نقلو شو ما نقلو

بس رجاع لعنا نكون جماعة

سيمينوي سيمينوي أفرتو مونيتاي

سيمينوي سيمينوي أفرتو مونيتاي

منلف العالم كلو نقلو شو ما نقلو

ملاحق البحث

بس رجاء لعنا نكون جماعة

أي نحنا أي نحنا نكون جماعة ، أي نحنا أي نحنا نكون جماعة
مكون جماعة.

٤- رسم ما يخيفني وما يشعرني بالأمان:

يطلب من الأطفال أن يقسموا الورقة إلى نصفين ويرسموا أكثر الأشياء التي تخيفهم وأكثر الأشياء أو الأشخاص التي تشعرهم بالأمان، ثم الطلب من كل طفل الحديث عما رسمه.

٥- نشاط لون حياتك:

يقوم هذا النشاط على المزاوجة بين المشاعر والألوان حيث يتم تشجيع الطفل على الحديث عن مشاعره بعد أن يختار لونا ونعطيه دلالاته وذلك بعد التأكد من أن اللون يعبر عما يشعر به الطفل.

٦- لعبة استكشاف المشاعر:

على الأطفال أن يعرفوا كيف يبدو مظهرهم عندما يكونون حزينين، سعيدين، خائفين، غاضبين، يشعرون بالملل، يشعرون بخيبة الأمل، يتألمون، يشعرون بالفخر .

٧- لعبة تشكيل صورة تعبر عن الخوف:

يقسم الأطفال إلى عدة مجموعات، تتدرب كل مجموعة على صورة جماعية تعبر عن الخوف، يدخل الأطفال في المجموعة الواحدة بالتتابع لتشكيل الصورة ثم يحافظون على الشكل النهائي للصورة.

٨- لعبة الصورة التي تتكلم:

بعد تشكيل الصورة يبدأ كل طفل في المجموعة بالتعبير عن مشاعره بجملة واحدة وبالتتابع.

٩- المتجر السحري:

ملاحق البحث

تتألف من صاحب متجر يبيع المشاعر الإيجابية وتكون المشاعر مكتوبة على أوراق ومفروشة أمام البائع بالإضافة إلى محاور، يقوم الأطفال بكتابة المشاعر السلبية على ورقة ثم استبدالها بمشاعر ايجابية من البائع وعندها يسأل المحاور الطفل ما سبب هذا الشعور السلبي وما الذي دفعك لاستبداله بهذا الشعور الإيجابي.

١٠ - خروج اليرقة المعكوس:

بعد شرح آلية خروج اليرقة من الشرنقة لتتحول إلى فراشة، نشرح للأطفال بأننا سوف نقوم بعكس العملية، حيث سنعيد الفراشة إلى الشرنقة، وتتضمن اللعبة تمرينات الاسترخاء العضلي.

١١ - لعبة طق البوالين:

نقوم بربط بالونة على قدم كل طفل ثم مع انطلاق الصافرة على الجميع الحفاظ على بالوناتهم والفائز هو من تبقى بالونته للنهاية.

١٢ - نشاط منطاد المخاوف:

بعد الانتهاء من تمرينات الاسترخاء (خروج اليرقة المعكوسة) نجعل الأطفال يتخيلون أنهم في منطاد مع المخاوف التي تم جمعها في مدرج القلق، ثم يبدؤون برمي تلك المخاوف من المنطاد واحدة تلو الأخرى.

١٣ - نشاط المكان الآمن:

بعد الانتهاء من رمي المخاوف يحط المنطاد في مكان آمن، حيث نطلب من الأطفال تخيل هذا المكان بتفاصيله (في أي شارع، شكله، لونه، نوعه، وهكذا)

١٥ - نشاط ملف الشخصية:

يعطى كل طفل ملف ويوجه له سؤالان الأول كيف تنظر إلى نفسك ونطلب منه الإجابة على هذا السؤال من خلال تزيين الجزء الداخلي للملف، والثاني كيف ينظر الآخرون لك ونطلب منه الإجابة على هذا السؤال من خلال تزيين الجزء الخارجي للملف، ثم تتم مناقشة الأطفال بعد الانتهاء من التزيين.

