

جامعة ابن خلدون-تيارت
University Ibn Khaldoun of Tiaret



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
Faculty of Humanities and Social Sciences
قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا
and Speech Therapy , Philosophy , Department of Psychology

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د.
تخصص علم النفس العيادي

العنوان

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال الذين تعرضوا لإعتداء الجنسي
دراسة عيادية لحالتين بالمركز المتخصص في إعادة التربية بنات - تيارت -

إشراف:

د . قايد عادل

إعداد:

■ فغولي خيرة

■ حاوشين زينب

لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ (ة)
رئيسا	أستاذ محاضر — أ-	بوراس كهينة
مشرفا ومقررا	أستاذ تعليم عالي	قايد عادل
مناقشا	أستاذ محاضر — ب-	عيناد ثابت إسماعيل

الموسم الجامعي: 2025/2024

شكر وعرفان

قال الله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم

"وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِنْ كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ "

سورة إبراهيم الآية 07.

نستهل كلامنا بالشكر لله سبحانه وتعالى الذي وفقنا في إنهاء هذا العمل

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف الدكتور "قايد عادل" الذي ساعدنا في إنجاز

هذه المذكرة من خلال توجيهاته ونصائحه المقدمة لنا

فنسأل الله أن يجعلها في ميزان حسناته

كما نشكر أيضا الأخ كامل سفيان الذي ساعدنا في الإخراج النهائي للمذكرة.

وفي الأخير نشكر كل من ساعدنا في إنجاز عملنا هذا من قريب أو بعيد كل باسمه ومقامه.

إهداء

قال الله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم

" وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا " سورة الإسراء الآية 24.

اللهم صلي وسلم على صاحب الخلق العظيم ومن أرسلته رحمة للعالمين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين

أما بعد:

إلى من سهرت الليالي من أجلي ولم تدخر شيئاً لإسعادي أُمِّي الحبيبة أطال عمرها وحفظها.

إلى قدوة الأولى ومن يسعى للخير من أجلي وداعمي الأول في مسيرتي وقوتي بعد الله أبي الغالي حفظه الله ورعاه.

إلى إخوتي الأحباء وإلى كل أفراد عائلتي إلى صديقاتي الأعزاء كل واحد بإسمه.

إلى أساتذتي ولكل من علمني حرفاً في مساري الدراسي

أهدي هذا العمل المتواضع لكم وأتمنى أن ينال إعجابكم.

خيرة

الإهداء

بسم الله خالقي ومسير أموري وعصمت أمري لك كل الحمد والامتنان

أهدي هذا النجاح إلى من دعمني بلا حدود وأعطاني بلا مقابل إلى من علمني أن الدنيا كفاح وسلاحها العلم والمعرفة، وإلى من غرس في روحي مكارم الأخلاق الداعم الأول في مسيرتي وقوتي من بعد الله
أبي الغالي.

إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها إلى من دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي، يامن اختصر الله فيها كل معاني الرحمة والحنان "أمي الحنونة" .

إلى من وهبني الله نعم وجودهم في حياتي "إخوتي وأخواتي"

إلى أصدقائي الذين جعلوا هذه الرحلة أكثر متعة وأقل صعوبة إلى من شجعوني على المثابرة وإكمال المسيرة حفظهم الله لي

وأخيرا إلى كل من ساعدني، وكان له دور من قريب أو بعيد في إتمام هذه الدراسة.

زينب

ملخص: فاعلية العلاج المعرفي

تدور دراستنا حول لأطفال ضحايا لاعتداء الجنسي الذي يعتبر من أخطر الظواهر النفسية والجسدية، لما تخلفه من آثار عميقة قد ترافق الضحية مدى الحياة حيث حاولنا تسليط ضوء وكسر حاجز الصمت على مثل هذه المواضيع وزيادة التوعية في المجتمع، وإعطاء نوع من دعم ومساندة للضحية. ولتوضيح فرضيتنا قمنا بمقابلة حالات الدراسة المعترضين لاعتداء الجنسي المتواجدين في مركز إعادة التربية للبنات "تيارت" وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج التجريبي المعتمد على مقابلة نصف الموجهة والملاحظة ودراسة حالة وعلى مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة بالإضافة إلى تقنيات العلاج المعرفي السلوكي

تكونت العينة الدراسة من حالتين معتدي عليهم جنسيا، تعرضوا لكرب ما بعد الصدمة النفسية بشدة متفاوتة، نتيجة للحدث الصدمي الذي عايشوه وقد كان سن لاغتصاب يختلف من حالة إلى أخرى، حيث توجد حالة أولى ت الاعتداء الجنسي عمر 16 سنة والحالة الثانية تبلغ من العمر 15 سنة الذين تعرضوا لاعتداء الجنسي في طفولتهم حيث تتراوح أعمارهم بين (08-10 سنوات). أسفر عن نتائج إيجابية تمثلت في تخفيف حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة وتحسين التكيف النفسي والاجتماعي، وبرزت هذه الدراسة حاجة الماسة إلى توفير التكفل النفسي المتخصص والدائم لهذه الفئة، مع ضرورة تعزيز برامج الوقائية والتوعية لحماية الأطفال مثل هذه التجاوزات الخطيرة

كلمات المفتاحية:

الاضطراب ما بعد الصدمة-الاعتداء الجنسي-المعتدي-العلاج المعرفي السلوكي-الأطفال.

Summary:

Our study revolves around the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for children who are victims of sexual abuse, which is considered one of the most dangerous psychological and physical phenomena due to the deep effects it leaves that may accompany the victim throughout their life. We attempted to shed light and break the silence surrounding such topics, increase awareness in society, and provide a kind of support and assistance to the victim. To clarify our hypothesis, we conducted interviews with the study cases who were subjected to sexual abuse and are located in the Girls' Rehabilitation Center in Tiaret. Our study relied on the clinical approach based on semi-structured interviews, observation, case study, and the Davidson PTSD Scale, in addition to cognitive behavioral therapy techniques. The study sample consisted of two cases of sexually abused individuals who experienced post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms with varying severity due to the traumatic event they lived through. The age at which the rape occurred differed from one case to another: in the first case, the sexual abuse occurred at the age of 17, and in the second case, the individual is currently 15 years old and was sexually abused in her childhood, with both having been abused between the ages of 8 and 10. The results were positive and reflected in the reduction of PTSD symptoms and the improvement of psychological and social adjustment. This study highlights the urgent need to provide specialized and continuous psychological care for this group, along with the necessity of developing preventive and awareness programs to protect children from such dangerous violations.

Keywords:

Post-traumatic stress disorder – Sexual abuse – Abuser – Cognitive behavioral therapy – Children.

Résumé:

Notre étude porte sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez les enfants victimes d'abus sexuels, phénomène considéré comme l'un des plus graves sur les plans psychologique et physique, en raison des séquelles profondes qu'il peut laisser et qui peuvent accompagner la victime toute sa vie. Nous avons tenté de lever le voile et de briser le silence autour de ces sujets, de sensibiliser davantage la société, et d'apporter un certain soutien et accompagnement aux victimes. Pour clarifier notre hypothèse, nous avons réalisé des entretiens avec les cas d'étude ayant subi des abus sexuels, hébergés au Centre de rééducation pour filles de Tiaret. Nous avons basé notre étude sur une approche clinique fondée sur l'entretien semi-directif, l'observation, l'étude de cas, ainsi que l'échelle Davidson du stress post-traumatique, en plus des techniques de la thérapie cognitivo-comportementale. L'échantillon de l'étude était composé de deux cas ayant subi des abus sexuels et souffrant d'un trouble de stress post-traumatique à des degrés variés, en fonction de la gravité de l'événement traumatique vécu. L'âge auquel le viol a eu lieu différait selon les cas: dans le premier, l'abus sexuel a eu lieu à l'âge de 17 ans, et dans le second, la personne a actuellement 15 ans et a subi l'abus dans son enfance, entre 8 et 10 ans. Les résultats ont été positifs, se traduisant par une diminution de la gravité des symptômes du trouble de stress post-traumatique et une amélioration de l'adaptation psychologique et sociale. Cette étude met en évidence le besoin urgent d'une prise en charge psychologique spécialisée et continue pour cette catégorie, ainsi que la nécessité d'élaborer des programmes de prévention et de sensibilisation afin de protéger les enfants contre de tels abus graves.

Mots-clés:

Trouble de stress post-traumatique – Abus sexuel – Agresseur – Thérapie cognitivo-comportementale – Enfants.

فهرس المحتويات:

شكر وعرفان.....	2
إهداء.....	3
فهرس المحتويات:.....	أ
مقدمة:.....	أ

الجانف النظري:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية:.....	4
2- فرضية الدراسة:.....	5
3- التعاريف الإجرائية:.....	5
4- أهمية الدراسة:.....	6
5- أهداف الدراسة:.....	6
6- الدراسات السابقة:.....	6
7- التعقيب على الدراسات السابقة.....	9

الفصل الثاني: الاعتداء الجنسي على الاطفال.

تمهيد:.....	11
1- الاعتداء الجنسي:.....	12
2- المفاهيم المتداخلة مع الاعتداء الجنسي على الأطفال:.....	13
3- مؤشرات الاعتداء الجنسي على الطفل:.....	13
4- النظريات المفسرة للاعتداء الجنسي على الأطفال:.....	15
5- الآثار المترتبة على الاعتداء الجنسي على الطفل:.....	20
6- حماية الأطفال من الاعتداء الجنسي:.....	21
خلاصة:.....	23

الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:.....	25
1 – الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:.....	26
2- المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:.....	26

3- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:	27
5- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:	32
6- دور المعالجين النفسيين في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:	32
7- التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:	33
خلاصة:	37

الفصل الرابع: اضطراب ما بعد الصدمة.

تمهيد:	39
1- تاريخ اضطراب ما بعد الصدمة:	40
2- تعريف اضطراب ما بعد الصدمة:	40
3- عوامل اضطراب ما بعد الصدمة:	41
4- اسباب اضطراب ما بعد الصدمة:	42
5- النظريات المفسرة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة:	43
6- الأعراض والتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة:	45
خلاصة:	47

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:	49
1- الدراسة الاستطلاعية:	50
2- المنهج المستخدم:	53
3- مجموعة البحث:	53
4- أدوات الدراسة:	54
خلاصة:	72

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

1- عرض النتائج	74
2- مناقشة الفرضية وتحليل النتائج:	87
خاتمة:	91
قائمة المراجع:	96
ملاحق:	96

قائمة الجدول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
53	يوضح حالات الدراسة	1.
57	يمثل درجة شدة أعراض كرب ما بعد الصدمة	2.
60	يوضح تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدا فيدسون (مقياس قبلي) للحالة الأولى	3.
62	يمثل درجات قياس قبلي لاضطراب ما بعد الصدمة للحالة الأولى	4.
63	يوضح تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون (مقياس قبلي) للحالة الثانية	5.
65	يمثل قياس درجات مقياس قبلي اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الثانية	6.
68	يوضح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لضحايا الاعتداء الجنسي	7.
70	يوضح أسماء الأساتذة المحكمين ودرجتهم العلمية	8.
70	يوضح برنامج العلاجي المعرفي السلوكي لضحايا الاعتداء الجنسي بعد تحكيم أساتذة	9.
78	يوضح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس بعدي)	10.
80	يوضح قياس درجات اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الأولى (مقياس بعدي)	11.
84	يوضح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس بعدي)	12.
86	يوضح قياس درجات مقياس ما بعد الصدمة (مقياس بعدي)	13.

مقدمة:

أصبح مجتمعنا في الآونة الأخيرة يعاني من نقشي العديد من الأفات والجرائم بمختلف أشكالها، ومن أبرزها الجرائم الجنسية والسلوكيات المنحرفة، وعند الحديث عن هذه الجرائم والانحرافات، يبرز الإعتداء الجنسي كأحد أخطر وأكثرها تأثيرا.

يعتبر الاعتداء الجنسي من أخطر أشكال العنف الذي يترك أثارا نفسية عميقة ومعقدة على الضحية تمتد غالبا إلى مراحل متقدمة من العمر التي تؤثر على جميع الجوانب الشخصية والنمو النفسي والاجتماعي، فالطفل ضحية لا يعيش فقط ألم التجربة بل يعاني أيضا بصدمات نفسية قد تتجلى اضطرابات فقدان الثقة بالنفس واضطراب ما بعد الصدمة ما يستدعي تدخلا نفسيا عميقا وموجها.

انطلاقا من ذلك، تبرز أهمية التطرق الى الأساليب العلاجية الفعالة القادرة على مساعدة الضحايا على التجاوز وضعيتهم النفسية ومن بين أهم هذه الأساليب نجد العلاج المعرفي السلوكي الذي أثبت علاجه في التعامل مع الصدمات النفسية المختلفة لاسيما تلك الناتجة عن الاعتداءات الجنسية.

استجابة لمتطلبات الموضوع قسمنا هذا البحث إلى جانب نظري و جانب تطبيقي للذان مهدنا لهما في المقدمة.

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

واهتم الفصل الثاني بالاعتداء الجنسي عرضا فيه المفهوم الاعتداء الجنسي، المفاهيم المتداخلة مع اعتداء، وأثار مترتبة عنه وأخيرا الحماية من هذه الظاهرة.

واهتم الفصل الثالث بالعلاج المعرفي السلوكي، عرضا فيه أصول العلاج المعرفي السلوكي، مبادئ العلاج، تعريف العلاج المعرفي السلوكي، خصائص العلاج، الأهداف، دور المعالجين النفسيين في تطبيق العلاج السلوكي المعرفي، وذكر أهم التقنيات المستخدمة في برنامج العلاجي

واهتم الفصل الرابع خاص باضطراب ما بعد الصدمة عرضا فيه تاريخ اضطراب ما بعد الصدمة، تعريفه، العوامل التي ساهمت في اضطراب وأهم أسباب، والنظريات المفسرة للاضطراب ما بعد الصدمة، وأخيرا ذكر الأعراض والتشخيص الاضطراب

أما فيم يخص الجانب التطبيقي تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من منهج وأدوات ومجموعة البحث، وأما الفصل الأخير تضمن عرض النتائج التي تحصلنا عليها وعلى أساسها قدمنا مجموعة من التوصيات والاقتراحات.

الجانب النظري:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- الإشكالية
- فرضية البحث
- تحديد مفاهيم إجرائية
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- الدراسات السابقة
- التعليق على الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

لعل من أبرز القضايا الهامة التي تناولها علماء النفس في وقتنا الحالي، ظاهرة الاعتداءات النفسية بمختلف أنواعها، والتي بدورها شكلت خطراً جسيماً على حياة نفسية الفرد بالدرجة الأولى، هذه الأخيرة تنوعت من فئة إلى أخرى والتي منها ظاهرة الاعتداءات الجنسية، والتي كان لها تأثير كبير على الصحة النفسية والجسمية منذ الطفولة وهذا هو موضوعنا بالدرجة الأولى.

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

إن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الطفل في حياته هي معاشته لأحداث صدمية كالتعرض للاعتداء الجنسي، الشيء الذي يحطم أسس نهم السليم وتنعدم ثقتهم بمن حولهم. (هاشيم، 2016، ص19).

وبعد الاعتداء الجنسي على الأطفال من أخطر المشكلات التي برزت وشهدت انتشاراً واسعاً في الكثير من المجتمعات، بتسليط النظر على مجتمعنا الجزائري الذي لا يختلف عن غيره من المجتمعات الأخرى حيث شهدت الجزائر خلال السنوات الأخيرة أحداث مؤلمة تمثلت بتسجيل حالات مأساوية ذهب ضحيتها أطفال أبرياء، إذ تم اختطاف وقتل عدد منهم في مناطق مختلفة من الوطن كما تعرض الآخرون للاعتداءات الجنسية كانت بطرق واساليب مختلفة واجهتهم طيلة حياتهم. (فؤاد، 2021، ص62)

إن ظاهرة الاعتداء الجنسي ظاهرة غامضة يحيطها الكثير من التكتّم والتهيب والخوف، فلا يتم التعامل معها كغيرها من السلوكيات المنحرفة والتعامل مع الضحية بطريقة يشوبها نقص التوعية الخاصة من جانب الوالدين، وهذا يرجع لمضاعفة أثارها وصممها من طرف المجتمع، مما يؤثر على قدرة الطفل على تكوين علاقات عاطفية وصحية في الكبر بسبب آثار نفسية وعاطفية طويلة الأمد التي يتركها الاعتداء الجنسي في الصغر الذي يؤدي إلى صعوبات في توازن في علاقات عاطفية بسبب مشاعر الخوف والقلق والخجل والعار. وقد تكررت هذه الظاهرة وانتشرت بشكل كبير حتى أصبح يدعو إلى البحث في تفسير لها. (بوكرش، 2012، ص03)

إن الاعتداء الجنسي على الطفل هو بمثابة غزو لحياته كيف ما كان نوعه، مما يحمل انعكاسات سلبية ثقيلة حتى وإن تعذر علينا تعميم ذلك، مما جعلنا إلى البحث عن جانب من أسباب وعوامل التي تؤدي إلى وقوع الاطفال في فخ الاعتداء الجنسي، لأن علاج المشكل يتطلب البحث عن مصدره ومسبباته، حيث هناك الكثير من النماذج السلوكية والمعرفية الفعالة في علاج الأشخاص المصابين باعتداء ولا سيما تلك التي تعمل على تشوهات معرفية موجودة لديهم لمواجهةها والتعاطف معهم من خلال تدريبات خاصة تجعلهم يدركون عواقب سلبية. (بزاوي، 2016، ص2)

ولعل من بين الدراسات التي تطرقت لهذا الموضوع نذكر:

- دراسة بوكروش وردة والتي كانت سنة 2012 بعنوان الاعتداء الجنسي على الأطفال في المجتمع الجزائري، بحيث هدفت هذه الدراسة إلى محاولة إعطاء تفسير لظاهرة الاعتداء الجنسي، وذلك من خلال البحث عن الأسباب التي تؤدي بالأطفال إلى الوقوع في الاعتداء الجنسي، وفي دراسة عيادية أخرى كانت بجامعة باتنة سنة 2018 بعنوان الصدمة النفسية لدى الأطفال ضحايا العنف الجنسي، والتي أقيمت من طرف الباحثة زردوم خديجة، وقد كان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف والكشف على تأثير العنف الجنسي على الصحة النفسية لضحايا، وتأثيره على الجانب العمر في السلوك لديهم أثناء من بعد الاعتداء.

ومن هذا المنطلق ومما سبق طرحه تتلخص اشكالية الدراسة في التساؤل التالي والذي مفاده:
هل يساهم العلاج المعرفي السلوكي في تقليل الأعراض كرب مابعد الصدمة لدى أطفال الذين تعرضوا لأعتداء جنسي؟

2- فرضية الدراسة:

ومن هذا التساؤل العام يمكن صياغة الفرضية التالية:

-الفرضية الرئيسية: يساهم العلاج المعرفي السلوكي في تقليل الأعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أطفال الذين تعرضوا لأعتداء جنسي .

3- التعاريف الإجرائية:

- 1- الاعتداء الجنسي: الاعتداء الجنسي هو فعل مقصود ارادي ، يتضمن ملامسة أو ممارسة علاقة جنسية أو سلوك جنسي مع الضحية لإشباع رغبات جنسية من طرف شخص ما.
- 2- ضحايا الاعتداء الجنسي: هم الحالات المدروسة في هذه الدراسة، والذين يتواجدون في مركز إعادة التربية للبنات-تيارت-
- 3- الطفولة: هي مرحلة من المراحل التي يمر بها الطفل والتي تمتد من الولادة إلى سن 18 سنة (منذ الولادة وتستمر حتى نهاية المراهقة).
- 4- العلاج المعرفي السلوكي: هو طريقة علاجية تعتمد على الحوار بين المريض والمعالج للتخلص من الأفكار السلبية والمشاكل التي تواجهه
- 5- الاضطراب ما بعد الصدمة: هو معاشة الفرد او مواجهة لأحداث صدمية مؤلمة سواء كانت على مستوى النفسي او الجسدي ،وهو درجة الذي يتحصل لا عليها من حلال مقياس الاضطراب ما بعد الصدمة.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية دراستنا في ما يلي:

- تسليط الضوء على ظاهرة خطيرة من الظواهر الاجتماعية التي أصبحت تهدم الاستقرار النفسي والاجتماعي للأطفال.
- لفت النظر وانتباه المجتمع إلى خطورة ظاهرة الاعتداء الجنسي.

5- أهداف الدراسة:

ترمي هذه الدراسة إلى الوصول لمجموعة من الأهداف نذكر منها:

- 1- محاولة التعرف على الضحايا المعتدى عليهم جنسيا.
- 2- محاولة معرفة ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 3- الكشف عن معاناة الطفل بعد تعرضه لمثل هذه الاعتداء.
- 4- ما مدى تأثير الاعتداء الجنسي للطفل ضحية الاعتداء الجنسي مستقبلا.
- 5- قياس كرب ما بعد الصدمة لدى الاطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.
- 6- ابراز اهم الاثار النفسية والجسدية التي يحلفها الاعتداء الجنسي.

6- الدراسات السابقة:

أ- الدراسات المحلية:

- دراسة بوكروش وردة (2012) بعنوان: الاعتداء الجنسي على الأطفال في المجتمع الجزائري بالبلدية، أطروحة ماجستير.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف وإعطاء تفسير للظاهرة من خلال البحث عن الأسباب التي تساهم في وقوع الأطفال في فخ الاعتداء الجنسي، وطبقت الدراسة على عينة مكونة من 23 طفلا، تم اختيار العينة بطريقة مقصودة، وتتمثل العينة في هذا البحث في الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي من الجنسين (ذكور وإناث)، كما استعانت بمختصة نفسية تابعة لمصلحة الطب المدرسي، أي تم الحصول على 18 حالة مختلفة بين الذكور والإناث، وبين مختلف مصالح الطب المدرسي التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببوسماعيل، كما تم الاستعانة بمختصة نفسية تابعة لمركز الوسيط لعلاج المدمنين بفوكة للحصول على 03 حالات.

وكانت النتائج كالتالي:

أن الفئة العمرية للأطفال من 03 سنوات إلى 06 سنوات هي أكثر عرضة للاعتداء الجنسي والتي تمثل المرحلة العمرية التي تشكل بداية تعرف الطفل على العالم الخارجي وأن الاعتداء الجنسي على الأطفال يمس جنسين بنسب متفاوتة ويعتبرهن الجنس أكثر للاعتداء الجنسي سواء في مرحلة الطفولة أو البلوغ، وكانت نسبة الإناث الذين تعرضوا لاعتداء جنسي 69% تليه نسبة الذكور الذين تعرضوا لاعتداء الجنسي المقدرة بـ 30%.

-دراسة طاموس هاشيم، 2016/2015 بعنوان فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تعديل سلوك اطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراة علوم في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

هدفت هذه الدراسة من تخفيف من درجة اضطرابات النفسة السائدة عند اطفال ضحايا الاعتداء الجنسي من خلال اعطائهم برنامج علاجي سلوكي معرفي.

- طبقت هذه الدراسة على عينة مكون من 10 حالات بالشبكة الجزائرية للدفاع عن حقوق الطفل "ندى"، واستخدمت عدة أدوات الملاحظة السلوكية مباشرة، المراقبة الذاتية، المقابلة العيادية نصف الموجهة واستعملت المقاييس النفسية منها مقياس الضغط ما بعد الصدمة للأطفال، مقياس تقدير الذات للأطفال ضحايا الاعتداء.

- وكانت النتائج كآآتي:

- في ضوء النتائج التي توصلنا اليها يمكن القول أن البحث الحالي يبين ان تعرض الأطفال للاعتداء الجنسي ترك اثار سلبية على مستوى شخصيتهم، بنيتهم النفسية مما أدى بهم الى عدم التكيف مع المجتمع، ومع هذا يبقى التدخل المبكر أمر ضروري لتفادي أي اضطراب نفسي مفاجئ.

- ظهر أن المجموعة التي تعرضت الى الاعتداء الجنسي يعانون الكثير من اضطرابات النفسية والسلوكية منها على سبيل المثال: القلق ، العدوانية، النشاط الزائد والتبول اللاإرادي، الضغط ما بعد الصدمة.

