فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة

إعداد طالبة الدكتوراه
منال الشيخ

إشراف الدكتور
مطاع بركات

جامعة دمشق
كلية التربية

الملخص

يهدف هذا البحث إلى تعرّف أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من النوع المتأخر "Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)" لدى الأطفال الذين تعرّضوا لإساءة جنسية، من خلال دراسة حالة طفلة تعرّضت لاستغلال جنسي منذ أربعة أعوام وعمرها الآن يتراوح ما بين (10-11) سنة، عندما ظهرت أعراض PTSD لديها.

كما يهدف البحث الحالي إلى بيان فاعلية البرنامج الإرشادي المتبع في علاج أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من النوع المتأخر. نُفّذ البحث بالاعتماد على الأدوات التالية:

1- استبانة الحدث الصادم من إعداد الباحثة.

2- مقياس PTSD لتشخيص الاضطراب بالاعتماد على DSM-IV من إعداد الباحثة طُبّق من قبل الطفلة قبل خضوعها للبرنامج الإرشادي وبعده مباشرةً، ثم بعد شهر من انتهاء التطبيق.

3- البرنامج الإرشادي الفردي المتبع، إعداد الباحثة.

جرى تنفيذ البحث ضمن حدود مكانية في إحدى مدارس مدينة دمشق للتعليم الأساسي حلقة أولى وفي حدود زمانية امتدت من (2009/2/1) إلى (2009/3/15).

توصّلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمّها:

- **ü** تبيّن أن أكثر الأعراض شدةً، والتي ظهرت على الحالة موضوع الدراسة ..." الأعراض الاقتحامية، أعراض الاستثارة، وهي من الأعراض الأساسية، أمَّا مشاعر الذنب فتُعدّ من الأعراض الثانوية المصاحبة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة".
- **ü** فاعلية البرنامج الإرشادي الفردي في التخفيف من أعراض PTSD الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الطفلة موضوع الدراسة.

مقدّمة:

إن مرحلة الطفولة من أهمّ مراحل العمر في حياة الإنسان، كما أن للخبرات التي يمر بها الأطفال في هذه المرحلة دوراً هاماً في تشكيل شخصياتهم، فإذا كانت تلك الخبرات ذات طابع مؤلم، أو صادم، فإنها قد تؤثّر بصور سلبية على بناء شخصية سوية في المستقبل، ومن الخبرات المؤلمة والصادمة التي قد يمر بها الأطفال التعرّض للإساءة والاستغلال الجنسي (Sexual Abuse)، وإن الإساءة الجنسية للطفل ظاهرة صعبة التعرّف والتحديد بدقة، وهي ذائعة الانتشار في كلّ المجتمعات، فالطفل في أيّ عمر، أو جنس، أو دين، قد يتعرّض لسوء المعاملة، وتقدم وسائل الإعلام أمثلة عن حالات تلقي الضوء على مظاهر تتضمّن أطفالاً يتعرّضون لأنواع مختلفة من الإساءة كالقتل، والحبس، والضرب، والإساءة الجنسية، ورغم أن هذه الأحداث تجذب انتباه العالم وتعاطفه مع هؤلاء الضحايا، إلا أنَّها في ازدياد مستمر (عبد الرحمن، 2006)، وقد جرى في هذا البحث إلقاء الضوء على الأعراض الناتجة عن الإساءة الجنسية عند الأطفال من خلال عرض حالة، ومحاولة إعداد برنامج إرشادي فردي للتخفيف من آثار الصدمة النفسية الناتجة، والتي ظهرت بشكل متأخر عن الحدث الصدمي لدى الحالة موضوع الدراسة.

مشكلة البحث ومسوّغاته:

يتعرّض الأطفال لأحداث حياتية متنوعة ومتعددة كأحداثٍ تسبب لهم ضغوطاً نفسية، وتعدّ منغّصاتٍ حياتيّة طبيعية لا تؤثّر على مجرى حياتهم وتكيفهم النفسي (كفقدان الطفل لشيءٍ محبب له من ألعابه). في حين يتعرّض بعضهم لأحداثٍ حياتية صعبة وصادمة كالاستغلال الجنسي، قد تسبب لهم ضغوطاً نفسية، وتؤثّر على توافقهم النفسي، وتؤدّي إلى سوء تكيفهم مما ينعكس على تحصيلهم الدراسي وسلوكهم الاجتماعي وعلاقاتهم مع الآخرين، وهذا ما أشار إليه سبيكتر (Spactro, 2004) من أن

إساءة معاملة الطفل وخاصة الإساءة الجنسية غالباً ما ترتبط بإصابة الطفل باضطرابات نفسية مثل العدوان، اضطراب السلوك، القلق، الانسحاب، وعدم الثقة بالبالغين، وإن الأطفال الذين يشهدون حدثاً معيناً يتأثرون به بطرق مختلفة تعتمد على الميزات الشخصية لكلّ طفل، والتي تحدّد المعنى الخاص الذي يعطيه الطفل للحدث، كما تؤدّي الخصائص الشخصية للطفل الذي يتعرّض للأزمة دوراً مهماً في درجة تأثره بها وتشمل: طريقة إدراك الطفل للحدث الضاغط وطبيعة المرحلة العمرية له، فالطفل الذي يتعرّض لأحداث مؤلمة له في مرحلة عمرية مبكرة قد لا يدرك طبيعة هذا الحدث بشكل مباشر، وقد تظهر المعاناة النفسية عند إدراكه لطبيعة الظروف الصعبة التي واجهته سابقاً، كما أن دور الأهل يختلف اختلافاً كبيراً تجاه عملية الكشف أو الإظهار، فبينما تقوم بعض الأسر بمساعدة الطفل والترتيب لعمل إرشادي مناسب لحمايته، في الوقت الذي تقوم به بعض الأسر الأخرى بمعاقبة الطفل لعدم الإبلاغ عما حدث له، وقد تقوم الأسرة بإخفاء هذا الحدث الصادم وتمنع الطفل الحديث عنه، وترفض أن تصدق أن مثل هذا الفعل السيئ من الممكن أن يحدث ويخترق منظومة الأسرة وكيانها، وفي أوقات كثيرة عندما يكون الضغط كبيراً على الطفل، فإنه يقمع عملية الانتهاك التي جرت له ويكبتها فيشعر الطفل وكأنها لم تحدث على الإطلاق (البحيري، 2002)، وهذا ما جرى للحالة موضوع الدراسة عند تعرّضها للاستغلال الجنسي، وهي بعمر السادسة، عندما حاولت والدتها قمع الطفلة ومنعها من التحدث مع أيّ شخص عمّا حدث لها، لكي لا يعلم والدها وإخوتها الكبار مما أثّر على سلوكها وتكيفها فيما بعد. ويشترك الأطفال الذين تعرّضوا للإساءة الجنسية في عدد من السمات التي تفرضها طبيعة الإساءة، وكذلك المرحلة النمائية للطفل، وكثيراً ما تخلف الإساءة الجنسية أطفالاً ذوي تقدير منخفض للذات ومشاعر الذنب إضافة إلى لوم الذات، وصراع الولاء للأسرة، الغضب والعداء، الخوف، القلق والاكتئاب (Lindon& Nourse, 1994) وتتفق الباحثة مع رأي (العتيق) أن ما يجعل لهذه

الأعراض الضاغطة أثراً كبيراً في معاناة الأطفال لمشاعر التوتر والانفعال هو عدم قدرتهم على التعامل معها على نحو إيجابي. وذلك لافتقارهم إلى مهارات التوافق النفسي والتكيف الاجتماعي التي يمكن أن تساعدهم في دعم قدرتهم على مواجهة هذه المشكلات والتخفيف من حدتها. (العتيق، 2001). هذه المسوغات السابقة دعت الباحثة إلى إعداد برنامج إرشادي فردي يسعى إلى خفض حدة بعض أعراض PTSD مستنداً إلى فنية التفريغ الانفعالي بالتعبير عن المشاعر من خلال أسلوب الكتابة والإرشاد والرسم، وتقنية شكل جسدي، كما يعتمد فنية الاسترخاء عن طريق التخيل، الاسترخاء العضلي، وتصحيح الأفكار اللاعقلانية. إنّ جميع الفنيات السابقة الذكر جرى التدرب عليها من خلال اللعب باعتباره الطريقة الرئيسية التي يتبعها معظم المعالجون النفسيون العاملون في مجال العلاج النفسي للأطفال، وسعياً وراء تحقيق فاعلية أكبر للأساليب العلاجية والتخفيف من معاناة الأطفال الذين يعانون أعراض PTSD من النوع المتأخر، واستناداً إلى واقع الخدمات النفسية رغم شيوع الصدمات بأنواعها وخاصة الصدمات الناجمة عن إساءة معاملة الأطفال لاسيما الإساءة الجنسية غير المعلن عنها، فعلى حدود علم الباحثة لم تجد على المستوى المحلي أيّ برامج إرشادية من النوع الذي يتصدى لآثار هذه الصدمات وقاية وعلاجاً وبناءً على ما تقدّم يمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال الآتي:

ما فاعلية برنامج إرشادي فردي للتخفيف من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى حالة الدراسة.

- **سؤال البحث:**

انطلق البحث الحالي من السؤال الرئيسي الآتي:

ما فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من النوع المتأخر عند طفلة تبلغ من العمر (10) سنوات تعرّضت لاستغلال جنسي في سن السادسة.

هدف الدراسة:

يهدف البحث الحالي إلى تعرّف فاعلية البرنامج الإرشادي الفردي في التخفيف من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من النوع المتأخر عند طفلة تبلغ من العمر (10) سنوات تعرّضت لاستغلال جنسي في سن السادسة.

أهمّية البحث:

تنبع أهمّية البحث من النقاط التالية:

1- إمكانية إصابة أيّ طفل يتعرّض لأي نوع من أنواع سوء المعاملة أو الاستغلال الجنسي باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

2- النتائج العلاجية المرجوة للطفلة موضوع الحالة من خلال تطبيق البرنامج الإرشادي حيث يتوقع أن تتلخص من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من النوع المتأخر.

