

دراسة إكلينيكية لفاعلية العلاج بالدراما النفسية وتقليل الحساسية التدريجي في علاج حالات الفوبيا عند الأطفال "من خلال دراسة الحالة"

د. منال الشيخ *

الملخص

هَدَفَ هذا البحث إلى تعرّف أعراض الخوف المرضي لدى الأطفال، من خلال دراسة حالة لطفلة ظهرت استجابة الخوف المرضي لديها من خلال تعرضها لمثير مرعب غير مرة، وعمرها 9 سنوات.

كما هدف البحث الحالي إلى بيان فاعلية العلاج بالدراما النفسية، وتقليل الحساسية التدريجي المتبع في علاج أعراض الخوف المرضي، نُفِذَ البحث بالاعتماد:

1. مقياس الخوف المرضي الموجه للأهل من إعداد الباحثة.
2. قائمة المشكلات السلوكية إعداد زكي موجهة للمعلمة.
3. مقياس المخاوف إعداد شقير موجه للطفل.
4. فنيات العلاج النفسي المتبع، إعداد الباحثة.

نُفِذَ البحث ضمن حدود مكانية في إحدى مدارس مدينة دمشق للتعليم الأساسي، حلقة أولى وفي حدود زمنية امتدت من (2016/10/1) إلى (2017/1/30) توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:

* مدرّسة في قسم الإرشاد النفسي-كلية التربية - جامعة دمشق.

تبيّن أن أكثر الأعراض شدّة التي ظهرت على الحالة موضوع الدراسة، الأعراض الفيزيولوجية (كسرعة التنفس، واللجاجة في الكلام أو عدم التحدث، وشحوب الوجه).
تليها الأعراض التجنبية (تجنب الظلام التام والوحدة).
فاعلية العلاج النفسي القائم على فنية تقليل الحساسية التدريجي والتعرّض والسيكودراما في إزالة أعراض الخوف المرضي لدى الحالة.

A Clinical Study For The effectiveness of treatment by psychodrama and alleviating the symptoms of phobias in children through a case study

Dr. Manal Alsheikh*

Abstract

This research aims to identify the symptoms of phobias in children, through a case study of a child who showed Phobia response because of its exposure to a terrifying experience several times. She was 9 years old.

The current research also aims to release the effectiveness of the counseling program followed in the symptomatic treatment of phobias. The research depended on the following instruments:

1. Phobias Scale directed to the people prepared by the researcher scale.
2. Indicative Programme practice, prepared by the researcher.

Search has been implemented within the spatial limits in a school in the city of Damascus for basic education, the first cycle in the temporal limits of the extended (1/10/2016) to (01/30/2017). The study found a number of findings, including;

It turned out to be more severe symptoms, which appeared on the subject of the case study, the physiological symptoms (as speed breath, stuttering to speak or not to speak, pallor).

Followed by side symptoms (avoid dark and absolute loneliness).

Effectiveness of the existing program to reduce the artistic sensitivity gradually through exposure to psychodrama to remove phobia symptoms in the case.

* Assistant professor in the department of psychological counseling- Faculty of Education- Damascus University.

المقدمة:

من بين الانفعالات التي يعيشها الإنسان في حياته يعدّ الخوف واحداً من أكثرها شيوعاً، وتثيره مواقف عدّة لا حصر لها، والتي تتباين تبايناً كبيراً في حياة مختلف الأفراد، كما تتنوع شدته من مجرد الحذر إلى الهلع والرعب، ويعدّ الخوف إحدى القوى التي قد تعمل على البناء أو الهدم في تكوين الشخصية ونموها (رمزي، 2010، ص41)، وقد كان العلماء يعتقدون أن الطفل يولد مزوداً بغريزة الخوف، لكن الدراسات الحديثة تشير إلى أن الخوف عند الطفل لا يبدأ قبل الشهر السادس، ولا يكون في هذه السن واضحاً أو محدداً، وأكثر ما يبدو ذلك بتأثير الأصوات العالية، وإضاعة التوازن (القوصي، 1991، ص8).

وتعدّ السنوات الأولى في حياة الفرد من أهم المراحل، بل هي الدعامية الأساسية التي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية، ومن خلالها يتقرر هل سينشأ على درجة معقولة من الأمن والطمأنينة، أم سيعاني من القلق النفسي والخوف؟ ذلك لأنّ أية خبرة نفسية وجدانية مخيفة يصادفها الإنسان في طفولته تسجل في نفسه وتظل هائمة فيها، وقد يستعيدّها لا شعورياً في كبره فيشعر بالخوف، وقد يسقط مشاعرها على المواقف والخبرات المشابهة فيخاف. (محمد أحمد، 2000)، والمخاوف المعقولة جزء طبيعي من الحياة، وكل طفل يتعلّم طائفة معينة من المخاوف، وبعض هذه المخاوف تساعد على حفظ الذات، ممّا يدفع الطفل إلى تجنب الأخطار المرتبطة بها، وقد تكون هذه المخاوف أساساً لتعلّم أمور جديدة (كالخوف من السيارات المسرعة، أو الخوف من الحيوانات المؤذية). إلّا أنّ المخاوف الشديدة والكثيرة الانتشار والتكرار التي ترتبط بأنماط سلوكية معينة (كالبكاء، والانسحاب، والتماس المساعدة...) لا تتفق ولا تتناسب مع السلوك المتزن الفعّال، وتكون بعض مخاوف الأطفال عائقاً في سبيل نموهم الصحي، وهنا لابدّ من تدخل إرشادي وعلاجي لإزالة هذه السلوكات ويعدّ العلاج بإزالة الحساسية المنتظم من العلاجات التي أثبتت نجاحها في علاج أعراض الخوف المرضي.

أولاً: مشكلة البحث:

تمثل دراسة المخاوف عند الأطفال والمراهقين أهمية خاصة لدى علماء النفس، إذ يمثل سلوك الطفل الأساس المهم لسلوك الراشد، ولهذا يعتقد كثير من علماء النفس أن المخاوف وما يتصل بها من حالات القلق والاضطراب النفسي تشكل جزءاً كبيراً من الدوافع البشرية التي تزداد في مرحلة الطفولة، وتؤثر في علاقات الفرد بالآخرين. والخوف انفعال يتضمن حالة من التوتر تدفع الطفل الخائف إلى الهرب من الموقف الذي أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر، وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات وبالتغير مع التقدم في العمر، وقد تزول عند الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى (الزعيبي، 2007)، ولكن هناك بعض المخاوف عند الأطفال لا يكون لها سبب حقيقي معروف، وتكون شديدة، وتستمر مدة طويلة من أشياء أو مواقف أو أشخاص، وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع، وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز، وظهور بعض الأعراض النفسية عليه مثل: القيء، والإسهال، واضطرابات في التنفس، وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتبول اللاإرادي، وغير ذلك من الأساليب التوافقية غير السوية، ولهذا لابد أن تُعطى هذه المخاوف المرضية اهتماماً شديداً من قبل الوالدين، ولابد من العمل على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطراباً نفسياً شديداً عند الطفل وتستمر معه إلى سن الرشد، وهذا ما أكدّه زهران (1974) من أن المخاوف المرضية تمثل نحو 20% من مرضى العصاب، ويُعدّ تقليل الحساسية التدريجي نوعاً من العلاج النفسي المستخدم لمساعدة الطفل الذي يُعاني من المخاوف المرضية ليصبح أقل حساسية اتجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف، ويكون ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في مواقف حقيقية أو عن طريق التخيل؟ وهذا ما أكدته دراسة العطية (2002) من خلال تطبيق برنامج إرشادي معروف في سلوكي لخفض بعض الاضطرابات الانفعالية (كالقلق، والخوف) وإحدى الفنيات المعتمدة كانت تقليل الحساسية التدريجي، كما نُعدّ الدراما النفسية

Pshchodrama شكلاً من أشكال العلاج النفسي الذي يستخدم التمثيل لمساعدة المريض في حل مشكلاته، وعن طريق المساعدة التي يقدمها المعالج، يجسد المريض المواقف والعلاقات التي تشكل بالنسبة إليه أسباباً لاضطراب سلوكه.

وقد أكد ذلك دراسة عبد الحميد (2013) في فاعلية استخدام السيوكودراما للتخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة. وهذا ما لاحظته الباحثة في أثناء قيامها بعمل له علاقة بمساعدة الأطفال الذين يعانون مشكلات سلوكية من خلال مسرح الأطفال التفاعلي.. وتجاوب الأطفال وتفاعلهم الإيجابي، ومن هنا يمكن صياغة مشكلة البحث بالسؤال الآتي:

ما فاعلية العلاج بالدراما النفسية وتقليل الحساسية التدريجي في علاج حالات الفوبيا عند الأطفال؟

ثانياً: سؤال البحث:

انطلق البحث من السؤال الآتي:

ما فاعلية برنامج إرشادي يعتمد على فنيات (تقليل الحساسية التدريجي، والتعريض، والسيكودراما) في إزالة أعراض الخوف المرضي عند طفلة تبلغ من العمر (9) سنوات تعرضت لحدث مسبب لاستجابة الخوف.

ثالثاً: أهداف البحث:

1. هدف البحث إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من أعراض الخوف المرضي عند طفلة تبلغ من العمر 9 سنوات، وهي الحالة موضوع الدراسة.

رابعاً: أهمية البحث:

1. عالج البحث موضوعاً يلقي الضوء من خلاله على انتشار حالة الخوف بين الأطفال لأسباب متعددة، ولا سيما ما تركته المثيرات السلبية للأزمة في ذلك، وتأثير الاضطراب في سلوك الطفل وحياته ونشاطاته والأعراض الناتجة عنه.

2. النتائج العلاجية المرجوة للطفلة موضوع الدراسة من خلال تطبيق البرنامج الإرشادي اذ يتوقع أن تتخلص من أعراض الخوف المرضي.
3. كما تتحدد أهمية البحث في الجانب الذي يتصدى لدراسته، وهو الكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي بالاعتماد على (فنيات تقليل الحساسية التدريجي، والتعريض السيكودراما) في إزالة أعراض الخوف المرضي لدى طفلة تعاني من خوف مرضي تبلغ التاسعة من العمر.
4. إثراء الدراسات السابقة بهذا الموضوع، وتوفير قاعدة بحث للباحثين والمهتمين بهذه الفئة من الأطفال.
5. محاولة الوصول إلى حلول للوقاية، والتخفيف من آثار الخوف السلبية في الأطفال.
6. الاستفادة من نتائج هذه الدراسة من قبل القائمين على البرامج الإرشادية، وذلك بوضع خطط إرشادية وبرامج توعية بهدف تخطي النواحي السلبية لانفعال الخوف ومساعدة الأفراد الذين يعانون من مستويات خوف شديدة عن طريق تقديم الخدمات النفسية الملائمة في سبيل تحقيق توافق نفسي لديهم.