ملاحق البحث

١٦- لعبة الملاقط :

يمسك اثنان بحبل وتوضع عليه الملاقط ثم نقسم الأطفال إلى مجموعتين ، ويتبارى كل طفلين على نقل الملاقط بأسنانهما إلى منتصف الحبل وهكذا حتى الانتهاء من المجموعتين.

١٧ - لعبة العقدة البشرية:

الأطفال في دائرة ووجههم للداخل ممسكين بأيدي بعضهم ، تكمن اللعبة في أن يصبح وجههم للخارج دون أن يفتلوا أيديهم.

١٨- قصة و أغنية سندباد

يروي الباحث قصة عن شجاعة ومغامرات سندباد، ثم يتم تعليم الأطفال أغنية سندباد:

أنا سندباد المغترب _____ أبعد أبحر أقرب

لا أهاب الموج أبداً ————— حين يعلو ويضطرب

سندباد لا يخاف _____ سندبدااااااااااااااااااا

مهما تكثر الأخطار _____ ويبعد عن بغداد

سندباد ما أقواه _____ في كل البلاد

تاجر مندفع _____ بطل من بغداد

[illegible]

مهما تكثر الأخطار _____ ويبعد عن بغداد

٢٠ - مقابلة تلفزيونية:

يقوم الباحث أو أحد الأطفال بدور المذيع وعدد من الأطفال هم الضيوف ويتم الاتفاق على نص المقابلة.

٢١ - واجب منزلي أصوات أخافتني:

أصوات أخافتني	
من كان حاضرا عندما شعرت بالخوف؟	
أين كان ذلك؟	
ما هو مصدر الصوت الذي أخافك؟	
أين شعرت بالخوف في جسمك؟	
ماذا فعلت لتتغلب على الخوف؟	

٢٢ - واجب منزلي قصة قصيرة عن الشجاعة:

يوزع للأطفال أوراق ويطلب منهم أن يكتبوا قصة قصيرة عن الشجاعة أو موقف شجاع قاموا به

قصة قصيرة عن الشجاعة	
اسم القصة:	اسم الطفل:

ملاحق البحث



استمارة تقييم جلسات البرنامج التدميمي السلوكي في خفض عدد من المخاوف

النوعية

عزيزي الطفل نظراً لأهمية آرائك في الجلسات الإرشادية وإيماناً بأهمية الدور الذي تشكله آراءك ومقترحاتك في الوصول إلى أفضل أداء للمجموعة، آمل التكرم بالإجابة على أسئلة هذه الاستمارة، وشكراً لاهتمامك ومشاركتك.

الاسم:

- ما رأيك في البرنامج ومحتوياته؟
- ما هي الأنشطة والألعاب التي أثارت انتباهك في البرنامج؟
- ما هي الأنشطة والألعاب التي لم تعجبك في البرنامج؟
- هل شعرت باستفادتك من هذا البرنامج؟
- ما هي جوانب القصور التي تراها في هذه البرنامج؟
- ما هي الجوانب الإيجابية التي استفدت منها في هذه البرنامج؟
- ما هي اقتراحاتك لتحسين البرامج اللاحقة؟

ملحق (٢)

استبيان المخاوف النوعية

أعزائي الأطفال

بين يديكم قائمة من العبارات التي تصف مشاعركم وأفكارهم في مواقف المختلفة التي عشتوها خلال الشهور الماضية والتي أثرت على حياتهم بشكلها الطبيعي.