3- تأتي أهمّية البحث من أهمّية الموضوع الذي يتناوله، وهو إعداد برنامج إرشادي فردي لتحسين مهارات تساعد في التخفيف من بعض أعراض PTSD عند طفلة تعرّضت لاستغلال جنسي عندما كانت في السادسة، أيّ قبل أربعة أعوام من عمرها الحالي علماً بأن أعراض صدمة الانتهاك بدت تظهر عليها وهي بعمر (10) سنوات.

4- قد تفيد نتائج البحث القائمين على العملية الإرشادية من باحثين وعاملين في مجال تأهيل المرشدين والمعلمين للتعامل مع الأفراد الذين تعرّضوا لأحداث صادمة وعلاج آثارها.

مصطلحات البحث:

- **اضطراب الضغوط التالية للصدمة**: يقدّم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) استناداً إلى الرابطة الأمريكية للطب النفسي تعريفاً للاضطراب على النحو الآتي: "أنَّه فئة من فئات اضطرابات القلق، الذي يعقب تعرّض الفرد لحدث

ضاغط (Stressor) نفسي أو جسمي، غير عادي، في بعض الأحيان بعد التعرّض له مباشرة، وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر بعد التعرّض لتلك الضغوط" (American psychiatric Association, 1994)

- **اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتأخر**: ينتج عن تعرّض الفرد لحدث صادم على نحو مفاجئ وغامر مما يتسبب في الخوف الشديد والعجز، وتجنب المشاركة الفعالة في الحياة- والأعراض السابقة يمكن ألا تظهر مباشرة ويؤجل ظهورها بعد ستة أشهر أو أكثر من تعرّض الفرد للحدث الصعب (المرجع السابق).

ويُعرّف إجرائياً بأنه: الدرجة التي تنالها الطفلة على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي أعدته الباحثة.

- **الحدث الصدمي**: يشير أورزانو "Ursano" إلى أن الأحداث الصدمية أحداث خطيرة مربكة ومفاجئة، تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف، والقلق، والانسحاب، والتجنب، والأحداث الصدمية، كذلك ذات شدة مرتفعة، وغير متوقعة، وغير متكررة، وتختلف في دوامها وظهورها من حادة إلى مزمنة، أو متأخرة، ويمكن أن تؤثّر في شخص بمفرده كحادث سيارة أو جريمة من جرائم العنف كالاستغلال الجنسي، وقد تؤثّر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلزال أو الأعاصير. (عن عبد الخالق، 1998، ص53) ويمكننا التفريق بين نوعين من الأحداث الصادمة: 1) حدث صادم غير متكرر، ويحدث لمرة واحدة (كالحادث، أو الكارثة... إلخ).

2) أحدث صادمة تستمر لمدة طويلة، وتتكرر (كالاستغلال الجنسي)، وهذه الأحداث قد تكون عواقبها أشد على الشخص.

- **مشاعر الذنب**: وهي ردود فعل لاحقة للصدمة تظهر من خلال شعور الشخص أنَّه السبب في الأحداث السلبية التي وقعت، وغالباً ما يرى عيوباً محتملة في أفعاله، ويلوم نفسه على عدم ممارسته أيّ نشاط. (الزين، 2007).
- **الاستغلال الجنسي**: يعرّف الحديدي وجهشان الاستغلال الجنسي: "أنَّه قيام المسيء بأي تصرف جنسي، أو تصرف يثير الرغبة الجنسية، أو انتهاك متعمد لخصوصية جسم الطفل، بغض النظر عن قبوله بتلك الأفعال أم لا".(الحديدي وجهشان، 2001).

كما قامت منظمة الصحة العالمية في عام 1986 بتعريف الاستغلال الجنسي:

"إن الاستغلال الجنسي للطفل Child Sexual abuse يعني استخدام الطفل للحصول على اللذة الجنسية للراشد" (عن بركات، 2002، ص27).

حدود البحث:

جرى تنفيذ البحث ضمن حدود مكانية، في إحدى مدارس مدينة دمشق للتعليم الأساسي حلقة أولى، وفي حدود زمانية امتدت من (2009/2/1) إلى (2009/3/15) .

الخلفية النظرية:

مفهوم إساءة المعاملة الجنسية (Sexual Abuse): يشير هذا المصطلح إلى "استخدام الأطفال أو المراهقين في أفعال جنسية لا يفهمونها، ولا يستطيعون الموافقة عليها، والتي تنتهك القواعد الثقافية المقبولة بوجه عام، وتشمل هذه الأفعال أنواع اللمس، أو الاتصال الجنسي بالإكراه، أو بدون رضا الطرف الآخر، والذين يسيئون معاملة الطفل، وينتهكونه جنسياً قد يكونون هم الوالدان، أو الأقارب، أو المدرسون، أو الجيران، أو من يقومون على رعايته، ويعدُّ الطفل المُساء إليه جنسياً ضحية، حيث يدرك أن البالغين الذين أساؤوا إليه يجب طاعتهم، وأن تهديداتهم يمكن تنفيذها لو أن

الطفل أخبر أحداً عن انتهاكه وسوء معاملته، ولذلك فإنَّ الطفل لا يكشف عن ذلك، ثم يشعر بعد ذلك بالاضطراب والذنب". (البحيري، 2002، ص11).

وهناك خمسة أطوار متدرجة لعملية التورط بين الطفل ومن يقوم بانتهاكه، وهذه الأطوار هي: طور الارتباط Engagement Phase، وطور التفاعل الجنسي Sexually Interactive، وطور السرّية أو الكتمان Secrecy Phase، وطور الكشف أو الإظهار Disclosure Phase، وطور القمع Suppressive phase. (Bentovim, 1991) في الطور الأول يقوم الشخص الذي ينتهك الطفل أولاً بالاقتراب منه، ثم بعد ذلك يعمل على إيجاد الطريقة التي يشرك بها الطفل في السلوك الجنسي دون استخدام القوة ودون إخافته وإقناعه بأن مثل هذا السلوك مقبول. ويحدث الطور الثاني بالتدريج، حيث يبدأ بإظهار كيف يقوم الطفل بعملية الاستمناء ثم ينتقل بعد ذلك إلى تدليكه ومغازلة جسمه بصفة عامة، ثم ينتقل إلى التركيز على كشف العورة، وفي طور السرّية يبقى الطفل على العلاقة الجنسية في حيز الكتمان إضافة إلى أنَّه من الضروري تجنب الكشف أو الإظهار مما يسمح لهذه الأفعال أن تتكرر وتتزايد والسبب في هذه السرّية عاملان:

1-تهديد الطفل من قبل الكبار، كأن يقول له: "إذا أخبرت والديك فإنهما سوف يعاقبانك"، أو يكون التهديد موجهاً لشخص يحبه الطفل. ومن هذا التهديد تستمر الأفعال الجنسية للحفاظ على كيان الأسرة، أو لإنقاذ شخص عزيز من الموت.

2-والسبب الآخر الأكثر صعوبة في الفهم والتحليل، هو أنَّه في بعض الحالات يقوم الطفل بحفظ السرّ لأن بعض جوانب الفعل الجنسي تكون ممتعة له إضافة إلى استمتاعه بالكلّام المحبب له والهدايا التي يتلقاها من البالغ الذي يسيء المعاملة، هذا إضافة إلى الشعور بالأهمّية التي تصاحب الفعل، وينتهي طور السرّية أو الكتمان عند اكتشاف عملية إساءة معاملة الطفل، والتي يمكن اكتشافها بالمصادفة، وهناك احتمال أيضاً أن الطفل سوف يفشي السرّ لشخصٍ ما، لأن الطفل يرغب في معاقبة

الشخص الذي أساء إليه، أو يرغب في إيقاف هذه العملية، وأحياناً يرغب الأطفال الصغار في الكتمان، ولذلك فهم يخبرون طفلاً آخر يقوم بعد ذلك بإخبار شخص بالغ. (البحيري، 2002).

عواقب الاستغلال الجنسي للأطفال:

يقود الاستغلال الجنسي للأطفال إلى عواقب مختلفة، تتوقف على بعض صفات الطفل كعمره، ودرجة حساسيته، ووعيه بما يجري له..، كما تتوقف على نوع الخبرات التي مرّ بها، كشدّة العنف، أو نوع السلوك المستخدم، وتتوقف أخيراً على طبيعة العلاقة بين الطفل وأبويه، ويمكن عموماً التحدث عن نوعين من هذه العواقب، يتضمّن الأول نتائج مباشرة للاستغلال، وهي قد تكون نتائج جسدية وانفعالية تتوقف على مدى شدة وتكرار السلوك (كملامسة جسد الطفل دون إلحاق أذى له)، وقد تكون في صورة مرئية كالجروح والكدمات على جسد الطفل، أو تكون غير واضحة للعيان، ككسور العظام وأذيات الأعضاء الداخلية من جسم الطفل، أمَّا النتائج الانفعالية المباشرة فهي قبل كلّ شي مشاعر الرعب والقلق والعجز والغضب على الأبوين وعلى الفاعل، أمَّا الآثار الآجلة للاستغلال فتضم كذلك آثاراً انفعالية ومعرفية واجتماعية، يظهر لدى عدد غير قليل من ضحايا الاستغلال الجنسي حالات من القلق والاكتئاب، وضعف القدرة على ضبط الانفعالات وتلازم مثل هذه المشكلات ضحايا الاستغلال سواء في مرحلة المراهقة أم في حياتهم الراشدة، ويكون هؤلاء الأفراد في علاقاتهم بالآخرين قليلي الثقة، وغالباً ما يتصرفون بشكل عدواني مع أقرانهم في المدرسة، ومع أفراد أسرهم (بركات، 2002)، ويشكل الاستغلال الجنسي للضحايا صدمة حياتية كبيرة، وفقدان الثقة بالآخرين ومشكلات دراسية مفاجئة، اضطرابات النوم، قلق أو اكتئاب واضطراب الضغوط التالية للصدمة.