خامساً: مصطلحات البحث:

- 1- أ- **الخوف**: إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات، وذلك بتعبئة الإمكانات الفيزيولوجية للكائن الحي، وهو حالة انفعالية طبيعية تشعر بها الكائنات الحية كلّها في بعض المواقف فيظهر في أشكال متعددة، وبدرجات تراوح بين مجرد الحذر والهلع والرعب (محمد، إسماعيل وآخرون، 1993، ص49).
- ب- **الخوف**: انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما وتوقع حدوثه. (المرجع السابق، 1993، ص50).

التعريف الإجرائي للخوف: استجابة يقوم بها القائم على رعاية الطفل "كالوالدين" أو المعلم لمثير لفظي تتضمنه الأداة الخاصة بالدراسة، التي يتطلب فيها من أحد الوالدين والمعلم أن يحدّد الاستجابة التي يعتقد أنها موجودة لطفله.

وهو الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس تشخيص الخوف.

2- **السيكودراما:** يعرفها (الزرد، 1984) بأنها: جو مسرحي يطلب فيه الى المريض وحده، أو مع فريق من المرضى تمثيل مشهد تلقائي أمام جماعة من المشاهدين، ويكون لهذا الدور دلالاته النفسية بحيث يعبر المريض عن مشاعره بصورة تلقائية حرة، وينفس عن انفعالاته، ويستبصر ذاته في موقف جماعي. **وتعرف إجرائياً:** تمثيل عدّة مشاهدة القصة تتضمن المثير المرعب للطفلة. وأبطال المسرحية هم الطفلة وأصدقائها.

3- **التعريض:** يرى بيك (Beak, 2001) أنّ التعريض يستخدم لخفض كل من اضطراب نقص الانتباه، والخوف، و القلق، والغضب، وذلك بتعليم الأفراد كيفية التعامل مع هذه الانفعالات خطوة بخطوة والتوازن بين الراحة والتحمل. **ويعرف إجرائياً:** تعريض الطفلة للمثير المرعب لتعليمها كيفية التعامل مع انفعال الخوف.

4- **تقليل الحساسية التدريجي:** هو مساعدة الأطفال الخوافين وذوي الحساسية الزائدة ليصبحوا أقل حساسية. ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي يكون فيها السلوك قد اكتسب مرتبطاً بحادث منفر معين، كالخوف من الأشياء، وقد استخدمت هذه الطريقة بنجاح في علاج حالات الذعر والخوف المبالغ فيه، (القاسم وآخرون، 2000). **ويعرف إجرائياً:** مساعدة الطفلة موضوع الدراسة لتصبح أقل حساسية اتجاه المثير الذي سبّب لها استجابة الخوف المرضي.

البرنامج الإرشادي:

هو برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة (المدرسة مثلاً)، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختبار الواعي المتعلق، ولتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها (زهران، 2005، ص499).

وتعريفه إجرائياً: بأنه البرنامج الإرشادي النفسي الذي أعدته الباحثة اعتماداً على فنيات (تقليل الحساسية التدريجي، والتعرض، والسيكودراما) مستندة إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي.

سادساً: حدود البحث:

نفذ البحث ضمن حدود مكانية في إحدى مدارس مدينة دمشق للتعليم الأساسي، حلقة أولى، وفي حدود زمنية امتدت من (2016/10/1) إلى (2017/1/30).

سابعاً: الدراسات السابقة: (الدراسات العربية والأجنبية)

الدراسات العربية:

1- دراسة (العطية، 2002) قطر:

عنوان الدراسة: فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض الاضطرابات الانفعالية (كالقلق - الخوف) لدى الأطفال بمرحلة الطفولية المتأخرة.

هدف الدراسة: التحقق من فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي يعتمد على فنية تقليل الحساسية التدريجي والتعرض في خفض أعراض اضطرابي القلق والخوف لدى الأطفال.

عينة الدراسة: 746 طفلة من بعض الدراسة الابتدائية للبنات بمدينة الدوحة، ممن راوحت أعمارهم بين (9-12 سنة).

أدوات البحث: مقياس للقلق - ومقياس للخوف - والبرنامج الإرشادي.

نتائج الدراسة: أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بمتوسطات درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابي - القلق والخوف.

2- دراسة (أبو قورة، 2012) القاهرة، مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض الفوبيا لدى عينة من الطالبات.

هدف الدراسة: تطوير برنامج إرشادي سلوكي ومعرفي، واستقصاء فاعليته في تخفيض الفوبيا لدى الطالبات.

عينة البحث: ن: 12 طالبة ممن حصلن على الربيع الأعلى على مقياس الدراسة للفوبيا (إعداد الباحثة) بعد التحقق من صدقه وثباته، إذ خضعن لبرنامج إرشادي جمعي مكون من 11 جلسة، موزعة على ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة تراوح بين 60-90 دقيقة.

نتائج الدراسة: توجد فروق ذات دلالة بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الفوبيا، وكانت الفروق لصالح التطبيق البعدي، أي بعد تطبيق البرنامج على الأطفال.

3- دراسة (عبد الحميد، 2013) مصر

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام السيكدوراما للتخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة.

هدف الدراسة: تعرّف فاعلية السيكدوراما في التخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة.

عينة الدراسة: 10 أطفال من أطفال الروضة.

نتائج الدراسة: عند قياس أثر تطبيق برنامج سيكدورامي للتخفيف من حدة المخاوف المرضية تم التأكد من فاعلية البرنامج في إزالة أعراض الخوف عند مجموعة الأطفال.

4- دراسة (العسة، سلمى ماهر) دمشق - سورية (2013)

عنوان الدراسة: انتشار الرهابات النوعية لدى تلاميذ التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق.

هدف الدراسة:

- تعرّف نسب انتشار الرهابات النوعية عند الأطفال في المرحلة العمرية 7-10 سنوات.
- الكشف عن أكثر أنواع الرهابات شيوعاً في هذه المرحلة العمرية.
- تعرّف الفروق في أنماط الرهابات النوعية وفق متغيرات الجنس، والعمر، والمنطقة الجغرافية.

عينة البحث: 1500 طفل، منهم 745 ذكوراً، 755 إناثاً، أعمارهم بين 7-10 سنوات.

نتائج البحث:

- كانت نسب انتشار الرهابات النوعية على النحو الآتي: النمط الحيواني 33.4%، نمط البيئة 11.07%، ونمط الدم 30.31%.
- إن نسبة انتشار الرهابات النوعية كانت لدى الذكور 10.83%، ولدى الإناث 17.32%.

5- دراسة (العمروسي، نيللي حسن، 2015) السعودية

عنوان الدراسة: فعالية برنامج إرشادي نفسي (معرفي، سلوكي) لخفض الشعور بالخجل لدى عينة من الطفلات الموهوبات.

هدف الدراسة: تعرّف مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض الشعور بالخجل لدى عينة من الطفلات الموهوبات.

عينة الدراسة: 16 طالبة من الموهوبات اللاتي تم اختيارهن وفق شروط واختبارات معينة في برنامج موهبة الصيفي في جامعة الملك خالد في أبها.

نتائج الدراسة: المجموعة التجريبية من الموهوبات كانت من المجموعة الضابطة

بسبب التأثيرات الأساسية للبرنامج التدريبي المستخدم.

الدراسات الأجنبية:

1- دراسة هادجنس وآخرين (2000) Hudgins et al.,

عنوان الدراسة: Aclinically effective psychodrama inhtervention

أثر استخدام السيكدوراما في علاج أعراض ما بعد الصدمة وبعض المشكلات السلوكية.

هدف الدراسة: تعرف مدى فعالية استخدام السيكدوراما في علاج أعراض ما بعد الصدمة، وقد تكونت عينة الدراسة من حالة فردية تعاني من أعراض ما بعد الصدمة النفسية، ومن الأدوات التي استخدمت في الدراسة: مقياس أعراض ما بعد الصدمة، ومقياس السلوك غير الاجتماعي، ومقياس الاكتئاب ومقياس المخاوف، ومقياس الأعراض الجسمية، وبعد إجراء التحليل الإحصائي لنتائج الحالة الفردية موضوع الدراسة، تبين أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي، وذلك على المقاييس المستخدمة في الدراسة، مما يدل على فعالية استخدام أسلوب السيكدوراما في التخفيف من أعراض ما بعد الصدمة (السلوكيات غير الاجتماعية، والسلوك التجنبي، والخوف، والاكتئاب، والأعراض الجسمية).

2- دراسة (Joseph, 2002) USA

عنوان الدراسة: فاعلية جلسات علاج فردية وجماعية في خفض أعراض الخوف الاجتماعي والخوف.

The effectiveness of individual and group therapy sessions in reducing symptoms of social fear.

عينة البحث: مجموعة من الأطفال تراوح أعمارهم بين (8-10 سنوات).

نتائج الدراسة: أثبتت الدراسة فاعلية البرنامج الذي يعتمد جلسات فردية وجماعية في انخفاض أعراض الخوف والخجل لدى الأطفال الذين حققوا مستوى أعلى من المهارات الاجتماعية.

3- دراسة (Ingrid, I, 2008)

عنوان الدراسة: Shyness as an emotional and behavioral in school

عينة البحث: 324 مراهقة.

نتائج الدراسة: أثبتت أن الإناث أعلى مستوى في القلق والخوف و الإحباط ويتصفون بنقص المهارات الأكاديمية، مما يدل على شدة خجلهن، وإنّ الأفكار السلبية تؤدي إلى السلوك الخجول لدى المراهقين ويعانون من الصمت والانطواء.

4- دراسة لامبرت وآخرين (Lambert, et al., 2013):

عنوان الدراسة: (المشكلات السلوكية والعنصرية والانفعالية لدى الأطفال المحولين

من العيادات النفسية).

Behaviat and emotional problems of clinic-referred children of the African Diaspora.