يرجى قراءة كل عبارة بعناية تامة والتعبير عن موقفك منها بصراحة، وذلك بوضع إشارة (×) في المربع المناسب وفق الدرجات التالية: " موافق بشدة "، " موافق "، " غير متأكد "، " غير موافق "، " موافق "، " غير موافق بشدة "

مثال : إذا كنت تشعر بالقلق خلال وجودك في هذا في عمود " تنطبق بشدة " ، وإذا كنت تشعر بالقلق بدرجة أقل تضع الإشارة في عمود " تنطبق " وإذا لم تستطع تحديد موقفك تضع الإشارة في عمود " غير متأكد " إذا كنت لا تشعر بالقلق تضع الإشارة في عمود " غير موافق " وإذا كنت لا تشعر بالقلق بدرجة كبيرة تضع الإشارة في عمود " لا تنطبق بشدة " ولنفرض انك تشعر بالقلق كثيراً ، في هذه الحالة يجب وضع الإشارة (×) في عمود "تنطبق بشدة" كالتالي :

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
١	أشعر بالقلق من وجودي في هذا المكان					
٢	أنا سعيد لوجودي مع أصحابي					

نرجو اعلامكم بان المعلومات المقدمة في هذا الاستبيان سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي و الجانب(الإرشادي) فقط وستبقى في سرية تامة. لذا، نشكر لكم إعطائنا جزءا من وقتكم في الإجابة عن فقرات الاستبيان لنرجو منكم الجدية في التعبير عن مشاعرهم وأرائكم .

ملاحق البحث

معلومات عامة :

العمر:.....

اسم المدرسة/ مركز الإيواء:.....

الجنس: ذكر () أنثى ()

الصف:.....

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
١	أشعر بالملل في هذه الأيام					
٢	أتجنب لتفكير في المواقف المؤلمة التي عشتها خلال الفترة الماضية					
٣	أشعر بالخوف من عدة أشياء					
٤	أشعر بالخوف الشديد من الأماكن المظلمة أو عندما ينقطع التيار الكهربائي					
٥	أشعر بالفزع دون سبب محدد					
٦	في كثير من الأيام أحلم بأحلام مزعجة بأنني سوف أموت من انفجار قنبلة					
٧	أصوات القنابل والانفجارات الشديدة تجعلني أشعر بالخوف الشديد					
٨	أشعر بالقلق عندما أبتعد عن أفراد أسرتي					
٩	عندما أكون بعيداً عن أفراد أسرتي أشعر بالقلق والتوتر أن يحصل لأحدهم أمر مكروه					
١٠	أفكر كثيراً بأنه سوف يحصل انفجار قرب مدرستي أو منزلي					
١١	أشعر بالخوف الشديد عندما أكون في المنزل لوحدي					
١٢	أشعر بالرعب عندما اسمع صوت سيارات الاسعاف تنقل الجري					

ملاحق البحث

١٣	أخاف بشدة أن يحصل أمر مكروه لوالدي في العمل				
١٤	أتجنب الأماكن التي فيها مشكلات أو مخاطر قد تهدد حياتي.				
١٥	أشعر بضيق في التنفس عندما أسمع أو أتذكر الأصوات العالية للقفائف				
١٦	أشعر بالخوف عندما أشاهد في التلفاز أطفال تعرضوا لتفجير انتحاري				
١٧	يعجبني إثارة المشاكل في المباريات التي تجري في المدرسة .				
١٨	دقات قلبي تكاد تتوقف عندما أسمع صوت عال بشكل مفاجئ				
١٩	لا أستطيع الاقتراب من الأماكن التي تعرضت للقصف سابقا				
٢٠	أصبحت كثير التبول على غير العادة				
٢١	أشعر بالدوار أو الدوخة عندما أخرج من منزلي				
٢٢	أشعر بأن أفكاري غير مرتبة في هذه الأيام				
٢٣	أشعر بالخوف والانعراج من الأماكن المزدحمة				
٢٤	أشعر بالقلق عندما أشاهد طفل يبكي لأنه فقد أحد أفراد أسرته				
٢٥	أخشى الذهاب إلى الأماكن التي حصل فيها انفجارات				
٢٦	أحاول الابتعاد عن الأماكن التي فيها بيوت مدمرة				
٢٧	لا أستطيع النوم لأيام عندما أكون خائفا بشدة				
٢٨	أشعر بالألم الشديد في بعض أجزاء جسمي				
٢٩	لم أعد القيام بأنشطتي المعتادة عما كانت عليه في السابق بسبب الخوف من الخروج من المنزل				
٣٠	بدأت أخاف على مستواي الدراسي الذي بدأ ينخفض في هذه الأيام				

شكراً لتعاونك معنا

ملحق (٣)

أعراض الصدمة النفسية للأطفال

أعزائي الأطفال

بين يديكم قائمة من العبارات التي تصف مشاعرهم وأفكارهم في مواقف المختلفة التي عشتوها خلال الشهور الماضية والتي أثرت على حياتهم بشكلها الطبيعي.