انتشار ظاهرة إساءة معاملة الطفل:

أجريت العديد من الدراسات لمعرفة مدى انتشارها سواء في المجتمعات الغربية أو العربية، ففي المجتمعات الغربية تقدر الإحصاءات الأجنبية حدوث الإساءة الجنسية لدى (2%) من الأطفال كلّ سنة تقريباً، وأن نسبة من هم ضحايا الإساءة الجنسية في إحدى مراحل حياتهم كانت واحدة من كلّ ثلاث نساء، وواحد من كلّ عشرة رجال (Peters, 2001).

كما وجد قسم الخدمات الإنسانية والصحية بالولايات المتحدة بأن حوادث الإساءة الجسدية والجنسية التي لحقت بالأطفال وصلت إلى الضعف من (1.4) مليون إلى (2.8) مليون بين عام (1986-1993)، كما ازداد عدد الأطفال الذين تعرّضوا لإصابات خطيرة من سوء المعاملة من (143000) إلى (570000) في الفترة نفسها (Tierney, 2000).

ومن الدراسات التي أجريت في المجتمعات العربية ما توصَّلت إليه نتائج الدراسة التي قام بها الحديدي، والجهشان (2001)، والتي أجريت في الأردن. فقد أشارت إلى أن أكثر أنماط الإساءة شيوعاً في المؤسسات هي الإساءة النفسية والإهمال (64%)، تأتي بعد ذلك الإساءة الجسدية (25%)، والإساءة الجنسية (11%)، وأن أغلبية الأطفال المساء إليهم هم من الإناث (75%)، كما تناولت دراسة الحديدي والجهشان (2001) انتشار ظاهرة الإساءة في المجتمع الأردني من الحالات التي تمَّت معاينتها في عيادة الطب الشرعي، ففي عام (1998) بلغ عدد الحالات (437) حالة، منها (145) حالة إساءة جسدية، و(174) حالة إساءة جنسية، أمَّا في عام (1999) فقد بلغ عدد الحالات (522)، وفي عام (2000) بلغ عددها (613) حالة.

أما نتائج دراسة كامل (1991) التي أجريت في مصر على (327) طفلاً وطفلة من المؤسسات، فقد أظهرت أن حوالي (89%) من حجم العيِّنة يتعرّضون لسوء المعاملة

من قبل الوالدين، وأن (53%) منهم تعرّضوا لإساءة جنسية. وفي الدراسة التي أجرتها الصويغ (2003)، والتي كان الهدف منها الكشف عن أنواع الإساءة المختلفة، وانتشار هذه الظاهرة في المجتمع السعودي أظهرت نتائج هذه الدراسة أن أكثر أنواع الإساءة انتشاراً هو الإهمال، ثم الإساءة النفسية، ثم الإساءة الجنسية ثم الجسدية، كما أجرت (عز، 2009) دراسة على (224) طفلاً حول الاستغلال الجنسي، وهي دراسة ميدانية من وجهة نظر الأطفال أنفسهم بعمر (9-13) سنة للأطفال. هدفت من خلالها إلى تحديد مستوى وفهم ووعي الطفل للاستغلال الجنسي من خلال اعتماد اللغة الشعبية المحكية المتداولة بين الأطفال، أو بين الأطفال والراشدين، وتحديد مدى انتشار الظاهرة بين الأطفال من خلال تحديدهم لـــ: أين يقع الاعتداء؟ من يقوم به؟ وكيف يقوم به؟ وخلصت الدراسة إلى أن الذكور يعتبرون أكثر من الإناث قياماً بفعل الاعتداء الجنسي على الأطفال ضحايا الاعتداء، وهم على الأغلب من المعارف والجيران وخاصة أصدقاء الطفل، وأن الإناث أكثر تعرّضاً للإساءة الجنسية من الذكور، ويعتبر الاعتداء الجنسي الكامل أكثر أنواع الاعتداء شيوعاً.

تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال:

حدّد الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الرابع (DSM-IV) الصادر عن الجمعية النفسية الأميركية المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهي:

أ) أن يكون الشخص قد تعرّض لحدث صدمي عاشه على النحو التالي:

1- أن يكون قد شاهد أو خبر حدثاً أو أكثر فيه حالات من الموت والتهديد به أو بسلامة الجسم له وللآخرين.

2- أن يستجيب لهذا الحدث بخوفٍ شديد أو رعبٍ أو عجز (في حالة الأطفال قد يظهر على الطفل سلوك مضطرب أو متهيج).

ب) يستعيد الطفل الحدث الصدمي بشكلٍ إقحامي في واحد أو أكثر مما يلي:

1- ظهور ذكريات أليمة تبدو على شكل صور، أو أفكار، أو إدراكات ملّحة ترتبط بالحدث الصدمي. (في حالة الأطفال يظهر لديهم نوع من اللعب التكراري يرتبط موضوعه بالحدث الصدمي).

2- ظهور الحدث الصدمي، أو أجزاء منه في الأحلام (في حالة الأطفال تكون أحلامهم مفزعة دون أن يستطيعوا تحديد مضمونها).

3- يتصرف الشخص، أو يشعر كما لو أن الحدث الصدمي يحدث مرة أخرى (في حالة الأطفال قد تظهر في سلوكياتهم أجزاء محدّدة من الحدث الصدمي).

4- شعور الشخص بالضيق والارتباك عند التعرّض لإشارات أو رموز داخلية أو خارجية ترتبط بالحدث الصدمي بشكل عام.

5- تظهر لدى الشخص استجابات أو ردود أفعال فيزيولوجية عند التعرّض لهذه الإشارات.

ج) يتجنب الشخص بشكل مستمر كلّ المثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي، ويبدو هذا في ثلاثة على الأقل مما يلي:

1- يبذل الشخص جهداً في تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.

2- يبذل الشخص جهداً في تجنب الأشخاص والأماكن والأنشطة المرتبطة بالصدمة.

3- نسيان أجزاء مهمة من الحدث الصدمي.

4- الشعور بالعزلة والاغتراب عن الآخرين.

5- العجز عن مشاعر العطف والحب، وضيق سعة الانفعالات.

6- نقص واضح في الاهتمام بالأنشطة المهمة أو المشاركة فيها.

7- الشعور بالمستقبل محدود غير واعد.

د) وجود أعراض مستمرة في يقظة مرتفعة تظهر في اثنين على الأقلّ مما يلي (لم تكن موجودة قبل الصدمة):

1- صعوبة الولوج في النوم أو الاستمرار فيه.

2- قابلية للاستثارة ونوبات غضب وتهيّج (Irritability).

3- صعوبة التركيز.

4- فرط التيقظ (Hyper vigilance).

5- استجابات هلع مبالغ فيها.

ه) استمرار الأعراض في (ب ــ ج ــ د) مدة أكثر من شهر. وتقسم الأعراض إلى ثلاثة أنواع حسب زمن التعرّض للحدث الصادم:

1- الأعراض الحادة: تستمر الأعراض أقلّ من ثلاثة أشهر.

2- الأعراض المزمنة: تستمر الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر.

3- الأعراض المتأخرة: تبدأ بعد ستة أشهر من التعرّض للحدث.

و) يسبب الاضطراب تأذياً واضحاً في الوظيفة المهنية والاجتماعية للفرد. (A,P,A. DSM-IV, 1994. P427-429)

تقديم العون النفسي للأطفال:

إن مساعدة الأطفال الذين عاشوا تجربة استغلال جنسي حديثة العهد ينبغي لها أن تنطوي على جانبين: ضمان الأمن الجسدي للطفل، وتقديم الدعم المعنوي له في محنته الانفعالية المؤلمة.

ويكون دور الراشدين (الآباء، المربون، المقربون، المرشدون، المدرسون). هو:

أولاً: أن يتم التأكد من أن الشخص الذي قام باستغلال الطفل لن يكون في وضع يمكنّه من الوصول إليه مجدداً.

ثانياً: يكون الطفل في أشد الحاجة إلى التواصل مع شخص يثق به، ويساعده على أن يفهم ما حدث بالطفل، وأن يفسر له علاقة هذا بالكوابيس المفزعة التي تنتابه، وشعوره

بالقلق ونوباته، بمشاعر الحزن العميق والخوض والتهديد، وخلال إحاطة الطفل بعنايتنا علينا أن نجعله يسمع بوضوح كلمات تدلّ على أنه:

- ليس مذنباً، ولا يتحمل أيّ تبعات أو مسؤولية عما حدث.
- في حال كونه قد كتم الأمر ولو لفترة طويلة فإنَّ هذا الكتمان لا يجعله شريكاً في الذنب، ولا المسؤولية.
- الانفعالات المؤلمة التي يعيشها، والقلق ونوبات البكاء أو الغضب هي كلها انفعالات متوقعة لها ما يبررها، وهي انفعالات ستمر وتتضاءل مع الزمن.
- جسده ليس خاطئاً، ولم يدنس ... ما زال الطفل طاهر الجسد والقلب في كلّ بلاد العالم يتعرّضون للأسف لمثل هذا الذي تعرّض هو له.

إن من أصعب مراحل تقديم الرعاية النفسية حتى في البلدان التي يوجد فيها نظام ومؤسسات رعاية متخصصة لمثل هذه الحالات- هي المرحلة الأولى أيّ مرحلة البوح و الإفصاح أن يقول الطفل، أمام أهله وأمام الجهات المعنية إن لزم الأمر وربما في المحكمة، أنَّه قد تعرّض لإساءة جنسية ومن هنا تأتي الأهمّية الكبيرة لبرامج التوعية الجنسية على مستوى أطفال المدارس والمهتمين بالطفل كذلك. فينبغي أن يصبح الطفل قادراً على أن يميّز بين اللمس الجنسي المغرض وغيره من أنواع اللمس العادي البريء، أن يعلم الطفل أن جسده ملك له وحده، وأنه هو وحده صاحب الحق بالتصرف به، وأن يتم نزع أيّ مشاعر إثم عند الطفل إن صادف لمساً ذا طابع جنسي، ليساعده هذا على أن يبوح بما قد يحدث له لشخص يثق به، أمَّا الراشدون المحيطون بالطفل كالآباء والمعلمين والمرشدين المدرسيين، والإخصائيين الاجتماعيين، فينبغي لهم أن يتعرّفوا جيداً إلى أعراض وعواقب الإساءة الجنسية إلى الأطفال، وكيف ينبغي عليهم أن يتعرّفوا في حال الشك أو التأكد من أن طفلاً ما قد وقع ضحية لإساءة جنسية (بركات، 2002).