هدفت الدراسة إلى تعرّف المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال المحولين من العيادات النفسية والمقارنة بين الأطفال الذين ينتمون إلى أصول أفريقية ونظرائهم الأمريكيين الذين ينتمون إلى أصول جامايكية، وكذلك دراسة أثر الاختلافات الاجتماعية والثقافية في مشكلاتهم تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال ذوي المشكلات السلوكية والانفعالية من سن (4-9) سنوات وقد تبين أنّ أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً: العدوان والسرقة، والخوف المرضي، والتمرّد، وتوجد فروق دالة بين الأطفال الأفارقة والأطفال من أصول جامايكية في قائمة المشكلات السلوكية الخاصة ببعد العدوان، وكانت لصالح الأفارقة.

الجانب النظري:

تعريف الخوف: هو عبارة عن شعور بانقباض القلب وإحجام عن التقدم بأمان أمام مواقف معينة نتيجة لتوقع المكروه أو الخطر. (ملك، بدر، الكندري، لطيفة، 2014).

المخاوف الشاذة: هي خوف مرضي من شيء معين أو فعل معين لا يثير الخوف في العادة عند أغلب الناس، فهو خوف دائم لا يعرف الفرد له سبباً أو مبرراً موضوعياً بالإرادة. (عبد الله، 2000، ص177).

والمريض لا يعرف السبب أو المبرر الموضوعي لحالته، هذه ولا يوجد خطر عليه في تعرضه لهذا المنبه، إلا أنه لا يستطيع التحكم فيه أو ضبطه. (عكاشة، أحمد، 1988، ص92).

لعل السبب في عدم إدراك الفرد سبب هذا الخوف، أن هذا المرض (من خلال وجهة نظر المدرسة السلوكية) هو نوع من التعلّم الشرطي ارتبطت فيه أحداث الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي بأحداث مثير آخر غير طبيعي (شرطي)، حادثة قديمة فرّ منها المريض فأصبح المثير الشرطي يفعل ما يفعله المثير الأصلي والطبيعي، ونظراً إلى أنّ هذه العلاقة لا تكون واضحة (في الغالب) في ذهن الفرد، لهذا فهو يستجيب لمؤثرات المثير الشرطي دون أن يعرف العلاقة بينهما. (مصطفى، 1967، ص240)

أسباب الخوف المرضي:

1- التعرض لمواقف غير معتادة وبلا تهيئة، كالطفل الذي لم يتعلم السباحة ويخاف التجريب.

2- استخدام أسلوب العقاب البدني لتأديب الطفل إنّ الإفراط في الشدة على الأطفال ولاسيما الصغار منهم تدفعهم إلى الخوف والجبن والكذب.

3- التصورات المغلوطة بها فقد يقوم الكبار بصنع أوهام كثيرة وتكون النيات حسنة، ولكن الوسائل غير سليمة، يقول بعضهم للطفل إذا لم تنم فإنّ القطعة ستأكلك، وإذا خرجت من البيت سيسرقك اللص، وعلى سبيل المزاح ينشأ الوهم عند الطفل.

- 4- النقد القاسي واللوم المستمر للطفل، مما يسبب التقليل من قدراته الحقيقية.
 - 5- قد تكون الأسرة مصدر الخوف لسياساتها التسلطية في التعامل أو لانتشار الخرافات فيها فينشأ الطفل ولا يعرف مبادئ التفكير الموضوعي، ويؤمن بأوهام يعتقد أنها حقائق، كما أنه يسمع القصص المربعة فتثير خياله الطفولي ويصدقها.
 - 6- التعرض لأحداث صادمة كبيرة كفقد الأم، أو التعرض لحادث مروري.
 - 7- استهزاء الأهل أو الأقران ونعته بألقاب تدلّ على الجبن.
 - 8- التهديد بكلمات تدلّ على العنف، وبأخذها الطفل مأخذ الجد، مثال على ذلك (سأكسر يدك).
 - 9- التعليم السلبي ويكون بالتخويف بالأب أو الشرطي أو المعلم أو الطبيب.
 - 10- البيئة المليئة بالتوتر والقلق، وهذه البيئة في الأغلب هي الأسرة أو المدرسة، قد يخاف الأب من الأماكن العالية أو الأم تتضايق من الأماكن المزدحمة، أو عندما تشاهد الحشرات فيقتنع الطفل بأشياء ينبغي ألا يخاف منها أبداً لو فكر بصورة منطقية، ولكنه ربط استجابة الكبار لمثيرات معينة، فيقرن الطفل بالرد فترسم هذه السلوكيات في ذهنه. (محمد ملك، 2011، ص3).
- أعراض الخوف المرضي حسب (DSMIV), (DSM5):**
- وتشمل معايير DSMIV و DSM5 اضطرابات الهلع أو الخوف:
- وجود الخوف المفرط تجاه الأحداث أو الأنشطة التي تحدث في معظم الأيام خلال مدة 6 أشهر على الأقل.
 - يفقد السيطرة على حدّة الخوف.
 - ثلاثة على الأقل من الأعراض بما في ذلك ضيق الصدر، والتعب، وعدم التركيز، والتهيج، والتعرق، واضطراب الوجه، وتسارع في ضربات القلب، ومشكلات النوم، والتوتر.

- تدني مستوى التحصيل أو الأداء المهني.
- عدم وجود اضطراب مزاجي أو مشكلات نفسية أخرى.
- تستمر مشاعر الخوف أو الهلع لشهر واحد على الأقل.
- قد يعيش المريض الحدث من خلال:
 - * ذكريات متكررة لهذا الحدث مع الأفكار أو تصورات.
 - * الأحلام المتكررة.
 - * الهلوسة والاسترجاع.
- ويتجنب المريض أو يشعر بثلاثة على الأقل مما يأتي:
 - * الأفكار والمشاعر والمحادثة المقترنة بالحدث.
 - * الأنشطة والأماكن المرتبطة بهذا الحدث.
 - * فقدان استدعاء الحدث.
 - * انخفاض الاهتمام بالأنشطة المهمة.
 - * النفور من الآخرين.
- كما صنف (Pilkons & Norgwood) أعراض الخوف إلى:
 - 1- "أعراض سلوكية: من مظاهرها الكبح والسلبية، وتجنب المواقف المخيفة، والتحدث بصوت منخفض، وحركات جسدية غير ملائمة، وسلوكيات ملازمة تدلّ على العصبية والقلق.
 - 2- "أعراض فيزيولوجية: زيادة معدل دقات القلب، والتعرق، والارتجاف، وجفاف الفم، والشعور بالدوخة أو الغثيان، وشحوب الوجه.
 - 3- "أعراض معرفية: انخفاض في تقدير الذات، والتمركز حول الذات وزيادة الوعي بالذات مع حمل أفكار سلبية عن المواقف والآخرين، الخوف من التقييم السلبي، ونقد الذات، ومفهوم ذات متدنٍ، وصعوبة في المواجهة، وعدم الاستمتاع بخبرات الحياة الجديدة.

4- "أعراض انفعالية: ظهور انفعالات سلبية كالارتباك والشعور المؤلم بالذات، والشعور بالعجز، وتقدير ذات منخفض، والحزن، والقلق والشعور بعدم الأمن، والتركيز على الشعور السلبي والمؤثر بدوره في أنماط التفكير، فإذا كان الشخص خائفاً، فإن الآخرين يبدون بالنسبة إليه خطرين وتصبح الذات عرضة للخطر.
(Henderson & Others, 1999, Henderson & Zimbardo, 1996).

مظاهر الخوف المرضي:

يمكن تعرّف الطفل الذي يعاني من الخوف المفرط من خلال ظهور صفة أو أكثر من الصفات الآتية بصورة متكررة:

- 1- يحب الطفل الحماية الزائدة، فهو اتكالي حتى في قضاء أبسط حاجياته.
- 2- التردد والتجنب وتفضيل الإحجام عن الشيء بدل الاحترام.
- 3- الابتعاد عن المبادرة في اللعب، وعدم اقتراح الأفكار.
- 4- ضعف الثقة بقدراته الفعلية فلا يواجه المشكلات، ويرفض اتخاذ القرارات.
- 5- سرعة الانفعال، وعدم السيطرة على الحالة الذهنية ضمن الظروف العادية.
- 6- تجنب الظلام التام والوحدة بصورها كلّها.
- 7- الخوف من المدرسة، ومن الضيوف في البيت.
- 8- قد تمتد المخاوف والتوترات إلى مرحلة اللاوعي فيعاني الطفل من كثرة الأحلام المخيفة الغامضة التي تعكس حالته المزاجية وأوهامه المكبوتة.
- 9- التحدث أو التفكير بالعفاريات أو الخرافات والأساطير السخيفة في نظر الكبار، ولكنها مخيفة في عقول الصغار.
- 10- التهرب من الألعاب المرحّة التي تتضمن بعض التحديات مع أنها آمنة يستمتع بها في الأماكن الترفيهية كل من هم في عمره.
- 11- صعوبة التمييز بين الخطر الحقيقي ونسج الخيال.

12- يبدي الطفل ردود فعل تفوق طبيعة الخطر القريب منه وعنده مبالغة في تصور

عواقب الأمور فيعتقد أن المرض من يبرح جسده مثلاً.

13- تظهر أعراض فيزيولوجية على حالة الطفل المتوترة كسرعة التنفس، واللجلجة

في الكلام، والعرق الزائد، وفقدان الشهية للأكل.

تفسير النظريات للخوف المرضي:

1- مدرسة التحليل النفسي: كان فرويد أول من حاول تفسير نشأة الخوف

المرضي، وهو يرجع الإصابة بالخوف الشاذ إلى الرغبات الجنسية اتجاه الوالد

من الجنس المضاد لجنس الطفل، أو الخوف من الخصاء عند الذكر. (العيسوي،

1996، ص157).

كما أبرز فرويد تناوله الواضح والمباشر لمفهوم الرهابات في إطار بحثه عن عصابات الدفاع مقارناً إياه بكل من الهستيريا والوساوس، فقد أدرج الرهابات في مقالة عمر "الوساوس والرهابات 1895" ضمن السجل العصابي جاعلاً الفرق بينهما يكمن في طبيعة وكيفية تصريف القلق الذي تحتويانه ويرى أن القلق في الرهابات المتمثل في الحالة الانفعالية يظهر على شكل حصر وخوف.