يرجى قراءة كل عبارة بعناية تامة والتعبير عن موقفك منها بصراحة، وذلك بوضع إشارة (×) في المربع المناسب وفق الدرجات التالية: " موافق بشدة "، " موافق "، " غير متأكد"، " غير موافق"، "غير موافق بشدة"

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
١	أعاني من خوف شديد دون سبب واضح					
٢	أخاف من الحديث مع شخص غريب					
٣	أتجنب المشاركة في الأنشطة الجماعية.					
٤	أكره التحدث أمام مجموعة					
٥	أكره تناول الطعام في الأماكن العامة (الشارع - الحديقة - الباحة)					
٦	أحاول عدم تذكر المواقف المؤلمة التي حصلت معي					
٧	أحاول مواجهة خوفي مما حدث لي في ذلك الموقف					
٨	أحاول إبعاد الصور المرعبة عن الموت من عقلي					
٩	أحاول أن أطرد من عقلي كل الذكريات المؤلمة حول ما حدث					
١٠	تراودني أفكار وصور مزعجة حول ما حدث					
١١	تخيفني الأحلام المزعجة عما حدث لي ولأسرتي					
١٢	عندما تخطر بذهني صورة مؤلمة لما حدث، أشعر وكأنني أعيش الحدث المؤلم مرة أخرى.					
١٣	أحاول أن لا أفكر بذلك الحدث المؤلم					
١٤	أحاول عدم تذكر كل ما حدث لي في ذلك الموقف					
١٥	ليس لدي أي اهتمام بأي نشاط أقوم به					
١٦	أحياناً أشعر برغبة في البكاء					
١٧	أنا غير سعيد					
١٧	دائماً أشعر بالتوتر والعصبية الزائدة					
١٩	أجد صعوبة في التركيز					

ملحق (٤)

قائمة أعراض القلق

أعزائي الأطفال

بين يديكم قائمة من العبارات التي تصف مشاعرهم وأفكارهم في مواقف المختلفة التي عشتوها خلال الشهور الماضية والتي أثرت على حياتهم بشكلها الطبيعي.

يرجى قراءة كل عبارة بعناية تامة والتعبير عن موقفك منها بصراحة، وذلك بوضع إشارة (×) في المربع المناسب وفق الدرجات التالية: " موافق بشدة "، " موافق "، " غير متأكد"، " غير موافق"، "غير موافق بشدة"

إذا كنت تشعر بالقلق خلال وجودك في هذا ضع إشارة في عمود " موافق بشدة " ، وإذا كنت تشعر بالقلق بدرجة أقل تضع الإشارة في عمود " موافق " وإذا لم تستطع تحديد موقفك تضع الإشارة في عمود " غير متأكد " إذا كنت لا تشعر بالقلق تضع الإشارة في عمود "غير موافق" وإذا كنت لا تشعر بالقلق بدرجة كبيرة تضع الإشارة في عمود "غير موافق بشدة" ولنفرض انك تشعر بالقلق كثيراً ، في هذه الحالة يجب وضع الإشارة (×) في عمود "موافق بشدة" كالتالي :

الرقم	العبارات	تنطبق بشدة	تنطبق	غير متأكد	لا تنطبق	لا تنطبق بشدة
1	أجد صعوبة في اتخاذ قراري					
2	أقلق عندما لا تسير أموري على ما يرام					
3	يبدو لي أن الآخرين يجدون سهولة في القيام بالأشياء أكثر مني					
4	أحب كل من اعرفهم					
5	غالباً ما أجد صعوبة في استعادة نشاطي					