ب-الدراسات الأجنبية:

دراسة كوهين وديلنجر 2012 cohen and diblinger etal التي وقفت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمة، والعلاج الذي يركز على الطفل لعلاج اعراض اضطرابات ما بعد الصدمة والمشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال الذين يعانون من الاعتداء الجنسي وقد اجريت الدراسة على عينة قوامها 229 طفلا، تراوحت اعمارهم بين 08 وحتى سن 14 سنة، يعاني هؤلاء الاطفال من اضطرابات ما بعد الصدمة ، وقد تم تشخيص هؤلاء الأطفال بما ورد من الدليل الاحصائي والتشخيص الرابع بالنسبة لاضطرابات ما بعد الصدمة، وكان اكثر من 90% من هؤلاء الأطفال قد شهدوا أحداثا مؤلمة بالإضافة الى الاعتداء الجنسي، وبعد اجراء تحليلات التباين أشارت النتائج الى ان

هؤلاء الأطفال أظهروا تحسناً في ما يتعلق باضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب ومشكلات السلوك والمعتقدات متعلقة بالاعتداء، وبمثل أظهر الولدان تحسناً أكبر فيما يتعلق بمستويات تقدير الذات والاكتئاب، وتقديم الدعم للطفل، والممارسات الفاعلية الوالدية الفعالة، ولقد أشارت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة نتيجة الاعتداء الجنسي، كما تقترح الدراسة أن يكون هذا العلاج فعالاً للأطفال الذين عانوا من الصدمات متعددة، ويركز العلاج المعرفي السلوكي للصدمة على تقليل اضطراب ما بعد الصدمة بصورة أكثر فعالية من العلاج الذي يركز على الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة جنسياً.

- دراسة أخرى قام بها أولوبوس 2015 والتي هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي على تحسين خطر المواجهة، والحد من أعراض القلق والاكتئاب والشكاوي الجسدية لدى عينة من الذكور وضحايا التحرش الجنسي بلغ عددهم 400 شخص تراوحت أعمارهم ما بين 10 إلى 14 سنة أجريت هذه الدراسة الشبه تجريبية على مجموعة من الطلبة الذين تعرضوا للتحرش، وتم تطبيق الاختبار القبلي والبعدي، وقد تم جمع البيانات باستخدام اختبار أولويس للضحية، والذي اشتمل على 26 بنداً يقيس التحرش اللفظي والجسدي والتقرير الذاتي للطلبة، ومقياس خطط التأقلم ثم تم تعيين 30 مشاركاً من الذين حققوا درجات عالية على هذه الدراسات بشكل عشوائي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ثم تم تعيين التعامل مع موضوعات المجموعة التجريبية مع العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على مدى 12 جلسة كل جلسة مدتها 90 دقيقة، في حين لم تتلقى المجموعة الضابطة أي تدخل، وفي نهاية جلسات العلاج تم تطبيق الاختبار البعدي لكلتا المجموعتين، ثم تم استخدام تحليل التباين المتعدد، وقد أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي يقلل من القلق والاكتئاب والشكاوي الجسدية، بالإضافة إلى ذلك انخفضت خطط التكيف التي تركز على الانفعال وزيادة خطط التأقلم في المجموعة التجريبية.

ج- دراسات عربية:

-دراسة فخر عدنان عبد الحي، 2007/2006، بعنوان الاستغلال الجنسي للأطفال، مشروع مقدم لنيل الاجازة في الارشاد النفسي، بجامعة دمشق، كلية التربية وإرشاد النفسي. هدفت هذه الدراسة في الكشف عن الخبرات الجنسية التي تعرض لها الراشدون في طفولتهم ومدى ترابط ذلك مع ظهور الاعراض المرضية لدى الراشدين.

طبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من مجموعة من الذكور والاناث لمعرفة النسبة الاحصائية بين الذكور والاناث ومن أكثر عرضة، واستخدمت عدت أساليب إحصائية منها: معامل ارتباط بيرسون واختبار T استيوذنت لقياس الفروق بين المتغيرات، استخدام النسب المئوية من أجل الاحصاء الوصفي. وكانت النتائج كالتالي:

ان اعلى نسبة منتشرة من اشكال الاستغلال الجنسي هي الملامسة الجسدية حيث هي سهلة المنال، قليلة التعقيد فنسبتها 45.74%.

يتلوه مباشرة عرض الصور الاباحية على الطفل حيث نسبتها 23.14%.

- يتلوه كذلك القيام بالفعل الجنسي نفسه مع مقدماته من التقبيل وما الى ذلك، حيث نسبتها 17.29%.

- وأخيرا الاستعراء حيث نسبة انتشاره 13.83%، هذا كذلك يتطلب من المعتدي البقاء مع البقاء مع الضحية بشكل منفرد ليتمكن من التعدي لذا قلت نسبته عن غيره.

-دراسة الدكتورة مديحة احمد عبادة، يناير 2007، بعنوان الأبعاد الاجتماعية للتحرش الجنسي في الحياة اليومية، جامعة سوهاج، كلية الآداب.

-هدفت هذه الدراسة الى التعرف على اهم دوافع التحرش الجنسي العام والتحرش الجنسي بالمحارم ومدى ارتباط هذه الدوافع بالمشكلات التي تظهر في البناء الاجتماعي، ومحاولة التعرف على الاهداف التي يحققها الفاعل من وراء ارتكابه لأفعال التحرش الجنسي.

-فاستخدم البعض المنهج الوصفي التحليلي، وتحليل المضمون لما نشر في المجالات العامة والمجالات النسائية، والمنهج التجريبي والاسلوب الاحصائي النظري، واستخدم البعض دراسة الحالة. وكانت النتائج كالتالي:

-تبين ان نسبة من الآباء مرتكبي سلوك العنف الجنسي اتجاه بناتهم تعرضوا في طفولتهم لعنف جنسي، ومشاكل تشكل ضغطا قاسيا يدفعه الى البحث عن ملجأ يهرب اليه لإفراغ ضغوطه النفسية.

-ان التحرش الجنسي بالأبناء هو سلوك يؤدي الى الضرر الجسماني والنفسي وهذا النوع من الأذى غير محدد احصائيا نظرا لتنافيه مع القيم الاخلاقية والدينية، لذا فهو يتم في الخفاء ونادرا ما يتم الابلاغ عنه أو يعترف به.

7- التعقيب على الدراسات السابقة.

أ- من حيث المنهج: استخدمت كل الدراسات المذكورة المنهج التجريبي المنهج العيادي والمنهج الوصفي والمنهج المختلط.

ب- من حيث العينة: كان اجراء الدراسات المذكورة على عينات وشرائح مختلفة للأطفال. لكلا الجنسين (ذكور واناث) مع تحديد متغير السن.

ت- من حيث أدوات: استخدمت اغلب الدراسات الأدوات المتمثلة في المقابلة العيادية، الملاحظة وفي بعض المرات كانت تطبق استبيانات واستمارات على حسب نوع العينة وهدف الدراسة.

ث- أوجه التشابه: أن أغلب الدراسات تناولت الاعتداء الجنسي للأطفال.

ج- أوجه الاختلاف: لقد اختلفنا في دراستنا هذه من حيث حالات الدراسة للأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي.

الفصل الثاني: الاعتداء الجنسي على الاطفال.

تمهيد.

1- مفهوم الاعتداء الجنسي.

2- المفاهيم المتداخلة مع الاعتداء الجنسي على الأطفال.

3- مؤشرات الاعتداء الجنسي على الأطفال.

4- النظريات المفسرة للاعتداء الجنسي على الأطفال .

5- الآثار المترتبة على الاعتداء الجنسي .

6- حماية الأطفال من الاعتداء الجنسي.

خلاصة

تمهيد:

لعل الاعتداء الجنسي على الاطفال ظاهرة شائعة سواء على الصعيد الوطني والعالمي، وانتشارها في العالم اصبح من المواضيع التي يجب ان يتناولها. حيث تكتسي هذه الظاهرة خفايا وأسرار يصعب على الضحية التصريح بها نظرا لتهديد المعتدي للضحية وهذا ما سنتطرق اليه بالتفصل في هذا الفصل.

1- الاعتداء الجنسي:

1-1- تعريف الاعتداء الجنسي:

المقصود بالمفهوم الاعتداء الجنسي هو اي سلوك يصدره الفرد أو جماعة نحو فرد آخر أو جماعة أخرى له مظهر جنسي ويحدث دون رغبة الطرف الآخر أو دون وعي منه (في حالة القصر أو فاقد الوعي)، وبهذا يشمل هذا السلوك أو كل أو بعض. (صابر ، 2017، ص61)

1-2- تعريف الاعتداء على الاطفال:

الاعتداء الجنسي على الاطفال "اتصال قصري أو حيلي، أو تلاعب مع الطفل بغرض تحقيق الاشباع الجنسي للشخص المعتدي، أنه استغلال جنسي سواء تضمن الاتصال الجنسي الفعلي أو مجرد ملامسات أو سلوكات تهدف الى تحقيق اللذة لدى المتحرش جنسيا".

بالأجنبية يعتبر الاعتداء الجنسي على الاطفال بـ البيدوفيليا "la pedophilie" استعمل هذا المفهوم لأول لدلالة على المعنى المستعمل حاليا سنة 1968 والذي اشتق من شبقية الاعتداء الجنسي على الاطفال "pedophilia erotic" اقترحه الطبيب النمساوي ريشارد فون كرافت ابغ " Richard von krofft" في كتابه " الاعتداء النفسي الجنسي" لوصف الانجذاب الجنسي لشخص دون سن المراهقة او بداية البلوغ الجنسي. (عباسي، بدون سنة، ص 02)

- هو اشتراك الطفل في أنشطة جنسية لا يستطيع فهمها بعد لا تتناسب مع سنه ونموه النفسي والجنسي، يخضع لها مكرها بواسطة العنف او الاغواء، كما انها لا تحترم الطبوعات الاجتماعية ويستعمل الطفل في أنشطة جنسية من اجل إشباع الرغبات الجنسية لشخص راشد او قاصر هو الاخر، يثق به او اي شخص اخر في موقع قوة او سلطة او سيطرة عليه. (طاوس، 2016، ص54)

الاعتداء الجنسي على الطفل هو استخدام واستغلال الرغبات الجنسية لبالغ او مراهق ويشمل تعرض الطفل لأي نشاط سلوك جنسي وشخصي، غالبا التحرش الجنسي بالطفل من خلال ملامسته أو اجباره على ملامسة المتحرش به، ومن الاشكال الاخرى للاعتداء الجنسي على الطفل المجامعة والبقاء واستغلال الطفل غير المصور الخلاعية والمواقع الاباحية بطرق قدرة وغير اخلاقية.

(بوكرش، 2012، ص72)

2- المفاهيم المتداخلة مع الاعتداء الجنسي على الأطفال:

2-1- العنف الجنسي: هو اي فعل اجباري يقع عند طفل غير كامل الاهلية، وكل اثاره جنسية يتعرض لها الطفل او الطفلة عن عمد وذلك بتعرضه للمشاهد الفاضحة او الصور الجنسية العارية أو غير ذلك من المثبرات، كتعمد ملامسة اعضاء الطفل التناسلية، أو حثه على لمس اعضاء شخص اخر او تعليمه عادات سيئة كالاستمناء.

والطفل قد يتعرض للعنف الجنسي في سن مبكر، لكن الغالب بعد سن تسعة اشهر ، فالأطفال ما بين سنة ونصف الى خمس سنوات يواجهون هذا الخطر في أي وقت تغيب فيه رقابة الاهل والاقارب والمحيطين به كالجددة والجد وما شابه.(نيسان، 2011، ص95)

2-2- التحرش الجنسي: هو سلوك مفروض من شخص على اخر ويحمل طابعاً ورموزاً جنسية، يقوم من خلال المعتدي باستغلال السلطة والقوة دون موافقة الطرف الاخر.

(المركز الفلسطيني ، 2009، ص05)

2-3- الاساءة الجنسية: هي اي فعل أو إمتناع عن فعل يعرض سلامة الطفل وصحته البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية وعمليات نحوه المختلفة للخطر واهمال الطفل وعدم توفير احتياجاته الاساسية يعتبر شكل من اشكال الإساءة (محمد، 2021، ص2).

2-4- المعتدي جنسيا: وفقا لمختصين في علم النفس والاجتماع المعتدي جنسيا على الطفل هو غالبا شخص يكبر الضحية ب05 سنوات على الأقل وله علاقة ثقة أو قرابة بالطفل.

وقد دلت الدراسات أن أكثر من 75% من المعتدين جنسيا هم أقربائهم، مثل الأب، العم، الخال، الجد او المعروفين للضحية، وقد يكون المعتدي أي فرد يتعامل مع الطفل كالجار، المربي، المدرس، صديق العائلة أو أي فرد آخر (خوالدي، 2021، ص66).

3- مؤشرات الاعتداء الجنسي على الطفل:

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

3-1- مؤشرات سلوكية:

- العدوانية المفرطة، حيث يتعارك الطفل مع زملائه على عكس عادته.
- سلوك تدميري حيث يلحق الطفل الأذى بذاته.

- الانعزال على مستوى العلاقات والتواصل (الطفل لا يشارك في أنشطة التسلية ولا يربط علاقاته مع الأطفال).

- الطفل يتوفر فيه مبالغ مالية كبيرة بانتظام.

3-2- مؤشرات نفسية:

- الطفل يعاني من الذعر.
- انزعاج وخوف او رفض الذهاب الى مكان معين أو البقاء رفقت شخص معين.
- شكوى من بعض الآلام (آلام في البطن) مع عدم امكانية تفسيرها طبيا.
- مص الأصابع بعد أن توقف عن ذلك
- معاودة التبول في الفراش.
- تغيير مفاجئ في شخصية الطفل.
- تدهور مفاجئ في سلوكياته او مستواه الدراسي.
- إضرابات في النوم، قلق، أرق، كوابيس.
- صعوبة في التركيز والتعامل، لا تفسرها اي حالة جسدية أو مشكلة صحية يمر بها.
- يمثل للأوامر بصعوبة مبالغ فيها، وغير متفاعل. (طاوس ، 2016، ص64).

3-3- مؤشرات تظهر أثناء التشخيص:

1. صعوبة في المشي والجلوس.
2. رفض الذهاب الى صالة الألعاب أو المشاركة في أي نشاط جسدي.
3. يعترف بوجود اعتداء جنسي بواسطة أحد الكبار أو أحد الوالدين.
4. تغير كامل في الشهية.
5. يظهر معرفة جنسية لغوية أو سلوكية غريبة، معقدة وغير معتادة في سنه.
6. الحمل أو الاصابة بمرض جنسي عند البنات أقل من 14 سنة.
7. الهروب من المنزل

3-4- مؤشرات على وجود عنف جسدي:

1. علامات حروق غير مبررة، آثار عض، كدمات، كسور، عين سوداء.
2. يقرر أن تلك الإصابات عن ضرب الوالدين له.
3. وجود كدمات لا يعرف أصلها على أجزاء من الجسم، عادة ما تكون مغطات.
4. يكره وقت الذهاب للبيت ويخاف من ذكر سيرة الوالدين.
5. يخاف من الكبار. (طاوس ، 2016، ص66)

3-5- مؤشرات الإهمال عند الطفل:

1. غالبا ما يتغيب عن المدرسة.
 2. يتسول أو يسرق النقود، حلوة، طعام من زملائه.
 3. يفتقد الرعاية الصحية الواجبة مثل: تطعيمات، رعاية أسنان....الخ.
 4. غالبا ما يبدو قذرا ورائحته سيئة.
 5. لا تتناسب ملابسه مع الطقس.
 6. قد يستعمل المخدرات عند بلوغه لتحقيق الاستثارة.
 7. يقرر أنه لا يوجد أحد بالمنزل يهتم به.
- هذه المؤشرات أو العلامات أو الأعراض غالبا ما تجمع أكثر نوع فيما بينها وتظهر على الطفل الضحية، فإذا ظهرت هذه الأعراض أو بعضها على الطفل فعلى الوالدين الاسراع بعلاجه النفسي وإزالة آثار الاعتداء في أسرع وقت. (طاوس، 2016، ص67)

4- النظريات المفسرة للاعتداء الجنسي على الأطفال:

تنتمي ظاهرة الاعتداء الجنسي على الأطفال إلى مجموعة الظواهر العدوانية التي عرفت عند البشر منذ القديم، فقد عرف جون دولار وزملائه dolovd السلوك العدواني بأنه السلوك الذي يستهدف الحاق الأذى بالشخص الآخر وعرفه جرفي سميث creenand smity بأنه ذلك السلوك الذي يحدث عندما يقوم أحد الأطفال عن صد بتصرف سواء كان جسديا او شفويا بطريقة تضر أو تتعرض بصورة واضحة مع مصالح طفل آخر ،كما يعرفه فؤاد اليهي العدوان بأنه الاستجابة التي تعقب الاحباط والتي يقصد بها الحاق الأذى بفرد آخر وحتى بالفرد نفسه.

ولحصر لمسببات الحقيقية وراء الفعل او السلوك العدواني المتمثل في الاعتداء الجنسي على الاطفال، قام الباحثون بربط هذه الظاهرة بنظريات سلوكية ونفسية واجتماعية لتحديد وتفسير المنبع أو المركز وراء لجوء بعض الافراد.

4-1- التفسيرات التحليلية للعدوان (explications psycholeptique de les agressions)

ينظر "مكدوجل" والذي يعد اول مؤيدي هذه النظريات للعدوان على انه "غريزة فطرية، ويعرفه بغريزة مقابلة حيث يكون الغضب هو الانفعال الذي يكمن وراءها".

وقد افترض فرويدfreud ان اعتداءات الانسان على نفسه او على غيره سلوك فطري غير متعلم، تدفعه اليه عوامل في تكوينه الفسيولوجي لتصرف العلاقة العدائية التي تنشأ داخل الانسان عن غريزة العدوان، وتلج في طلب الاشباع، ويعتبر فرويد من مؤسسي هذه النظرية، فالنموذج الذي يقدمه فرويد هو

نقص التوتر حيث ينشط سلوك الفرد بفعل المهيجات الداخلية ويجهر عندما يتخذ اجراء مناسب من شأنه ان يزيد أو يخفض المهيج.

ويرى فرويد ان البشر كائنات بيولوجية دافعهم الرئيسي هو اشباع الحاجات الحسية، والانسان مخلوق موجه نحو اللذة تدفعه نفس الغرائز التي تدفع الحيوانات ولقد غير فرويد غرائز الحياة (اهمها عند الجنس) وغرائز الموت (اهمها عند العدوان) هي التي تسيّر الحياة. (بوكرش، 2012، ص 95).

وبالنسبة لغرائز الموت نجد ان فرويد يؤكد على انها وراء مظاهر القوة، والعدوان والانتحار والقتال لذا اعتبر غرائز الموت فطرية لها اهمية سماوية لغرائز الحياة، من حيث تحديد السلوك الفردي حيث يعتقد فرويد ان لكل شخص رغبة لا شعورية في الموت والتي اطلق عليها "الهوا" وفي بداية الامر ادرك ان العدوان يكون موجها الى حد كبير للخارج، ثم ادرك بعد ذلك ان العدوان يكون موجها على نحو متزايد للداخل منتهيا عند اقصى مدى الى الموت.

ومنذ أن اقدم فرويد تفسير العدوان القائم على اساس الدافع الغريزي فقد تعددت الآراء المؤيدة الراضة لتلك النظرية الفرويدية للعدوان فعلماء النفس الانا مثل هرتمان hartman وكريس kris بالرغم من تفاهمهم مع نظرية فرويد في نظريته للعدوان كالقوة الدافعة منذ بداية الحياة، الا انهم اختلفوا معهم في العدوان يبدأ تكونه من مواجهها للداخل. في غريزة الموت حيث انهم ينظرون للعدوان باعتباره موجها للخارج نحو الآخرين منذ البداية، فيعتبر فرويد دراسته للسلوك العدوانى انه منبع غريزي وليس مكتسبا عند الانسان وهدفه اشباع غرائزه وحاجته وخاصة الجنسية.

كما يرى فرويد ان الحياة كفاح بين غريزة الحياة eros الليبيدو "libido" ودافعها الحب والجنس والتي تعمل من اجل الحفاظ على الفرد وبين غريزة الموت "thanatos" ودافعها العدوان والتدمير، وتقوم بتوجيه العدوان المباشر الى الخارج نحو تدمير الآخرين، واذا لم ينفذ العدوان المباشر الى الخارج سوف يسترد ضد الكائن نفسه بدافع تدمير الذات.

فالأساس في الاعتداء الجنسي بشكل عام والاعتداء الجنسي على لأطفال بشكل خاص، في نظرية فرويد هي الغريزة في المقام الاول وباعتبار الغرائز من اساسيات الحياة فلا بد على الانسان تلبيتها بكل طرق المملكة ومحرك هذه الغرائز كلها هي الغريزة الجنسية، وغريزة الموت، وبذلك يمكن ان تحدد السبب الذي يدفع الانسان او الفرد للعيش هو تحقيق رغباته وحجاته وغرائزه وخاصة الغريزة الجنسية.

(بوكرش، 2012، ص 96).

4-2- النظرية البيولوجية في تفسير الاعتداء الجنسي على الأطفال:

اتفق العلماء هذه النظرية مع فرويد على أن العدوان سلوك غريزي عن الإنسان والحيوان ومن هؤلاء kondavad lorenz والذي افترض أن العدوان له أصول بيولوجية غريزية وقد بنى افتراضه على أساس ملاحظة النزاع من الحيوانات، وقد قدم نظرية في كتاب صدر باللغة الألمانية عام 1966 بعنوان "الذي يدعي شرا" وتم ترجمته إلى اللغة الإنجليزية بعنوان "في العدوان"، ويرى لونتز lènoncè ممثل هذه النظرية أن السلوك العدواني هو جزء من تراثنا البيولوجي أي أن هناك ملا فطريا للسلوك العدواني الفطرية، حيث افترض لونتز بوجود طاقة عدوانية تعمل بطريقة هيدروليكية يشبه عمل البندقية المحشوة بالبارود، فالبارود لا ينطلق إلا إذا ضغط الأصبع على الزناد، كذلك الطاقة العدوانية تتجمع داخل الإنسان ولا تنطلق إلا بتأثير مثيرات خارجية، تعمل عمل الأصبع في الضغط على الزناد، فقد تنطلق الطاقة وتفرغ في السلوك العدواني، فمثيرات العدوان في البيئة تعمل كمفاتيح إطلاق طاقة الغريزية الداخلية والعدوان لدى لونتز يمثل الليبدو لدى فرويد، من حيث أن قوة الحياة، وهو يقسم النظرية في نظرية الحياة إلى عدوان الحياة وعدوان مخرب ومدمر لكن كليهما يرى أنه يندرج حول كلمة العدوان.

فقد ربط لونتز غريزة العدوان بحاجة الإنسان للتملك والسيطرة، وافترض أن الإنسان يتعدى الإشباع حاجته الفطرية للتملك والدفاع عن ممتلكاته، فعندما يشعر بتهديد خارجي لنفسه أو لعرضه وممتلكاته، ينتابه غريزة عدوانية فتتجمع طاقتها ويغضب ويتوتر، ويختل اتزانه الداخلي، ويهيئ للعدوان لأي إثارة خارجية بسيطة، وقد يتعدى بدون إثارة خارجية حتى يفرغ طاقته العدواني ويحقق التوتر النفسي ويعد إليه واتزانه الداخلي، فالحاجة الغريزية العدواني كإلحاح غريزة الجنس لا يتوقف حتى يتم تصريف طاقتها في عدوان مباشر، على مصدر التهديد والإثارة، في عنوان بديل.

كما يعمم لونتز وجهة نظره على الإنسان إلا أن الضوابط الداخلية لدى الإنسان موقف العدوان ضعيفة، ذلك لأن الإنسان أكثر خطر من كثير من الحيوانات إلا لديه القدرة على الممارسة مهارات أخرى معقدة وخطيرة تجعله أكثر فتكا من الحيوان، كما يفرض أنه العدوان لدى الإنسان غريزي أيضا يتضمن أيضا تفريغ طاقة العدوان دون تفسير، فحسب التفسير الذي قدمت لونتز فإن غريزة العدوان تتحو منحني للليبدو عن فرويد نهى فرويد المحرك الأساليب للإنسان، وإذا أردنا إسقاطها على الاعتداء الجنسي على الأطفال حسب هذا التفسير نجد أن غريزة العدوان مع شحنها للطاقة المتمثلة في تلبية الحاجة الغريزية وتوجيهها نحو الطفل باعتباره المثير الخارجي، حيث أن هذه الغريزة العدوانية تنطلق دون تفكير في العواقب والنتائج أو المكان أو الفرد الموجه إليه العدوان. (بوكرش ، 2012، ص96)

4-3- نظرية الاتجاه السلوكي في تفسير الاعتداء الجنسي على الاطفال:

يعد الاتجاه السلوكي منهاجا مهما في تفسير السلوك العدواني حيث يرى ان العدوانية هي عدة الهجوم لدى شخص سواء كان عدوانا لفضيا ام ماديا، وتتفرع النظرية السلوكية الى نظريتين: الأولى هي نظرية الإحباط العدوان لدولارد وميللر miller,dollar سنة 1939، بينما الثانية تمثل نظرية التعلم الاجتماعي لبندورا pandore، سنة 1973، التي تمثل تطورا للمدرسة السلوكية القائمة على المثير والاستجابة.