العلاج النفسي:

لقد تعددت الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة سواء لدى الكبار أو لدى الأطفال وأكثرها شيوعاً مايلي:

1- العلاج السلوكي المعرفي: وهو أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة فعالية في علاج الـــ PTSD، وذلك من خلال فنياته المتعددة مثل: (التعرّض وأساليب التحكم بالقلق كالاسترخاء والتدريب على توكيد الذات، وتصحيح الأفكار الخاطئة المرتبطة بالصدمة) (Hamblen, 2003)، ويتضمّن العلاج السلوكي المعرفي استراتيجيات علاجية تحتوي نظرية تكاملية في تغيير السلوك، من خلال تغيير المعتقدات اللاعقلانية للمتعالج (لوم الذات على الحادث الذي تعرّض له) كما يعمل على خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من خلال فك الارتباط بين الأحداث الضاغطة وبين استجابة القلق، وذلك باستخدام الاسترخاء والتفكير المنطقي، والتدريب على استجابات بديلة تحل محل التجنب واستجابات الإستثارة الزائدة، وتتراوح عدد جلسات العلاج السلوكي المعرفي في معظم الحالات بين (4-14) جلسة (Beck, 1995). ويتجه العلاج النفسي في المراحل اللاحقة عادةً إلى مجموعة من النقاط:

- مشاعر الذنب التي يشعر فيها الطفل.
- التسبب في واقعة الإساءة.
- التسبب بالأذى والعار.
- انهيار الأسرة أو تصدعها واستبعاد أحد أفرادها.
- نشوب الخلاف بين الوالدين نتيجة لما حدث.
- القلق تجاه المسيء أو تجاه استجابة المحيط الرافضة للضحية، وغير المشجعة له، أو المكذبة له في معظم الأحيان.

- الاكتئاب: فكثير من الأطفال المستغلين جنسياً يبدون أعراض الاكتئاب التقليدية كالحزن والانسحاب...الخ.
- الأعراض السيكوسوماتية.
- تقييم الذات المنخفض، وتدهور القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مثمرة.
- مشاعر العجز وصعوبة التوازن بين قابلة الأخذ والعطاء.
- المشاعر المكبوتة، وهي تضم بالدرجة الأولى: الغضب والعدوانية تجاه الأقارب، وخاصة تجاه الفاعل، وتجاه الأبوين اللذين لم يحمياه من المرور بهذه الخبرة.
- الخروج عن التسلسل الطبيعي للمراحل النمائية المناسبة لمرحلة الطفل العمرية، وظهور الاهتمام المبكر والمفرط أحياناً (أو كف الاهتمام نهائياً) بالقضايا المتعلقة بالجنس (المرجع السابق)

ومن الاستراتيجات العلاجية التي استخدمت في علاج بعض الحالات التي تعرّضت لاضطراب الضغوط التالية للصدمة :

- العلاج الجماعي باللعب.
- التدريب الجماعي للتحصن ضد الضغوط.
- التدخل التربوي للأزمات في المدرسة.
- **العلاج النفسي الدينامي الفردي**: تقدم جامعة كاليفورنيا بلوس أنجلوس استراتيجية متخصصة في التدخل النفسي الدينامي الفرديIndividual Psychodynamic Intervention من إعداد بينوس وإيث (Pynoos & ETH, 1993) لعلاج الأطفال الذين شاهدوا أحداثاً من العنف الشديد مثل (الاغتصاب وجرائم العنف والقتل والاختطاف)، وتستند هذه الاستراتيجية إلى أسلوب المقابلة مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (3 و16) سنة، وتستغرق المقابلة 90 دقيقة، ويحرص الاختصاصي الإكلينيكي قبل إجراء المقابلة على جمع المعلومات عن الخلفية الأسرية، وظروف الحدث

الصدمي، وأسلوب استجابة الطفل له، وكذلك المعلومات التي تتوافر من مصادر أخرى كالمدرسة، وتتم عملية المقابلة وإجراءاتها في ثلاث مراحل كما يلي:

المرحلة الأولى: الابتداء أولاً الافتتاحية OPENING :

يتم تحديد الهدف من اللقاء وبناء العلاقة بين المعالج والطفل، ويطلب إليه في هذه الجلسة أن يرسم ما يريد، وأن يحكي قصة، أو رواية لما رسم، ومن المؤكد هنا أن الطفل إذا ندعه يرسم وحده يكون أكثر إقبالاً على أن يعكس ذاته في الرسم، ويعبر عن خبراته فيما يتضمّنه الرسم من رموز وإشارات يرويها، وفي هذه المرحلة ينبغي أن يسعى المعالج إلى أن يجد في رسم الطفل ما يشير إلى الحدث الصدمي ويتصل به.

المرحلة الثانية: الصدمة Trauma

- إطلاق الانفعالات أو التفريغ الانفعالي Emotional Release حالما يتبيّن مصدر الصدمة عن طريق ربط ما يتضمّنه الرسم أو القصة من تعبيرات تتعلق بالصدمة، وقد تصدر عن الطفل انفعالات عميقة، فيحاول المعالج حمايته من أن ينغمر في هذه العملية، أو أن تستمر لفترة طويلة.
- إعادة البناء Reconstruction: وفي هذه الخطوة يُساعد الطفل على أن يطلق كلمات عن خبرته الصدمية، ويصفها بعبارات أو صفات تعكس مشاعره، وتتغيّر وجهة المقابلة عندئذ من الوصف الأكثر عموماً إلى الوصف الأكثر خصوصية للصدمة، وهنا يراعى أن يخبر الطفل إحساساً بالسلامة والآمان حينما يتكلم ويفصح عن خبرته الصدمية، وفي هذه المرحلة يتعرّف الطفل بمساعدة المعالج الجوانب التالية للصدمة:

أ- الفعل الرئيسي الذي شهده الطفل حينما تعرّض للاعتداء والأذى.

ب-الخبرة الإدراكية للطفل، وما تشمله من مناظر وأصوات وروائح كان الطفل واعياً بها.

ج-يُطلب إلى الطفل أن يكشف عن أسوأ لحظة في خبرته، وقد تكون هذه اللحظة مختلفة تماماً عمّا توقعه الكبار.

المرحلة الثالثة: الإنهاء

يمكن التوضيح للطفل بأن ردود فعله إزاء تلك الخبرات الصدمية هي استجابات مفهومة وواقعية وشائعة، وأن مخاوفه طبيعية لمثل هذه المواقف المؤلمة، والطفل في هذه المرحلة يحتاج إلى مساندة ودعم. يؤكّد "بينوس وايث" أن هذه الاستراتيجية كانت ذات فاعلية كبيرة في علاج الأطفال ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وفي استعادتهم لتوازنهم وإيجابيتهم (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

الأساس النظري للبرنامج الإرشادي:

يعتمد البرنامج على استراتيجية العلاج النفسي الدينامي الفردي بالإضافة إلى العلاج باللعب، ومن الفنيات التي تمَّ استخدامها :

1- فنية التفريغ الانفعالي من خلال الكتابة والإنشاء و الرسم.

2- فنية الاسترخاء بأنواعه (العضلي، التخيلي، التنفس العميق).

3- النمذجة: وهي فنية من الإرشاد السلوكي، وتستخدم في تعلّم أنماط سلوكية جديدة، وفي زيادة تكرار الأنماط السلوكية المرغوبة وفي علاج المخاوف، والهدف منها أيضاً: تعليم الأطفال أساليب سلوكيات جديدة وسوية، وذلك من خلال الاقتداء بالأنموذج في بعض الأحيان، الباحثة أو أحد الأطفال.

4- المحاضرة: ويتمثّل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم المعلومات والأساس النظري للأطفال بطريقة بسيطة وسهلة، وذلك بهدف زيادة وعيهم وإثارة اهتمامهم، واستخدمت هذه الفنية بشكل قليل.

5- التعبير عن الغضب والتحكم فيه: تتناول هذه الفنية الغضب باعتباره انفعالاً يخبره الطفل عادة بعد الصدمة التي تعرّض لها، ويظهر على شكل عدوان يمارسه الطفل أمَّا لفظياً أو جسدياً اتجاه الآخرين، فالهدف الأساسي تعليم الطفل التعبير عن الغضب بطريقة تكييفية والتحكم فيه وعدم قمعه، وهذه فنية من فنيات التدريب على التحصين ضد الضغوط.

6- الرسم: يمكن للطفل أن يعبّر عن تجاربه ومشاعره التي لا يمكن التحدث عنها إلى الآخرين بوساطة الرسوم.

يعتبر اللعب والحركة وعنصر الخيال أدوات العلاج الأساسية للأطفال الذين يمرون بتجارب صعبة، إذ يساعد اللعب على استعادة التوازن، ويستطيع الطفل من خلاله أن يعيد الأمور إلى طبيعتها، فمثلاً عندما يقوم الطفل بتقليد دور الجندي أو الشرطي، فهو يشعر بالقوة فمن خلال اللعب يكتسب القوة والقدرة على مواجهة المواقف الصعبة التي تعرّض لها، ومن أنواع الألعاب التي استخدمت في البرنامج:

1) ألعاب تهدف إلى التنفيس.

2) ألعاب تهدف إلى استعمال الخيال: لمساعدة الطفل على التعبير عن مشاعره فالطفل الذي يمر بتجربة صعبة يصعب عليه التعبير عن مشاعر، ربما لا يجد الكلّمات للتعبير، أو قد لا يشعر بالأمان، فعالم الخيال يمد الطفل بطاقات نفسية تساعده على تحرير مشاعره، كما تساعده على تطوير قدراته التعبيرية والعقلية.

الأمور التي راعتها الباحثة أثناء تطبيق البرنامج:

- **ü** خلق الإحساس السرّيع بالاهتمام والرعاية لدى الطفل.
- **ü** تأمين إطار من القرب الجسدي إذا سمح الطفل بذلك.