ملاحق البحث

					6 أعيش في قلق شبه دائم
					7 ينتابني خوف من أشياء كثيرة
					8 أنا لطيف دائماً
					9 أنا سريع الغضب
					10 أخشى ما سيقوله لي والديّ
					11 أحس بأن الآخرين لا يحبذون أسلوبني في القيام بالأشياء
					12 اعتني بنفسني دائماً
					13 لا أستطيع النوم بسهولة
					14 تهمني نظرة الناس لي
					15 أشعر بالوحدة حتى أثناء وجودي مع الآخرين
					16 أنا محبوب دائماً
					17 أعاني غالباً من وجع في البطن
					18 أنا حساس جداً
					19 تتعرق يديّ
					20 أنا لطيف دائماً مع الناس
					21 غالباً ما أكون متعباً
					22 أتخوف من المستقبل
					23 الآخرون سعداء أكثر مني

ملاحق البحث

					أنا صادق دائماً	24
					أرى أحلاماً مزعجة	25
					تجرح مشاعري بسرعة عندما يزعجني الآخرون	26
					ينتابني شعور بأن أحد ما سيقول لي بأنني لا أقوم بالأشياء كما يجب.	27
					لا اغضب أبداً	28
					أحياناً استيقظ مرعوباً	29
					ينتابني القلق عند ذهابي للنوم	30
					لا أركز جيداً على عملي	31
					أقول دائماً ما يجب قوله	32
					أتحرك كثيراً أثناء جلوسي على الكرسي	33
					أنا من النوع القلق	34
					كثير من الناس يفتنون ضدي	35
					لا أكذب أبداً	36
					أقلق غالباً لأشياء مزعجة قد تحدث لي	37

**University of Damascus
Faculty of Education
Department of Psychological Counseling**



The effectiveness of prophylactic behavioral counseling in reducing the Specific phobias of a sample of children

Thesis for Master's Degree in Mental Health

Prepared by
Khader Al Hussein

Supervisor
Dr. Riyad Nail Al - Asami
Professor in the Department of Psychological Counseling

2018 – 2017

1439 – 1438

SUMMARY

In the circumstances of disasters, people are subjected to the worst types of traumatic and stressful conditions that leave their mark on most aspects of life. It is no coincidence that the children most affected are the most vulnerable. In this section, we present the circumstances of children in light of disasters and crises, their psychological, cognitive and behavioral effects on the child, the mechanisms of rapid intervention to reduce them, and the role that the family and voluntary institutions have in the time of disaster. The circumstances of disasters and traumatic events are a vibration of self-confidence and others. The child's life-threatening, fear and growing anxiety that affect his or her behavior and temperament here has many acute psychological, social and physiological reactions, He becomes a victim of severe fear, nightmares, depression and other emotional disorders. He is in dire need of psychological support not only from parents or psychologists, but also from volunteers, emergency teams and doctors who are constantly on the scene. Very important that we are all aware of the culmination of our professional and national success and excellence.

Many studies have focused on psychological interventions, especially behavioral ones, to reduce the Specific phobias of children in general and of children who have been exposed to war disasters, using multiple techniques such as exposure, relaxation, progressive immunization, reinforcement and other techniques. Craske, 2006 & Mystkowski, A large amount of evidence suggests that specific phobia is most effective and is treated efficiently with exposure-based therapies. Behavioral interventions are compatible with the psychosocial support provided by the therapist and the child to reduce these concerns, as psychological support helps to maintain the results of behavioral intervention and makes the child more able to cope with his irrational fears. Scientific studies in this area have indicated that children provided with psychological assistance in shelters did not reach positive results. Both Menzies & Harris & Jones (1998) and McCabe & Antony (2008) indicated that these children needed programs in Psychological support at the level of treatment (the fourth phase of psychosocial support), which requires therapeutic intervention at the medical and psychological level. Craske and Rowe (1997) note that the behavioral counseling programs that link behavioral guidance and psychosocial support have been effective in reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder, including Specific phobias.

Therefore, the current research seeks to provide a collective guidance program based on the extension of the guidance in reducing the qualitative fears and some associated variables on a sample of children in the province

of Homs who were traumatized by the Syrian crisis. The study problem can be identified in light of the following question:

Research importance:

1-shedding light on Specific phobias and forms of treatment and psychological counseling that deal with those fears, especially psychological counseling and behavioral advocacy.