4-3-1- نظرية الإحباط- العدوان: من أنصار هذه النظرية دولارد dollar و miller وسبينس spence وسيزر sears حيث أكدوا أن العدوان أمر ناجم عن الإحباط بمعنى، أن الإحباط يؤدي الى وجود دافع للعدوان، وهذا يقود الى سلوك عدواني مباشر، ويرى أنصار هذه النظرية أن العدوان عبارة عن رد فعل طبيعي لما يواجه الفرد من احباطات، حيث أن الإحباط يولد طاقات في النفس من الضروري أن تخفف أو تصرف بأسلوب ما، حتى يشعر الفرد بالراحة منها، ومن أساليب التخفف أو الاستهلاك لهذه الطاقات السلوك العدواني.

- اعتبروا العدوان استجابة فطرية للإحباط تزداد شدته وتقوى حدته كلما زاد الإحباط وتكرر حدوثه، فإذا منع الإنسان من تحقيق هدف ضروري له شعر بالإحباط واعتدى بطريقة مباشرة على مصدر إحباطه، وإذا وجد في نفسه الشجاعة على مهاجمته ومعاقبته أو بطريقة غير مباشرة وإن خالف من الانتقام، وهناك مصادر محتملة كثيرة تتعارض مع تحقيق هدف من الأهداف، فقد تكون العراقل خارجية، أي سيئ قد يمنع الفرد فزيقي من الوصول إلى الهدف وقد تكون العراقل داخلية، فربما يكون موضوع الأهداف من الممنوعات والمحظورات، ولذى يعاق الاتجاه نحو الهدف بالخوف من العقاب.

- أما ميللر miller فقد فسر العدوان بأن الإنسان يستجيب للإحباط باستجابات كثيرة من العدوان، فالإحباط قد يسبب العدوان وقد لا يسببه بحسب الظروف التي يتم فيها الإحباط، حيث يشير ميللر أن هناك استجابات أخرى للإحباط، بالإضافة إلى حدوث العدوان. (بوركش، 2012، ص97)

- وكما تذهب هذه النظرية أيضا إلى أن الغضب ينشأ كلما كانت اعتراض الانسان عائقا يحول بينه وبين تحقيق رغباته، وقد حددت هذه النظرية أربعة عوامل تتحكم في العلاقة بين الإحباط والعدوان وهي:

أ- **قوة استثارة العدوان:** تتأثر قوة الاستثارة العدوانية بعدد الخبرات الباعثة على الإحباط، فالعلاقة بين هذه الخبرات والعدوان علاقة طردية، بمعنى أنه كلما زادت عدد الخبرات المحيطة زادت تبعا لذة قوة الاستثارة العدوانية، وتتأثر هذه العلاقة الطردية بمتغيرات ثلاثة متداخلة:

- **قوة المثير الباعث على الإحباط أي الحدث أو المثير المؤدي إلى الإحباط.**

- **درجة إعاقة الاستجابة،** يرتبط الإحباط كليا بدرجة الإعاقة التي تحول دون تحقيق هذه الاستجابة (إشباع الدافع)، أي اذا زادت درجة الإعاقة التي تسبب الإحباط زاد تبعا لذلك العدوان، العلاقة بينهما طردية مع اشتراط القوة الدافعة.

-تكرار الاستجابة المحيطة أن تكرار التغيرات المحيطة تؤدي إلى العدوان.

ب- **إزاحة العدوان:** توضح النظرية أن المرء يلجأ إلى توجيه عدوانه إلى جهة أخرى غير الجهة المسؤولة عن الإحباط، وذلك إذا ما توقع من الجهة الأولى العقاب.

ج- **كف الأفعال العدوانية:** في بعض الأحيان الظروف تحول الاستجابة العدوانية المطلقة إلى استجابة عدوانية غير معلقة.

د- **التنفيس العدواني:** التنفيس يعني إفراغ الشحنة الانفعالية المتأتية من الإحباط، لذلك وفقا لهذه النظرية فإن كف العدوان أو منعه يؤدي إلى الإحباط. وبما أن الإحباط يؤدي إلى العدوان بحث استثارة عدوانية من جديد وتصبح نتيجة عكسية في حالة إفراغ العدوان، ولقد توصل ليندورا إلى أنه ليس من الضروري أن يعيش الفرد موقفا إحباطيا لكي يستجيب للعدوان، وتكون البيئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها الفرد هي التي تعلم الأفراد أن يسلوكوا بطريقة عدوانية.

4-3-2- نظرية التعلم الاجتماعي في العدوان:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المفاهيم مثل الغرائز لا يمكن أن تكون مسؤولة عن العدوان، فالعدوان سلوك معتمد ينتج من خلال التعلم والملاحظة والتقليد. (بوكرش، 2012، 98)

يرى أصحاب هذه النظرية أن أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية تلعب دورا هاما في تعلم الفرد الأساليب السلوكية التي يتمكنون من تحقيق أهدافها فهكذا يصبح مبدأ التعلم هو المبدأ الذي يجعل من العدوان أداة لتحقيق الأهداف وعائقا دون تحقيقها، ومن أهم أقطاب هذه النظرية باندورا bandora وسكينر skiner، فالعدوان عن باندورا يعتبر سلوكا يتعلمه الإنسان عن طريق مشاهدة غيره، وتسجل هذه الأنماط السلوكية على شكل استجابات رمزية يستخدمها في تقليد السلوك الذي يلاحظه، وافترض باندورا أن الأطفال يتعلمون السلوك العدواني عن طريق ملاحظة نماذج هذا السلوك عند والديهم وأصدقائهم، وقد أيد والش walsh وجهة نظر باندورا في أن الأطفال يتعلمون أساليب السلوك العدواني من الكبار حيث يحصلون على مكاسب أو معززات مادية أو اجتماعية أو تحصيلية.

-وقد اهتم باندورا والتز waltz،pandora بتأثير التدعيم والتعميم على العدوان، وركز على قضية التدعيم لارتباطها بالعوامل المثيرة للعدوان وكذلك لطبيعة ردود الفعل هذه المنتهيات، وهذا يؤدي إلى وجود فارق في العدوان وأنماط الاستجابة.

-وفي التصنيفات التي قدمها بعض العلماء والباحثين للعدوان، صنفه ايريك فروم efroum، العدوان السوي أو العدوان المرضي أو العدوان الحميد والعدوان المرضي الهدام، كم يرى سيغموند فرويد، وقد صنف bvs العدوان إلى ثلاثة محاور تتضمن ثمانية فئات: عدوان اجابي وسلبي وعدوان مباشر، وعدوان بدني مادي ولفظي.

أما الفئات الثمانية: هي البدني التنشيط المباشر (كضرب الضحية) والبدني التنشيط غير مباشر (المداعبة الجسمية السخية)، واللفظي التنشيط المباشر. (إهانة الضحية)، وهذه التصنيفات الثلاثة التي تم ذكرها من التصنيفات الثمانية التي تعبر على الفعل العدواني الذي يصدر من المعتدي جنسيا على الأطفال. (بومرش، 2012، ص99)

5- الآثار المترتبة على الاعتداء الجنسي على الطفل:

5-1- قلق ما بعد الصدمة: وتظهر أعراضه بعد مدة زمنية من وقوع الفعل، قد تصل أحيانا إلى عدة أشهر. من أعراضه نجد:

- استحضار وإعادة عيش أحداث الصدمة، ويظهر ذلك عند الطفل من خلال سلوكياته أثناء اللعب وكذلك ظهور كوابيس واستيقاظ مفاجئ في الليل.
- احساس الطفل أن الاعتداء الجنسي قد يتجدد خاصة بعد مثير خارجي مثل فيلم فيه مظاهر العنف أو صوت حاد مفاجئ.
- تجنب المواقف التي تذكره بالاعتداء.
- قصور مستوى العلاقات الاجتماعية.
- اضطرابات في النوم.
- اضطرابات معرفية تمس التركيز والذاكرة.

5-2 تفكك ما بعد الصدمة la dissociation tha mutique:

وتظهر من خلال اضطراب تفكك في الشخصية la dépersonnalisation حيث يشعر الطفل بعدم امتلاكه لجسده ونفسيته، والإحساس بعدم واقعية المحيط وغربة العالم، دون اضطراب في الإدراك، كما يشعر الطفل بالانفصال وكأنه تحول الى آلة أو شيء جامد.

5-3 اضطرابات سيكوسوماتية: وتظهر فيما يلي:

- فقدان الشهى العصبي anorexie أو الشرهة la boulimie.
- شكوى متعددة (آلام الرأس، الإمساك وآلام دون أسباب عضوية).
- اضطراب المجاري التناسلية.
- التبول اللاإرادي énurésie.
- التبرز اللاإرادي Encoprésie.

5-4 التمثل بالمعتدي:

إن المرور إلى الفعل ليس بالبحث البسيط عن اللذة كما يعتقد الكثيرون، إنما ذلك يخضع لعدة حتميات، فمن جهة هناك قوة داخلية تدفع لإعادة الحدث الصدمي، هذا ما أوضحه فرويد في كتاب *deladepnincipedeplaisi*، كل شيء يمر في اتجاه نشط لإعادة ذلك الحدث، أين تبحث الضحية للإفلات من السلبية المدمرة وبناء روابط للمعنى الذي افترقت إليه أثناء الاعتداء، إذن التمثل بالمعتدي هو وسيلة للعب الدور النشط بكون أن الحتمية الخاصة عند الإنسان هي السيطرة على الموضوع الذي يشكل عائقا في حياته والتحكم فيه.

5-5- أعراض أخرى:

- استثارة جنسية مبالغ كالتعري، محاولة الاعتداء وتكرار نفس السلوك على أطفال آخرون.
- سلوكات انحرافية
- إيذاء الذات.
- الإدمان.

بالإضافة إلى إحساس الطفل بالذنب والخجل لاعتقاده أنه شارك في ذلك الفعل، وأنه لم يتجنب ذلك، وكل ذلك يؤدي إلى الإحساس بالغضب وعدم الأمان والإحساس بالضعف وضعف التركيز السلوكات العنيفة نحو الذات والآخرين. (بوحوي، ص 156-166)

6- حماية الأطفال من الاعتداء الجنسي:

- حين يقوم الأشخاص الذين أساؤا للطفل بتهديده بعدم البوح بما حدث، لكن الحدث يصل إلى مستوى عالي من الخوف، بينما يكون الطفل بحاجة للشعور بالأمان لكي يتكلم عن ما بداخله بحرية، وبحاجة إلى إعادة الطمأنينة له، والبدء باستعادة ثقته بذاته والآخرين، كما يكون بحاجة إلى التعامل مع مشاعر لإحساس بالذنب ومن أجل حماية الطفل من الاعتداء الجنسي على الوالدين اتباع ما يلي:
- تعليم الاطفال بأن احترام الآخرين لا يعني الطاعة العمياء لكل أوامره.
- التحلي باليقظة والحذر، والانتباه لعدم تغير الطفل طويلا، وتحذيره من احتمال تعرضه لمثل هذه المشاكل، وتدريبه على كيفية حماية نفسها عند مواجهتها، فعلى سبيل المثال ينبغي تنبيهه ألا يذهب مع شخص غريب إلى مكان منعزل، وألا يسمح لأحد أن يقوم بتجريدته من ملابسه وألا يقبل أي مغريات يقدمه له الغرباء.
- تعويد الطفل على رفض محاولات الآخرين لمس أعضاء جسمه واللعب بها، وإخباره للأسرة فور حدوث مثل ذلك التصرف من أي شخص مهما كان.
- توعية الاطفال منذ الصغر بما يتناسب مع اعمارهم من الأمور الجنسية بشكل صريح ولكن بعيدا عن الابتذال.

- عدم السماح للأطفال أن يناموا بفرش واحد.
- مراقبة الأطفال عند اللعب خاصة عندما يختلون بأنفسهم.
- عدم تعويد الطفل المعاق على الحضن الزائد من قبل الأم أو المعلمة حتى لا يعتاد عليه خاصة في مرحلة المراهقة.
- عدم السماح لهم باللعب مع الكبار والمراهقين، بعيدا عن عيونهم حتى يحدث المحذور عن طريق الاستغلال أو الاعتداء أو الانحراف.
- تجنب الحديث والتشويق أو الإثارة الجنسية أمام الأطفال. (مرجان، 2011، ص 95-96)

خلاصة:

لقد تم الإشارة في هذا الفصل إلى تحديد أهم النقاط التي يركز عليها الاعتداء الجنسي من جوانب عدة من حيث التعريف، والمفاهيم المتداخلة مع الاعتداء الجنسي، وذكر أهم المؤشرات التي ساهمت في الاعتداء الجنسي، بالإضافة إلى ذكر أهم المقاربات التي تناولت هذا الموضوع تناولت هذا الموضوع. كما وضعنا في الأخير أهم الآثار المترتبة عنه وكذلك الحماية والوقاية من هذه الظاهرة.

الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد.

1. أصول العلاج المعرفي السلوكي.
2. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
3. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
4. خصائص العلاج المعرفي السلوكي.
5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
6. دور المعالجين النفسيين في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
7. التقنيات العلاجية المستخدمة في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

- خلاصة.

تمهيد:

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد أشهر أنواع العلاج النفسي وأكثرها فعالية في التعامل مع قطاع عريض من المشكلات والاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق....إلخ، باعتباره نهج علاجي نفسي يركز على تحديد وتعديل الأفكار والمعتقدات غير المفيدة التي تؤثر على المشاعر والسلوكيات.

كما تشير عدة الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من أهم المحاور العلاجية التي تساعد أطفال على التعرف على الأفكار غير المنطقية أو السلبية وتحديدتها بالإضافة إلى تطوير استراتيجيات للتعامل مع المشكلات بطريقة أكثر إيجابية وفعالية، باعتباره علاجاً موجهاً وقائماً على الأدلة العلمية.

وفي الأخير سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم العلاج المعرفي السلوكي وماهي أهم النقاط التي يتناولها العلاج؟.

1 - الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي نتاج تداخل ثلاثة مداخل علاجية هي: العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، علم النفس الاجتماعي، ويرتكز على إطار نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura، حيث يرى أن عملية التعلم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم ومن خلال تصرفاتهم التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها تعرف بالسلوكيات المستهدفة، وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق المشكلة والأحداث التي تليها تسمى النتائج، ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية، والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد، وما يمكن أن يفعله والذي بدوره يؤثر على السلوك التالي، وتوضح لنا نظرية التعلم الاجتماعي كيف يمكن من خلال الأفكار والمشاعر أن نصل إلى سلوك المتوقع من الفرد (حمدي، 2020، ص 511).

2- المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:

يستند العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من الأسس والمبادئ التي تحكم نظريته للإنسان وإلى نشأة الاضطراب النفسي وإلى علاقة العلاجية، ففي هذا الصدد يشير كل من سوسان ومنيكا (1996) Susan- Minka إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يستند إلى مجموعة من المبادئ الأساسية هي: التغيير المعرفي مما يجعل الفرد نشطاً، ويؤدي لنجاح العلاج والتركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله، وتقديم الخبرة المتكاملة للفرد بجميع الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية، والتركيز على التعامل مع بنية الفرد، كذلك يذكر الشناوي وعبد الرحمن (1988) أن اتجاه ميتشنيوم يقوم على مبدئين أساسيين هما: أن الأشياء غير العقلانية التي يقولها الإنسان لنفسه تسبب الاضطرابات الانفعالية وتتابع النمو لدى الأطفال، والذي يطور فيه الأطفال الحديث الذاتي (الداخلي) والضبط اللفظي الرمزي على السلوك، حيث أن سلوك الأطفال يكتسب في البداية من خلال تعليمات يعطيها لهم أشخاص آخرون، ثم فيما بعد يكتسبون القدرة على ضبط سلوكهم الشخصي من خلال تعليمات صريحة يقولونها لأنفسهم، والتي تتحول فيما بعد إلى تعليمات داخلية ضمنية لدى هؤلاء الأفراد.

كما يضيف محمد (2000) مجموعة من المبادئ التي تتعلق بالمعالج والعمل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب وهي: أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول، وإن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني، وإن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نمو سببي وأن الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج فهم كل من: السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

وإن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية.

ويوضح بيرني كوروين وآخرون (2008) مبادئ العلاج المعرفي السلوكي الأساسية وتتمثل في: الأسلوب العلاجي وصياغة المشكلة والعلاقة التعاونية المشتركة والإعداد والتخطيط للجلسات والعلاج، والعلاج الموجه نحو الهدف وفحص ومناقشة التفكير غير مساعد (المشوه) وتعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه واستخدام عديد من الأساليب والوسائل المساعدة ووضع الواجب المنزلي، وتحديد الوقت وجلسات التسجيل الصوتي، كما يرى كوبر وآخرون (2009) أن هناك ثلاث سمات للعلاج المعرفي السلوكي تعمل معا وتمييزه عن العلاج السلوكي، وكذلك عن الصور والمناحي الأخرى من العلاجات النفسية هي: اعتماد العلاج المعرفي السلوكي على استخدام المفهوم المعرفي للعملية التي تسهم في استمرار المشكلة، أي أن هذا النوع من العلاجات مشتق من نظرية تهتم باستمرار المشكلة. وتولى اهتماما كبيرا للعمليات المعرفية التي تسهم في هذا الاستمرار، وثم تصميم العلاج المعرفي السلوكي لكي يعمل على تعديل الآليات المعرفية والسلوكية المسلم بها. والتي تسهم في استمرار المشكلة، ويستخدم العلاج المعرفي السلوكي حزمة من الإجراءات المعرفية والسلوكية لمساعدة العميل على تحديد وتغيير آليات الاستمرار المحتملة. (مصطفى ، ص 09، 10، 2021).

3- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

3-1- تعريف العلاج السلوكي:

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك، ونظريات التعلم في العلاج النفسي، ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن، وذلك بالضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض.

يركز العلاج السلوكي على المشكلة الحالية للمريض وأعراض المرض النفسي، كما يتمثل في السلوك المضطرب أو الشاذ، لذلك نرى أن أهدافه محدودة ومحددة وقابلة للتحقيق، والسلوك المضطرب أو الشاذ الذي يحتاج إلى تعديل عن طريق العلاج السلوكي كثير ومتنوع. (زروقي، 2022، ص 108).

3-2- تعريف العلاج المعرفي:

ظهر مفهوم العلاج المعرفي عام (1960) وهو يقوم على حقيقة مؤداها أن لكل فرد أفكار وتوقعات ومعاني وافتراسات عن الذات وعن آخرين، وعن العالم المحيط به، وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته وهي تشكل في جملتها الفلسفية الأساسية لشخص في الحياة وأن المشكلات والصعوبات النفسية (القلق الاكتئاب - العدوان) تحدث عندما تكون هذه الأفكار والاعتقادات والافتراضات لديه ذات طبيعة سلبية وخاطئة. (أسماء، 2020، ص 154).

3-3- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه العلاج الذي يركز على حل المشاكل والصعوبات الآنية، عوض من التركيز على الاضطرابات وأعراضها في الماضي، وهو يتأسس على ثلاث مسلمات أساسية حسب Reinecke Clark (كلارك رنيك) البساطة، الاعتماد على البعد التجريبي (اختبار صلاحية نماذجها ونجاحة علاجها)، الفائدة والفاعلية الإكلينيكية.

- كما يعرف لويس مليكة الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أحد المناهج العلاجية التي تهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على المهارات، التحكم في القلق، التحصين ضد الضغوط، التدريب على حل المشكلات وفق الأفكار السلبية، التعلم الذاتي.

(عزي صالح، 2019، ص 657-658).

-العلاج المعرفي السلوكي هو مقارنة علاجية مكثفة قصيرة المدة (من 6 إلى 20 حصة) وموجهة نحو المشكل. ولقد تم تصميمه ليكون سريعاً، عملياً وموجهاً نحو الهدف ولتزويد الأشخاص بمهارات تقيهم في صحة جيدة على المدى الطويل.

العلاج المعرفي السلوكي يركز على "هنا ولآن" أي على المشاكل التي تظهر في الحياة اليومية للشخص. العلاج المعرفي السلوكي يساعد الأشخاص على فهم ومعالجة الإحباط العاطفي الذي حدث مبكراً في حياتهم، ويساعدهم أيضاً على تعلم كيف يمكن أن تؤثر هذه الخبرات السابقة على استجاباتهم الحالية للأحداث، (فرحات، بدون سنة، ص4)

4- الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:

4-1- الأسلوب العلاجي Therapeutic Style:

بدأنا بالأسلوب العلاجي لأنه غالبا ما يختلف في سياق العلاج المعرفي السلوكي عن بعض الأشكال الأخرى من الإرشاد والعلاج، وفي العلاج المعرفي السلوكي يحضر العميل للعلاج مواجهها لعدد كبير من المهارات والمعارف، لذلك يكون تابعا للمعالج خاصة في المراحل الأولى للعلاج لتوجيه مسار العلاج وتحديد التوجيهات العلاجية، ويتميز أسلوب المعالج بالنشاط، والمباشرة يكون حساسا لإحداث توازن في التواصل بشكل متعاطف ومتفاهم للعميل ويشترط مع العميل لتحديد أهداف العميل، وجزء من هذا الأسلوب يتعلق بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة عن طريق مشكلة العميل شاملة المعارف.

(بيترودل، 2008، ص 40).

4-2- صياغة المشكلة Problem Formulation:

يقوم المعالج بجمع كم كبير من المعلومات عن العميل، وعن مشكلته، ليس فقط عن طريق المعلومات اللفظية من العميل، إنما من خلال ملاحظات ومشاهدات المعالج نفسه، وأيضا من خلال إجراء فحص موضوعي شامل للعميل في فترة مبكرة من العلاج، وبناء على هذا الكم من المعلومات، يتم صياغة مشكلة Coheptualization. وبشكل مستمر يتم مراجعة وتنقيح صياغة مشكلات العميل في ضوء المعلومات المتجددة.

وبشكل خاص يحدد المعالج التفكير الراهن للعميل الذي يرتبط بالسلوكيات المشكلة ويساعد على استمرارها، وكذلك رصد الانفعالات والعوامل المرسبة والمفجرة التي ترتبط بالمشكلة الحالية والتي من نشأتها أن تدعم السلوك المساعد، وأيضا التعرف على تفسير العميل للأحداث الارتقائية الأساسية.

(بيترودل، 2008، ص 41).

4-3- العلاقة التعاونية المشتركة collaborative relationship:

يكون المعالج غير متحفظ بالنسبة لصياغة المشكلة، وغالبا ما يطرح بعض النقاط لمناقشتها مع العميل في صياغة المشكلة، والعلاج المعرفي السلوكي ليس كبقية الأنواع الأخرى من العلاجات، فهو قابل للانتقال والتعلم، ولا يقدم كما لو ضروريا من السحر، إنما هو نوع من التعلم والتثقيف النفسي ويكون العميل واعيا مستبصرا بالعملية العلاجية. وغالبا ما يتم استخدام بعض النصوص، ويشارك المعالج العميل في تصورات مثل التعرف على الأفكار الآلية، والمعتقدات المشوهة ويوصي باتباع وإجراء الواجبات المنزلية homework، ويشجع العميل على المشاركة التامة وأن يتحمل المسؤولية عن بعض القضايا العلاجية في مراحل مبكرة من العلاج.

ويتم تعميق من خلال انفتاح العلاج ووضوحه اشتراك كل من المعالج والعميل في وضع (جدول أعمال) لكل جلسة، وكذلك إعطاء وتلقي العائد بشكل مباشر ومستمر، ومن خلال عدد من المهارات العلاجية الأخرى التي ليست قاصرة على العلاج المعرفي السلوكي فقط، يتمكن المعالج سريعا من إقامة علاقة علاجية جيدة مع العميل.