- إعطاء اهتمام لتقديم المعلومات والحقائق للطفل مما حدث ليسأهمّ في فهم صحيح له.
- تشجيع الطفل على التعبير عن أفكاره وأسئلته وتقبّل تفاعله أو عدمه.
- مساعدة الطفل على التعبير عما حدث بعدة طرق من خلال اللعب، التحدث، الكتابة...الخ.
- الإصغاء الجيد للمشاعر الخفية والمعاني العميقة في ملاحظات الطفل وأسئلته وتصرفاته.
- من الواجب الانتباه إلى الإيقاع الذي يفتح من خلاله الطفل لنا قلبه فلا نستعجله، بل نترقب اللحظة الأنسب للحديث عن الواقعة بشكل مباشر.
- حين يصبح الطفل جاهزاً للحديث عن خبراته، وعمّا مرّ به، من خلال أسئلة متدرجة بالتفصيل.
- حين يواجه الطفل صعوبة في التعبير اللفظي عن نفسه أو عمّا جرى، فعلينا أن نلجأ إلى جعله يرينا (تمثيلاً أو من خلال الرسم) التصرفات التي حدثت معه، بدلاً من الحديث عنها. ينجم هذا الأمر من افتقاد الأطفال للكلّمات الأساسية التي تساعد الكبار على وصف هذه الأفعال.

يتألف البرنامج الإرشادي الفردي من : ثماني جلسات. بواقع جلسة أو جلستين في الأسبوع ومدّة الجلسة (60) دقيقة تقريباً .

أهداف البرنامج الإرشادي الأساسية:

- تمكين الطفلة (حالة الدراسة) من التعامل مع المشكلات والخبرات الانفعالية المؤلمة، من خلال نشاط (الصلصال، المنزل الريفي).
- تمكين الطفلة من تصحيح الأفكار الخاطئة واللاعقلانية لديها.

- تمكين الطفلة من الشعور باحترام الذات وتقديرها، من خلال نشاط (أحسنت الأداء) وتمرين (دائرة القوة).
- تمكين الطفلة من التخلص من مشاعر الذنب والخجل وتأنيب الذات من خلال الحديث الإيجابي عن الذات والمشاعر.
- تمكين الطفلة من تغيير السلوكيات التي يمكن أن تسبب لها نتائج سلبية من خلال مواجهة المخاوف والقلق، من خلال التدريب على الاسترخاء العضلي.

دراسات سابقة:

الدراسات المحلية العربية:

1-دراسة سيد إمام (1998): القاهرة، مصر.

- **عنوان الدراسة : المآل النفسي عند البالغين الذين تعرّضوا للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة.**
- **هدف الدراسة:** دراسة الآثار الناتجة عن التعرّض للاعتداء الجنسي عند عيِّنة الدراسة.
- **عيِّنة الدراسة:** عيِّنة من المرضى المترددين على العيادات النفسية، وبلغ عددهم 627 مريض.
- **أدوات الدراسة:**

- قائمة بأعراض القلق.
- مقياس عن الاكتئاب.
- مقياس لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

- **نتائج الدراسة:** كشفت النتائج أن 8.6 % من المرضى المترددين على العيادات النفسية تعرّضوا للاعتداء الجنسي في الطفولة. وأنَّ الإناث أكثر عرضة للاعتداء فقد دلّت النتائج أن (16.2 من العيِّنة كانوا ذكوراً، و38.8% إناثاً).

2-دراسة عز، إيمان (2002): دمشق – سوريا.

- **عنوان الدراسة: اضطراب الشدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال.**
- **هدف الدراسة:** يهدف البحث في بيان مدى فاعلية الأسلوب العلاجي المتبع في علاج اضطراب الـــ (C. P. T. S.D).
- **عيِّنة الدراسة:** دراسة حالة لدى طفلة تبلغ من العمر /9/ سنوات تعرّضت لاستغلال جنسي.
- **أدوات الدراسة:** قائمة شطب تتضمّن المحكات التشخيصية لاضطراب الشدة ما بعد الصدمة طبقت من قبل الوالدين.

- المقابلة العيادية الحرة.
- استمارة البيانات العامة.
- مقياس رافن المتتابع المقنن.
- الخطة العلاجية، وتضمّنت تدريب الطفلة على مهارات معرفية ارتبطت بمعلومات عن الصدمة، وتدريبها على التفريغ الانفعالي باستخدام وسائل مختلفة، كما دربت على ممارسة السلوك التوكيدي والدفاع عن حقوقها.

- **نتائج الدراسة:** أثبتت الدراسة فاعلية الأسلوب العلاجي المتبع في علاج الحالة موضوع الدراسة.

3-دراسة السنباني (2005): اليمن.

- **عنوان الدراسة : فعالية برنامج علاج سلوكي – معرفي – في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم.**
- **هدف الدراسة:** بيان مدى فاعلية البرنامج العلاجي في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة لدى عيِّنة الدراسة.
- **عيِّنة الدراسة:** تكونت من 15 طفلاً وطفلة أخذوا من دور الرعاية الاجتماعية.

- **أدوات الدراسة**:

- مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

- مقياس حالة وسمة القلق لدى الأطفال.

- قائمة الاكتئاب للأطفال.

- نموذج تقرير المعلم.

- البرنامج العلاجي: ويتضمّن فنيّات متعددة (إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء، التدريب على تصحيح الأفكار اللاعقلانية).

- **نتائج الدراسة**: أظهرت النتائج المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة فعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الأعراض لدى المجموعة التجريبية.

4-دراسة عبد الرحمن (2005): القاهرة، مصر.

- **عنوان الدراسة**: **علاقة العنف بالصحة النفسية**.

- **هدف الدراسة**: دراسة معدل انتشار العنف بأنواعه المختلفة، وتأثير ذلك على الصحة النفسية لعيِّنة من الأفراد في منطقة الدويقة (بمصر).

- **عيِّنة الدراسة**: العيِّنة الكلّية للدراسة 697 فرداً في الفئة العمرية من 13 سنة وحتى سن 16 سنة مع آبائهم وأمهاتهم.

- **أدوات الدراسة**: استبيان إساءة معاملة الطفل لديفيد برينشتين، مقابلة إكلنيكية شبه مقننة.

- **نتائج الدراسة**: 77.5 من أفراد العيِّنة تعرّضوا للعنف على مقياس إساءة معاملة الأطفال بنسبة (76.6 ذكور، 78.4 إناث)، وكان وجود أكثر من نوع من العنف للشخص نفسه، وهو الأكثر انتشاراً 57.7%، وقد كان العنف الجسدي بنسبة

11.1% (11.7% ذكور، 10.5% إناث)، ثم العنف الجنسي 5.1% (1.6 ذكور، 8.7 إناث).

ü الدراسات الأجنبية:

1-دراسة بيريدي ورونتز (Briete & Runtz, 1990) نيويورك.

Symptomatology Associated with Childhood Sexual Victimization in anon Clinical Sample

- **عنوان الدراسة: دراسة العلاقة بين الإساءة الجنسية في الطفولة والسلوك الجنسي اللاتكيفي في المراهقة.**
- **هدف الدراسة**: تحديد فيما إذا كانت هناك علاقة موجبة بين تعرّض عيِّنة الدراسة لإساءة جنسية في الطفولة، وتأثير ذلك على سلوكها الجنسي اللاتكيفي في المراهقة.
- **عيِّنة الدراسة**: عيِّنة من فتيات في جامعة النيويورك بلغ عددهن 227 فتاة.
- **أدوات الدراسة**: مقياس تقدير الذات.
- **نتائج الدراسة**: كان هناك ارتباط بين سوء المعاملة الانفعالية والتقدير المنخفض للذات، وارتباط بين الإساءة البدنية والعدوان الموجه نحو الآخرين، وأخيراً ارتباط بين الإساءة الجنسية في الطفولة والسلوك الجنسي اللاتكيفي في المراهقة.

2-دراسة دبلنجر ومكلير وهنري (Deblinger, Mcleer & Henry, 1990)

"Cognitive – Behavioral Treatment for Sexually Abused Children Suffering Post-Traumatic Stress"

- **عنوان الدارسة**: "**تقييم فاعلية برنامج علاج سلوكي معرفي فردي لدى الأطفال**"
- **عيِّنة الدراسة**: (19) فتاة من الفتيات المساء إليهن جنسياً، واللاتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة، وتتراوح أعمارهم بين (3-16) سنة.

- **أدوات الدراسة**: أداة تشخيصية لـــ PTSD ــ البرنامج: ويتضمّن فنيات التدريب على مهارات الوقاية من الإساءة، والتعرّض التدريجي للمساعدة على مواجهة الذكريات والأفكار المرتبطة بالإساءة، والتدريب على مهارات الوقاية من الإساءة.
- **نتائج الدراسة**: أظهرت النتائج فعالية برنامج العلاج المتبع في تخفيف الأعراض لدى عيِّنة الدراسة.

3- دراسة وايتزمان (Waitzman, 1997) أمريكا.

Abuse Coping and Adjustment Adult Psychiatric Impatients (Self- Esteem)

- **عنوان الدارسة: دراسة مقارنة بين الراشدات المساء إليهن جنسياً والعاديات.**
- **أدوات الدراسة:**

- مقياس تقدير الذات.
- مقياس التكيف النفسي.

- **نتائج الدراسة**: أوضحت النتائج أن إساءة المعاملة سواء في مرحلة الطفولة أو المراهقة ارتبطت بانخفاض تقدير الذات، وسوء التكيف لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة (عيِّنة العاديات).

4- دراسة فاريل وآخرين (Farrell et. al, 1998):

"Cognitive – Behavioral Intervention for Sexually Abused Children Exhibiting Ptsd Symptomatology"

- **عنوان الدراسة: "تقييم فاعلية التدخل السلوكي المعرفي في علاج الأطفال المساء إليهم جنسياً ويعانون أعراض الـــ PTSD".**
- **عيِّنة الدراسة**: (4) أطفال، (3) إناث، (1) ذكر من الأطفال المساء إليهم جنسياً، والذين أظهروا أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتتراوح أعمارهم من (8-10) سنوات.