2-access to accurate diagnosis about the nature of these fears and their psychological effects associated with the respondents in the current research.

3-This study addresses a number of Specific phobias resulting from trauma in children, which have not been addressed before in the local and Arab environment within the limits of the researcher's knowledge.

4- The results of the current research could be fertile ground for psychosocial support in interested institutions and organizations to help them deal with such situations, which suffer from the Specific phobias of the trauma of the war.

-5- Recognize the effectiveness of the program in reducing the specific disease-related trauma and other variables in experimental sample children in post-measurement and deferred measurement.

Research goals:

-1 The magnitude of the impact of the program in reducing the symptoms of Specific phobias in the sample of children of the experimental group compared with the control group at the quantitative and qualitative level.

-2 To provide an integrated vision for the mechanism of treatment of Specific phobias through the use of supportive or supportive treatment in a sample of children, in order to benefit from this type of intervention in dealing with other conditions of fears, which can help parents, psychologists and psychosocial support workers to reduce these Children's fears.

research assumes:

The research attempts to test the following hypotheses:

1- There are no statistically significant differences between the mean scores of the experimental sample on the scale of the Specific phobias in the tribal and remote measurement.

2-There are no statistically significant differences between the average scores of the experimental sample and the control group in the Specific phobias in measurement and dimension.

3-There are no statistically significant differences between the average scores of the sample of the experimental sample in the Specific phobias in the measurement and the remote and deferred (follow - up).

4- There are no statistically significant differences between the mean scores of the experimental sample and the control group in the Specific phobias of deferred measurement.

5- There were no statistically significant differences between the mean scores of the experimental sample members in the anxiety in the tribal and remote measurement.

6- There are no statistically significant differences between the mean scores of the experimental sample and the control group in the Specific phobias in measurement and dimension.

7- There are no statistically significant differences between the average scores of the experimental sample members in the Specific phobias in the measurement, the remote and the deferred (follow - up).

8- There were no statistically significant differences between the mean scores of the experimental sample and the control group in the Specific phobias of deferred measurement.

9. There are no significant differences in the magnitude of the effect on the quantitative level of the experimental group members in the remote and deferred measurement.

Research limits and methodology:

The following determinants Methodology, use the semi-experimental approach appropriate for such research

Human Borders: A sample of 200 children in Homs Governorate, aged 9-12 years old, living in public housing centers and schools suffering from specific illness concerns was selected according to measures of self-reported fears and reports of teachers and some parents. Thirty-six children were selected, who met the diagnostic criteria for general pediatric infections and specific infections. They were divided into two groups, experimental and 18 controls. The program was applied to the experimental group without the control.

Study Tools: The researcher used a set of tools to verify the homogeneity of the sample first in terms of age, intelligence score, and fears, and the impact of the intervention on the second program, which was measured by the following tools: the qualitative fears scale, the shock scale and the general anxiety measure. Whose cytometric properties were verified on a sample of 20 children. These measures were applied in the following stages: tribal measurement, telemetry, deferred measurement. (10) sessions on behavioral and support techniques, and the duration of each session (90) minutes, and the most important of these techniques are the following. Discussion and dialogue - Revitalizing games. Game Leader Defender - A game of dorsal on your back - A song about us being a group - Passing movement and sound in a circle. Emotional venting - Discussion and dialogue - Drawing - Representation, dealing with concerns Discussion and dialogue - Representation - Cycodrama - Strengthening - Homework such as: Image formation activity expressing fear - The image you speak - The magic store - Sounds scared me

Results:

The results of the study showed that the pilot program led to a reduction in the level of the symptoms of the Specific phobias caused by the shock immediately after the application of the program, and the experimental sample patients on some improvement in the stage of delayed measurement compared to the control group,

The results showed that the experimental group had a reduction in the symptoms of shock compared with members of the control group in the post-measurement and deferred.

The results also showed that the experimental group had a recent decrease in the level of general anxiety compared to members of the control group in post-measurement and deferred.

The findings concluded with a set of recommendations on research findings that benefit parents and childcare workers in schools and shelter centers.