وفي حالة التعامل مع بعض أنواع العملاء صعب المراس، ووجود صعوبة في الوصول إلى المشكلة وتحديد بدلة ووضوح (كالتعامل مع أشخاص ذوي اضطراب الشخصية الحدية)، فمن الضروري أن يستغرق المعالج وقتا أطول ويهتم بتأكيد ذلك بشكل صارم وذلك قبل التعمق في العملية العلاجية، وكما تمت الإشارة في موضع سابق من هذا الفصل، فالعلاج المختصر قد لا يكون مناسباً ومفيداً بدون تحديد واضح للمشكلة التي سيتم التعامل معها. (بيترودل، 2008، ص 42).

4-4- بناء الجلسات والعلاج: structurtoserriions and totherepy:

أوضحت المناقشة السابقة، أن الجلسات العلاجية يتم التخطيط لها من خلال جدول أعمال، ويتم الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل، ولجدول الأعمال شكل عام يطبق على كل الجلسات العلاجية عدا الجلسة الأولى. ولاستخدام جدول الأعمال عدة مميزات واضحة في سياق العلاج المختصر، فهو يسمح لكل المعالج بتوظيف أمثل لوقتهم المحدود وبشكل أكثر كفاءة، ويساهم في تأكيد أهمية النقاط التي يأمل المعالج تناولها أثناء الجلسة حتى لا تترك للنهاية أو يتم نسيانها جزئياً، وكذلك يساعد على التعاون على حل المشكلات وبمثابة موجه للعميل، وبمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي، وهو يمثل بناءً معرفياً يساعد العميل على فهم القضايا المركزية للعلاج المعرفي السلوكي، ويمكنه من تطبيق هذا البناء على نفسه بمجرد انتهاء العلاج. والبناء النموذجي للجلسات كما يلي:

1-فحص مزاج المريض.

2-مراجعة موجزة للأسبوع المتقضى بين الجلسات.

3-وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.

4-تلقي العائد، والربط بين الجلسة الحالية والجلسات السابقة.

5-مناقشة بنود جدول الأعمال.

6-وضع الواجب المنزلي.

7-طلب عائد في نهاية الجلسة.

وهناك عدد من مكونات بناء العلاج ذات الأهمية نظرا لكفاءتها وفعاليتها، وتعتبر هذه المكونات ثابتة نسبيا طوال العملية العلاجية، لكن قد تتغير بعض التصورات والقضايا العلاجية مع تقدم العملية العلاجية. (كوروين، 2008، ص 43).

والعلاج المعرفي السلوكي يسلم بتداخل المراحل العلاجية، ويتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بموضوع وعلى سبيل المثال فإن تحديد الأفكار الآلية السلبية سيكون موضوعا مركزيا في بداية العلاج.

4-5- العلاج الموجه نحو الهدف: Eoatdivectedtherapy

لقد وضحنا الطريقة التي تعمل بها المعالج والعميل بشكل تعاوني معا وعندما يحضر العميل للجلسة بمشكلة معينة فالمعالج يشجعه على صياغتها بصورة سلوكية، فمثلا أشارت إحدى العميليات إلى أنها تشعر بالاكنتاب فسيقوم المعالج بفحص كيفية ظهور الاكنتاب لديها فلو أفادت بأنها منعزلة اجتماعيا، وليس لديها شهية جيدة وتعاني من نقص في الطاقة ومستوى النشاط عما كانت عليه من قبل، وفقدت قدرتها على الاستمتاع بنشاطات معينة كانت تسعدها في السابق، هنا فإن إعادة تقييم وصياغة هذه المهام قد تصبح من الأهداف النوعية للعلاج وبشكل عام فإن أي شخص يطلب العلاج فهو يطلب التغيير بطريقة ما، وهنا سوف يعمل المعالج معه بشكل تعاوني للوقوف على التغيرات الملائمة والمناسبة وذات صلة بالعملية الجراحية ومشكلات العميل، وسوف يتم بناء على ذلك وبشكل تعاوني أيضا تحديد الأهداف وتقريرها، وكذلك تحديد المهام الضرورية التي من شأنها أن تحقق تلك الأهداف. وفي بعض الأحيان قد يريد العميل تحقيق هدف يكون عائقا في سبيل التحسن، فمثلا: قد يطلب أحد العملاء أهدافا تتسق مع معتقداته غير الواقعية بأنه يجب أن يكون ممتازا في كل شيء وبكل الطرق وفي كل الأوقات، وفي هذه الحال يناقش المعالج ذلك بصراحة مع العميل، وإيضاح أنه لا يكون العلاج ملائما إلا في حالة وجود أهداف مناسبة وواقعية، وهنا فقط يكون العلاج بالمختصر المفيد، وواقعيًا، فالعلاج المعرفي السلوكي المختصر هو علاج محدد الهدف. (كوروين، 2008، ص 44).

4-6- فحص ومناقشة التفكير غير المساعد (المشوه): Exanins andquestions unnelpbul

:thinking

إن حجز الزاوية في العلاج المعرفي السلوكي مبدأ مؤداه أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستثير الانفعالات (في بعض الحالات)، والاستجابات الفسيولوجية، ويحتاج الفرد إلى أن يغير ويستبدل تفكيره إذا أراد أن يتغلب على مشكلاته النفسية العديدة، واعتمادا على طبيعة المشكلة فربما يستلزم العمل على الأفكار الآلية، والأفكار الوسيطة أو المعتقدات المحورية، ومن غير المحتمل أن بعض أشكال العلاج المعرفي مثل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي يواجه ظهور أنماط

العلاج المشوه، ويستخدم المعالجون عمليات التساؤل السقراطي حيث يشجع العميل على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير غير المساعد، وغير المنطقي ومن المهم فحص معنى معتقدات العميل قبل البدء في العمل عليها، وتزداد تلك الأهمية خاصة عند التعامل مع المشكلات بشكل غير حضاري، في أن العلاج الانفعالي السلوكي يعمل غالباً في مستويات تقييمية. (كوروين، 2008، ص 45، 46).

5- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يلخص (بيك 1979، فريمان 1994، بيلاك 1985، ميكنباوم 1977، باترسون 1990. نقلاً عن السياق) أهداف العلاج السلوكي المعرفي بالنقاط التالية:

- تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- مساعدة المتعالج على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
- مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- تعديل الأفكار التلقائية والمعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
- تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المطربة أو المؤلمة.
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال المواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة. (علا، 2014، ص 92).

6- دور المعالجين النفسيين في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

للمعالجين النفسيين دور مهم في تطبيق ونجاح العلاج المعرفي السلوكي يتضح فيما يلي:

يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة التي تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية وتبقى عليها وتسببها، وهذا ما يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية وحدة تفكيرهم، ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات، وعند تطبيق العلاج المعرفي السلوكي يتعلم المرضى كجزء من المدخل العقلاني تحديد المفاهيم الخاطئة لديهم، واختبار

صحة أو صدق أفكارهم، واستبدالها بأفكار أخرى أكثر تكيفية، أما المدخل السلوكي، فيساعد المرضى على عرض أنفسهم على الموافق من أجل تغيير هذه المفاهيم الخاطئة.

يجب أن تكون العلاقة بين المعالج النفسي والمريض علاقة طيبة ودودة، و مباشرة، تسودها الثقة والاحترام المتبادل. وان لا ينظر إلى المريض على أنه به عيب، ولا ينظر إلى المعالج النفسي على أنه على القدرة، أي لديه القدرة على الشفاء الكلي، والعلاقة بينهم يجب أن تكون تشاركية عند حل مشكلة ما، كما يجب أن يبين المعالج للمريض القواعد الأساسية لهذا العلاج. (شيماء، 2019، ص20)

يساعد المعالج النفسي المريض في العلاج المعرفي السلوكي على الدراسة الناقدة ليعرف ما اذا كان هناك ما يبرر استجابته لموقف معين أم لا، ويحرص المعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي على تشجيع المرضى لتحديد ما يبرر استمرار المشكلة، ويساعدهم لتغيير هذه المبررات أو الأسباب من خلال علاج أفكار كفروض، فالمرضى يتم وضعهم في دور الملاحظين أو العلماء وليس كضحية للمشكلات النفسية (شيماء، 2019، ص21).

7- التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

7-1- التقنيات السلوكية (Behavioural Strategies):

7-1-1- الاسترخاء la Relaxation:

يعمل الاسترخاء على إضعاف العلاقة بين القلق والتوتر وهذا الذي يؤدي إلى انطفاء الفعل المنعكس الشرطي المرضى، بذلك لا يستجيب المفحوص بالتوتر أو القلق عند ما يصادف مواقف ضغط شديدة إذا يلجأ إلى التمرينات الاسترخائية التي تخفض من القلق وتخفف عنه أو تقضى عليه.

(هاشيم، 2016، ص110).

يعرف الاسترخاء بالمعنى العلمى بأنه توفق كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وتعد الاسترخاء طريقة لمواجهة الضغط والقلق، بحيث يعمل على صرف الطاقة التي تحت تحكم الجهاز العصبي السمباتي، اذا يجب خلق فترة من الراحة والاسترجاع تحت عمل الجهاز العصبي البارسمباتي، ويعتبر الاسترخاء مضاد للقلق، فهو يبعد الضغط عن الجسم كما يلعب دور المحافظة على الصحة والوقاية منها.

يجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيف القلق وتطوير الصحة النفسية، فالكثير من الأفراد ممن يعيشون طول الوقت في حالة من التوتر الشديد، ويصطحب هذا

باستثارة في الجهاز العصبي، من مظاهرها جمود العضلات بعض الأعضاء وارتفاع الضغط وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

الهدف من استعمال الاسترخاء وكل تقنيات التخيل هو عمل مختلف الأجهزة التالية (الجهاز العصبي الجهاز السمباتي، القشرة المخية، وتعزيز فعاليتها) كما يهدف إلى التركيز على الإيقاع أو الرتم الداخلي وراحته وفي الحديث عن الاسترخاء فإنه يستخدم كذلك كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي، لهذا من الضروري القيام بعمليات محاولة الاسترخاء لدقائق قليلة يوميا، وخاصة قبل الدخول في مواقف حياتية مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجرى أثناء الترشيح لعمل ما.

وفي تقرير بترسون وهريك (Petevsone and Havbeck1990) عن استخدام الاسترخاء بين الأطفال تبين أنه شديد الفاعلية في علاج المخاوف المرضية والتخفيف من الاضطرابات السيكوسوماتية والسيكوفيسيولوجية وعلى سبيل المثال استخدم (اندرسون 1973) بنجاح ثلاث جلسات استرخاء كل منها استغرق ساعة مع طفل يعاني من الأرق كذلك أمكن استخدام بنجاح في علاج الاضطرابات المرتبطة بالتنفس مثل الربو. (هاشيم، 2016، ص 112).

وتزداد فعالية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي والعضلي جزءا رئيسيا من مشكلات الطفل النفسية، ولهذا تزداد فعالية في حالات القلق والمخاوف المرضية أكثر من حالات الاكتئاب بسبب الإلتشاط الاستشاري المصاب لهما.

يتعلق نجاح الاسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل يسمح له بالتدريب على ذلك أي بعد ثماني (08) سنوات تقريبا وأن لا يكون متخلفا وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة باضطرابات أخرى أو الحصول على انتباه سلبي من خلالها.

استخدمت هذه التقنية مع الأطفال وأثبتت فاعلية في ذلك، فمن خلاله يتعلم الطفل كيف يقلل الشعور المنفر المرتبط بالخوف والقلق، وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق، ويتعرف الطفل على الفرق بين العضلات المشدودة والمسترخية، ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع المواقف المثيرة للقلق عن طريق مثيرات عداوية ضده. (هاشيم، 2016، ص 13).

7-1-2- التحصين التدريجي: systematic desensitization

يتطلب استخدام هذا الأسلوب مع الأطفال على تحديد الاستجابات المتعارضة مع القلق، تم تقسيمها إلى مواقف فرعية صغيرة، متدرجة بحسب الشدة، بحيث تبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل، ثم تعريضه للمواقف المخيفة تدريجياً وذلك إما من خلال الواقع أو الخيال.

يشتمل التخلص المنتظم من الحساسية على الخطوات التالية:

-التدريب على الاسترخاء.

-إعادة مدرج للقلق من خلال تحديد مصادر القلق والمثيرات.

-ترتيب المثيرات (مكانها وزمانها) حسب تأثيرها من الأقل إلى أكثر.

-إجراءات التخلص المنتظم من الحساسية.

- وتجدر الإشارة إلى أن العملية التخلص المنتظم من الحساسية يمكن أن تتم في الواقع الملموس أو عن طريق التخيل.

- تم تدريب الطفل على هذه التقنية التي تثير قلقه. (هاشيم، 2016، ص 114، 113)

7-1-3-المهارات الاجتماعية:

في حديثنا ول المهارات الاجتماعية فإن المفحوص خلال هذه المرحلة يدرك أن ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير المتوافقة المراد تغييرها على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي على الانتباه والتقدير والاستجابات الفسيولوجية واستثارة سلوكيات جديدة مما يؤثر على أبنية مفحوص المعرفية ويؤدي إلى تغيير سلوكياته المشككة.

(هاشيم، 2016، ص 116).

7-1-4- لعب الدور: Role playing:

يعتبر أحد أساليب التعلم الاجتماعي الذي يتضمن تدريب الفرد على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي عليه أن يتعلمها ويكتسب المهارة فيها، يستخدم كأسلوب في العلاج لإعطاء الطفل فرصة للممارسة في المواقف المثيرة للقلق.

وهو بذلك وسيلة علاجية للأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية عميقة، إذ يعطي حرية للأفراد في التعبير عن قلقهم وعدوانيتهم ويعيد المواقف التي تعرضوا إليها وقادتهم إلى الانعزال، ولعب الدور ما هو إلا أدوار يؤديها الطفل في تمثيلات محددة ضمن برنامج إرشادي بمعنى أن الدور يكون ثابتاً على وفق خطة مسبقة يشرف عليها المشرف. (هاشيم، 2016، ص 117).

7-2- التقنيات المعرفية:

7-2-1- إعادة البناء المعرفي: هي استراتيجية علاجية تهدف إلى تصحيح التشوهات المتعلقة بالعالم المعرفي للفرد أفكاره وتوقعاته وتقييماته، كما تهدف إلى تعلم بدائل وطرق أكثر واقعية لصياغة التجارب.

يتضمن تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة مثلاً: كخبرة ماضية يمكن أن تتعرض لها أي فرد ويمكن أن يتغلب عليها، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرات متعلمة والتركيز على المفاهيم غير الدقيقة التي اكتسبها الفرد عن نفسه وعن العالم الذي يعيش فيه، والتحقيق من الشحنات الانفعالية القوية الناتجة عنها، وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلي المعرفي، أي أن الاستبصار هام جداً في هذا العلاج.

يهدف إعادة البناء إلى تغيير الشخصية إعادة بنائها، وتغيير عادات المريض السلوكية، وطريقة تفكيره واتجاهاته الأساسية وأسلوب حياته، ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين، وفيه يقوم المعالج بالتحليل والتركيب حتى يصل في النهاية إلى التغيير المنشود في شخصية المريض. (هاشيم، 2016، ص118) .

7-2-2- الواجبات المنزلية:

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

خلاصة:

لقد تم الإشارة في هذا الفصل إلى تحديد أهم النقاط التي يتمحور عليها العلاج المعرفي السلوكي، من عدة جوانب من بينها أصول النظرية والمبادئ الأساسية بالإضافة إلى ذلك ذكر التعريف العلاج، وأهم الخصائص والأهداف التي ساهمت في العلاج وفي الأخير ذكر دور المعالجين وأهم تقنيات علاجية مستخدمة.

الفصل الرابع: اضطراب ما بعد الصدمة.

➤ تمهيد.

1. تاريخ اضطراب ما بعد الصدمة.
2. تعريف اضطراب ما بعد الصدمة.
3. عوامل اضطراب ما بعد الصدمة.
4. الأسباب اضطراب ما بعد الصدمة.
5. النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة.
6. الأعراض والتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.

➤ خلاصة:

تمهيد:

إن الضغوط التي يتعرض لها الفرد كثيرة ومتنوعة والتي تتجم عنها الكثير من الآثار النفسية والاجتماعية، وتعد الصدمة من أهم الأسباب هذه الضغوط التي يتعرض لها الفرد ومن أهم هذه الصدمات الكوارث الطبيعية وغيرها من صدمات، وكذلك فقدان شخص عزيز الذي يعتبر من أهم أسباب اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ويعتبر حوادث الاغتصاب التي زادت في الآونة الأخيرة بشكل ملحوظ من أهم أسباب اضطراب ما بعد الصدمة.

1- تاريخ اضطراب ما بعد الصدمة:

تم رصد وملاحظة هذا الاضطراب لأول مرة أثناء الحرب الأهلية الأمريكية عام 1871، وقد عرف باسم اضطراب (لزمة قلب الجندي)، (Heart Syndrome. Solders)، نظرا لارتباطهما بأعراض اضطراب القلب وورد هذا الاضطراب في دليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الأول (DMS.I 1952) بعنوان (تفاعل الأعصاب البارز) (Stress Redaction cross)، ولم يتم تناوله في دليل التشخيص الثاني (DMS.II 1968) إلا أنه تم التعرض لهذا الاضطراب بعد الحرب الفيتنامية سنة 1970م في الدليل التشخيصي الثالث (DMS.III) سنة (1980.1987) والدليل التشخيصي الرابع.

(DMS.IV 1994).

ويعود السبب الرئيسي في التعرف إلى هذا الاضطراب بالوصف الذي عليه الآن إلى الحرب الفيتنامية. فقد لوحظ في السبعينات (1970) على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام أعراض بعد الضغوط الصدمية وذلك بعد تسعة أشهر إلى ثلاثين شهر مئة تسريحهم من الخدمة العسكرية، وقد أثارت هذه الملاحظة دهشة الباحثين. (مصباح، 2021، ص230)

2- تعريف اضطراب ما بعد الصدمة

1-2- الصدمة النفسية:

ان الصدمة trauma والحدث الصدمي traumatic events مفاهيم أساسية ب علم الصدمات وعلم الصدمات النفسية، حيث يشير علم الصدمات traumatology الى الدراسة العلمية والتطبيقية للأثار النفسية والاجتماعية المباشرة وطويلة الأمد للأحداث الضاغطة، والعوامل التي تؤثر في هذه الأثار، في حين يشير علم الصدمات النفسية tramatology الى دراسة الصدمة النفسية، فهو يهتم بالجانب النفسي، والعوامل النفسية المحيطة بالأحداث الصادمة، كما يهتم بالعوامل التي تسبق الصدمة التي تصاحبها والتي تنتج عنها. (بدر، 2016، ص15).

2-2- الصدمة Trauma:

الصدمة trauma هي كلمة يونانية تعني الحرج أو ضرر يلحق بالجسم وفي الطب النفسي هي التجربة غير المتوقعة التي لا يستطيع المرء تقبلها للوهلة الأولى ولا يفيق من أثرها الى مابعد مدة وقد تصيبها بالقلق الذي يولد العصاب المعروف بالعصاب الصدمة.

2-3- اضطراب ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder (pisd):

هو اضطراب نفسي ناشئ من الاستجابة للتعرض أو مشاهدة حوادث صادمة أو مواقف ضاغطة ينتج عنها ضغط وكرب نفسي للفرد يتصف بالخوف الشديد والشعور بالعجز. (حنور، 2009، ص 09)

يعرف الدليل التشخيصي (ICD10) لمنظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب ما بعد الصدمة (PTCD)، بأنها استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جدا، تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية، تسبب كرب نفسية لكل من يتعرض لها تقريبا، ومن قبل كارثة من صنع الانسان أو معركة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر، أو أخرى في حادثة عنف، أو أن يكون أفراد الضحية تعذيب أو ارهاب أو اغتصاب أو جريمة أخرى. (صالح، 2021، ص 227)

وتعرف الجمعية للطب النفسي اضطراب ما بعد الصدمة بأنه الأعراض التي تتبع التعرض لضغط الصدمي الشديد الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي ومتخيل أو جرح خطير، أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، أو أي تهديد لجسد الشخص نفسه أو شخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو اذاء خطير أو تهديد بالموت أو الحقاء الجرح أو اذاء للفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز. (صالح، 2021، ص 228، 227)

هو اضطراب ينتج عن تعرض الفرد الى صدمة نفسية، وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط عادة ويتميز باستمراريته، وإعادة الخبرة الحدث الصادم والتجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة والتراخي في الاستجابة ويؤثر الفرد في النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية. (علا، 2016، ص 06)

3- عوامل اضطراب ما بعد الصدمة:

3-1- القدرة على التعبير عن المشاعر المرافقة للصدمة واسترجاع الموقف بكامله، وهذا يتطلب منا إتاحة الفرصة لأنفسنا بأن نروي الحادثة (لأنفسنا أو لأشخاص آخرين) أكثر من مرة كي نفهم ونركب التفاصيل من جديد.

3-2- اكتساب الفرصة لاستعادة السيطرة مثل تحضير الطعام أو العناية بالمظهر وما شابه ذلك، ونحن نرى أن شفقة الآخرين وتعاطفهم قد تجري أحيانا على عكس هذا الاتجاه تماما، حيث يقوم محبو المصدم بتولي تلبية جميع احتياجاته عن حسن نية دون أن يعلموا أنهم يؤذونه بهذا ويكرسون أو على الأقل يؤخرون بدء عملية التعافي. (صالح، 2021، ص 24)

3-3- .تلقى الدعم الاجتماعي المناسب :

أ- مجموعات الدعم التوعوية التي تتشكل من أفراد تعرضوا لخبرات متشابهة ليرى بعضهم معاناة بعض، وربما يتعلم الواحد منهم من الآخر بشكل أسير.

ب- تلقي الدعم من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية المعتادة في الحياة الفرد.

ت- توفر الخدمات الاجتماعية.

ث- القدرة على إيجاد أو إضفاء معنى للمعاناة. (بديل الفلسفة الشخصية في الحياة)

ج- زيادة المهارات الشخصية وخاصة القدرة على إدارة الانفعالات. (صالح، 2021، ص 243)

4- اسباب اضطراب ما بعد الصدمة

إن هناك العديد من العوامل المسببة لاضطراب ما بعد الصدمة منها:

4-1- العوامل الفردية حيث تتحكم العوامل الجينية وزيادة الاحساس الضمير في الاضطرابات ما بعد الصدمة ومدى استجابة الفرد للخبرة الصادمة.

4-2- شدة الخبرة الصادمة حيث أجمع الباحثون على أن شدة الخبرة والحدث الصادم تؤدي إلى أعراض أشد في العلاقة بين الصدمة والاضطراب النفسية.

4-3- السمات الشخصية: فالسمات الشخصية كالشخصية الشكاكة والاعتمادية لها أثر في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة.

4-4- وجود اعراض نفسية حيث ثبت أن وجود صدمة سابقة في الطفولة تزيد من حدوث الاضطراب وزيادة الحاجة لتعاطي المهدئات

4-5- العمر أو الجنس: فقد أكد العلماء أن الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة، كما أكدت الدراسات بأن الإناث يظهرون أعراض نفسية أكثر من الذكور. (بكري، 2024، ص 16).

5- النظريات المفسرة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة :

5-1- نظرية الاستجابة للضغط:

يعد هوروفتزر من رواد مجال الاهتمام باضطراب (PTSD) ، ويعزى ذلك إلى اهتمامه البالغ بإعمال الأفكار، والصور، والأمزجة المتعلقة بالفقد والصدمة، ويرى أنه عند مواجهة صدمة ما فإن الاستجابة الأولية للأفراد إنما تتمثل في الصراخ عند إدراك الصدمة، أما الاستجابة الثانية فتقتصر على محاولة تمثيل معلومات الصدمة الجديدة بواسطة معرفة متاحة مسبقاً، وعند هذه النقطة، قد يخبر كثير من الأفراد فترة من فرط المعلومات، والتي يجدون أنفسهم فيها عاجزين عن إيجاد اتفاق بين أفكارهم وذكرياتهم عن الصدمة، وبين الطريقة التي كانت تظهر بها هذه الأفكار والذكريات قبل الصدمة، واستجابة لهذا التوتر، تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسية في الظهور في ساحة المعركة لتؤدي دوراً في تجنب ذكريات الصدمة وفرض الحد الذي يمكن عنده استدعاء هذه الذكريات .