- **أدوات الدراسة**: المقابلة الإكلينيكية، مقياس الـــ PTSD، البرنامج العلاجي، والذي تألف من (8) جلسات تضمّنت التدريب على الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، لعب الأدوار.
- **نتائج الدراسة**: أظهرت النتائج انخفاضاً في الأعراض لدى الأطفال عيِّنة الدراسة.

5-دراسة إفري وآخرين (Avery et al 2000) :

- **عنوان الدراسة**: **اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال المعرضين لإساءة جنسية.**

Post Traumatic Stress and Mental Health Functioning of Sexually Abused Children

- **عيِّنة الدراسة**: بلغ حجم العيِّنة 54 طفلاً (43 ذكراً، 11 أنثى)، وتراوحت أعمارهم بين ست سنوات وثماني عشرة سنة.
- **أدوات الدراسة**: مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
- **نتائج الدراسة**: وجدت الباحثة أن (62.9) من أطفال العيِّنة حدثت لهم إساءة جنسية من الأب أو زوج الأم، و(16.7%) منهم تعرّضوا للإساءة الجنسية من الأخ الأكبر سناً في الأسرة وأن (16.5%) منهم تعرّضوا للإساءة الجنسية من الأقارب أو الجيران الذكور، مما يشير إلى أن معظم الإساءات الجنسية غالباً ما يقوم بها الذكور.

6-دراسة تونج (Tong, 2002) : هون كونغ، الصين.

- **عنوان الدراسة**: **التعرّض للإساءة الجنسية أثناء الطفولة.**

Childhood Experience of Sexual Abuse

- **عيِّنة الدراسة**: عيِّنة من الطلاب بلغ عددهن (235) طالباً.
- **أدوات الدراسة**:

- استبانة للأحداث الصادمة.
- مقياس PTSD

- **عيِّنة الدراسة**: وجد الباحث أن (28%) من المعتدين جنسياً على الأطفال مجهولين بالنسبة لهم "أغراب" بينما (72%) معرضون لهم (أقارب وجيران، أصدقاء الأسرة)، كما وجد أن متوسط سن المعتدي كان (24) سنة. أن (16%) من أفراد العيِّنة تعرّضن لإساءة جنسية، و(67%) منهن عانين من أعراض PTSD .

منهج البحث:

اعتمد البحث على منهج دراسة الحالة والمنهج التجريبي في آن واحد المتمثّلين بتطبيق الأسلوب العلاجي على حالة عيادية واحدة تمَّت دراستها ومتابعتها بشكل معمق ومتعدد الجوانب.

أدوات البحث:

نفّذ البحث بالاعتماد على: 1- مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة النفسية من إعداد الباحثة سابقاً، وقد تمَّت دراسة صدق الاختبار من خلال صدق المحتوى، فقد عرضت الباحثة المقياس على بعض الأساتذة والمدرسين في كلية التربية، جامعة دمشق، وعلى أطباء مختصين في الطب النفسي، وقد طلب من السادة المحكمين الآتي:

- بيان مدى صلاحية العبارات في قياس ما وضعت لقياسه.
- الحكم على سلامة صوغ العبارات ووضوحها.
- إضافة العبارات أو تعديلها أو حذفها إذا احتاج الأمر، والتي من شـــأنها أن تجعـــل المقياس أكثر صدقاً.

وبناءً على ملاحظاتهم فقد جرى حذف العبارات التي لم تحظ بنسبة اتفاق (85%) فأكثر، أو تعديلها، أو حذفها، وفيما يلي عرض لبعض العبارات كما في الجدول رقم (1):

الجدول رقم (1)

بعض العبارات التي حذفت أو عدلّت بعد التحكيم على مقياس PTSD

العبارات قبل التعديل	بعد التعديل	سبب التعديل
عندما أذهب للنوم أتقلب في الفراش لمدة طويلة بالرغم من حاجتي الشديدة للنوم	لا أستطيع النوم مباشرة عند ذهابي إلى السرّير	أكثر دقة نسبة الاتفاق (70%).
أحاول أن أتجنب الأماكن التي شاهدت فيها الحدث الصادم	أتجنب السير في الشارع الذي تعرّضت فيه للحادث	أكثر وضوحاً (73%).
لا أمارس هواياتي السابقة وأهمّلها	قل اهتمامي بالهوايات التي كنت أستمتع بها سابقاً	أكثر دقة بنسبة الاتفاق (80%).
أجد التركيز على الدراسة أم يحتاج لجهد كبير	لا أستطيع التركيز والانتباه في الحصة الدرسية	أكثر وضوحاً (80%).

كما تمَّ التأكد من صدق الأداة من خلال المجموعات المتناقضة، وقد أعطى ذلك مؤشراً جيداً لصدق الأداة، فقد جرى بيان الصدق من خلال تطبيق الأداة على مجموعتين متناقضتين من الأطفال، المجموعة الأولى تعرّضت لأحداث صادمة مثل (حوادث سير، وفاة شخص عزيز على نحو مفاجئ، ظروف حرب، استغلال جنسي)، أمَّا المجموعة الثانية لم تتعرّض لمثل هذه الأحداث المؤلمة، وقد كان عدد كلّ مجموعة (30) طفلاً، تتراوح أعمارهم (10-15) سنة، ثم حسبت قيمة (ت) ستودنت عند مستوى الدلالة (0.01) لإظهار فيما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الأولى، ومتوسط درجات المجموعة الثانية على مقياس PTSD، والجدول رقم (2) يبيّن دلالة الفروق:

الجدول رقم (2)

نتائج اختبار ستودنت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الأولى ومتوسط درجات المجموعة الثانية على مقياس PTSD

	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	مؤشر الدلالة
الأطفال المتعرّضون لحوادث صادمة	30	48.66	10.333	6.510	0.01	دال
الأطفال غير المتعرّضين لحوادث الصدمة	30	20.5373	9.0606		0.05	

وبالنسبة للثبات، فقد استخرج معامل ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار وتطبيقه على عيِّنة مؤلفة من (30) طفلاً تعرّضوا لأحداث صادمة مثل (حوادث سير، وفاة شخص عزيز على نحو مفاجئ، ظروف حرب). وذلك بعد (11-14) يوماً من التطبيق الأول، كي لا تمضي مدّة طويلة على تطبيقهم الأول للمقياس، وحسب معامل الثبات حسب معادلة بيرسون وبلغ (0.89). وهو مُعد لتشخيص أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. حسب المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (IV, 1994, p427–APA. DSM). وموزع على ستة أبعاد (أ -ب– ج– د– هـ- و)، وتعدّ المعايير (أ – هـ - و) فرعية، ولا تحسب بضمن حساب الدرجة الكلّية، أمَّا المعايير التي تتناول الأعراض فهي (ب – ج – د) فتحسب لها الدرجات ضمن الدرجة الكلّية.

2- تقنية شكل جسدي: - أداة إسقاطية تُستخدم كلعبة علاجية للأطفال الذين يعانون من صعوبات تتصل بعلاقتهم بجسدهم، وبهويتهم، ومن بين هؤلاء الأطفال الذين تعرّضوا لإساءة جنسية.

-تُعدّ أداة تقييمية للعمل العلاجي (البرنامج المتبع) لأنها تسمح للطفل بالتعبير عن ذاته ومعرفة مدى تقبّله وتقديره لها، وشعوره بالرضا عنها من خلال تخيل الطفل لجسده ورسمه على الورق وتصممه على شكلٍ ثلاثي الأبعاد، لذا استخدمت في الجلسات الأخيرة للبرنامج. (فكرة واقتباس) د. ليديا بركات: مدرسة في قسم علم النفس العيادي جامعة آدم ميتكيفيش-بولندا.

الدراسة الميدانية:

يتم في هذا الجزء من البحث استعراض إجراءات تشخيص الاضطراب وإعداد البرنامج الإرشادي وتطبيقه على الطفلة التي تعاني أعراض اضطراب الضغوط التالية

للصدمة، بدءاً من الإحالة وخصائص الحالة مروراً بعملية التشخيص وانتهاءً بتطبيق العلاج.

حالة الدراسة:

الطفلة (د. أ) تبلغ العاشرة من العمر في الصف الخامس، من التعليم الأساسي حلقة أولى بإحدى مدارس مدينة دمشق، كانت متفوقة تحصيلياً، ترتيبها الطفلة الصغرى بين أخوتها البالغ عددهم ثمانية إخوة، خمسة ذكور وثلاث إناث،تنتمي إلى أسرة ذات مستوى ثقافي متدني، ومن بيئة اجتماعية اقتصادية متوسطة، الأب يبلغ السبعين من العمر... ويكبر الأم بفارق خمس وعشرين سنة، ويبدو النظام الأسري صارم يغلب عليه الحزم والقسوة.

ü الإحالة والشكوى:

أحيلت الطفلة (د،أ) إلى الباحثة من قبل المرشدة النفسية في المدرسة بعد سؤال الطفلة وإبداء رغبتها في مقابلة الباحثة، حاولت المرشدة التوضيح للباحثة من أنَّها على معرفة جيدة بالطفلة فهي تعمل كمرشدة في المدرسة نفسها منذ ثلاثة أعوام وحسب عملها وخبرتها، لاحظت ظهور بعض السلوكيات عند الطفلة لم تكن سابقاً لديها. كعنادها وتمردها في مواقف معيِّنة، والتصرف وكأن الآخرين لا يعنون شيئاً لها، والتحدث في بعض الأحيان بعصبية ونزق، وتقلب في المزاج، إضافة إلى سهولة استثارتها وغضبها الشديد عند صدور أدنى ضجيج في الصف، وهي في تراجع مستمر في تحصيلها الدراسي، بسبب عدم انتباهها للمعلمة، والذي أكّد ذلك سؤال المرشدة للمعلمة وتأكيدها على وجود تغيّر في سلوك الطفلة المعتاد، وتقصيرٍ في تحصيلها لم تعهده، وعدم مشاركتها في الصف، وفي الفعاليات والأنشطة كما كانت في السابق.