إن المخاوف المرضية أساس الحالات العصابية جميعها، وهذه المخاوف المرضية تحدث بسبب إسقاط وإزاحة لبعض الرغبات أو الدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية، لأن هذه الرغبات بموضوعات خارجية، وقد سلم فرويد في كتاباته، بأن القلق ينشأ عن التحول الفيزيولوجي للطاقة اللبيدية (الغريزية) إلى أعراض حتمية للقلق دون توسط من الآليات النفسية، فهو ينشأ عن طاقة جسمية غير مفرغة، ولعل أشهر الحالات التي عالجها فرويد وفقاً لهذا التصور حالة الطفل هانز 1909 الذي كان يخاف من الخيول ولا يجرؤ على مغادرة منزله، وقد كشف فرويد أن هانز عندما كان في السن الثالثة كان مهتماً باستكشاف عضو التنكير في جسده، وعندما ضبطته أمه هددته بقطع ذلك العضو. (العنبي، 2005، ص28).

إن عناصر تكوين الخوف هي الآتية: نظراً الى أن هانز متعلق بوالدته فإنّ الرعب الذي تلوح به يتنامى مع تهديداتها بالخصاء والتخلي عنه، كما أنّ خوفه أصبح أكثر حدة مع أول مواجهة، فقبل ظهور أعراض الخوف عنده، شاهد الولد دفناً، وفيما بعد شاهد حصاناً ملقى على الأرض ظنه ميتاً.

إنّ أول مواجهة مع الموت هي حدث شديد القسوة في حياة الطفل، يمكن أن يسبّب لدى من هو شديد الحساسية قلقاً إضافياً الى جانب خوفه من الخصاء.

ويمكن أن نستنتج إذاً أن الخوف من الخيول له سببان:

- الخوف من الآلام بسبب تهديدات الأم بالخصاء.
- الخوف من القلق.

وتلافياً لهذين الخوفين، عزز هانز خوفاً مرضياً يحميه من مشهد الخيول، ويعفيه من شكلي القلق معاً. (عتريس، ترجمة اريك، 1988، ص 92).

2- النظرية السلوكية ونظرية التعلم: أوضحت دراسات عدّة كدراسة كل من

"ليوتس" و"أوست" و"واطسن" و"ايزتك" أن الاشرط الكلاسيكي للخوف يحدث عندما يستدعي مثير مزعج يسبّب الخوف في وجود مثير محايد، فيصبح هذا المثير المحايد سبباً للخوف بصورة مستقلة عن المثيرات غير الشرطية. (شكري، الأمين، 2005، ص 71).

يركز السلوكيون الجدد على الإشرط الكلاسيكي ونشأة الأعراض العصابية، ومن بينها المخاوف المرضية، وقد سلم واطسن بثلاثة أنماط ذات أهمية في الاستجابات المثيرة للعاطفة، وهي: "الخوف، والغضب، والحب" وفكرة الخوف ناتجة عن مثير بسيط يقع داخل ثلاث فئات "الضوضاء العالية، وفقدان الأهل، والارتباط الفيزيقي".

وتجربة واطسون على الصبي "ألبرت" توضّح علاقة التعلم بالخوف، إذ أعطى لألبرت فأراً أبيض ليلعب معه مدة ثلاثة أسابيع، لم يكتف ألبرت بإظهار عدم خوفه، بل أظهر ألبرت حبه فكان يمسك بالفأر ويحمله بالطريقة نفسها التي يلعب بها الطفل مع

الدمية، وبعد ثلاثة أسابيع تم إجراء جديد، فعندما كان الصغير ألبرت يريد إمساك الفأر جرى إحداث صوت عال مخيف، فقد الصغير توازنه ثم سقط على وجهه وبكى، وأعيدت العملية مرة ثانية بعد وقت فزع الطفل فزعاً ملحوظاً، وخلال مرات قليلة لم يحاول ألبرت التقاط الفأر فقط، بل كان يظهر الأعراض المعتادة للخوف عندما يوضع الحيوان على مرأى منه. (فرجيوني وآخرون، 2005، ص149).

3- **نظرية التعلم الاجتماعي:** يصوّر باندورا "Bandora" صاحب نظرية التعلم الاجتماعي موقف الحتمية المتبادلة، ويصور التفاعل بين السلوك والمحددات الداخلية للفرد مثل (الدوافع والخبرات)، والمحددات الخارجية (البيئة)، كما لو كانت نظاماً متشابكاً من التأثيرات المتبادلة، كل على الآخر دون وزن أكبر لإحدهما عن العاملين الآخرين، وبناءً على هذا الموقف فإنّ للسلوك الإنساني وظيفة للمحددات السابقة المتعلمة واللاحقة المحددة وتلك مجموعة متغيرات معرفية في طبيعتها تحدث من ملاحظة الإنسان لنتائج سلوكية أو سلوك غيره، فقد أكد أننا نكتسب من مشاهدة الآخرين وهم يقومون ببعض النماذج السلوكية، سلسلة ضخمة من السلوكيات تراوح من الأفعال والنشاطات الحركية البسيطة كالسباحة ولعبة كرة القدم إلى أنواع السلوك الاجتماعي المركبة كالقيم والاتجاهات، وطرائق التعبير عن المشاعر والأفكار، فقد دمج باندورا عوامل عدّة، وحاول تقديم نظرية تتصف أكثر بالشمول (العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية)، وعدّ أن قدرًا كبيراً من سلوكياتنا يتم عن طريق التعلم بالملاحظة والاقتداء، وحتى السلوك المرضي ولاسيما الخوف فإن الأطفال يمكن أن يتعلموا استجابة الخوف من والديهم الرهابيين. (خليل، 2004، ص196).

4- **النظرية المعرفية:** تقوم المدرسة المعرفية على فكرة رئيسة هي أنّ الانفعالات التي يبدّيها الناس، إنّما هي نتيجة لطريقة تفكيرهم، ووفقاً لهذه الفكرة فإنّ النظرية تركز على الحساسية الكبيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من الرهاب لإشارات المنبه الخطر وتعدّ الأفكار التي يكوّنها الفرد عن نفسه والآخرين وعن الوقائع السبب الرئيسي للخوف المرضي. (العنبي، 2005، ص34-33).

إن النموذج المعرفي يفترض أنَّ الحالات المرضية المختلفة تتميز لمخططات معرفية محددة، فمثلاً الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للإخفاق والضياع والفراغ، أما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس والغضب، وتتميز البارنويا بموضوعات تتعلق بالريبة والخوف من السيطرة ومؤامرات الآخرين. (وردة، 2010، 2011، ص49).

وتعدّ الاضطرابات مثل القلق والخوف أساساً لاضطرابات في التفكير تنتج حينما يركز الفرد على نواح سلبية من المواقف في حين يتجاهل أو يُهمل ملامح بارزة أخرى، وبهذه الطريقة يفقد الفرد ويشوّه الحقيقة (فايد، 2005، ص96).

وقد أثبتت دراسات محددة أنَّ بعض استجابات الخوف تركز على أخطاء معرفية، ويمكن التغلب عليها عن طريق التصحيح المعرفي، وأن المخاوف المرضية العصابية لها على أساس هذه الأدلة مصدران مختلفان، بعضهما يصدر عن الخبرات الشرطية، في حين ينتج بعضها الآخر عن معلومات غير صحيحة، ومن ثمّ يمكن أن تنمو المخاوف معرفياً عن طريق المعلومات التي قد تكون إما دقيقة أو زائفة، مثال ذلك الشخص الذي لم يتعرض لحادث سيارة، ويكون خائفاً من أن يتعرض لحادثة عن طريق سائق متهور، وهذا الخوف لم ينتج عن الإشراف الكلاسيكي، ولكن نتيجة للمعلومات المعرفية. (هجيرة، نادية، 2007، 2008، ص14).

الأساليب الوقائية:

- 1- تجنب أسباب الخوف التي سبق ذكرها.
- 2- إبعاد ما هو مخيف للطفل مؤقتاً حتى يذهب الخوف الشديد، ولتوفير بيئة خالية من المخاطر التي يهابها الطفل حتى يتم العلاج السلوكي، وبألف الطفل الموقف بالتدريج ويتخلص من الأوهام.
- 3- الاعتدال في حماية الطفل ومعاملته بطريقة متوازنة، مع ضرورة تعويده على أداء مهامه التي يستطيع الوفاء بها بنفسه دون الاعتماد على غيره.

- 4- تجنب البرامج التلفزيونية المخيفة، والأخبار التي تحكي تفاصيل دموية وتتضمن مشاهد عدائية.
- 5- اختيار الألعاب المسلية التي تحمل قيماً صحيحة.
- 6- شرح الأحداث الصعبة (الموت، والحوادث)، ويجب أن نراعي في عملية الإقناع العقلي التدرج وبطريقة مبسطة تناسب عمر الطفل.
- 7- الحذر من التشهير بالطفل فإن مواقفه السلبية تؤذي مشاعره، فلا ينبغي أن نذكر لأقرانه شدة خوفه وقلقه من رؤية الفأر مثلاً..
- 8- لا نضع الطفل فجأة في مواقف يخاف منها، فالإجبار ليس حلاً.
- 9- بناء علاقة وثيقة مع المدرسة لمتابعة سلوكيات الطفل.
- 10- تدريب الطفل على سلسلة استراتيجيات لمواجهة الخوف والتعامل معه وفق خطوات منهجية (التحكم في التنفس، وطرده الشعور السلبي والأفكار الغامضة، وترديد كلمات الشجاعة، والتحرك الصحيح حسب متطلبات كل موقف). (بشناق، 2001، ص38).

العلاج النفسي:

تعددت الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الخوف والرهابات سواء لدى الكبار أو الأطفال، وأكثرها شيوعاً:

السيكودراما:

السيكودراما أو الدراما النفسية Pshchodrama شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يستخدم التمثيل لمعاونة المريض في حل مشكلاته، وعن طريق المساعدة التي يقدمها المعالج، يجسد act out المريض المواقف والعلاقات التي تشكل بالنسبة إليه أسباباً لاضطراب سلوكه، وأحياناً يشترك أناس حقيقيون بأسلوب العلاج هذا للإسهام في حل مشكلات المريض، ويعرض وولمان Woolman 1973 السيكودراما بأنها أسلوب من الأساليب الإسقاطية، كما أنها شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي، وفيه يطلب

الى الشخص أن يمثل مواقف ذات مغزى في حياته في حضور أشخاص آخرين يمثلون الأدوات المساعدة (Greenberg, 1974).