5-2- نظرية الاشتراط التقليدي:

إن الشخص المصدوم يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب) وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص، لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو تزامنت معها، من هنا يبدو أن الماضي المؤلم التجربة الصادمة يستمر عبر الحاضر والمستقبل، وكان الصدمة تغطي على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم، ويجيء التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها. (بكري، 2025، ص17)

5-3- النظرية المعرفية

أصحاب هذا التوجه في التفسير من المعرفيين يركزون على مفهوم الأمان الشخصي المعرفي للفرد، ومدى تأثره بالحدث الصادم، ومدى إدراك ومطابقة الحدث ضمن المخزون والمفهوم المعرفي للفرد من حيث الجدة والغربة، يرى المعالجون المعرفيون أن الفرد يصبح قلقاً عندما لا تكون لديه بني معرفية وتتكون الصدمات النفسية نتيجة الإدراك الانفعالي، والتقدير المعرفي ، وكيفية تفسير هذا الإدراك للأحداث الطارئة ضمن البني المعرفية الجديدة، فيفقد سيطرته على الأحداث، فحينها يشعر بالخوف والقلق من دخول الخبرة الجديدة للمخزون المعرفي البنائي للفرد، أما التهديد فإنه يشعر به عندما يدرك أن هناك تغييراً شاملاً على وشك الوقوع في نظام البنى لديه .

وأشار هو تجين إلى أن العمليات المعرفية هي مفتاح فهم الأحداث الصادمة خاصة في ظل الثورة المعرفية التي تركز على أن تقدير الفرد وإدراكه للحدث أو الصدمة وليس الحدث في حد ذاته هو الذي يؤثر فيه ويزيد من الأعراض النفسية لديه. ويؤكد ماثيني على وجود علاقة وثيقة، عند دراسة الصدمات

والأزمات بين المعرفة والانفعال والسلوك، كما يجب دراسة الإنسان في إطار كلي (بيولوجي - اجتماعي - نفسي - سلوكي).

ويرى أصحاب التفسير المعرفي بيك ولازوراس أن نظرة الفرد لذاته تتأثر بمدى تقدير وتفسير الفرد للحدث الصادم، كما يتأثر إدراك الفرد للأشياء والأحداث، وهي تتوقف على الخطط المعرفية التي يستقبل ويدرك بها الفرد الأشياء والأحداث والمواقف وهذه الصيغ المعرفية تتكون خلال مرحلة الطفولة من خلال علاقة الفرد بالوالدين، فإذا كانت هذه العلاقة تتسم بالحب والتقدير والاهتمام، فإن الطفل يدرك العالم على أنه مكان آمن، ويدرك ذاته على أنه يستحق الحب والاحترام، أما إذا كانت خبرات الطفولة تتسم بالإهمال والرفض، فإن الطفل يشعر بعدم الأمن وبالتالي يدرك العالم على أنه مكان غير آمن، كما يبالغ في توقع الخطر والشر من الأحداث والمواقف والمستقبل. (بكري، 2025، ص22، 21)

5-4- النظرية السلوكية:

إن السلوكيين يركزون ويردون التفسيرات الاضطراب ما بعد الصدمة إلى السلوك المكتسب ويغفلون أية عوامل بيولوجية ووراثية أو حتى لا شعورية، ويستخدمون فنيات للتعامل مع هذه الأعراض والاضطرابات الصادمة بطريقة سلوكية متعلمة محضة، كما أن السلوكيين يربطون التوجه الاشتراطي، الذي ينتبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحدث صادم، يؤدي إلى سلوك تجنبى المثل هذا التنبيه لدى المصابين باضطراب الصدمة النفسية، غير أنهم لم يقدموا تفسيراً للإصابة أشخاص دون غيرهم، مع أن الجميع قد تعرض لنفس الحدث الصادم ونفس الدرجة والحدة، ويقول معروف عن السلوكيين أنهم بهملون العوامل الوراثية، والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية، ويؤكدون على العوامل البيئية وأهمية التعلم بنوعية الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي في تحديد السلوك بنوعيه السوي وغير السوي، واللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم. وكذلك فقد حدث تطور لدى السلوكيين في تقديم نماذج متعددة في تطور النماذج السلوكية الخاصة بعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أدى إلى تطوير وتضمين متغيرات إضافية، مثل الخصائص الفردية، ويشمل ذلك المساندة الاجتماعية والإدراك، وأشار بعض السلوكيين إلى أن الأحداث الصادمة، تعتمد إلى إيجاد نوع متشابه من الخوف الواسع، وتنشط بشكل سريع وتستثار بسرعة نتيجة العدد الكبير من الاتصالات البيئية، وتميل إلى التعميم من الخوف من كل شيء مما يؤدي إلى الإحساس بعدم القدرة على التحكم والتنبؤ. (بكري، 2025، ص23، 22)

6- الأعراض والتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة:

تتقسم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة إلى أربع فئات:

6-1- التطفل الأفكار الدخيلة مثل الذكريات المتكررة واللاإرادية ، أحلام مؤلمة أو استرجاع الأحداث الصادمة قد تكون ذكريات الماضي حية لدرجة أن الناس يشعرون أنهم يعيدون عيش التجربة الصادمة أو يرونها أمام أعينهم .

6-2- التجنب: قد يشمل تجنب التذكير للحدث الصادم تجنب الأشخاص والأماكن والأنشطة والأشياء والمواقف التي قد تثير ذكريات مؤلمة. قد يحاول الناس تجنب تذكر الحدث الصادم أو التفكير فيه. قد يقاومون الحديث عما حدث أو ما يشعرون به حيال ذلك .

6-3- التغييرات في الإدراك والمزاج: عدم القدرة على تذكر الجوانب المهمة للحدث الصادم ، والأفكار والمشاعر السلبية التي تؤدي إلى معتقدات مستمرة ومشوهة عن النفس أو الآخرين على سبيل المثال ، أنا سيء لا يمكن الوثوق بأحد ، الأفكار المشوهة حول سبب أو عواقب الحدث الذي يؤدي إلى إلقاء اللوم على الذات. والخوف المستمر أو الرعب أو الغضب أو الذنب أو العار ، اهتمام أقل بكثير بالأنشطة التي تمتعت بها سابقا والشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين ، أو عدم القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية خالي من السعادة أو الرضا .

6-4- التغييرات في الاستثارة ورد الفعل قد تشمل أعراض الاستثارة ورد الفعل الانفعال ونوبات الغضب التصرف بتهور أو التدمير الذاتي ، الانتباه المفرط المحيط المرء بطريقة مشوهة يجري جفل بسهولة أو تواجه مشاكل في التركيز أو النو. (بكري، 2025، ص، 11-12)

أعراض كرب ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

للأمراض النفسية تعرض الشخص لحادث صدمي، وحدث التالي :

- من الشخص بخبرة أو شاهد أو واجه حدثاً أو أحداثاً تضمنت موتاً حقيقياً أو تهديداً.
- بالموت، أو إصابة بالغة أو تهديداً لسلامة الشخص أو الآخرين.
- تتضمن استجابة الشخص خوفاً جديداً وإحساساً بالعجز والرعب، وفي الأطفال، يظهر هذا في صورة سلوك مضطرب هجاجة .

تتم إعادة معايشة الحدث الصدمي بطريقة أو بأخرى من الطرق التالية :

- تذكر الحدث بشكل متكرر ومقتحم وضغط، وذلك يتضمن صوراً ذهنية أو أفكاراً أو مدركات .

- استعادة الحدث بشكل متكرر وضغط في الأحلام .
- التصرف أو الشعور وكان الحدث الصدمي عائد.
- انضغاط نفسي شديد عند التعرض للمثيرات سابقة الذكر .
- التفادي المستمر لأي مثيرات مرتبطة بالحدث، إضافة إلى خدر عام في الاستجابات.
- أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم .
- الأمراض مستمرة لمدة شهر على الأقل أما إذا كانت أقل من شهر فيطلق عليها اضطراب الكرب الحاد. ث-يسبب هذا الاضطراب ضغطاً إكلينيكاً واضحاً أو يؤدي إلى تدهور في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو جوانب أخرى هامة.(بكري،2025،ص14،13)

خلاصة:

لقد تم الإشارة في هذا الفصل الى تحديد أهم النقاط التي يركز عليها اضطراب ما بعد الصدمة من جوانب عدة من حيث التاريخ اضطراب، وتعريف اضطراب وذكر أهم العوامل والأسباب التي ساهمت فيه بالإضافة الى ذلك ذكر أهم نظريات مفسرة لهذا نوع من الاضطراب ، كما وضحنا في الأخير أهم الأعراض والتشخيص لهذا الاضطراب.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- تحديد منهج الدراسة

3- مجموعة البحث

4- أدوات الدراسة

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الدراسة التطبيقية أهم مرحلة أساسية في كل بحث علمي، باعتبارها الوسيلة الأساسية التي بفضلها يستطيع الباحث التأكد أو النفي من الفرضيات التي تم صياغتها من قبل. وهي طريقة يستخدمها الباحث لإثبات الجانب التطبيقي بعد أن تأكد من الجانب النظري.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى في البحث العلمي، تساعد الباحث على فهم الظروف المحيطة بموضوع البحث كما تساهم في تكوين تصور أولي عن الموضوع، وهذا للتعرف على مكان إجراء البحث. وتؤكدنا من وجود العينة التي سيتم التعامل معها من خلال اتصالنا الأول بمكان إجراء البحث، حيث شملت الدراسة الاستطلاعية على عينة مكونة من 2_ حالات تعرضوا للاعتداء الجنسي لتحقيق أهداف التالية:

- إستطلاع الميدان والتعرف على الحالات المناسبة للدراسة.
- معرفة مختلف الصعوبات التي يمكن أن تواجهنا أثناء الدراسة الأساسية وذلك لمواجهةها أو تفاديها ومحاولة ضبطها.
- إختيار أدوات الدراسة ومعرفة خصائصها السيكومترية.
- نتائج الدراسة الاستطلاعية :
- تقييم مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال معتمدي عليهم جنسيا.
- تقليل من الأعراض كرب ما بعد الصدمة الناتجة عن الاعتداء الجنسي.
- مساعدة الطفل على إعادة بناء التصورات السلبية عن الذات،والتي تكون مشوهة بعد تجربة اعتداء.

1-1- مكان وزمان إجراء الدراسة:

1-1-1- المجال المكاني للدراسة:

تم إجراء الدراسة بالمركز المتخصص في إعادة التربية للبنات تيارت، وهو مؤسسة حكومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية أي له اسم مقر وأهلية للتقاضي وميزانية يتصرف بموجبه لتسديد نفقات المستخدمين وتسيير المصالح، تم إنشاؤها بموجب المرسوم رقم 100/76 المؤرخ في 1974/05/25 المعدل والمتمم بمرسوم رقم 261 /76 المؤرخ في 1987/12/01. المتضمن احداث وتوسيع قائمة المراكز المتخصصة في رعاية الطفولة والمراهقة، متخصص في استقبال القاصرات دون سن 18 سنة طبقا لأحكام المادة 444 لإستقبال 80 قاصرة يتكفل بهن على مدار 24/24 وعلى طول أيام السنة، يقع المركز في ولاية تيارت يحده من الشمال عمارات المجمع السكني طواهرية محمد، ومن الجهة الشرقية الصندوق الوطني للمتقاعدين ومؤسسة إعادة التربية بطريق السوكر ومن الجهة الغربية دار الشباب وطريق عين قاسمة، ومن الجنوب حي 248 مسكن والمقبرة، تقدر مساحته الاجمالية 8000م المساحة غير المبنية 5000 مربع، يوجد بها أشجار تزيين أفنية المركز وساحتين واحدة عبارة عن ملعب لممارسة الرياضة، والأخرى تتوسطها نافورة ماء ومكان للعلم الوطني أين يرفع النشيد كل صباح يوم جديد.

1-2-1-الوسائل المادية والبشرية:

➤ الوسائل المادية:

المديرية: يحتوي المركز على 5 بنايات

➤ البنايات الأولى:

- المراقد.
- قاعة الرياضة.
- النادي.
- قاعة التمرير.
- مكتب محاسب المادة.
- مكتب وكبر المحاسب.
- البناية الثانية: متكونة من طابقين وتضم 4 أقسام
- قسم الملاحظة
- قسم محور الأمية
- مصلحة المستخدمين
- مصلحة المقتصدة
- بناية من طابق واحد تحمل شكل باللاتينية وتضم:
- مكتب المديرية
- الأمانة
- المكتب البيداغوجي
- الحمام
- ورشة الحلاقة
- ورشة الخياطة
- ورشة فن الطبخ
- البناية الثالثة: متكونة من طابق واحد تحتوي على مسكنين وطابقين:
- مسكن المديرية.
- مسكن المقتصد
- البناية الرابعة:
- المطبخ

مخزن رقم 01.

مخزن رقم 02.

- مطعم

➤ البناية الخامسة:

. مكتب التمريض

- المرقف رقم: 02 . 01

. مكتب المحاسبة.

- قاعة الرياضة.

. النادي.

- الرياضة.

➤ الأقسام التعليمية: يوجد بالمركز 6 أقسام:

- قسم الملاحظة

- قسم محو الأمية

- قسم تعليم الاعلام الآلي

- قسم فن الطبخ.

- قسم التكوين المتخصص في تعليم الحلاقة النسوية.

- قسم التكوين المتخصص في الخياطة والطرز.

➤ الموارد البشرية:

يشرف على تقديم الخدمات مجموعة من العمال والموظفين البالغ عددهم 61 من موظفين إدارة ومؤطرين.

- المديرية: معينة من طرف الوزارة الوطنية

- المقتصد: 01

- المتصرف: 02

- نفساني عيادي درجة أولى: 02

- نفساني تربوي درجة ثانية: 02

- مساعد اجتماعي رئيسي: 01

- مربّي متخصص رئيس: 02

- ممرض للصحة العمومية: 01

- مساعد متصرف: 02

- عون إدارة رئيسي: 01

- ملحق إدارة: 01

- عون مكتب: 01

- كاتب: 02

- عامل خارج الصنف: 02

- سائق صنف أول: 01
- الحراس المتقاعدين: 09
- العمال المهنيين من المستوى الاول توقيت كامل: 11
- العمال المهنيين من المستوى الأول توقيت جزئي: 10
- عمال مهنيين من المستوى الثالث: 05
- اعوان الوقاية والامن مستوى أول: 02
- الفئة المتكفل بها:

-الجنح

-الخطر المعنوي

"يتم وضعهم من الطرف السادة قضاة الأحداث من مختلف ولايات الوطن"

زمان إجراء الدراسة: تم إجراء هذه الدراسة من 20 افريل إلى غاية 15 ماي 2025

2- المنهج المستخدم:

إعتمدنا في دراستنا على المنهج التجريبي الذي يعتبر أسلوب بحث علمي يعتمد على ملاحظة الظواهر في ظل ظروف محددة ومضبوطة ، مع احداث تغيير مقصود باحد المتغيرات (المتغيير المستقل والمتغير التابع)

3- مجموعة البحث:

تم اختيار العينة الدراسية بطريقة قصدية حيث تكونت من حالتين (بنات) من ضحايا الاعتداء الجنسي.

جدول رقم (01): يوضح حالات الدراسة.

الحالة الأولى	الحالة الثانية
الاسم: فاطمة	الاسم: وفاء
السن: 16 سنة	السن: 15 سنة
الحالة المدنية: عزباء	الحالة المدنية: عزباء
مستوى دراسي: الثانية ابتدائي	مستوى دراسي: الخامسة ابتدائي
عدد الإخوة: لا يوجد	عدد الإخوة 17 أخ

مقر الإقامة: مركز إعادة التربية للبنات تيارت	مقر الإقامة: مركز إعادة التربية للبنات تيارت
--	--

4- أدوات الدراسة:

4-1- المقابلة العيادية:

هي محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي الاكلينيكي، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول، والاسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج.

. تستعمل المقابلة حسب سيلامي كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، إنها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الاختبارات السيكلوجية، حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها كما أنها تستعمل في علم النفس العيادي بانتظام وتساعد على إعطاء حلول للمشاكل. (مقراني، 2022، ص54)

4-2- المقابلة النصف موجهة:

في هذا النمط من المقابلة العيادية، يأخذ موقف وسط بين الشكليين السابقين، حيث يقدم الفاحص على مقابلة المفحوص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو الرؤوس مواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يفكر في أن يطرق المحاور التالية: الأسرة، المرض الحالي، الطفولة سنوات التعلم، مكان الإقامة، الحوادث الأمراض، الحقل الجنسي، العادات والهويات التجه نحو الأسرة، الاتجاه نحو المرض الحالي، الاحلام. (مقراني، 2022، ص62).

4-3- مقياس دافيد سون اضطراب ما بعد الصدمة:

يجب اختيار المقياس بدقة كبيرة لكي يقدم موضوع البحث بصورة جيدة يجب أن يكون قادر على توصيل الباحث إلى الهدف المطلوب، واختار الباحث من أجل هذه الدراسة مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة لدافيدسون يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح لنا بجمع بيانات حول اضطرابات ما بعد الصدمة، ترجم هذا المقياس إلى لغات عديدة وترجم إلى اللغة العربية من طرف الدكتور "عبد العزيز ثابت"

4-5-1- الخصائص السيكمترية للمقياس:

يتكون مقياس دافيدسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة ص17 بند، تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكي، ويتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاث أبعاد فرعية:

- 1 . استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية: 1، 2، 3، 4، 17.
 - 2 . تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية: 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11.
 - 3 . الاستثارة وتشمل البنود التالية: 12، 13، 14، 15، 16.
- 4-5-2- ثبات المقياس:

لقد تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات ومصادقية هذا القياس وكانت على النحو التالي:

ويتضمن المقياس من السن والجنس والاسم والعنوان، يتطلب من المفحوص قراءة التعليمات من أجل إزالة الغموض أو سوء الفهم على الفهم على العموم ليقوم الفاحص بتحديد وقت الانتهاء وفي نفس الوقت الحرص على أن لا تطول مدته أكثر من اللازم

. يشمل هذا المقياس 17 بند يتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من 0. 4) ويكون السؤال المفحوص عن الاعراض في الاسبوعين المنصرمين ، ويتم حساب النقاط وتصحيح هذه الفقرات حسب استجابة المفحوصين وتقدر اجابتهم على فقرات المقياس على سلم ليكرت مؤلف من 5 درجات

- (4) (تتطبق على استجابة دائمة)

- (3) (تتطبق على استجابة غالبا)

- (2) (تتطبق على استجابة أحيانا)

- (1) (تتطبق على استجابة نادرا)

- (0) (تفسر الدرجات المرتفعة للمقياس الكلي أو الفرعي إلى درجة عالية جدا من الاجهاد ما بعد الصدمة)

_ وتوزع الفقرات ال 17 على ثلاث أبعاد كالتالي:

البعد الأول: ويشمل أعراض استعادة اكبر الصدمة بعد خمس (5) بنود.

البعد الثاني: ويشمل أعراض تجنب الخبرة الصادمة بعد سبع (7) بنود.

البعد الثالث: ويشمل أعراض الاستثارة بعد خمس (5) بنود.

- الحالات التي تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة يجب أن تتوفر عندها:
- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

➤ عرض من أعراض التجنب.

➤ عرض من أعراض الاستثارة

لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، ودراسة لضحايا الاعصار اندروا، وكان معامل ألفا 0.99

لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 215 سائق اسعاف مقارنة مع موظفين في عزة وكان معامل ألفا 0.78 التجزئة النصفية بلغت 0.61

4-5-3- صدق المقياس:

لقد تم دراسة مصداقية المقياس لمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للإكلينيكي وذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، وكانت النتيجة أن 67 منهم تم تشخيصهم كحالة للكرب التالي للصدمة حيث كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون للكرب التالي للصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليهم أعراض الكرب ما بعد الصدمة 62 شخص هو 15.5 + 13.8 ت 9.37 = دلالة احصائية 0.0001

4-5-4- ثبات المقياس:

لقد تم تطبيق المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال دراسة بمجموعة من الاشخاص دراسة بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0.86 وقيمة الدلالة الاحصائية 0.001

4-5-5- طريقة تطبيق وتصحيح المقياس:

يمكن تطبيق مقياس دافيدسون فردياً أو جماعياً، يحتوي المقياس على تعليمية مدونة عليه تتمثل في: ضع العلامة (+) تحت إحدى الاحتمالات: 0 = أبد 1 = نادرا 3 = غالبا 4 = دائما

الجدول (2): يمثل درجة شدة أعراض كرب ما بعد الصدمة

من 00 إلى 17 درجة	لا يوجد كرب ما بعد الصدمة
من 18 إلى 34 درجة	اضطراب ما بعد الصدمة خفيف
من 35 إلى 51 درجة	اضطراب ما بعد الصدمة متوسط
من 52 إلى 68 درجة	اضطراب ما بعد الصدمة شديد

أهم التقنيات المستخدمة في العلاج:

4-6-1- تقنية الاسترخاء:

هو توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو النوم، بمعنى أن الارخاء التوترات العضلية وإيقاف انقباضاتها يؤدي إلى التقليل من الانفعالات المصاحبة لهذه التوترات.

. ويعرف أيضا بأنه تقنية ممتازة تمكن من الاستفادة منها عند الشعور بالضغط النفسي، إذ يساعد على تقليل القلق والتغيرات النفسية، ويعرف كذلك بالتراخي، فهو حالة انفعالية تتسم بالتوافق النفسي بين الأنا والهو والأنا لأعلى والواقع الخارجي، وهو فنية تستطيع بها التدريب المريض من خلالها على إرخاء عضلاته، إذ تبين أن بالإسترخاء التدريجي للعضلات تتلاشى شيئا فشيئا آثار النشاط الذهني والاضطرابات الانفعالية. (حمزاوي، 2018، ص199)

. عادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي مستقل أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة، ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهية فسيولوجية معروفة، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية، فتتوتر العضلات الخارجية لتتكون حركات لا إرادية مثل اللوازم القهرية في الفم والعينين والابتسامات غير الملائمة. (عبد الستار، 1990، ص 64، 65)

4-6-1-1- مبادئ عامة للاسترخاء:

في حين أن أساليب الاسترخاء تتنوع في الشكل إلا أن هناك عدد من النقاط المشتركة بينهم جميعاً، ولذا يجب أن تؤخذ العوامل التالية الذكر في عين الاعتبار في أثناء التحضير لجلسة الاسترخاء.

1 . يجب أن يذهب الأشخاص إلى دورة المياه قبل بدء جلسة الاسترخاء

2 . يجب أن يتم خلع الأحذية، كما يجب أن يتم ترخية جميع الملابس الضيقة خاصة عند الرقبة والوسط.

3 . يجب أن لا تعقد جلسة استرخاء بعد تناول الوجبات، وذلك لأن هذا من شأنه أن يبطل عملية الهضم ولن يقوم بعمله بشكل صحيح.

4 . ومن المهم أن تتم ممارسة أساليب الاسترخاء بشكل منظم، نظراً للاستخدام المنظم لأساليب الاسترخاء سيساعد في معرفت المهارات التي تتضمنها هذه الأساليب بشكل جيد.

إن الهدف من الاسترخاء أن يظل الفرد واعياً مدركاً لما يحدث له لا أن يخلد إلى النوم، ومما يوضح أن كلا من النوم والاسترخاء عبارة عن تجارب مختلفة، هو أن شكل موجات ألفا الدماغية التي توجد في الاسترخاء لا توجد عادة أثناء النوم، (حمزاوي، 2018، ص199، 200)

4-6-1-2- أنواع تقنيات الاسترخاء:

➤ **الاسترخاء الذاتي:** طوره شلوز وهو عبارة عن اجراء أسلوب من الاسترخاء الذاتي المركز، فمن خلال مجموعة من التمارين المبنية على بعضها البعض يسعى إلى الوصول إلى أن يتأثر الحوادث الجسدية من خلال التركيز على عبارات معينة ومحددة، ويحدث هذا من خلال جعل الاحاسيس الجسدية حساسة في أثناء الاسترخاء، ومن خلال ربط مثل هذه الاحاسيس مع عبارات مثل (الذراعان ثقيلتان)، ويمكن اجراء الاسترخاء الذاتي فردياً أو ضمن المجموعة. ' (حمزاوي، 2018، ص 200)

➤ **التأمل:** هو عبارة عن استغراق في الذات، يتصف بالصمت والاسترخاء والاصغاء الداخلي، يتم بتوجيه الانتباه إلى مصدر وحيد ومتكرر من الاثارة، وتعتبر اليوغا من بين أساليب التأمل، يستخدم التأمل بشكل أساسي في أساليب غير علاجية أكثر من استخدامه للأساليب العلاجية.