ü التقويم الأولي:

بناءً على ملاحظات المرشدة والمعلمة وضع تقويم أولي محتمل من تعرّض الطفلة لظرف أو حدث صادم، وللتحقّق من ذلك وقبل لقاء الطفلة أجريت مقابلة مع والدتها دارت في معظمها حول محاولة الحصول على معلومات حول:

- الشروط والظروف السابقة لظهور تلك الأعراض عند الطفلة، وقد بينت الوالدة عدم وجود تغيّر يذكر في حدود علمها، وفي حياتها أو أسلوب تعاملها معها، إلا في عدم رغبتها بالذهاب للنوم وحدها، واستيقاظها أحياناً في الليل، وهي بحالة خوف ورعب ورؤيتها لكوابيس وأحلام مزعجة أثناء نومها، وهو أمر لم يكن يُلاحظ في السابق.
- لمعرفة ما إذا كانت الطفلة تعاني من بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، التقت الباحثة بالطفلة من خلال مقابلتها في غرفة الإرشاد النفسي في المدرسة، وبعد إقامة علاقة مع الطفلة من خلال إظهار الاهتمام بها ومنحها الشعور بالأمن والبعد عن التهديد.

قامت الباحثة بتطبيق مقياس لأعراض PTSD أثناء المقابلة مع الطفلة، وتمّ التركيز على الأعراض من حيث الشدة، والتي وضعت إشارة أمامها في العمود الأول والثاني من إجابات المقياس، أيّ الأعراض المتوسطة ومرتفعة الشدة، وهي:

1- تجنب الذهاب إلى أماكن اعتادت الذهاب إليها (بيتهم الثاني والذي كان يسكنه مستأجرون للعائلة).
2- تجنب تناول أنواع من الحلوى كانت تفضلها سابقاً أيّ قبل 3 أو 4 سنوات.
3- تجنب أشخاص لم يتم تجنبهم سابقاً.
4- صعوبات من النوم (أرق، استيقاظ متكرر، أحلام مزعجة).
5- التصرف وكأن الآخرين لا يعنون شيئاً لها.
6- المشاعر العدوانية تجاه صديقاتها وجميع الإناث اللواتي في عمرها.

7- العناد والتمرد (في مواقف معيِّنة).
8- انخفاض في تقدير الذات.
9- الشعور بالذنب.
10-ضعف القدرة على تحمل الضجيج.
11-نوبات الغضب والصراخ.
12-الارتعاد (بعض الأحيان) لأي صوت مرتفع أو مفاجئ.

بالنسبة للإجراءات الطبية اللازم اتخاذها بالنسبة للحالة: لم يتم إجراء فحص طبي للحالة من خلال سؤال الباحثة للطفلة.

ü الإجراءات المتبعة:

إن الإعداد لوضع البرنامج العلاجي لهذه الحالة أخذ في الحسبان الأمرين التاليين:

1- التأكد فعلاً من أن الطفلة تعرّضت لصدمة من خلال إجابتها على استبانة الحدث الصادم عند قراءة الباحثة لكلّ عبارة من عبارات الاستبانة، والإشارة إلى تعرّضها لاستغلال جنسي دون أن تقول وإنما عبّرت عن ذلك من خلال إيماءات ظهرت على وجهها وهزّت رأسها فقط.
2- إعداد البرنامج الإرشادي بما يلائم طبيعة الصدمة وخصائص الطفلة.

وقد حرصت الباحثة منذ اللقاء الأول مع الطفلة على ما يلي:

1. إقامة علاقة إيجابية معها.
2. ملاحظة الطفلة.
3. الإنصات العميق للطفلة والاستماع الفعّال لها.
4. التفهم العميق لمشكلات الطفلة وتنمية مهاراتها للتعامل مع الشدات من جهة أخرى.
5. التعرّف على معتقدات الطفلة غير العقلانية والسعي لتعديلها.

مثل: (إدراكها الخاطئ لصورة جسدها وكرهها له، بالإضافة لمشاعر الذنب التي تنتابها، وإحساسها بأنَّها السبب لما حدث لها، وأنها الوحيدة في العالم التي تعرّضت للاستغلال).

ü البرنامج الإرشادي:

بعد تأكيد التشخيص بأن الطفلة تعرّضت لصدمة، وأنها تعاني من أعراض PTSD من نوع المتأخر الظهور. تمَّ إعداد برنامج إرشادي استند إلى استراتيجية التدخل النفسي الدينامي الفردي، وبعض مهارات العلاج المعرفي السلوكي، بالاعتماد على أسلوب اللعب، بما أن اللعب الوسيلة الأكثر إثارة للطفلة، والتي يتبعها معظم المعالجون النفسيون العاملون في العلاج النفسي للأطفال.

وقد هدف البرنامج إلى التعامل مع الأعراض الأساسية الثلاثة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة:

1. الأعراض الاقتحامية ومعاودة الخبرة.
2. الاستثارة الزائدة.
3. سلوك التجنب والتركيز على الأعراض التي ظهرت بشكل واضح ومتكرر عند الطفلة.

استغرق تطبيق البرنامج /8/ جلسات مدّة كلّ جلسة /45-60/ دقيقة تقريباً بواقع جلستين في الأسبوع.

ü الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج:

واجهت الباحثة بعض الصعوبات قبل تطبيق البرنامج منها: رفض والدة الطفلة التعاون وإلحاق الطفلة في البداية بالبرنامج، وبعد محاولاتٍ متعددة من قبل الباحثة ومرشدة المدرسة تمَّت موافقتها.

ü العوامل التي يسرت العمل التجريبي:

1- التعاون من قبل إدارة المدرسة بقبولها تطبيق البرنامج في غرفة الإرشاد النفسي.
2- التعاون من قبل المرشدة النفسية في المدرسة والمعلمة من خلال اهتمامهما وملاحظتهما ورصدهما لسلوك الطفلة أثناء تطبيق جلسات البرنامج.

3- التزام الطفلة ورغبتها بحضور الجلسات جميعها دون انقطاع، وتنفيذها للواجبات المنزلية.

4- الجو الآمن والثقة والتشجيع على التعبير عن المشاعر من قبل الطفلة دون توجيه النقد أو التقويم.

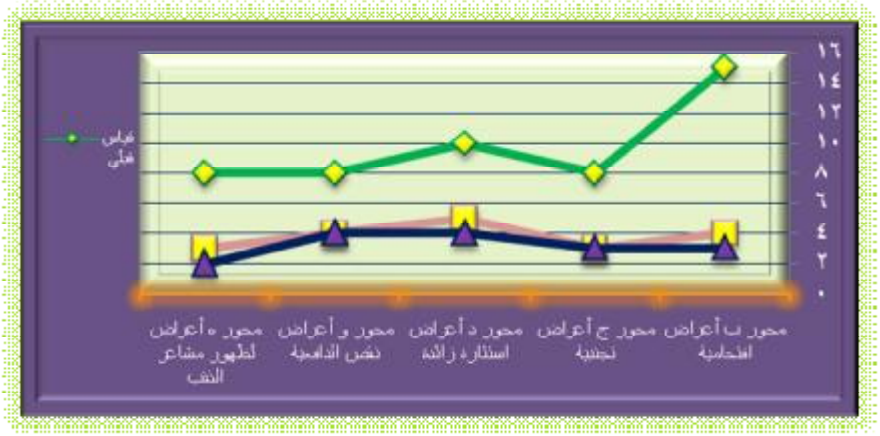
ü إنهاء البرنامج:

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي كان لابدّ من التأكد فعلاً أن الأعراض قد تراجعت، فأعيد تطبيق المقياس الذي استخدم في التشخيص " في الجلسة النهائية، وهي الثامنة"، كما تمَّ إعادة تطبيق المقياس بعد شهر للتأكد من استمرار فاعلية البرنامج.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

أثبت البرنامج فاعليته في التخفيف من بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي تعانيها الطفلة (موضوع الدراسة)، وذلك من خلال انخفاض درجاتها على مقياس PTSD في القياس البعدي والمؤجل، والرسوم البيانية التالية توضّح دلالة التحسن الذي ظهر لدى الطفلة:

الشكل رقم (1) يبيّن الدرجة الكلّية للقياس على مقياس PTSD



الشكل رقم (2) يبيّن درجات القياس تبعاً للمحاور

الشكل رقم (3) يبيّن درجات القياس تبعاً للمحاور

وأكد ذلك ملاحظة المرشدة والمعلمة للتغيّرات الإيجابية على سلوك الطفلة: إذ تمكنت الطفلة من تعديل بعض من سلوكاتها في المدرسة مع صديقاتها. ومن المهارات التي ساعدت الطفلة (مهارة التفريغ الانفعالي) من خلال تمارين وأنشطة البرنامج، فقد كان

لنشاط (تمثال الصلصال)، و(لعبة الوجوه) دورٌ في تعبير الطفلة عن انفعالات مؤلمة مرّت بها، فقد تمكنت من سرد المواقف والخبرات الصادمة التي عاشتها سابقاً، وشعرت بها الآن، وهذا ما أكدته دراسة (وايتزمان 1997) من أن خبرات الطفولة المؤلمة قد تظهر لاحقاً، وتعيشها الطفلة بكل ما تعانيه من صدمات نفسية من خلال إعادة تفعيل تلك الصدمات، أو استرجاع ذكرياتها بصورة تمكنها من استخراجها من حالة الكبت إلى الظهور للوجود، وتفريغها، وإعادة تفسيرها، وشرحها. " إذ تتوافر للطفل من خلال سرد قصته الفرصة المناسبة لاكتساب الفهم المعرفي، وإدراك الأحداث، والقضايا والمشكلات المرتبطة بها بصورة واضحة، هذا بالإضافة إلى ما يوفره ذلك السرّد من فرصة أمام الطفل للتعبير عن المشاعر المؤلمة، وتمكنه من السيطرة على قلقه واضطراباته الانفعالية بصورة أكثر إيجابية، حيث يصبح الطفل منخرطاً في الخبرة العلاجية بصفته الشخصية، ويزداد توقعه لحدوث التغيّر النفسي البينشخصي عقب نجاحه في التعامل مع تلك المشاعر المؤلمة لديه" (جيلدرد؛ جيلدرو 2005: ص90) وقد احتاجت الطفلة خلال هذه العملية إلى تخيل كيف يمكنها تغيير دورها في تلك الأحداث لكي تشعر بقدر أكبر من الراحة، وإلى ممارسة نشاط (كنشاط المنزل الريفي) إذ مكنها من تخيل التأثيرات المحتملة لذلك التغيّر في دورها، مما أدى إلى إحساسها بالقدرة على السيطرة على الأحداث المؤلمة التي مرت في حياتها. وكان لاستخدام الرسوم والفن أثره في اكتساب الطفلة الشعور بالقوة والقدرة على التحمل، وهي خبرة ربما لا تكون الطفلة عايشتها من قبل. فقد سمحت الرسوم للطفلة بتجسيد الأحداث الصادمة التي تعرّضت لها، وتشجيعها، ومساعدتها على التعبير عن انفعالاتها وعواطفها بصورة أكثر فاعلية، وكان " لنشاط تمثال الصلصال" أثره في استثارة الطفلة وتعبيرها عن مشاعر الغضب، والحزن، والخوف والقلق. وكان لنشاط (لعبة الإشارة) دورٌ هامٌ في تدريب الطفلة على مهارة الاسترخاء العضلي للتخلص من التوتر المرافق للمشاعر المؤلمة، وكذلك الرحلات