ووفقاً لأسس العلاج بهذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع المريض على أن يتجول في أرجاء خشبة المسرح وأن يتكلم وأن يمثل سلسلة من الأدوار التي تعدّ تلقائياً كجزء من الخبرة المباشرة لمواقف الحياة المتنوعة، التي لها صلة وثيقة بما يعانيه من صعوبات ومشكلات، فقد يمثل طفل حتماً عاشه ذات ليلة.

ترجع أصول استخدام السيكودراما إلى ما يقرب من ثمانين عاماً مضت (أي منذ عام 1911) في فيينا على يد مورينو Moreno فقد اكتشف مورينو أنه عند السماح للأطفال بالتعبير التلقائي عن مشكلاتهم فإنهم يحققون نتائج علاجية لا بأس بها.

ومن الضروري توفر ثلاث ركائز من دونها تختل العملية العلاجية، وهي (أ) وجود المشكلة القابلة للتجسيد، (ب) جماعة علاجية، (ج) بطل الرواية.

ومن الواضح أن يكون النشاط السيكودرامي Pshchodramatic activity دافعاً للعملية العلاجية إلى الأمام، إذ إنّ هذا النشاط يشجع على حدوث المواجهة، وذلك لأنّ المريض يرى ويعي سلوكه حين يحدث، ويرى الهدف من حدوث سلوكه على هذا النحو بالذات.

ويتضمن السلوك أو الأداء في أثناء التمثيل التفاعل بين الحالات السيكولوجية والسلوك الحركي، ويتم التعبير عن العلاقة أو الصلة بين الحالات الانفعالية والسلوك تعبيراً لفظياً، وعند درجة معينة، يجد كل انفعال بعض التعبير الجسمي، إمّا بطريقة مرئية بصورة صريحة أو بطريقة غير مدركة حسيّاً، وربما يكون هذا التعبير على هيئة شدّ قوي لعضلة من العضلات، أو بقبضة اليد، أو ارتعاشه في الصوت.

(Introduction to psychodrama workshop for IASA >conference, Cambridge, 2010, workshop leaders)

عناصر السيكودراما: يقوم العلاج بالسيكودراما على ثلاثة عناصر:

1. المخرج: وهو المعالج النفسي الذي يكون خبيراً بالسيكودراما، وظيفته تكون في اختيار الممثلين، ووضع السيناريو واختيار المكان المناسب للعلاج مع المحافظة على السرية كاملة عما يحدث في جلسة العلاج.
 2. المجموعة: وهم الممثلون الباقون المساعدون للمريض في أداء دوره بالقيام بأدوار أخرى في المسرحية، عادة يراوح عددهم من 10 إلى 15، وكلما قلّ عددهم زادت فاعلية العلاج.
 3. البطل: وهو المريض نفسه الذي تتمركز حوله أحداث المسرحية ويقوم واقع حدث له من أجل إيجاد مشكلة ما. (سليمان، 1994، ص401).
- الأساليب المستخدمة في السيكودراما:** وهي أربعة: عكس الأدوار، والمرآة، والنموذج، والدوبلاج.
- عكس الأدوار:** يقوم المريض بتمثيل دور شخص آخر ممن يرى فيه المشكلة، أو قد يكون هو المثير المسبب للخوف، مثال: أن يقوم الطفل بأداء دور مصدر الخوف كاللص مثلاً، وفي عكس الأدوار يقوم المريض بمعايشة الواقع من زاوية أشخاص آخرين تساعد على رؤية المشكلة من وجهة نظر أخرى.
- دور المرآة:** يكون المريض فيه متفرجاً سلبياً إذ يقوم ممثل آخر بتأدية دور المريض، بحيث يستطيع المريض من خلال المشاهدة والمراقبة رؤية صورة مماثلة له، ومن هنا يقتنص المريض أنماطاً حديثة، ولغة جسده والسلوك الذي ربما فاقم المشكلة وأبعد الحل عنها، فالمريض يشاهد نفسه باختصار.
- دور النموذج:** يكون فيه المريض أيضاً متفرجاً لكن من يقوم بدوره هنا يؤدي الدور بحلول نموذجية، أي: كيف كان ينبغي للمريض أن يتصرف ؟.
- دور العلاج:** في هذا الدور يقوم شخص آخر بتأدية دور ظل المريض الذي يقوم بالتعبير شفويّاً عن لغة جسد المريض، في الدوبلاج سيقوم المخرج بإيقاف المسرحية

ليسأل المريض إن كان ظله قد نجح في التعبير عن لغة جسده هذا النوع يتيح فرصة للمريض لكي يستتبط الحل غير المنطوق عن حركاته. (المرجع السابق، ص28).

ومن الأساليب العلاجية أيضاً:

العلاج المعرفي السلوكي: وهو أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج القلق والخوف، ومن خلال فنياته المتعددة مثل (التعريض - وتقليل الحساسية التدريجي) (Beck, 2001).

التعريض: يستند العلاج بالتعريض إلى مبدأ الإشراف الكلاسيكي، ويحدد المعالج بالتعريض (الإدراك والعواطف والإثارة الفيزيولوجية) التي تصاحب الحافز المثير للخوف، ومن ثم يحاول كسر نمط الهروب الذي يحافظ على وجود الخوف، ويكون ذلك من خلال تعريض المريض تدريجياً لمحفزات أقوى من الإثارة لمشاعر الخوف، ومن ثم يتضاءل الخوف في كل سلسلة من التصاعد على شكل (تسلسل هرمي) التي يمكن أن تكون صريحة، أو ضمنية حتى يزول الخوف أخيراً، وهناك ثلاثة أنواع من إجراءات التعريض، الأول: هو التعريض الحي، أو التعريض الحقيقي، وهذا النوع يُعرض المريض لحالات فعلية من تحفيز الخوف، أما الثاني: من التعريض فهو التعريض التخيلي إذ يُطلب إلى المريض تخيل الوضع الذي يخشاه، وهذا الإجراء مفيد للأشخاص الذين يحتاجون إلى مواجهة الأفكار والذكريات المخيفة، أما النوع الثالث من التعريض فهو التعريض الحصري الذي يمكن استخدامه في اضطرابات أكثر تحديداً مثل اضطراب الخوف أو PTSD، إذ يواجه المريض الأعراض الجسدية التي يخشاها، مثل: زيادة معدل ضربات القلب وضيق التنفس، وأنواع العلاج بالتعريض جميعها يمكن استخدامها معاً أو كل على حدة. (foa, E, B, 2011).

والعلاج بالتعريض هو أكثر علاج معروف بنجاحه في حالات الخوف والرهابات بأنواعها كرهاب الخلاء. (Gahm, 2008).

أسلوب تقليل الحساسية التدريجي:

إن أكثر الاتجاهات النظرية التي أظهرت نجاحاً في معالجتها للمخاوف المرضية، كما دلت على ذلك الدراسات التجريبية هي نظريات التعلم، ولاسيما أساليب تقليل الحساسية التدريجي، بواسطة تشكيل السلوك تدريجياً، وقد شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً للإجراء المعروف باسم تقليل الحساسية التدريجية، الذي كان (جوزيف ويلبي) (Joseph, wolpe) قد طوره عام 1958. وصف ويلبي أسس النظرية التي استمد منها هذا الإجراء في كتابه (العلاج النفسي) بالكف المتبادل، فقد اقترح أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الإشرط المضاد، ويعني استخدام قوانين التعلم بهدف أن نستبدل باستجابة أخرى، إذ افترض أن بالإمكان محو استجابة مضادة لها لوجود المثير الذي يستجربها، والاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في وقت واحد، فعلى سبيل المثال لا يستطيع الإنسان أن يشعر بالخوف وهو في حالة استرخاء تام، ذلك أن الاسترخاء يكبح هذه الاستجابة الانفعالية، وقد أثبت ويلبي في كتابه أن ما يقرب 90% من حالة الخوف والقلق التي قام بعلاجها شفيبت باستخدام هذا المبدأ، المهم أن الفكرة العامة أو الرئيسة لهذا الأسلوب العلاجي عن إزالة الاستجابة المرضية (الخوف) تدريجياً من خلال أن يستبدل بها سلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.

المشكلات السلوكية التي تعالج باستخدام تقليل الحساسية التدريجي:

1. الاضطرابات التي يكون القلق مسبباً لها، مثل مشكلات : اضطرابات الكلام، والانحرافات الجنسية، والأرق، وتناول الكحول، والغضب.
2. المخاوف المرضية التي يكون فيها موضوع الخوف محدداً، من الأمثلة على ذلك: الخوف من الحيوانات والحشرات، والخوف من الأماكن المرتفعة. (بوعلام، 2010).

الأساس النظري للبرنامج الإرشادي:

يعتمد البرنامج على استراتيجية العلاج المعرفي السلوكي من خلال تطبيق بعض من مهاراته ك:

1. تقليل الحساسية التدريجي والتعريض.
 2. فنية الاسترخاء بأنواعه (العضلي، والتخيلي، والتنفس العميق).
 3. النمذجة: وهي فنية من الإرشاد السلوكي والسيكودراما تستخدم في تعلّم أنماط سلوكية جديدة، وفي زيادة تكرار الأنماط السلوكية المرغوب فيها، وفي علاج المخاوف، والهدف منها أيضاً تعليم الأطفال أساليب وسلوكيات جديدة وسوية، وذلك من خلال الاقتداء بالأنموذج في بعض الأحيان الباحثة أو أحد الأطفال.
 4. الحوار: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم المعلومات والأساس النظري للطفلة بطريقة بسيطة وسهلة، وذلك بهدف زيادة وعيها وإثارة اهتمامها، واستخدمت هذه الفنية استخداماً قليلاً.
 5. الرسم: استخدم في بداية تطبيق البرنامج لأهداف متنوعة، منها كسر الجليد مع الطفلة، وإثارة جو من الراحة، ويمكن للطفل من خلاله أن يعبر عن تجاربه ومشاعره ومخاوفه التي لا يمكن التحدث عنها إلى الآخرين بواسطة الرسم.
 6. السيكودراما: وهي فنية علاجية تشجع الطفل على المواجهة، كما يتضمن السلوك في أثناء التمثيل، تفاعلاً بين الحالات الانفعالية والسلوك الحركي، ويكون التعبير لفظياً، من خلالها يجري تعريض الطفل للحدث أو المثير المسبب للخوف.
- في البحث مثلت قصة ليلي والذئب بوصف أنّ الذئب هو المثير المهدد والباعث على الخوف والتوتر، مثلت أحداث القصة مع تغيير في بعض المواقف لتناسب هدف الإرشاد الموجه للطفلة، وقد استخدمت الباحثة الأساليب المتبعة بالسيكودراما، كان أهمها:

أ - **عكس الأدوار**: تقوم الطفلة بتمثيل أدوار مختلفة لشخصيات القصة، مثلت الطفلة دور ليلي - وأم ليلي - والصياد - والذئب الذي اختارته بعد عدة مرات من إعادة المسرحية، و تقصدت الباحثة تكرار العمل لإزالة الحساسية.