➤ **الاسترخاء العضلي:** يعتمد أسلوب الاسترخاء العضلي على المبدأ القائم على أن القلق واسترخاء العضلات لا يمكن أن يجتمعا معا، وبالتالي فإن تعلم الناس كيفية تحقيق استرخاء عضلاتهم لن يؤدي إلى شعورهم بالاسترخاء البدني فحسب بل سيقفل أيضا من شعورهم بالقلق، يعكس أسلوب الاسترخاء التدريجي التفاعل الذي يتم بين الجسم والعقل، ويعد أيضا الطريقة لاستخدام العضلات التي يستطيع الحالة السيطرة عليها بهدف تحقيق استرخاء أجهزة الجسم الأخرى المستقلة، التي لا يستطيع السيطرة عليها ويعتبر هذا الأسلوب مفيدا وخاصة بالنسبة للأشخاص الذين يخضعون لأساليب الاسترخاء للمرة الأولى. (حمزاوي، 2018، ص 201)

4-6-2- إعادة بناء المعرفي: Restructuration cognitive

وتهدف هذه الاستراتيجية إلى التوصل إلى الوضوح والتغيير في أنمط التفكير لدى أشخاص موضع الارشاد وفقا للعلاج العقلاني الانفعالي الذي طوره اليس (1974) ويكون الهدف من استخدام فنيات إعادة البناء المعرفي هو مساعدة الاشخاص على تنمية قدراتهم على تقييم الاحداث الباعثة على الضيق والاسى بطريقة اكثر واقعية، حيث يعتقد (اليس) بأن النظام المعرفي يجب أن يتم إعادة بنائه وتأسيسه بأنماط إيجابية وداعمة للذات، ولذلك للتخلص من الضيق الشخصي، لذا فإن عملية إعادة البناء المعرفي عبارة عن عملية تعديل الافكار والمعتقدات المسؤولة عن مشاكل كل فرد، ويمكن استخدام هذه العملية في زيادة التفكير الايجابي والتفاؤل عند الافراد. (عبد الحسين، 2010، ص 127)

4-6-3- التفريغ الانفعالي:

تهدف هذه الطريقة إلى خفض الانفعالات لدى الفرد أو إلى تحريره من الانفعالات ووفقا لهذه الاستراتيجية يبدأ المرشد مع الفرد بتدريبه على الاسترخاء من خلال تعليمات موجهة ثم الطلب من المسترشد التحدث عن الموقف الصادم الذي تعرض له وأن يصف تفاصيله، وهنا يشجع الفرد على التعبير الحر عن انفعالاته ومشاعره المرتبطة بالحدث، ويكون دور المرشد محددا بتسهيل التعبير عن تلك المشاعر وتقديم الدعم والمساندة، من شأن هذا الاجراء أن يساعد المسترشد على أن يقف على الانفعالات المختلفة التي تواترت في وقت الحدث ويستبصرها بما فيها تلك الانفعالات التي يكون قد نسيها أو تجنبها. (عبد الحسين، 2010، ص128)

الجدول رقم (03): يوضح تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدى فيدسون (مقياس قبلي)

للحالة الأولى:

الرقم	الخبرة الصادمة	0	1	2	3	4
		أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل، صور، ذكريات وأفكار عن الخبرة الصادمة؟					×
2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟				×	
3	هل تشعر بمشاعر مفاجئة بأن ما حدث له سيحدث مرة أخرى؟					×
4	هل تتضايق من الأشياء تذكرك بالمتعرض له من الخبرة					×

					الصادمة؟	
	x				هل تتجنب الافكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟	5
		x			هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	6
		x			هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان نفسي محدد)؟	7
	x				هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك ونشاطاتك اليومية التي تعودت عليها؟	8
x					هل تشعر بالعزلة وبألمك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه آخرين أو انبساط؟	9
			x		هل فقدت الشعور بالحزن والحب (أنك متبلد الاحساس)؟	10
		x			هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في عمل، زواج، انجاب أطفال؟	11
	x				هل لديك صعوبة في نومك أو بقاءك نائماً؟	12
x					هل تتأبك نوبات من التوتر والغضب؟	13
x					هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	14
		x			هل تشعر أنك على حافة الانهيار (واصله معاك على الآخر؟ من السهل تشفق الإنسان؟	15
		x			هل تستنار لأتفه الأسباب وتشعر دائماً بأن المتحضر والمتوقع للأسوء؟	16
x					هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس والرعدة، العرق الغزير والسرعة في ضربات القلب؟	17

➤ تحليل مقياس دافيدسون:

الحالة الأولى (ف)

المحور الأول:

استعادة الخبرة الصادمة:

(04، 01)، (02، 03)، (03، 04)، (04، 04)، (04، 17).

$$19 = 4 + 4 + 4 + 3 + 4$$

المحور الثاني:

تجنب الخبرة الصادمة:

(03، 05)، (03، 06)، (02، 07)، (03، 08)، (04، 09)، (01، 10)، (02، 11).

$$18 = 2 + 1 + 4 + 3 + 2 + 3 + 3$$

المحور الثالث:

الاستشارة

(03، 12)، (04، 13)، (04، 14)، (02، 15)، (02، 16).

$$15 = 2 + 2 + 4 + 4 + 3$$

الجدول (04): يمثل درجات قياس قبلي لاضطراب ما بعد الصدمة للحالة الاولى.

المجموع	الاستشارة	تجنب الخبرة الصادمة	استعادة الخبرة الصادمة	البعد
52	15	18	19	الدرجة

➤ عرض نتائج المقياس قبلي:

من خلال ملاحظة ومقابلة مع الحالة، وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس قبلي) لدافيد سون، وجدنا أن حالة تعاني من كرب ما بعد الصدمة شديد، وهذا من خلال درجة التي تحصلت عليها حالة وهي مقدرة ب 52 درجة المنحصرة في مجال بين [52-68]، بالإضافة إلى ذلك لاحظنا أن الحالة لديها استعادة الخبرة عاليا من خلال (فقرة رقم 01 و 03 و 04 و 17)، وعرض من أعراض تجنب مبينة في البند التالي: (09)، وعرض من أعراض الاستشارة البند (13،14).

خلاصة عامة للحالة الأولى :

من خلال المقابلة والملاحظة مع الحالة والنتائج المتحصل عليها من خلال مقياس دافيد سون، تبين أن الحالة عاشت حدثا صدميا من خلال تحدثها عن الحادث الصدمي وعليه فإن الحالة (ف) تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة.

وهذا ما يتوافق مع الأعراض الصدمية النفسية والتي برزت في استعادة الخبرة الصادمة حيث أصبحت الحالة تظهر لها ملامح الحزن، البكاء، والتوتر، كما تتمكن الحالة من تجنب الأماكن والأنشطة التي تذكرها بالحادث الصدمي، أما فيما يخص الاستشارة فقد ظهرت على شكل نوبات من التوتر والغضب.

الجدول رقم (05): يوضح تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون (مقياس قبلي) للحالة الثانية:

الرقم	الخبرة الصادمة	0	1	2	3	4
01	هل تتخيل صور، ذكريات وأفكار عن الخبرة الصادمة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
02	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة					x
03	هل تشعر بالمشاعر مفاجئة أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى				x	
04	هل تتضايق من أشياء التي تذكرك بالمعترض له من					x

					الخبرة الصادمة	
	x				هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي بالحدث الصادم	05
				x	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	06
		x			هل تعاني من فقدان الذاكرة لأحداث الصدمة التي تعرض لها فقدان ذاكرة نفسي محدد	07
x					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك ونشاطاتك اليومية التي تعودت عليها؟	08
x					هل فقدت شعور بالحب والحزن أنك متلبد بالإحساس	09
x					هل شعرت لعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الآخرين وانبساط؟	10
	x				هل تجد صعوبة في تخيل بقاءك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل زواج، إنجاب أطفال؟	11
x					هل لديك صعوبة في النوم أو بقائك نائما	12
x					هل تتأبك نوبات من التوتر والقلق	13
			x		هل تعاني من الصعوبات في التركيز	14
x					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار	15
	x				هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع للأسوء	16

x					هل الأشياء والأشخاص من الذين يذكرونك بخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس والرعشة والأرق الغزير، وسرعات في نبضات القلب	17
---	--	--	--	--	--	----

➤ تحليل مقياس دافيدسون:

الحالة الثانية: (و)

المحور الأول: استعادة الخبرة الصادمة

(04 ، 01) (04 ، 02) (03 ، 03) (04 ، 04) (04 ، 17)

$$19 = 04 + 04 + 03 + 04 + 04$$

المحور الثاني: تجنب الخبرة الصادمة

(03 ، 05) (0 ، 06) (02 ، 07) (04 ، 08) (04 ، 09) (04 ، 10) (03 ، 11)

$$20 = 03 + 04 + 04 + 04 + 02 + 0 + 03$$

المحور الثالث: الاستثارة

(04 ، 12) (04 ، 13) (01 ، 14) (01 ، 15) (03 ، 16)

$$16 = 03 + 04 + 01 + 04 + 04$$

الجدول (06): يمثل قياس درجات مقياس قبلي اضطراب ما بعد الصدمة للحالة الثانية.

البعد	استعادة الخبرة الصادمة	تجنب الخبرة الصادمة	الاستثارة	المجموع
الدرجة	19	20	16	55

عرض نتائج المقياس:

من خلال الملاحظة والمقابلة مع الحالة وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس قبلي لدافيدسون)، وجدنا أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة شديد، وهذا من خلال الدرجة التي تحصلت عليها (و) وهي بنسبة 55 درجة منحصرة في مجال {من 52 إلى 68}، بالإضافة إلى ذلك

لاحظنا الحالة لديها خبرة صادمة التي تظهر في الفقرات التالية (01، 02، 04، 17)، حيث تحصلت الحالة في هذا المحور على 19 درجة، بالإضافة إلى ذلك أعراض تجنب الخبرة الصادمة كانت عالية بالنسبة للحالة حيث تحصلت في هذا المحور على 20 درجة، والتي تظهر في البند (09، 10، 08)، وعرض من أعراض الاستثارة تظهر في البند (12، 13، 15) حيث تحصلت في هذا المحور على 16 درجة.

خلاصة عامة للحالة الثانية:

من خلال المقابلة والملاحظة التي أجريت مع الحالة والنتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس دافيدسون، أظهرت النتائج أن الحالة (و) عاشت حادث صدمي أثر على حياتها بشكل سلبي وذلك من خلال تحدثها عن الحادث حيث عبرت عن الألم والمعاناة التي عاشتها، وعليها فإن الحالة (و) تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة وهذا ما يتوافق مع أعراض صدمة نفسية والتي برزت في استعادة الخبرة الصادمة، حيث أصبحت الحالة تظهر ملامح الحزن، ضيق تنفس، أرق، توتر، كما تتجنب الحالة الأماكن والاحداث التي تذكرها بالحادث، أما الاستثارة ظهرت على شكل نوبات قلق، صعوبة في النوم.

4-6-3- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

4-6-3-1. الخلفية النظرية للبرنامج: يعتمد البرنامج العلاجي المطبق في البحث الحالي على النظرية المعرفية النموذج المعرفي لبيك الذي يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيرها في السلوك والنظريات السلوكية نموذج باندور التي تهتم بالتفاعل الاجتماعي.

سير النظريات المعرفية في اتجاه رئيسي يحاول إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللامنطقية التي يتبناها المريض من خبراته المبكرة، ولذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يشير له التغيير في سلوكه، حيث يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانب واحد من الشخصية فحسب، بل يمتد ليشمل أربعة جوانب هي: السلوك الظاهر (الافعال الخارجية)، والانفعال (التغيرات، الفسيولوجية)، والتفكير (طرق التفكير والتقييم)، والتفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين). (هاشيم، 2016، ص206)

4-6-3-2- تعريف البرنامج العلاجي: هو مجموعة الانشطة المتكاملة والمتراصة التي تقدم خلال

فترة زمنية محددة، وتعمل على تحقيق الهدف العام، ويعرف أيضا على أنها مجموعة من الخطوات

العلمية المنظمة التي تسير وفق التسلسل المنطقي بهدف تقييم الخدمة العلاجية الفعالة للمريض خلال فترة زمنية محددة، تشتد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي. (ملاك، بدون سنة، ص87)

4-3-6-3- زمن البرنامج العلاجي:

. الحدود المكانية: تم تطبيق البرنامج العلاجي في مركز إعادة التربية للبنات، تيارت، وتم تحديد الفئة التي ستخضع للبرنامج العلاجي المتمثلة في حالتين.

. الحدود الزمانية: تم تطبيق البرنامج العلاجي في فترة زمنية التي تتمثل في 15 يوم، حيث تبدأ من

01 إلى غاية 15 ماي 2025.

4-3-6-4- خطوات بناء البرنامج. استخدمنا عند بناء البرنامج ما يلي:

أولاً: الأسس التي يقوم عليها البرنامج العلاجي:

- الأسس العامة: تتمثل في قابلية العلاج المعرفي السلوكي ورغبة المعتدي في العلاج
- الاسس الفلسفية: استمد هذا البرنامج أصوله من النظرية المعرفية السلوكية.
- الأسس النفسية: فهم الصدمة النفسية كحدث يهدد الاحساس بالأمان ويحدث خلل في البنية المعرفية والانفعالية للفرد.
- الاسس الفسيولوجية والعصبية: مراعاة أسس التي تساعد الجسم على الوصول إلى حالة استرخاء من خلال استخدام التفريغ الانفعالي وإعادة البناء المعرفي وما تتضمنه التقنية من التدريب الاسترخاء.
- الاسس الادارية: تم مراعاة إدارة مركز في المكان المناسب والأدوات والوسائل اللازمة للتطبيق.

ثانياً: تحديد أهداف البرنامج:

تحدد أهداف البرنامج العلاجي فيمايلي:

- نقص الاعراض السلوكية والانفعالية التي يتعرض لها الضحايا الناتجة عن خبرة صدمية من خلال تدريبهم على استعمال بعض التقنيات السلوكية والمعرفية المطبقة في البرنامج.
- مساعدة وتشجيع الحالات على التعبير والتحدث على مشاعرهم اتجاه الحدث الصدمي الذي تعرضوا له (الاعتداء الجنسي).
- زيادة الثقة بالنفس والثقة بالآخرين.

- تغيير الافكار السلبية غير السوية إلى أفكار إيجابية وأكثر منطقية.
- يهدف إلى اكتساب الضحايا بعض التقنيات المعرفية السلوكية التي تساعد على حل المشاكل، ومن خلال التخلص من الضغوطات والتوترات التي يعانون منها.

4-6-3-5- مراحل البرنامج العلاجي:

- المرحلة الأولى: تقييم مبدئي (مرحلة تمهيدية) وتشمل الجلسات الثلاثة الأولى (قياس قبلي)
- المرحلة الثانية: مرحلة العلاج المعرفي السلوكي وتتمثل في الجلسات من 8.4 جلسة علاجية قائمة على تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
- المرحلة الثالثة: وهي مرحلة انتهاء البرنامج العلاجي والتأكد من فاعليته وتشمل الجلسات 10.09، (مقياس بعدي).

الجدول رقم (07): يوضح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لضحايا الاعتداء الجنسي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	أدوات الدراسة	الفنيات المستخدمة
01	التعرف على الحالة وجمع البيانات.	45 د	- بناء علاقة ثقة مع الحالة. - بناء علاقة علاجية.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - الاستماع
02	تعريف بالاضطراب وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس قبلي).	45 د	- تعريف الحالة بنوع الاضطراب التي تعاني منه - التعرف على مفهوم الاضطراب وأسبابه وأعراضه	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - الاصغاء - الاستماع
03	التعريف بالبرنامج العلاجي.	45 د	- القيام بشرح العلاج المعرفي السلوكي والهدف من هذا البرنامج. - كسب الثقة بأخلاقيات وشروط العلاج.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - الاصغاء - الاستماع. - التساؤل. - التفسير.

04	الارشاد العائلي.	45 د	- تعريف أولياء الأمور بتطبيق البرنامج العلاجي. - موافقة من أولياء الأمور على تطبيق البرنامج.	ملاحظة مقابلة	- مناقشة. - الحوار - الاستماع - التساؤل
05	تعديل الافكار السلبية.	45 د	- تعديل الافكار السلبية إلى أفكار إيجابية وأكثر منطقية	ملاحظة مقابلة	- إعادة البناء - المعرفي.
06 و 07	تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي .	45 د	- تدريب الحالة على تقنية الاسترخاء من أجل تخفيف الضغط والتوتر الذي يعاني منه.	ملاحظة مقابلة	- الاسترخاء - العضلي - الشرح - الحوار
08	- تطبيق تقنية الاسترخاء (02).	45 د	- التخفيف من التوتر والضغط. - التخفيف من المشاكل التي يتعرض لها الحالة.	ملاحظة مقابلة	- تقنية - الاسترخاء - الذهني والتأمل
09	- فتح المجال للحالة عن التحدث عن الحدث الصادم.	45 د	- تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة. - التخفيف من التوتر.	ملاحظة مقابلة	- تطبيق تقنية التنفيس - الانفعالي
10	- المشاعر المتعلقة بالخبرة الصادمة.	30 د	- توضيح العلاقة بين الافكار السلبية والمشاعر المؤلمة.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - المناقشة - الاستماع - الشرح - المواجهة
11	. تدريب الحالة على الرفع من تعزيز الذات.	45 د	- تعليم الحالة حماية الذات من الآخرين. - تعزيز الثقة في النفس.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - تقديم نصائح وتوجيهات
12	. التقييم وانهاء البرنامج.	45 د	- الاعلان عن انتهاء البرنامج العلاجي.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - تفسير
13	- مراجعة ما دار في جلسات سابقة.	45 د	- بعد 15 يوم من انتهاء البرنامج العلاجي ركزنا على أهم النقاط	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة

		التي تحتويها الجلسات السابقة.			
14	- استمرارية التأكد من فعالية البرنامج.	45 د	- التأكد من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي.	ملاحظة مقابلة	- مقياس بعدي مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

الجدول (08): يوضح أسماء الأساتذة المحكمين ودرجتهم العلمية:

الدرجة العلمية	إسم المحكم
أستاذ محاضر. أ.	بلياد أحمد
أستاذ محاضر. أ.	قليل محمد رضا
أستاذة محاضرة. أ	هدور سميرة
أستاذة محاضرة. أ.	حوتي سعاد

الجدول (09): يوضح برنامج العلاجي المعرفي السلوكي لضحايا الاعتداء الجنسي بعد تحكيم أساتذة.

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	أدوات	الفنيات المستخدمة
01	- التعرف على الحالة وجمع المعلومات.	45 د	- بناء علاقة ثقة مع الحالة وبناء علاقة علاجية.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - الاستماع
02	- التعريف بالاضطراب وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس قبلي).	45 د	- التعرف على مفهوم الاضطراب وأسبابه وأعراضه. - محاولة التعافي منه.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - الاصغاء - الاستماع
	- التعريف بالبرنامج العلاجي.		- القيام بشرح العلاج المعرفي السلوكي والهدف	ملاحظة	- الحوار - المناقشة

03		45 د	من هذا البرنامج. - كشف الثقة بأخلاقيات وشروط العلاج.	مقابلة	- الاصغاء - الاستماع - التساؤل - التفسير
04	- توعية الوالدين حول البرنامج العلاجي.	45 د	- تعريف أولياء الأمور بتطبيق البرنامج العلاجي - موافقة على تطبيق البرنامج العلاجي من أولياء الأمر.	ملاحظة مقابلة	- مناقشة - الحوار - الاستماع - التساؤل
05	- تعديل الافكار السلبية	45 د	- تعديل الافكار السلبية إلى أفكار ايجابية وأكثر منطقية.	ملاحظة مقابلة	- إعادة البناء المعرفي.
06 و 07	- تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي	60 د	- تدريب الحالة على تقنية الاسترخاء من أجل تخفيف الضغط والتوتر الذي يعاني منه. - التخفيف من المشاكل التي يتعرض لها.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - الشرح - تقنية الاسترخاء العضلي+التأمل الذهني.
08	- فتح المجال للحالة عن التحدث عن الحدث الصادم.	45 د	- تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة - التخفيف من التوتر.	ملاحظة مقابلة	- تطبيق تقنية التنفس الانفعالي.
09	- التقييم وانهاء البرنامج.	30 د	- الاعلان عن انتهاء البرنامج العلاجي.. - مراجعة ما دار في الجلسات السابقة.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - المناقشة - التفسير

10	- تطبيق مقياس الاضطراب ما بعد الصدمة (مقياس بعدي).	45 د	- التأكد من فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.	ملاحظة . مقابلة	- الحوار - الاستماع - الاصغاء - التعزيز
----	--	------	--	-----------------	--

خلاصة:

خلاصة القول أن هذا الفصل تضمن منهج البحث المتمثل في المنهج التجريبي ، استخدمت في ذلك القياس البعدي والقبلي الذي سيحدث خلال مرحلة العلاج، كما تناولت في هذا الفصل مجموعة البحث متكونة من حالتين تعرضوا للإعتداء جنسي، ويعانون من اضطرابات نفسية، تم اختيارهم وفق شروط معينة تتوافق مع مطالب البحث، كما تم تقديم برنامج علاجي سلوكي معرفي واستخدام أهم التقنيات المتبعة في كل مرحلة التشخيص والعلاج والمتابعة، إلى جانب الادوات والوسائل المستخدمة والمتمثل في الملاحظة، المقابلة العيادية نصف موجهة، كذلك المقياس الذي طبق على الحالتين: مقياس اضطراب ودراسة حالة ما بعد الصدمة.

فيما يلي سنتطرق إلى تقديم الحالات وعرض النتائج، وتحليلها ومناقشة الفرضيات وبناء على النتائج المتوصل إليها.

الفصل السادس:

عرض وتحليل النتائج

1. عرض النتائج ومناقشة الفرضية

2. إستنتاج عام

1- عرض النتائج .

➤ عرض نتائج الحالة الأولى:

- تقديم الحالة الأولى
- البيانات الأولية:
- الإسم: فاطمة
- السن: 16
- السكن: أنثى
- الحالة الاجتماعية: عزباء
- المستوى الاقتصادي: فقير
- المستوى التعليمي: ثانية ابتدائي
- الوالدين: غير شرعية وأم متوفية
- سبب الإيداع: حالة خطر
- نوع الحادث: الإعتداء الجنسي
- مكان وقوع حادث: شلف
- تاريخ الحادث: 2017.

➤ ملخص المقابلات:

الحالة فاطمة عزباء تبلغ من العمر 16 سنة، توقفت عن الدراسة في السنة الثانية إبتدائي بسبب مرض أمها، وهي غير شرعية، تعيش الحالة مع أمها في بيت جدها (أب الأم)، تتكون أفراد عائلتهم من الجد والجدة وأربعة أخوال، كانوا يعيشون في منطقة نائية في شلف "زبوجة"، كانوا يتكافلون بها رغم الظروف المعيشية الصعبة التي كانت تعاني منها العائلة، إلا أن أخوالها حرصوا على الاهتمام بها ومساعدتها في جميع جوانب حياتها مما وفرت لها قدرا من الاستقرار والدعم العاطفي.

ومن خلال المقابلة العيادية لاحظت أن الحالة تعاني من اضطراب التأخر اللغوي، بالإضافة إلى صرحت (ف) أن كل أفراد العائلة يعانون من اضطراب التأخر اللغوي، وهذا راجع إلى عامل وراثي.

صرحت العميلة أن حياتي كانت مليئة بالمشاكل بسبب الظروف العائلية الصعبة التي كانوا يعيشونها أمها كانت عاملة نظافة ب "شلف"، ومن بين الصدمات التي عاشتها الحالة (ف) تعرضها لصدمة الاعتداء الجنسي في طفولتها حيث كانت تبلغ من العمر 8 سنوات كان وقوع الحادث في سنة 2017

كانت بجاية الاعتداء صدمة قوية بالنسبة للحالة، أثناء طريقها لشراء حذاء من أحد المحلات التجارية تعرضت المفحوصة لاعتداء جنسي من قبل صاحب المحل الذي كانت تقصده لشراء الحذاء، كان الرجل يتروح عمره بين الثلاثينيات، حيث حاول كسب ثقتها واستدراجها عبر تقديم حذاء كوسيلة للإغراء، في حين استغل المعتدي لحظة إنفراده بالضحية ليبدأ تجريدتها من بعض ملابسها، لاحظنا من خلال المتابعة وجود سلوك يتسم بالعدوانية ذو دلالة جنسية موجه نحو الضحية "بلغ الباب وحكمني فورصي نحلي حوايجي وتقرب مني بغيت نهرب بصح ضريني واغتصبني مطقت نديرلو والو خطرش كان كبير عليا بزاف ما طقتش نقامو"، عقب واقع الحادثة، لجأت الضحية إلى عائلتها وأبلغتهم بما حدث، وغير أن الإفصاح عن الواقعة لم يقابل بأي رد فعل اتجاه المعتدي، إلا أن غياب رد فعل فعال من طرفهم ساهم في تكريس شعورها بعدم الأمان، مما قد يؤدي إلى تعقيد الأثر النفسي الناتج عن الصدمة.