التخيلية كنشاط (رحلة المنزل الريفي) التي ساعدت بتواصل الطفلة مع ذكرياتها وقدرتها على الربط بين تصورها للأحداث المختلفة بسهولة، وأن ظهور المعتقدات اللاعقلانية والمدمرة لذات الطفلة أدى بها إلى انخفاض تقدير الذات لديها، وقد أيّد هذه النتيجة كلّ من (بيردي، 1990)، و(وايتزمان، 1997)، ومن هذه الأفكار"لوم نفسها بأنَّها السبب لما حدث لها، أنَّها الوحيدة التي تعرّضت لهذا الموقف " وقد تمَّ تعديل المعتقدات المدمرة للذات، من خلال عكس معتقدات الطفلة الموجودة لديها في الوقت الحالي، ومساعدتها على التحقق من صحة ومصداقية كلّ معتقد عن طريق تحديد مصدره، واكتشاف البدائل الممكنة لتلك المعتقدات، ومساعدة الطفلة على إدراك وتحديد مسوؤليتها عن الأحداث التي مرت بها، والتوضيح لها أن أفكارها ومشاعرها وسلوكها مشابهة لسلوك الأطفال الآخرين، أيّ جعل سلوك الطفلة سوياً وطبيعياً مما ساعد ذلك على اختلاف نظرة الطفلة لذاتها وللعالم الذي من حولها، وقد كان لنشاط (دائرة القوة) دورٌ في ازدياد ثقة الطفلة بنفسها، والذي أكد ذلك نشاط (تقنية شكل جسدي) عند تزيين الطفلة لجسدها المصنوع من الورق المقوى وتقبلها له، وإعجابها به، ورغبتها في اصطحابه معها إلى المنزل والاحتفاظ به.

مقترحات البحث:

1- تطوير استراتيجيات التدخل العلاجي الفعال والاهتمام ببحوث وبرامج وقائية خاصة بسوء معاملة الطفل محط الاهتمام والدراسة.

2- العمل على إعداد برامج وقائية موجهة للأهل تتضمّن (أساسيات التربية الجنسية للطفل وكيفية التعامل الفعال مع أبنائهم في مثل هذه الظروف).

3- تفعيل دور المرشد النفسي والاجتماعي في المدارس وتدريبه على التعامل مع هذا النوع من العنف الموجه للطفل.

4-إصدار نشرات أو بروشورات الهدف منها توعية الأطفال بموضوع الإساءة، وتعليمهم "قول لا" عند تعرّضهم للاستغلال.

5-العمل على إعداد برنامج للعلاج المتوازي، (للأم والطفل)، فقد يحقق نتائج أفضل من العمل الفردي مع الطفل.

6-ضرورة إضافة جلسات جماعية للبرنامج الفردي تضم مجموعة من الأطفال (أصدقاء الطفل)، الهدف منها تقديم المساندة والدعم الاجتماعي للطفل، يتم من خلالها طرح موضوعات (عن التربية الجنسية للطفل، وتوعية الأطفال بموضوع الإساءة في جو جماعي، وبأسلوب بسيط، مع المحافظة على سرية وخصوصية الجلسات الفردية مع الطفل.

المراجع

ـ المراجع العربية:

- البحيري، عبد الرقيب، (2002): إساءة معاملة الطفل، **مجلة الرسالة التربوية المعاصرة**، ط1، عمان، الأردن، العدد الثالث.
- بركات، مطاع(2002): الاستغلال الجنسي للأطفال، **مجلة الرسالة التربوية المعاصرة**، عمان، الأردن، العدد3.
- جيلدرد، كاترين وجيلدرو، دافيد (2005): **الإرشاد النفسي للأطفال**، ترجمة سميرة أبو الحسن، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، مصر.
- الحديدي، مؤمن، جهشان، هاني (2001): دليل إرشادي للتعامل مع العنف الأسري، **إصدارات مركز التوعية والإرشاد الأسري**، الزرقاء، الأردن.
- الحديدي، مؤمن والجهشان، هاني (2001): أشكال وعواقب العنف ضد الأطفال، العنف ضد الأطفال العرب: وقائع مؤتمر نحو بيئة خالية من العنف للأطفال العرب (من: 1-10)، عمان، الأردن.
- حسام يحيى، سيد إمام (1998): **المآل النفسي في البالغين الذين تعرّضوا للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية طب القصر العيني، مصر.
- الزين، هيام لطفي (2007): **الصغار في الظروف الصعبة والنزاعات**، لجنة التأليف والتعريب، الشويخ، جامعة الكويت، الكويت.
- السنباني، إيمان صالح (2005): **فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الشيمي، داليا، مؤمن، دالي (2006): دليل المساندة النفسية لمتضرري الحروب والكوارث، **شبكة إسلام أون لاين**.

- الصويغ، سهام عبد الرحمن (2003): الإساءة إلى الأطفال وأهمّالهم: دراسة ميدانية في مدينة الرياض، مجلة الطفولة والتنمية، 3 (9)، 29-70.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1998): **الصدمة النفسية**، مطبوعات جامعة الكويت، الطبعة الأولى، الكويت.
- عبد الرحمن، علي إسماعيل (2005): **العنف الأسري الأسباب والعلاج**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- عبد الرحمن، علي اسماعيل (2006): **العنف الأسري**، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- العتيق، أحمد مصطفى (2001): الصدمة النفسية المرتبطة بتعرّض الأطفال وإصابتهم في حوداث الطرق، **مجلة الطفولة التنمية**، العدد الرابع، المجلد الأول، المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة، مصر.
- عز، إيمان(2002): اضطراب الشدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال، **مجلة الرسالة التربوية المعاصرة**، عمان، الأردن.
- عز، إيمان: المؤتمر الخامس (2009) للهيئة السورية لشؤون الأسرة، العنف الاجتماعي وخاصة العنف الأسري (الاستغلال الجنسي للأطفال) الجمهورية العربية السورية، تشرين الأول (2009)، جامعة دمشق، كلية التربية.
- كامل، عبد الوهاب (1991): أثر بعض المتغيّرات الأسرية على خصائص التوافق لدى الأطفال، المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- مكتب الإنماء الاجتماعي (2001): **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية**، الديوان الأميري، الكويت.

ـ المراجع الأجنبية:

- American psychiatric Association (1994) :Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder. Washington DC. **American Psychiatric Dress.**
- Avery L, M assat (and Lundy M (2000): Post traumatic stress and mental health functioning of Sexually abused children, **Child and Adol Social Work**.

- Beck, J.S (1995). Cognitive Therapy: Basics and Beyond, New York: Guilford press.
- Bentovim, A. (1991). Child Abuse and Neglect, Medicine, International, 28, 395-396.
- Briete & Runtz, (1990) . Symptomatolgy Associated with Childhood Sexual Victimization in anon Clinical Sample, **Child Abuse and Neglect**.
- Deblinger, Mcleer S.U & Henry, D. (1990). Cognitive – Behavioral Treatment for Sexually Abused Children Suffering Post-Traumatic Stress, Preliminary Findings, journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry, 29, 747-752.
- Farrell, M,P, Hains, A.A & Davies, W.H (1998). Cognitive – Behavioral Intervention for Sexually Abused Children Exhibiting PTSD Symptomatology, Behavior the rapy, 29, 224-255.
- Hamblen, J. (2003). PTSD in Children and Adolescents, National center for post-traumatic stress disorder.
- Lindon. J. & Nour se, A(1994). Amulti-Dimensional Model of Group Work for Adoles Cent Girls who have been Sexually Abused, **child abuse and Neglect** .
- Peters, D.F. (2001). Examining Child Sexual Abuse Evaluations: The Types of Information Affecting Expert Judgment, journal of child abuse & neglect, 25, 149-178.
- Pynoos, R.S & Eth, S. (1993). Witness to Violence: The Child Interview, journal of the American Academy of child psychiatry, 306-319.
- Sedlieck AJ.(1997). **Risk Factors for the Occurnce of Child Abuse and Meglectij of Aggration Mal Treatment, and Trauma** .
- Spactro, J,Mullen PM, Burgess PM, well, DL,and Moss SA (2004) : **Impect of Sexual Abuse on Mental Health: Prospective Study in Male and Females**, Br.J. psychiatry, 184, 416-421.
- Tierny, J.J.A. (2000). Post-Traumatic Stress Disorder in Children: Controversies and Unresolved Issues, journal of child & adolescent psychiatric nursing, 13, 147-158.
- Tong cs(2002) : Childhood Experience of Sexul Abuse Among Hang Kong Chinese collage students, **child abuse**.
- Waitzman, J. a(1997). Abuse, Coping, and Adjustment Adult Psychiatric Impatients (Self-Esteem), J **child abuse**˙ .

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/3/14.