ب - **دور المرأة**: من خلال هذه الفنية قامت إحدى صديقات الطفلة بطلب إلى الباحثة أن تمثل حركات الطفلة وسلوكها ودورها في المسرحية، وهنا تشاهد الطفلة نفسها باختصار.

ج- **دور النموذج**: وهنا تشاهد الطفلة العمل المسرحي، ومن يقوم بدور "ليلي" في القصة ويؤدي الدور بحلول نموذجية، أي كيف كان ينبغي للمريض أن يتصرف؟. 7. **التعريض**: وهي من فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وأثبتت فاعليتها بإزالة المثير المسبب للخوف عند الحالة، استخدمت الباحثة التعريض بأنواعه الثلاثة، بدأت مع الطفلة بالتعريض الحي.. أولاً ولكنه بشكله التدريجي، وهنا دمجت هذه التقنية بتقنية تقليل الحساسية التدريجي "حسب هرم الحساسية للمثير". ثم التعريض الحصري ثم التعريض التخيلي قبل الجلسات النهائية في البرنامج الإرشادي.

الأمور التي راعتها الباحثة في أثناء تطبيق البرنامج:

- خلق الإحساس السريع بالاهتمام والرعاية لدى الطفلة.
- إعطاء اهتمام لتقديم المعلومات والحقائق للطفلة بما حدث لتسهم في فهم صحيح لها.
- تشجيع الطفلة على التعبير عن أفكارها وتقبل تفاعلها أو عدمه.
- مساعدة الطفلة على التعبير عما حدث لها بطرائق عدّة من خلال اللعب، والتمثيل، والكتابة.
- الإصغاء الجيد للمشاعر والمعاني العميقة في ملاحظات الطفلة، وتصرفاتها.

- يتألف البرنامج الإرشادي من ثماني جلسات، بواقع جلستين في الأسبوع، مدّة الجلسة (45-60) دقيقة تقريباً.

أهداف البرنامج الإرشادي الأساسية:

1. مساعدة الطفلة (حالة الدراسة) في التعامل مع المشكلات والخبرات الانفعالية والمخاوف من خلال اللعب " لعبة الغميضة " بالاعتماد على مهارة التعريض وخطواتها، فالهدف من هذه اللعبة هو تكرار اسم القناع لإزالة الحساسية اتجاهه عند الطفلة، وهي لعبة جماعية.
 2. مساعدة الطفلة على مواجهة مسبب الخوف لديها، وقد كان قناعاً لشخصية وهمية.
 3. مساعدة الطفلة على تغيير السلوكيات الناتجة عن خوفها التي انعكست على حياتها وسببت لها نتائج سلبية من خلال مواجهة المخاوف والقلق من خلال تقليل الحساسية التدريجي والتدريب على الاسترخاء.
- منهج الدراسة:** اعتمد البحث على منهج دراسة الحالة والمنهج التجريبي في آن واحد المتمثلين بتطبيق الأسلوب العلاجي على حالة عيادية واحدة درست وتوبعت متابعة معمّقة من جوانب عدّة .
- أدوات البحث: 1-** استبيان عن الخوف عند الأطفال وهو من إعداد الباحثة لتشخيص أعراض الخوف المرضي حسب المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (Ivg, 1994, p425, App. DSM). موجّه لأمهات الأطفال، يتناول "أعراض الخوف" حسب DSMIV، وهو أسئلة خاصة بالأسرة، تجيب الأم عنها مع الالتزام بالتركيز الشديد، وملاحظة السلوكيات الصادرة عن الطفل. ويتألف المقياس من (40) عبارة، تحدّد الإجابات ضمن خيارات "دوماً، أحياناً، أبداً" وتعطى الدرجات على الترتيب "3-2-1". وقد درس صدق الاستبيان من خلال صدق المحتوى، فقد عرضت الباحثة

الاستبيان على بعض الأساتذة في كلية التربية "جامعة دمشق" وعلى أطباء مختصين في الطب النفسي، وقد طلب إلى سادة المحكمين الآتي:

- بيان مدى صلاحية العبارات في قياس ما وضعت لقياسه.
- الحكم على سلامة صوغ العبارات ووضوحها.
- إضافة العبارات أو تعديلها أو حذفها إذا احتاج الأمر، 2- الصدق المنطقي؛ من خلال تحليل العبارات والتأكد من كونها تقيس الغرض الذي وضعت من أجله.
- 3- صدق الاتساق الداخلي؛ بإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية، فوجد أن معاملات الارتباط راوحت بين (0.69-0.81) مما يدل على أن استبيان الخوف عند الأطفال متجانس في قياس الغرض الذي وضع من أجله. أما بالنسبة إلى دراسة ثبات الاستبيان فقد حُسب بالإعادة والتجزئة النصفية وألفا كرونباخ، فعن طريق الإعادة من خلال إعادة تطبيقه على معلمات المدرسة بعد خمسة عشر يوماً من التطبيق الأول، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول الآتي:

الجدول (1): يبين ثبات الإعادة وسبيرمان براون وألفا كرونباخ للمقياس الفرعي الثاني من قائمة المشكلات السلوكية.

استبيان الخوف عند الأطفال	ثبات الإعادة	سبيرمان براون	ألفا كرونباخ
	0.814	0.880	0.813

يُلاحظ من الجدول (1) أن قيم معاملات الثبات جميعها مرتفعة وتدلّ على ثبات المقياس.

2- قائمة عن المشكلات السلوكية عند الأطفال موجهة للمُدَرِّسة: وهي من إعداد وسيمة عمر زكي (2005)، هدفت القائمة إلى قياس المشكلات السلوكية لدى الطفل، وتتكون من (96) عبارة، وتتألف من ثلاثة مقاييس فرعية هي: (العُدوانية، والخوف، والكذب) واعتمد المقياس الفرعي الثاني (الخوف عند الطفل)، لملاحظة أعراض الخوف عند الطفل من قبل المعلم. وهو يتألف من (38) عبارة، ودرس صدق القائمة من خلال صدق المحكمين؛ وذلك بعرض الصورة الأولية للقائمة على عدد من المحكمين من ذوي

الخبرة والتخصص بالإرشاد النفسي، وعلم النفس والتقويم والقياس من أعضاء الهيئة التدريسية بكلية التربية بجامعة دمشق؛ لإبداء آرائهم في مدى وضوح عبارات القائمة، وسلامة صياغتها، وملاءمتها لأعراض الخوف عند الأطفال، في ضوء ذلك عدلت بعض البنود أو حذفت.

2- "الصدق الذاتي؛ بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار وبلغت قيمته (0.89).

3- "صدق الاتساق الداخلي، بحساب معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه، وقد تبين أن معظم الارتباطات كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وظهرت بعض الارتباطات الدالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وبالنسبة إلى ثبات القائمة، فقد استخرج معامل الثبات من خلال التجزئة النصفية، بتجزئة الاختبار إلى نصفين متكافئين وحساب معامل الارتباط بينهما، وتصحيح المعامل الناتج بمعادلة سبيرمان - بروان Spearman-Brown للحصول على معامل الارتباط بينهما، وقد بلغت قيمته (0.81). والاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وقد بلغت قيمته (0.79)، وتتم الإجابة عن بنود القائمة باختيار إحدى البدائل الآتية: (دوماً، أحياناً، أبداً)، وتُعطى على الترتيب الدرجات (3، 2، 1). لتراوح درجات المقياس الفرعي الثاني، وهو (الخوف) بين (38، 114). لتشير الدرجات العليا إلى درجة مرتفعة من الخوف من حيث الشدة.

وقد درس صدق الاستبيان من خلال صدق المحتوى، فقد عرضت الباحثة الاستبيان على بعض الأساتذة في كلية التربية "جامعة دمشق"، وعلى أطباء متخصصين في الطب النفسي، وقد طلب إلى سادة المحكمين الآتي:

- بيان مدى صلاحية العبارات في قياس ما وضعت لقياسه.
- الحكم على سلامة صوغ العبارات ووضوحها.

- إضافة العبارات أو تعديلها أو حذفها، إذا احتاج الأمر، 2- "الصدق المنطقي؛ من خلال تحليل العبارات والتأكد من كونها تقيس الغرض الذي وضعت من أجله.
 - 3- "صدق الاتساق الداخلي؛ بإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية، فوجد أن معاملات الارتباط راوحت بين (0.69-0.81) مما يدل على أن المقياس الفرعي الثاني في قائمة المشكلات السلوكية متجانس في قياس الغرض الذي وضع من أجله. أما بالنسبة إلى دراسة ثبات المقياس فقد حُسب بالإعادة والتجزئة النصفية وألفا كرونباخ فعن طريق الإعادة من خلال إعادة تطبيقه على معلمات المدرسة بعد خمسة عشر يوماً من التطبيق الأول، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول الآتي:
 - 3- "مقياس المخاوف من إعداد د. زينب شقير، وحسب صدق المقياس بالطرائق الآتية: - الصدق الظاهري أو صدق المحكمين من خلال عرضه على أساتذة من كلية التربية، اختصاص إرشاد نفسي، وعلم نفس، وأطباء نفسيين.
 - 2- "الصدق التمييزي: بالعودة إلى نتائج الدراسات السابقة، التي أوضحت أن الإناث يرتفع لديهم معدل المخاوف مقارنة بالذكور، لذا حسبت الفروق بين متوسطات درجات الأطفال الذكور ومتوسطات درجات الأطفال الإناث على العينة الاستطلاعية $n = 20$ واختيروا بناءً على ملاحظة معلمهم لهم.. ويوضح الجدول (2) النتائج:
- الجدول (2): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لعينة الدراسة الاستطلاعية على مقياس المخاوف.