ذكرت الضحية أن بعد مدة زمنية من وقوع حادثة الاعتداء توفي جدها في سنة 2020 التي كانت تبلغ من العمر 11 سنة، توفي نتيجة شجار مع أحد الجيران الذي طعنه بألة حادة على الرأس مما أدى إلى وفاته مباشرة وكانت الضحية شاهدة على الحادث المؤلم، "جاء جارنا الباله وضرب جدي على راسو بدا الدم يسيل وأنا كي شفت الدم هاك طحت وتغشيت" وهذا مما زاد من تعقيد حالتها النفسية في تلك المرحلة العمرية.

صرحت العميلة بعد مرور سنوات على وفاة جدها، توفيت والدتها سنة 2023 التي كانت تبلغ الحالة من العمر 14 سنة، بسبب صراعها الطويل مع المرض (سرطان في الدم)، هذا الحدث شكل صدمة إضافية عمقت من معاناتها النفسية، حيث فقدت مصدرا رئيسيا لدعم العاطفي في مرحلة حرجة من حياتها مما أثر بشكل كبير على استقرارها النفسي والعاطفي.

-بعد وفاة والدتها أصبحت الضحية عرضة للاستغلال من قبل أم صديقتها التي استدرجتها إلى عالم الدعارة، جرى استغلالها جسديا ونفسيا لفترة، حيث تم اجبارها على الانخراط في أنشطة جسدية تحت التهديد والقسوة، ومع مرور الوقت، تم اكتشاف الحادثة من قبل الشرطة، التي تدخلت بسرعة لوقف الاستغلال الجنسي وتصدي لهذه الظاهرة، عملية الإنقاذ هذه كانت خطوة حاسمة في إنهاء معاناتها، لكن تركت أثرا نفسيا عميقا على الضحية، وبعد اكتشاف حادثة الاستغلال تم نقلها إلى مركز حماية طفولة المسعفة في تنس، نظرا لصغر سنها ولحمايتها من المزيد من الأذى، كان هذا الاجراء خطوة حاسمة لضمان سلامتها النفسية والجسدية في بيئة آمنة بعيدة عن الاستغلال الذي تعرضت له الحالة.

ومن هنا بدأت الحالة تعاني من اضطرابات كبيرة وتغيير في كل سلوكياتها مما أدى بها إلى الانحراف ومن بين الاضطرابات التي تعاني منها (نتف الشعر والرموش والحواجب وفقدان الشهية)، وبدأت تتخيل

أشياء غريبة (أفاعي، حشرات)، الاضطرابات في النوم، كوابيس مزعجة، اضطراب التكيف والعزلة، نظرا لندهور حالاتها النفسية وظهور مؤشرات اضطرابات نفسية، تم تحويل الضحية إلى طبيب مختص في الطب العقلي، الذي قام بتقييم وضعها وشرع في وصف العلاج دوائي يهدف للتخفيف من أعراض وتحسين توازنها النفسي وكانت مدة العلاج الحالة 3 أشهر في حين أن حالتها كانت تستدعي مرافقة نفسية منتظمة من طرف أخصائي في العلاج النفسي، خاصة بنظر إلى طبيعة الصدمة التي تعرضت لها.

-بعد مرور سنة كاملة في مركز الطفولة المسعفة ب"شلف" تم تحويل الضحية إلى المركز إعادة التربية للبنات "تيارت" قصد التكفل بها من الناحية النفسية والسلوكية ضمن إطار تربوي وعلاجي ملائم، وعند تحويلها إلى مركز إعادة التربية للبنات "تيارت" سنة "2025" في شهر جانفي ، واجهت الضحية في البداية صعوبات في التأقلم مع البيئة الجديدة، وذلك بسبب اختلاف القوانين والنظام الداخلي مقارنة بالمركز السابق التي كانت فيه، غير أن هذه الصعوبات بدأت تتلاشى تدريجيا بفضل الدعم النفسي والاجتماعي الذي تلقتة من الفريق العامل بمركز، مما ساعد على اندماج والتكيف مع المحيط الجديد.

-بعدما انتهاء من المقابلة الأولى الشخصية، إنطلقنا في تطبيق المقابلات التي اعتمدت على تقنيات سلوكية ومعرفية مع الحالة:

من خلال المقابلة العيادية لاحظنا أن الحالة تعاني من الشعور بالذنب والخوف وأفكار سلبية تسيطر عليها، تقول الحالة "ديما نلوم روحي واش صرالي لأن كون مخرجتش مايصرالي هاك" في هذا الجزء من المقابلة تميزت الحالة بتأنيب الضمير والندم والاحتقار الذات واللوم دائم، مما أثر على سلوكيتها وتصرفاتها، لذلك طبقنا مع العملية تقنية من تقنيات العلاج المعرفي على وهي إعادة البناء المعرفي لمساعدة الحالة على التعرف على أفكارها السلبية تلقائية وتعديلها، حيث تبدأ هذه عملية باستكشاف الأفكار السلبية تلقائية وتعديلها، حيث تبدأ هذه العملية باستكشاف الأفكار السلبية بالموقف الصدمي مثل: "ما أخبرتنا أنها مسؤولة عن ما حدث لها" مما تم ربط هذه الأفكار بالمشاعر والسلوكيات ناتجة عنها، مما يوضح أثرها السلبي.

بعد ذلك وضحنا للحالة ما مدى منطقية هذه الأفكار من خلال طرح بعض الأسئلة "هل هناك دليل يدعم هذه الفكرة؟" لو أن صديقتك كانت في نفس هذا الموقف ماذا كنتي ستقولين لها؟ "قالت الحالة لا ما علاباليش هو كان كبير مني ومكنتش نعرف" (نقولها لا مش نتي السبة ومش بيدك لصرالك) وفي سؤال آخر طرحنا عليها "هل كنتي تملكين القوة أو الفهم في ذلك الوقت؟ لا كنت صغيرة وما نعرفش واش ندير. ومن هنا بدأت الحالة تدرك تدريجيا أن هذه أفكار غير منطقية ووضحنا لها أنها كانت في وضع ضعف لا تتحمل فيه للمسؤولية، وبعد ذلك اقترحنا على الحالة فكرة بديلة تقول "أنا لست المسؤولة عما

حدث، بل كنت ضحية اعتداء، وهذا ليس ذنبي إنما هو ذنب المعتدي" لاحظنا من خلال إعطاء الفكرة البديلة للحالة، أنها بدأت تشعر بارتياح عند ترديدنا لهذه الأفكار، فهنا حاولنا ترسيخ هذه الأفكار من خلال تمرين يومي يتضمن تكرارها لهذه العبارات إيجابية.

من خلال المقابلة مع الحالة في تطبيق تقنية الاسترخاء وقبل أن نبدأ هذا التمرين، حاولنا أن نوضح للحالة أن هذا تمرين أو تقنية بسيطة وتساعد الجسم والعقل على الاسترخاء خاصة عندما نكون متوترين، ومن هنا بدأنا تطبيق هذه التقنية من خلال مراحل هذه التقنية أولاً جلست (ف) في وضعية مستقيمة (الجلوس على أريكة) من خلال تشغيل موسيقي هادئة، لقولنا للحالة، خذي نفساً عميقاً من أنفك وأخرجيه بهدوء من فمك، وتم تكرار هذه المرحلة 03 مرات متتالية، وبعدها انتقلنا إلى مرحلة شد عضلات رجلين بقولنا (شدي عضلات رجلتيك بقوة واسترخي ببطء) وبعدها تأتي عضلات الفخذين لبعض الثواني ثم الذراعين الكتفين، الرقبة، أخيراً عضلات الوجه مع تكرار نفس العملية شد العضلة ثم تركها تسترخي

ومن خلال تطبيق هذه المراحل مع الحالة: "قمنا بطرح سؤال عليها "تخيلي شيئاً جيداً حدث لك في الماضي، أو شيئاً تتمنين حدوثه، (قالت راني في بحر تنس مع دارنا وفرحانين)، ومن خلال هذا التمرين ساعد الحالة على إدراك التوتر الذي تحمله في جسدها دون وعي تساهم في تهدئة نشاطها الجسدي وانفعالي، ومن خلال هذه التقنية تعلمت الحالة أسلوباً بسيطاً وفعالاً يمكنها من استخدامه عندما تشعر بالضغط أو التوتر أو الانزعاج مما يعزز من قدراتها على التنظيم الذاتي والاسترخاء.

خلال المقابلة العيادية مع الحالة لاحظنا حالة (ف) تعاني من كبت شديد لمشاعر خاصة مشاعر الغضب والحزن مرتبطة بتجربة الاعتداء، لذلك وجهت الجلسة نحو التنفيس الانفعالي منظم، بهدف تمكين الطفلة من التعبير عن المشاعر المكبوتة المرتبطة بحدث الاعتداء، وتخفيض التوتر الانفعالي، إستقبلت الحالة (ف) في غرفة الجلسات، وقد لاحظنا منذ البداية علامات التوتر والحزن على ملامحها، لذلك استخدمنا معها عملية تعبير عن المشاعر باستخدام أسلوب التفريغ الانفعالي، حيث قمنا بتوجيه بعض أسئلة مفتوحة بطريقة غير مباشرة لتشجيعها على الحديث "تقديري تحكيلي على الأشياء اللي تقلقك حتى لو كانت صعبة"، حيث بدأت تظهر عند الحالة مجموعة من الانفعالات الحادة (البكاء، الصراخ) التي عكست شدة المعاناة النفسية التي تعيشها الحالة، خاصة تلك المرتبطة بالحدث الذي تعرضت له، عبرت عن المشاعر الحزن-الخوف-الغضب ليس اتجاه المعتدي فقط بل أيضاً اتجاه المحيط العائلي الذي فشل حسب تعبيرها.

استمعنا مع الحالة في هذه المقابلة النفسية الإصغاء الفعال، الانعكاس الانفعالي وتوظيف الصمت العلاجي لدعمها في إخراج المشاعر المكبوتة دون إصدار أي حكم، طلبنا منها تحدث عن المشاعر

التي تشعر بها: (خائفة، مخنوقة، مقلقة، مانقדרش ننسى) في لحظة انفعالية قامت بالبكاء الحاد والصراخ مما دل على تفريغ مشحون لمخزون انفعالي طال كتمانته، وكل هذه الإجراءات التي طبقت على الحالة أظهرت الحالة الاستجابة الإيجابية.

كانت هذه المقابلة ختامية مع الحالة وهي نهاية وتقييم البرنامج العلاجي، حيث تم التركيز على مراجعة شاملة لمختلف مراحل برنامج العلاجي، بهدف تقييم التقدم بالعلاج الذي تم إحرازه طوال فترة العلاج، كما يهدف إلى تعزيز الشعور بالاستقلالية لدى الحالة من خلال مساعدتها على التعرف على قدراته الذاتية في التعامل مع صدمات وضغوط نفسية.

تم تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون (مقياس بعدي) للحالة الأولى بعد مدة أسبوع من تطبيق التقنيات العلاج المعرفي السلوكي.

رقم جدول(10): يوضح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس بعدي)

الرقم	الخبرة الصادمة	0	1	2	3	4
01	هل تتخيل صور، ذكريات وأفكار عن الخبرة الصادمة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
02	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة			x		
03	هل تشعر بالمشاعر مفاجئة أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى		x			
04	هل تتجنب المواقف أو الأشياء التي تذكرك بالمعترض له من الخبرة الصادمة				x	
05	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي بالحدث الصادم				x	
06	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟					x
07	هل تعاني من فقدان الذاكرة لأحداث الصادمة التي تعرض لها فقدان ذاكرة نفسي محدد		x			

08	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك ونشاطاتك اليومية التي تعودت عليها؟	x			
09	هل فقدت شعور بالحب والحزن أنك متلبد بالإحساس		x		
10	هل شعرت لعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الآخرين وانبساط؟			x	
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقاءك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل زواج، إنجاب أطفال؟			x	
12	هل لديك صعوبة في النوم أو بقاءك نائما		x		
13	هل تتنابك نوبات من التوتر والقلق	x			
14	هل تعاني من الصعوبات في التركيز		x		
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار		x		
16	هل تستنثار لأنفقه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع للأسوأ؟		x		
17	هل الأشياء والأشخاص من الذين يذكرونك بخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس والرعدة والأرق الغزير، وسرعات في ضربات قلبك؟			x	

➤ تحليل مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون (مقياس بعدي):

للحالة 01: (ف)

- المحور 01: الخبرة الصادمة

(02,01) (02,02) (01,03) (03,04) (03,17)

$11 = 03 + 03 + 01 + 02 + 02$

- المحور 02: تجنب الخبرة الصادمة

(03,06) (04,06) (01,07) (0,08) (01,09) (02,10) (03,11).

$$14=03+02+01+0+01+04+03$$

المحور 03: الاستشارة

(01,12) (0,13) (01,14) (01,15) (01,16)

$$04=01+01+01+0+01$$

الجدول رقم (11): يوضح قياس درجات إضطراب ما بعد الصدمة للحالة الأولى (مقياس بعدي)

البنود	استعادة الخبرة الصادمة	التجنب	الاستشارة	المجموع
الدرجة	11	14	04	29

خلاصة عامة للحالة لأولى:

من خلال الملاحظات والمقابلات وبعد تطبيق اختبار كرب ما يعد الصدمة النفسية لدايفيدسون (مقياس بعدي) مع الحالة (ف) وجدنا بأنها تعاني من كرب ما بعج الصدمة خفيف، حيث تحصلت على درجة مقدرة ب 29 درجة وهي محصورة في مجال [18 إلى 34] حسب جدول الأبعاد.

أظهرت نتائج مقياس فيدسون لإضطراب ما بعد الصدمة (مقياس قبلي) الذي طبق مع الحالة (ف) سابقا أن الحالة كانت تعاني في المرحلة القبلية من أعراض شديدة، حيث حصلت على درجة مرتفعة، تمثلت في 52 درجة منحصرة في مجال (68.52)، تشير إلى وجود اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة حادة، وبعد إخضاعها لتقنيات وجود اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة حادة، وبعد إخضاعها لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي أعيد تطبيق المقياس نفسه (مقياس يودي) لتسجيل الحالة درجة تقع ضمن النطاق الخفيف، مما يدل على انخفاض واضح في شدة الأعراض حيث لوحظ ما يلي:

- تراجع في وتيرة الكوابيس والذكريات الاقتحامية، تحسن في التفاعل الاجتماعي والقدرة على التحدث عن الصدمة دون انهيار عاطفي.

- تحسن ملحوظ في النوم ومستوى التوتر العام.

هذا الانخفاض من الشديد إلى الخفيف يعد مؤشرا إيجابيا على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الحالة، كما يعكس استجابتها الإيجابية لتقنيات التدخل النفسي المعتمد.

➤ عرض الحالة الثانية:

- تقديم الجالة الثانية:

البيانات الأولية

الإسم: وفاء

- السن: 15 سنة
- الجنس: أنثى
- السكن: شلف
- الحالة الاجتماعية: عزباء
- المستوى التعليمي: الخامسة ابتدائي
- الوالدين: أحياء
- عدد الإخوة: 17 أخ
- الرتبة بين الإخوة: رتبة 12 بين الإخوة
- نوع الحادث: حالة خطر
- تاريخ الحدث: 2020
- ملخص المقابلات:

الحالة وفاء عزباء، تبلغ من العمر 15 سنة، توقفت عن الدراسة سنة خامسة ابتدائي بسبب تعرضها لاعتداء جنسي، تعيش الحالة رفقة عائلتها في مدينة شلف قرية شطية، تتكون من أفراد عائلتها من (الأب والأم وزوجة الأب، الإخوة)، كانت حالتهم المعيشية متدهورة وظروف مادية قاسية وصعبة للغاية، إلى درجة أن أفرادها كانوا يضطرون إلى طلب المساعدة من الآخرين لتلبية احتياجاتهم الأساسية من غذاء ومعيشة، ما يعكس وضعاً اجتماعياً هشاً وظروفاً معيشية قاسية أثرت سلباً على استقرارهم النفسي والاجتماعي، كانت علاقتها مع أسرتها علاقة عادية.

تشير المعطيات السريرية خلال المقابلة أن العميلة لا تعاني من أي أمراض عضوية مزمنة أو حادة، كما لا توجد سوابق مرضية في سجلها الطبي الشخصي أو العائلي تستدعي القلق من الناحية الجسدية.

أفادتنا الضحية خلال المقابلة أنها في إحدى الأيام وفي طريقها إلى المدرسة إلى المدرسة لاعتداء جنسي سنة 2020 حيث كانت تبلغ من العمر 10 سنوات، حدث اعتداء من طرف رجل غريب يتراوح عمره في سن العشرينيات، استغل تواجدتها بمفردها وعرض عليها المال والحلويات وأغراها بكلمات لكي

تثق به ثم استدرجها بسيارته إلى مكان معزول خارج المدينة (الغابة) وهذا نوع من استدراج تخفي طابع لا إنساني وراء مظهر من اللطاف والخداع، تقول الحالة "قطعلي حوايجي ورماني في أرض وأنا نعيط بصح مكان حتى فايذة لاخطرش بلاصة مقطوعة".

صرحت الحالة (و) في اللحظة التي شعرت بألم جسدي حاد وأضافت أن الدم خرج منها، مما زاد من حدة صدمتها وشعورها بالانتهاك الجسدي والنفسي، هذا النزيف كان بالنسبة لها علامة واضحة على عنف ما تعرضت له "دم سال مني وأنا كي شفت الدم هاك خفت كثر حسيت روي رايحة نموت" ، وبعد كل هذه الألم والمعانات التي عاشتها الحالة قام بتركها في منتصف الطريق " معرفت واش ندير كنت خايفة بزاف روح لدار خفت منهم وبعد رحت لجداتي".

صرحت الضحية أن بعد تعرضت للحادثة شعرت بالخوف والارتباك فتوجهت مباشرة إلى منزل جدتها وأخبرتها بما حدث "كي سمعت خبر جدة ضربتني بكف وقانلي ما تخبري حتى واحد ونديك نخيئك وأنا ما قبلتش: ولاحقا قامت الجدة بإبلاغ العائلة التي صدمت من الواقعة لوحظت أن الأب لم يبد الجدية اللازمة في التعامل مع واقعة الاعتداء التي تعرضت لها ابنته، حيث تجاهل خطورة الوضع ومنتع عن تبليغ السلطات المختصة، مما يعكس تقصيرا واضحا في حمايتها وتحمل مسؤولياته الأبوية، هذا الإهمال ساهم بكشل مباشر في تعميق الأثر النفسي للأثر النفسي للصدمة التي عاشتها الضحية، ونتيجة ذلك قررت الأسرة توقيف الضحية عن الدراسة، ما أدى إلى انقطاعها المبكر عن مصارها التعليمي.

أشارت الضحية أنها مع مرور الوقت بدأت تظهر سلوكيات انسحابية وعدوانية اتجاه ذاتها، حيث أصبحت تميل إلى الهروب من المنزل وتخرج لفترات طويلة دون غلم الأسرة، كما لجأت إلى استهلاك مواد مخدرة والأدوية دون وصفة طبية، بالإضافة إلى تعاطي الكحول بعد تعرض الطفلة لحادثة الاعتداء، وبفعل إهمال أسري وغياب الدعم والحماية من طرف الأب، قررت الهروب من المنزل، حيث قضت قرابة شهر كامل في الشارع، متجولة بين أحياء ومناطق المدينة داخل ولاية شلف دون أن تغادرها، هذا السلوك يعكس حجم المعاناة النفسية التي كانت تمر بها بالإضافة إلى غياب الإحساس بالأمان داخل الوسط الأسري كانت الضحية تقيم مع أحد الأشخاص المنحرفين حيث كانت تشاركه استهلاك الكحول وتناول الأدوية ذات تأثير عقلي.

بعد قضائها لما يقارب شهرا كاملا في الشارع داخل ولاية الشلف، تم توقيف الطفلة من طرف مصالح الأمن، حيث تم العثور عليها في حالة نفسية وجسدية مزرية، وبمجرد الاتصال بعائلتها عبر الوالدان عن رفضهم استلامها، متبرئين منها بشكل صريح، ما عمق من شعور الطفلة بالنبذ ورفض، وفاقم من حالتها النفسية التي كانت متدهورة أصلا نتيجة الاعتداء والإهمال الأسري وبعد رفض والديها

استلامها تم تحويل الطفلة إلى مركز الطفولة المسعفة في ولاية الشلف بناء على قرار مصالح الحماية والمراقبة من الشرطة جاء هذا الاجراء بهدف توفير الحماية ورعاية اللازمة لها، خاصة في ظل وضعها النفسي الهش وانعدام الدعم الأسري، حيث أقامت في مركز الطفولة 6 أشهر حيث أقامت في مركز الطفولة المسعفة 6 أشهر، وبعد مدة تم تحويلها إلى مركز إعادة التربية بقسنطينة حيث أقامت سنة كاملة فيه، وبعد مدة تم تحويلها إلى مركز البلدية حيث أقامت فيه 4 أشهر ومن ثم تم تحويلها إلى مركز إعادة التربية للبنات سنة 2025.

ومن الأضرار التي لاحقت بالحالة إيذاء ذاتها من خلال إحداث جروح سطحية على مستوى اليدين وتفسيرات في السلوكيات مما أدى إلى سلوك جانح، ومن بين الاضطرابات التي ظهرت عند الضحية نذكر منها كوابيس، أفكار سوداوية وإيذاء الذات، توتر وقلق مستمر، فقدان الاهتمام بالنفس، اضطرابات في النوم، اضطرابات التكيف، نتف الشعر، العصبية، بعد سلسلة من التجارب الصادمة والمعاناة النفسية والسلوكية التي مرت بها الضحية تم التكفل بها من طرف الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين داخل مركز إعادة التربية.

وبعد الانتهاء من المقابلات الأولى التشخيصية انطلقنا في تطبيق تقنيات علاجية سلوكية معرفية مع الحالة.

تمت عملية العلاج المعرفي السلوكي مع الضحية من خلال التركيز على إعادة بناء أفكارها السلبية، والمتعلقة بالحدث التي تعرضت له، خلال الجلسات تم عمل على مساعدتها في تحدي التصورات الخاطئة التي كانت تؤمن بها مثل: "مستقبلي ضاع، لي صرالي يقعد متبوعي طول حياتي منزيدش نأمن في أي واحد " وفي هذا الجزء من المقابلة أن الحالة تتميز بتأنيب الضمير واحتقار الذات " ونظرة سلبية للمستقبل مما أثر على سلوكها وتصرفاتها لذلك طبقنا مع الحالة إعادة بناء أفكارها ومساعدتها على تعديل أفكارها المتشائمة، من خلال تقنيات العلاج، حاولت الضحية كيفية إعادة صياغة أفكارها بشكل إيجابي، مما ساعدها على رؤية المواقف من زاوية مختلفة والبدء في بناء تصور أكثر تفاؤلا عن نفسها ومستقبلها رغم صعوبة هذه العملية في البداية، إلا أن حاولنا أن ندرك قدراتها على تقييم أنماطها وتفكيرها السلبي والتحرر منه.

في إطار الجلسة العلاجية، قمنا بالتطبيق، تقنية استرخاء بسيطة وفعالة، وهي تقنية تنفيس عميق وعضلي تدريجي لمساعدة الضحية على تقليل حدة التوتر مرتبطا ببعض الذكريات الصادمة، ثم توجيهها إلى الجلوس في وضع مريح، وغلق عينيها ثم بدأت بتطبيق نمط التنفس المنتظم، شهيق عميق لمدة أربع ثواني ثم زفير بطيء عبر الفم لمدة ست ثواني كررت هذه العملية لعدة دقائق، مع توجيه لفظي هادئ،

وبعدها بدأنا بشد عضلات القدمين لمدة 5 ثواني ثم إرخائها ببطء مع ملاحظة الفرق بين التوتر والاسترخاء كما وصلنا بنفس الطريقة صعودا نحو الساقين ثم اليدين ثم الذراعين، الكتفين، وصولا إلى الوجه، كل مرحلة كانت ترافقها تعليمات صوتية هادئة تشجعها على التركيز على الإحساس الجسدي اللحظي، مع تنفس عميق ومنتظم بعد الانتهاء من التمرين عبرت الضحية عن شعورها بالراحة الجسدية والانفصال المؤقت عن أفكار مزعجة وأبدت استعدادا لتكرار التقنية عند شعورها بالقلق أو التوتر أو الانفعال، وتمت مدة هذه الجلسة ساعة كاملة.