القيمة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ذكور	10	3.96	1.98	3.50	0.01
إناث	10	5.12	2.01		

حسب ثبات المقياس بطريقتين:

- أ- إعادة التطبيق: إذ طبق المقياس مرتين على عينة الصدق ($n = 20$) بفاصل زمني 14 يوماً، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين (0.40) للأطفال الذكور، و(0.58) للأطفال الإناث، و(0.62) للدرجة الكلية.

ب- حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (زوجي/ فردي)، وصَحَّح
المعامل المستخرج بمعامل سبيرمان براون والجدول (3) يبيِّن ذلك:

الجدول (3): معامل ثبات مقياس المخاوف بطريقة التجزئة النصفية

القيمة	ن	معامل الارتباط	معامل الثبات
الذكور	10	0.46	0.63
الإناث	10	0.55	0.11
الكلية	20	0.51	0.68

ويتضح من الجدول (3) تمتع المقياس بثبات مرض ومقبول، بعد التأكد من الصدق والثبات طبق المقياس على طفلة عمرها (9) سنوات تعاني من أعراض الخوف المرضي (الفوبيا)، وهي حالة الدراسة، وكانت نتيجتها تعادل (20)، وقد تبين أنها تعاني من الخوف المرضي من الدرجة المرتفعة.

• وبالنسبة إلى الثبات فقد استخرج معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق على أمهات أطفال يعانون أطفالهن من أعراض الخوف بالتعاون مع إدارة ومرشدة المدرسة وذلك بعد "14 يوماً" من التطبيق الأول وحسب معامل الثبات حسب معادلة بيرسون وبلغ "0.81".

الدراسة الميدانية: في هذا الجزء من البحث تُستعرض إجراءات تشخيص، وإعداد البرنامج الإرشادي وتطبيقه على طفلة تعاني أعراض الخوف المرضي، بدءاً من الإحالة، وخصائص الحالة مروراً بعملية التشخيص وانتهاءً بتطبيق العلاج .
حالة الدراسة: الطفلة (م، ح) تبلغ التاسعة من العمر في الصف الثالث، من التعليم الأساسي حلقة أولى بإحدى مدارس مدينة دمشق، جيدة التحصيل، ترتيبها الخامس بين إخوتها البالغ عددهم ستة أفراد، وهي الأنثى الوحيدة بينهم تنتمي إلى أسرة ذات مستوى اقتصادي ثقافي متوسط.

الإحالة والشكوى: أحيلت الطفلة (م. ح) إلى الباحثة من قبل المرشدة النفسية في المدرسة بعد سؤال الطفلة وإبداء رغبتها في مقابلة الباحثة، حاولت المرشدة التوضيح للباحثة بعض السلوكيات الظاهرة عند الطفلة كرفضها المشاركة أمام أقرانها مع أنها

تعرف الإجابة، تلثمها بالكلام إذا اضطرت للحديث، احمرار وجهها وتعرقه وعدم رغبتها بالمشاركة بأنشطة صفية واجتماعية، وقد لوحظت هذه السلوكيات من معلمة الصف. بناء على ملاحظات المرشدة والمعلمة استدعيت والددة الطفلة التي لاحظت أيضاً عادات سلوكية مغلوطة بها لم تكن موجودة عندها كرفضها للنوم بمفردها، وعدم تجولها بالبيت بمفردها، وخوفها من الظلام ورفض الخروج من المنزل إلا مع اصطحاب راشد معها، وعند سؤالها لابنتها.. ما بك؟ كانت تجيب خائفة دون تحديد للمصدر أو الموقف أو المثير الذي استدعى خوفها.

لمعرفة هل كانت الطفلة تعاني من أعراض الخوف المرضي؟ طلبت الباحثة إلى والددة الطفلة أن تجيب عن استبيان عن الخوف عند الأطفال، وتم التركيز على الأعراض من حيث الشدة والتكرار والمدة الزمنية وهي:

1. تجنب بعض الأماكن "كدرج البناء"، "غرف المنزل غير المنارة" و"الذهاب إلى البقال القريب من المنزل".

2. أعراض فيزيولوجية واضحة إذا حضر المثير أم تم تذكره بمخيلة الطفلة، ونوبة هلع واضحة، واحمرار الوجه، وبكاء شديد، وصراخ، ورجفة في الأطراف، وانخفاض الرغبة بأي شيء محبوب لها، وانخفاض في المزاج.

3. عجز عن أداء واجبها المدرسي والمنزلي.

4. صعوبات في النوم.

5. تبول إرادي أحياناً نتيجة عدم المقدرة على الذهاب بمفردها إلى المرحاض.

6. العناد والتمرد في مواقف معينة.

7. الارتعاد (بعض الأحيان) لأي صوت مرتفع أو مفاجئ، أو أي مثير بصري مفاجئ.

كما طلبت إلى الطفلة الإجابة عن مقياس المخاوف المرضية، وتبين أن لديها خوفاً مرضياً من المستوى الثالث إذ حصلت على /25 درجة/ على المقياس الموجه لها.. وهذه النتيجة تقارب الأم والمعلمة على المقاييس الموجه لهم...

الإجراءات المتبعة:

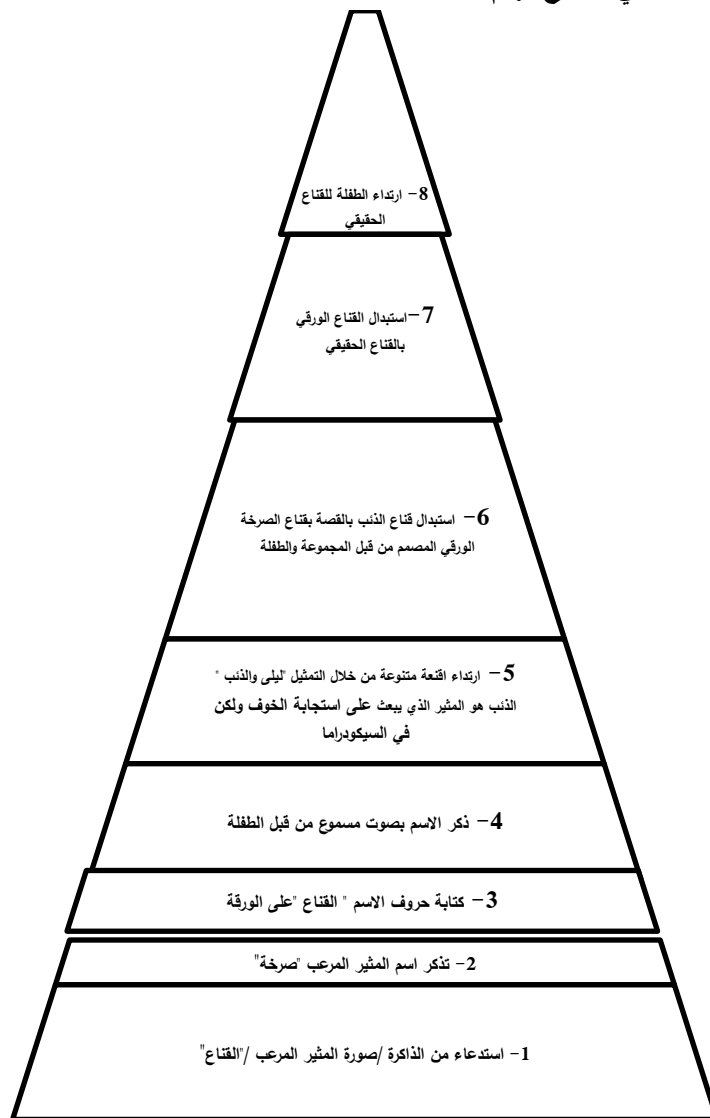
- إن الإعداد لوضع البرنامج العلاجي لهذه الحالة أخذ في الحسبان الأمرين الآتين:
- التأكد فعلاً من أن الطفلة تعاني الخوف المرضي من خلال إجابة والدتها عن استبيان الخوف الذي أكد ذلك فضلاً عن الأعراض التي بدت واضحة عليها.
- حرصت الباحثة منذ اللقاء الأول مع الطفلة على ما يأتي:
- 1- إقامة علاقة ايجابية معها.
- 2- ملاحظة الطفلة.
- 3- الإنصات العميق للطفلة والاستماع الفعال لها.
- 4- تعرّف أفكار الطفلة غير العقلانية، والسعي لتعديلها مثل: (إدراكها المغلوط به لصورة الأفعى، وكرهها لها).

البرنامج الإرشادي:

- بعد تأكيد التشخيص بأن الطفلة تعاني خوف مرضي من مثير القناع، وبعد جلسات عدّة تم التوصل إلى صورة القناع المسبب للخوف الشديد عند الطفلة، موضوع الدراسة تبين أن القناع يسمى "قناع الصرخة" تم ارتدائه من قبل أحد الجيران، وتخويف الطفلة به.
- أعدّ البرنامج الإرشادي استناداً إلى استراتيجية التدخل النفسي الفردي وبعض مهارات العلاج المعرفي السلوكي "تقليل الحساسية التدريجي، والتعريض" ونظرية الإشراف الكلاسيكي "مثير.. استجابة".
- اعتماد فنية السيودراما.

- اعتماد أسلوب اللعب نظراً إلى أنه الأكثر إثارة للطفلة، الذي يتبعه معظم المعالجين النفسيين العاملين مع الأطفال.
- وقد هدف البرنامج إلى التعامل مع أعراض الخوف من خلال إزالة الحساسية المنتظم اتجاه المثير المسبب للخوف، وكان على النحو الآتي:
 - 1- التدريب على الاسترخاء "العضلي" من خلال تمرين "اقطف تفاحة".
 - 2- إعداد مدرج الخوف، عادة ما يعدّ المدرج من قبل المسترشد، ونظراً إلى تعرّض الطفلة لنوبة الهلع عند تذكر الصورة المخيفة أو استرجاعها، أو حتى ذكر اسم المثير ومن ثمّ عدم مقدرتها على تحديد هرم الخوف.. أعدّ من قبل الباحثة اعتماداً على ملاحظة أعراض الخوف عند الطفلة حسب نوع المثير الذي يُذكر أمامها..بعد ممارسة الاسترخاء مع الطفلة وإعداد مدرج الخوف، تبدأ المرحلة الثالثة وهي عملية التخلص التدريجي من الحساسية التي تتم إمّا في الواقع الملموس أو عن طريق التخيل، وكانت في جلسات البرنامج واقعية من خلال تعريض الطفلة للمثير تدريجياً، واعتماد على نظرية الإشراف الكلاسيكي "مثير" ← "استجابة"
- "مثير الخوف" ← "استجابة الهلع وأعراض التوتر."