تم توظيف تقنية التنفيس الانفعالي في جلسة أخرى، مع الضحية كوسيلة لتفريغ الشحنات العاطفية المكبوتة الناتجة عن الصدمة التي تعرضت لها، خلال إحدى الجلسات العلاجية، تم خلق جو من الأمان والاحتواء النفسي، مما شجع الضحية على التعبير بحرية مشاعر الغضب، الخوف، الحزن، والظلم التي كانت تحتفظ به داخليا، حيث تم تشجيعها التحدث دون الرقابة الداخلية أو الخوف من الحكم، حيث سمح لها ذلك بالبكاء، ورفع صوتها في بعض اللحظات، وتعبير عن مشاعرها بشكل صادق ومباشر هذا التفريغ الانفعالي ساعدها على الشعور بالارتياح المؤقت.

هذه الجلسة هي نهاية وتقييم البرنامج العلاجي وهذه المقابلة كانت ختامية مع الحالة، تم التركيز على أهم النقاط الأساسية التي تمحورت في الجلسات العلاجية السابقة، وإبلاغ الحالة بانتهاء البرنامج العلاجي بهدف مدى تقييم الأهداف العلاجية المسطرة في بداية البرنامج العلاجي فيما يتعلق بتخفيف الأعراض النفسية المرتبطة بتجربة الاعتداء الجنسي، كما تهدف إلى تهيئة الحالة نفسيا بانتهاء العلاقة العلاجية بشكل تدريجي وغير مفاجئ.

تم تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة " مقياس بعدي" لدافيدسون للحالة الثانية (و)، بعد مدة أسبوع من تطبيق تقنية العلاج المعرفي السلوكي.

الجدول رقم (12): يوضح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس بعدي)

الرقم	الخبرة الصادمة	0	1	2	3	4
01	هل تتخيل صور، ذكريات وأفكار عن الخبرة الصادمة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
					x	
02	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة				x	

03	هل تشعر بالمشاعر مفاجئة أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى	x			
04	هل تتجنب المواقف أو الأشياء التي تذكرك بالمعترض له من الخبرة الصادمة		x		
05	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي بالحدث الصادم	x			
06	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	x			
07	هل تعاني من فقدان الذاكرة لأحداث الصادمة التي تعرض لها فقدان ذاكرة نفسي محدد		x		
08	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك ونشاطاتك اليومية التي تعودت عليها؟		x		
09	هل فقدت شعور بالحب والحزن أنك متلبد بالإحساس		x		
10	هل شعرت لعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الآخرين وانبساط؟	x			
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقاءك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل زواج، إنجاب أطفال؟	x			
12	هل لديك صعوبة في النوم أو بقائك نائما		x		
13	هل تتنابك نوبات من التوتر والقلق	x			
14	هل تعاني من الصعوبات في التركيز			x	
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار		x		
16	هل تستنار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع للأسوأ؟		x		

					هل الأشياء والأشخاص من الذين يذكرونك بخبرة الصدمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس والرعشة والأرق الغزير، وسرعات في ضربات قلبك؟	17
	X					

تحليل مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون (مقياس بعدي):

الحالة 02: (و)

- المحور الأول: استعادة الخبرة الصادمة:

(03,17) (02,04) (01,03) (01,03) (03,02) (03,01)

$$12=03+02+01+03+03$$

- المحور الثاني: تجنب الخبرة الصادمة:

(04,11) (03,10) (01,09) (01,08) (01,07) (04,06) (04,05)

$$18=04+03+01+01+01+04+04$$

- المحور الثالث: الاستثارة

(02,16) (02,15) (0,14) (03,13) (01,12)

$$08=02+02+0+03+01$$

الجدول (13): يوضح قياس درجات مقياس ما بعد الصدمة (مقياس بعدي)

المجموع	الاستثارة	التجنب	استعادة الخبرة الصادمة	البنود
38	08	18	12	الدرجة

➤ خلاصة عامة للحالة الثانية:

أظهرت النتائج تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على الحالة "و" حيث تحصلت على درجة مقدرة ب 38 درجة، مقارنة بالمرحلة القبلية حيث تحصلت على 55 درجة شديدة من الاضطراب منحصرة في مجال (68.52)، حيث سجلت مستويات مرتفعة في الأبعاد الثلاثة للمقياس، إعادة المعاشية، تجنب الاستثارة، تمثلت الأعراض في إعادة المعاشية في وجود ذكريات متكررة ومؤلمة حول الحادث، كوابيس ليلية، أما على مستوى التجنب ظهرت مؤثرات واضحة إلى الانسحاب الاجتماعي ورفض الحديث عن الحدث، كما أبدت الطفلة سلوكيات الاستثارة تمثلت في التوتر وإضطرابات في النفس.

بعد الخضوع الحالة للجلسات العلاج المعرفي السلوكي لوحظ تراجع ملموس في شدة الأعراض حيث انتقلت الدرجة الاجمالية في مقياس إلى مستوى متوسط ما يعكس تحسنا ملحوظا في الحالة النفسية فقد انخفضت شدة الذكريات التطفلية والكوابيس، وتحسنت القدرة على التعبير عن المشاعر، مع بروز سلوكيات تكيفية أكثر إيجابية تتزايد المشاركة في الأنشطة الجماعية، وتحسن في جودة النوم والانتباه.

هذه النتائج تؤكد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتعزيز قدرة الحالة على التكيف النفسي والاجتماعي بعد التعرض للصدمة

2- مناقشة الفرضية وتحليل النتائج:

01- فرضية البحث الأساسية: يساهم العلاج المعرفي السلوكي في تقليل الأعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أطفال الذين تعرضوا لأعتداء جنسي.

من خلال اتباعنا للمنهج التجريبي وباستعمال الملاحظات والمقابلات العيادية نصف موجهة، وتطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون، التي قمنا به تحصلنا على النتائج التالية:

تنطلق هذه الفرضية من الأساس النظري الذي يؤكد أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أنجح الأساليب العلاجية المستخدمة في التعامل مع الصدمات النفسية، لا سيما تلك الناتجة عن الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة، مما يوفره من تقنيات تساعد الطفل على فهم وتفسير التجربة الصادمة بشكل واقعي، بعيدا عن الأفكار المشوهة والمعتقدات السلبية التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية المتعددة، وقد تم الاعتماد على المنهج التجريبي من خلال دراسة حالتين لطفلتين تعرضتا لاعتداء جنسي في مرحلة

الطفولة مع توظيف أدوات عيادية تمثلت في مقابلة نصف موجهة وملاحظة الإكلينيكية ومقياس لدافيدسون، مما أتاح فهما دقيقا لأعراض الظاهرة "قلق، التوتر، شعور بالذنب، العزلة، اضطراب في النوم"

قد ساعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على أحداث تغيرات إيجابية تدريجية في الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية لدى الحالتين، مما يؤكد على فعالية هذا الأسلوب العلاجي في الحد من آثار الاعتداء الجنسي عند الطفل، خاصة عند تكييفه مع خصائص العمرية والنفسية لكل حالة.

كما أكد أيضا بعض الدراسات السابقة على فعالية العلاج المعرفي السلوكي والتي نذكر منها (Déligner & Heflin , 1996) و (Cohen Et Al, 2004) أظهرت نتائج إيجابية لدى الأطفال المعالجين باستخدام cbt بعد تعرضهم للاعتداء الجنسي.

فإن الفرضية التي تنص على أن العلاج المعرفي السلوكي يساهم في تقليل أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أطفال الذين تعرضوا لإعتداء جنسي، مدعومة من الناحيتين النظرية والميدانية، مما يؤكد فعاليتها وجدواها في مثل هذه الحالات.

➤ إستنتاج عام:

بناء على النتائج المستخلصة من دراسة الحالتين المعنيتين، يمكن تأكيد صحة الفرضية التي تنص على أن العلاج المعرفي السلوكي يساهم في التخفيف من الأعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أطفال الذين تعرضوا لأعتداء جنسي .

فقد أظهرت كل من حالة (ف) و(و) تحسنا ملحوظا بعد حضور البرنامج العلاجي الذي يعتمد على تقنيات معرفية وأخرى سلوكية، حيث تمثل هذا التحسن في انخفاض حدة القلق والتوتر والشعور بالذنب العزلة وتخفيف من حدة صدمة ، إلى جانب تحسن تدريجي في التعبير الانفعالي والتفاعل الاجتماعي.

وعليه فإن النتائج الدراسة تدعم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي كوسيلة علاجية مناسبة لتقليل من الآثار النفسية السلبية مرتبطة بالصدمة الجنسية لدى الأطفال، مما يستدعي المزيد من الاهتمام بتطبيق هذا النوع من التدخل العلاجي في المؤسسات المختصة بالرعاية النفسية للطفل.

➤ التوصيات والاقتراحات:

- انشاء مراكز متخصصة في علاج وتأهيل ضحايا الاعتداء الجنسي على المستوى المحلي.
- توفير مرافقة نفسية قانونية للضحايا خلال مراحل المتابعة القضائية.
- تعزيز سرية المعلومات لحماية الضحايا من الوصم الاجتماعي.
- إدماج التربية الجنسية الوقائية في المناهج الدراسية لحماية الأطفال.
- توعية المجتمع بخطورة الاعتداء الجنسي وطرق التبليغ.
- توفير فضاءات آمنة ومهيئة لاستقبال الضحايا.
- إشراف الأسرة في العملية العلاجية كلما أمكن ذلك.
- إدراج برامج دعم نفسي طويلة الأمد للضحايا.
- تنظيم أيام تحسيسية في المؤسسات التعليمية حول كيفية أخذ الحذر من هذه الظاهرة الخطيرة.
- التشجيع على الدراسة والبحث مثل هذه المواضيع التي سادت في المجتمعات.
- العمل على توعية مجتمع من خطورة هذه الظاهرة.
- تشجيع الأسرة والمجتمع على تبني مواقف داعمة وغير اتهامية اتجاه الضحية.
- تطوير برامج وقائية موجهة للأطفال لزيادة وعيهم بحدود الجسد.
- تكوين الأخصائيين النفسيين للتعامل مع حالات الاعتداء الجنسي
- تفعيل دور الأخصائي النفسي في المدرسة لأنه الأول من يكشف الحالات.

خاتمة

خاتمة:

في ختام هذه الدراسة، نؤكد أن الاعتداء الجنسي على الأطفال يمثل أحد أخطر أشكال العنف الذي يخلف آثار نفسية عميقة ومركبة وقد تمتد إلى سنوات طويلة من حياة الضحية، وقد حاولنا من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي كمدخل علاجي يهدف إلى تخفيف المعاناة النفسية لهؤلاء الضحايا وتمكينهم من إعادة بناء تصوراتهم الذاتية بشكل أكثر توازناً وأماناً.

لقد بينت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي، بما يتضمنه من تقنيات معرفية وسلوكية، يساهم بشكل فعال في تقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ويمنح للضحية أدوات للتكيف مع الماضي والتجاوز تداعياتها. كما أظهرت التجربة العلاجية أهمية للعلاقة العلاجية الأمانة والداعمة في تسهيل العملية العلاجية.

نأمل أن تفتح هذه الدراسة أفاقاً جديدة للبحث والتطبيق في مجال التكفل النفسي لضحايا الاعتداء الجنسي وأن تساهم في ترسيخ ثقافة التدخل العلاجي المبكر القائم على أسس علمية واضحة.

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

الكتب:

- 1- بكري رمضان، اضطراب ما بعد الصدمة، جامعة إدلب، كلية التربية قسم الإرشاد النفسي، 2025/2024
- 2- بيتر رودل، peter rudell ، العلاج المعرفي السلوكي المختصر، سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر، دار بتراك للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، 2008.
- 3- خالدة نيسان، سلوكيات اطفال بين اعتداء الجنسي والافراط، دار أسامة للنشر والتوزيع، أردن عمان، 2011.
- 4- عبد الستار ابراهيم، العلاج السلوكي لطفل، اساليبه ونماذج من حالاته، سلسلة كتب ثقافية الشهرية كويت، 1990، 1923.
- 5- عبلة مرجان تربية جنسية للأطفال حق لهم... واجب علينا، دليل تربوي للأباء والمعلمين، ملحق كراسة التلويين للأطفال، مدينة أبو ظبي دولة الامارات العربية المتحدة 2011.
- 6- فرحات بوزيان، تأليف neil.rector ، مدخل الى العلاجات المعرفية السلوكية، بروفييسور في كلية الطب العقلية جامعة تروننتو كندا.

المذكرات والأطروحات:

- 7- أسماء عبد الحسين محمد، أثر البرنامج العلاجي في خفض الأعراض الضغط ما قبل الصدمة، وتحسين التكيف النفسي لدى عينة من المراهقين العراقيين المقيمين في الأردن، أطروحة إستكمال لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي التربوي، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، 2010.
- 8- أسماء فيلال، فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي للتكفل النفسي بالطفل إلى لشارع، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة باتنة -1- الحاج لخضر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، 2019-2020.
- 9- بوكروش ورده، الاعتداء الجنسي على أطفال في مجتمع الجزائري، مذكرة ماجستير بالبلدية كلية الاداب والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديمو غرافيا، 2012.
- 10- طاموس هاشيم، فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في التعديل سلوك الاطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر ابو القاسم سعد الله، كلية العلوم الاجتماعية قسم علم النفس، 2016.
- 11- علا صالح عبد الرحمن، اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالأفكار اللا عقلانية لدى المراهقين المهدمة بيوتهم في العدوان الإسرائيلي على غزة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة. 2014.
- 12- علا هيثم نادر، فعالية برنامج تدريبي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في تربية الخاصة، 2014.
- 13- علي بدر إيمان، اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات، دراسة ميدانية لدى عينة من أبناء الشهداء، محافظة طرطوس، دراسة لنيل شهادة ماجستير في الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة تشرين، قسم الإرشاد النفسي، 2015/2016.

14- علي زروقي خولة، أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف في بعض المشكلات لدى أمهات الأطفال التوحد، أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس والأرطوفونيا، جامعة وهران 2، 2022.

المجلات والمقالات:

- 15- بوحوى نادية، الاعتداء الجنسي على الطفل واثار التي يخلفها في السن الراشد، جامعة بجاية.
- 16- حمدي حامد حجازي، العلاج المعرفي السلوكي في خردمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الجامعية، جامعة الفيوم.
- 17- حمزاوي زهية، فاعلية الاسترخاء التصاعدي لجاكسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى طالبات المقبلات على امتحان البكالوريا، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم الجزائر، 2018.
- 18- حنور قطب عبده الخليل، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالإكتئاب والوسواس القهري واضطرابات النوم لدى طلاب الجامعة المعرضون للصدمة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ 2009.
- 19- خالد عبد الرزاق النجار، حقبة تدريبية أكاديمية، دراسة حالة، مركز التنمية الأسرية، كلية المعلمين، جامعة الملك فيصل، 2008.
- 20- خوالدية فؤاد، حماية الطفل من الإعتداءات الجنسية في قانون العقوبات الجزائري، مجلة الإسهامات القانونية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة شاذلي بن جديد، الطارف، الجزائر، 2021.
- 21- سهيلة مقراني، نصر الدين جابر، تطبيقات مقابلة العيادية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة بسكرة الجزائر 2022.
- 22- شيماء محمد ابراهيم السيد، العلاج العرفي السلوكي لدى الاطفال، مجلة العلمية لكلية رياض الاطفال، جامعة المنصورة 2019.
- 23- صابر عبد الموجود، دور الضحية في الاعتداء الجنسي بين المشكلة واليات المواجهة، مجلة الاجتماعية القومية، عدد الثاني، مايو 2014.
- 24- صالح مصباح سالم منصور، اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، المجلة العلمية بكلية التربية وللطفولة المبكرة جامعة المنصورة، 2021.
- 25- عباسي سعاد، اعتداء الجنسي على الاطفال- أشكاله وتبعاته حسب الذكور والاناث، جامعة يحي فارس، مجلة جزائرية لطفولة والتربية، مدية
- 26- عزي صالح نعيمة، صادقي فطيمة، العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية أرون بيك وجيفري يونغ، مخبر موروث العلمي والثقافي، المركز الجامعي موسى أقموك، تمنراست، مجلة الآفاق العلمية 2019.
- 27- محمد رحي المصري، حماية من الاستغلال والانتهاك الجنسيين، صندوق الاتصال والتواصل المجتمعي المشترك بين الوكالات للحماية من الاسغلال والانتهاك الجنسي، مؤسسة الضمير لحقوق الانسان 2021.
- 28- مديحة أحمد عبادة، دراسة ميدانية بمحافظة سوهاج كلية الاداب جامعة سوهاج 2007، الابعاد الاجتماعية للتحرش الجنسي في الحياة اليومية.

- 29- المركز الفلسطيني لديمقراطية وحل النزعات، واقع الاعتداء الجنسي على الاطفال في محافظة قطاع غزة، وحدة نشر والمعلومات، غزة 2009.
- 30- مصطفى خليل محمود عطاالله، العلاج المعرفي السلوكي وفقا لنموذج "دونا لدميتشنيوم" المفهوم المبادئ الاساسية، الفنيات العلاجية، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، ج 1، 2021.
- 31- ملال صافية، بلخير فايزة، اشكالية البرنامج العلاجي في الوسط المهني لدى النفساني الممارس، مجلة مؤشر للدراسات الاستطلاعية، جامعة احمد زبانة، غليزان.
- 32- نور الهدى بزاوي، تقدير الذات لدى الطفل ضحية الاعتداء الجنسي، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، 2016.

ملاحق

الملحق رقم (01): مقياس إضطراب ما بعد الصدمة.

الاسم :.....العمر:..... الجنس:(ذكر - أنثى)..... العنوان:.....

عزيزي/عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك و مشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب على كل الأسئلة. علما أن الإجابات تأخذ احد الاحتمالات 0=أبدا ، 1=نادرا ، 2=أحيانا ، 3=غالباً ، 4=دائماً.

4	3	2	1	0		
دائماً	غالباً	أحيانا	نادرا	أبدا	الخبرة الصادمة	الرقم
					هل تتخيل صور، ذكريات، أفكار عن الخبرة الصادمة ؟	1
					هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟	2
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خيرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى ؟	3
					هل تتضايق من الأشياء التي تتذكر بما تعرضت له من خبرة صادمة ؟	4
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تتذكر بالحدث الصادم ؟	5
					هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تتذكر بالحدث الصادم ؟	6
					هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها(فقدان ذاكرة نفسي محدد)؟	7
					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك و النشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	8
					هل تشعر بالعزلة و بأنك بعيد و لا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط ؟	9
					هل فقدت الشعور بالحزن و الحب(انك متبلد الإحساس)؟	10
					هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج، إنجاب الأطفال	11

					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما ؟	12
					هل تتألمك نوبات من التوتر و الغضب ؟	13
					هل تعاني من صعوبات في التركيز ؟	14
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار، و من السهل تشتيت انتباهك ؟	15
					هل تستثار لأتفه الأسباب و تشعر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوء ؟	16
					هل الأشياء و الأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، الرعشة، العرق الغزير، سرعة ضربات القلب.	17

الملحق رقم (02): يوضح برنامج العلاجي المعرفي السلوكي لضحايا الاعتداء الجنسي بعد تحكيم أساتذة.

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	أدوات	الفنيات المستخدمة
01	- التعرف على الحالة وجمع المعلومات.	45 د	- بناء علاقة ثقة مع الحالة وبناء علاقة علاجية.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - الاستماع
02	- التعريف بالاضطراب وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (مقياس قبلي).	45 د	- التعرف على مفهوم الاضطراب وأسبابه وأعراضه. - محاولة التعافي منه.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - مناقشة - الاصغاء - الاستماع
03	- التعريف بالبرنامج العلاجي.	45 د	- القيام بشرح العلاج المعرفي السلوكي والهدف من هذا البرنامج. - كشف الثقة بأخلاقيات وشروط العلاج.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - المناقشة - الاصغاء - الاستماع - التساؤل - التفسير
04	- توعية الوالدين حول البرنامج العلاجي.	45 د	- تعريف أولياء الأمور بتطبيق البرنامج العلاجي - موافقة على تطبيق البرنامج العلاجي من أولياء الأمور.	ملاحظة مقابلة	- مناقشة - الحوار - الاستماع - التساؤل
05	- تعديل الافكار السلبية	45 د	- تعديل الافكار السلبية إلى أفكار ايجابية وأكثر منطقية.	ملاحظة مقابلة	- إعادة البناء المعرفي.

06 و 07	- تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي	60 د	- تدريب الحالة على تقنية الاسترخاء من أجل تخفيف الضغط والتوتر الذي يعاني منه. - التخفيف من المشاكل التي يتعرض لها.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - الشرح - تقنية الاسترخاء العضلي+التأمل الذهني.
08	-فتح المجال للحالة عن التحدث عن الحدث الصادم.	45 د	-تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة - التخفيف من التوتر.	ملاحظة مقابلة	-تطبيق تقنية التنفس الانفعالي.
09	-التقييم وانهاء البرنامج.	30 د	- الاعلان عن انتهاء البرنامج العلاجي.. - مراجعة ما دار في الجلسات السابقة.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - المناقشة - التفسير
10	- تطبيق مقياس الاضطراب ما بعد الصدمة (مقياس بعدي).	45 د	- التأكد من فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.	ملاحظة مقابلة	- الحوار - الاستماع - الاصغاء - التعزيز



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة ابن خلدون - تيارت -



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس والفلسفة والارطوفونيا
رقم القيد: 447/ق ع ن أ.ف/2025

إلى السيد المحترم: مدير مركز اعادة التربية
والتأهيل للبنات - تيارت -.

الموضوع: طلب ترخيص لإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة وبعد:
في إطار تامين وترقية البحث العلمي لطلبة قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا، يشرفني أن ألتبس من سيادتكم الترخيص لطلبة السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي، الآتية أسماؤهم:

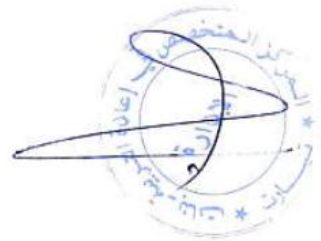
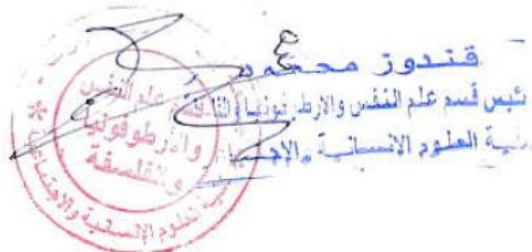
- حاوشين زينب .
- فغولي خيرة

بإجراء بحث ميداني تحت عنوان:

وفي الأخير تقبلو منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير .

تيارت في: 11.11.2025.....

رئيس القسم



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
جامعة ابن خلدون تيارت

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة) جنس
.....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :
.....

المسجل(ة) بكلية :
.....

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر

عنوانها :
.....

.....
.....

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية
المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه

14 ماي 2025

التاريخ

إمضاء المعني

.....

نظرا على موافقة إمضاء
السيد :
.....

.....
.....
.....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
جامعة ابن خلدون تيارت

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضى أدناه،

السيد(ة) ..جاءك بَلَدِيْنَا...وَلِلَّاهِ

[illegible]

المسجد (ة) بكلية : العلوم و الجغرافيا و الطب و الصيدلة و الزراعة و الحرف و الفنون

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر

عنوانها: ...فا خليفة العلاج المعرفي السلوكي للأطفال

المشاعر الجيدة والسيئة

أصرح بشرفي أنني التزم بمواصلة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في أبحاثي المذكور أعلاه.

2025 مای ۱۴

التاريخ

إمضاء المعنى



تکھرا علی موافقتہ امضاء
السید 7... جی 2025
مواہدیت فی

و بالخصوص في مجال
مطباء: عون لإدارة الإقضية
عديسة الطنسي