وفيما يأتي نموذج لهرم الخوف عند الطفلة:



هرم مثيرات الخوف عند الطفلة

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة	الصورة
1	استدعاء من الذاكرة صورة المثير المرعب	الرسم - سرد القصة - الاسترخاء	45 دقيقة	
2	تذكر اسم المثير المرعب	الرسم - سرد القصة	45 دقيقة	
3	كتابة حروف الاسم للقناع على الورقة	ألعب ورقية - رسم - تلوين	60 دقيقة	
4	ذكر الاسم بصوت مسموع للتخفيف من الحساسية اتجاه الاسم (هو المثير المرعب)	لعبة إخفاء العينين - وذكر الاسم - تقليل الحساسية	60 دقيقة	
5	ارتداء أقنعة متنوعة من خلال التمثيل (ليلي والذئب)	السيكودراما - التعرض - التدريجي	60 دقيقة	
6	استبدال قناع الذئب بالقصة بقناع الصرخة الورقي من صنع الطفلة	السيكودراما - تقليل الحساسية - التدريجي - التعرض - الأشغال	60 دقيقة	
7	استبدال القناع الورقي بالقناع الحقيقي	السيكودراما - التعرض	60 دقيقة	
8	ارتداء الطفلة للقناع الحقيقي واللعب به	السيكودراما - التعرض	60 دقيقة	

الجدول يمثل جلسات البرنامج

- استغرق تطبيق البرنامج /8 جلسات/، مدة كل جلسة /45-60 دقيقة/، بواقع جلستين في الأسبوع.

- الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج:

- وجهت الباحثة بعض الصعوبات قبل تطبيق البرنامج، منها : "صعوبات لوجستية تتعلق بمكان تطبيق البرنامج".

- العوامل التي يسرت العمل التجريبي:

1- التعاون من قبل المرشدة النفسية في المدرسة والمعلمة من خلال اهتمامها ورصدها لسلوك الطفلة في أثناء تطبيق جلسات البرنامج.

2- التعاون من قبل والدة الطفلة واهتمامها باتباع التعليمات التي كانت تُطلب إليها "ملاحظة سلوك الطفلة ومراقبته في المنزل"، والتزامها في تسجيل التغييرات الجديدة في السلوك.

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

4- رغبة صديقات الطفلة بالمشاركة في بعض جلسات البرنامج والتزامهم.

إنهاء البرنامج:

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي، كان لا بدّ من التأكد فعلاً أنّ الأعراض قد تراجعت، فُطِّلَ إلى الطفلة والوالدة والمعلمة إعادة تطبيق الاستبيان الخاص بهم. كما سئلت الوالدة والمعلمة عن الطفلة بعد شهر للتأكد من استمرار فاعلية البرنامج.

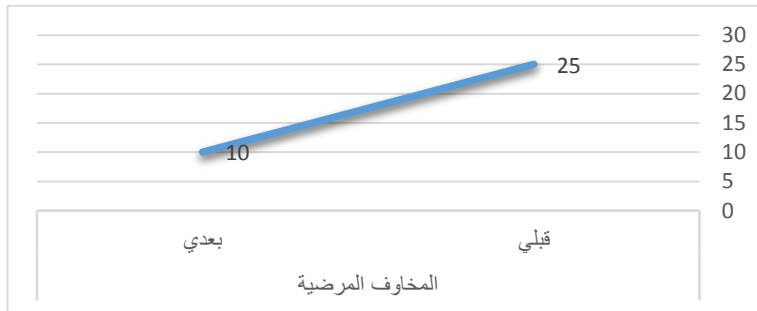
والرسم البياني الآتي يوضح مدى تراجع الأعراض بين التطبيق الأول والثاني لكل من الاستبيان الخاص بالوالدة والخاص بالمعلمة والخاص بالطفلة.

والجدول (4) يبيّن درجات الطفلة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس المخاوف المرضية.

الجدول (4): درجات الطفلة في التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس المخاوف المرضية

درجات الطفلة	تطبيق المقياس	مقياس المخاوف المرضية
25	قبلي	
10	بعدي	
32	الدرجة الكلية	

أظهرت نتائج الجدول (4) أنَّ درجات الطفلة في التطبيق القبلي لمقياس المخاوف المرضية بلغت (25)، في حين أظهرت نتائج درجات الطفلة في التطبيق البعدي المباشر لمقياس المخاوف المرضية بلغت (10)، وهذا يؤكد تحسن الطفلة نتيجة خضوعها لبرنامج العلاج بالسيكودراما في تخفيف خوف المرضي. والشكل الآتي يوضِّح نتائج درجات الطفلة في التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس المخاوف المرضية:

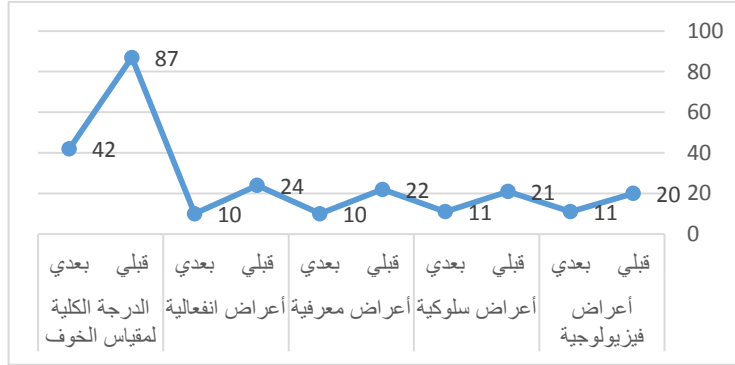


الشكل (1): نتائج درجات الطفلة في التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس المخاوف المرضية

الجدول (5): درجات الطفلة في التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس الخوف الموجه للأم

درجات الطفلة	تطبيق المقياس	أبعاد المقياس
20	قبلي	أعراض فيزيولوجية
11	بعدي	
21	قبلي	أعراض سلوكية
11	بعدي	
22	قبلي	أعراض معرفية
10	بعدي	
24	قبلي	أعراض انفعالية
10	بعدي	
87	قبلي	الدرجة الكلية لمقياس الخوف
42	بعدي	

أظهرت نتائج الجدول (5) أنَّ درجات الطفلة في التطبيق القبلي لمقياس الخوف الموجه للأم بلغت (87)، في حين أظهرت نتائج درجات الطفلة في التطبيق البعدي المباشر لمقياس الخوف الموجه للأم أنَّها بلغت (42)، وهذا يؤكد تحسن الطفلة نتيجة خضوعها لبرنامج العلاج بالسيكودراما في تخفيف الخوف المرضي. والشكل الآتي يوضح نتائج درجات الطفلة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الخوف الموجه للأم:



الشكل (2): نتائج درجات الطفلة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الخوف الموجه للأم

ثامناً: مناقشة النتائج وتفسيرها:

أثبت البرنامج فاعليته في إزالة الحساسية تدريجياً اتجاه مثير الخوف لطفلة عانت من أعراض خوف مرضي نتيجة تعرضها لحدث سبب لها الاضطراب. وأكد ذلك ملاحظة المرشدة والمعلمة للتغيرات الإيجابية على سلوك الطفلة، إذا تمكنت من تعديل بعض من سلوكياتها في المدرسة من خلال مشاركتها في أثناء الحصة الدراسية والنشاطات الاجتماعية، ومن المهارات التي ساعدت الطفلة (الاسترخاء العضلي) من خلال تمرين (اقطف تفاحة) وأنشطة البرنامج، فقد كان النشاط (قناعي المحبب)، وهو يعتمد على التصميم الورقي من قبل الطفل، للتعبير عن أشياء محببة له، ودور في التعبير الطفلة عن انفعالات داخلية لديها، كما أدى دوراً مهماً في التدرج بإزالة الحساسية اتجاه القناع المؤثر والخبرات المؤلمة التي مرت بها، وهذا ما أكدته دراسة

"وواتيزمان 1997" من أنّ خبرات الطفولة المؤلمة قد تظهر لاحقاً، وتعيشها الطفلة بكل ما تعانيه من صدمات نفسية من خلال إعادة تفعيل تلك الصدمات أو استرجاع ذكرياتها بصورة تمكنها من استخراجها من حالة الكبت إلى الظهور للوجود، وتفرغها وإعادة تفسيرها.

إذ تتوافر للطفل من خلال سرد قصته الفرصة المناسبة لاكتساب الفهم المعرفي وإدراك الحدث المخيف والمشكلات المرتبطة به بوضوح، إذ يصبح الطفل منخرطاً في الخبرة العلاجية بصفته الشخصية ويزداد توقعه لحدوث التغير النفسي البينشخص عقب نجاحه في التعامل مع تلك الانفعالات والمشاعر المؤلمة. (جيلدر، جيلدر، 2005، ص90).

وقد احتاجت الطفلة خلال هذه العملية إلى تخيل كيف يمكنها تغيير دورها في تلك الأحداث لكي تشعر بقدر أكبر من الراحة، والذي ساعدها في ذلك "السيكودراما" وتبادل أدوار مختلفة في تمثيل قصة ليلي والذئب غير مرة مما يساعدها في إزالة الحساسية اتجاه المثير المرعب، وكان لاستخدام الرسوم والفن والأشغال أثره في التخفيف من مشاعر الخوف اتجاه المسبب في حدوث التوتر لديها، واكتسابها الإحساس بالقدرة على السيطرة والشعور بالقوة والقدرة على التحمل، وإنّ ظهور الأفكار غير العقلانية والمدمرة لذات الطفلة أدى إلى انخفاض تقدير الذات لديها، وقد أيد هذه النتيجة (وايتزمان، 1997)، ومن هذه الأفكار الشعور بالعجز، وعدم القدرة على المشاركة الاجتماعية، والخوف من أي مثير جديد مفاجئ، ومشاعر الخوف المرافقة لها لأي حدث جديد، أو الخوف من الظلام.

وقد عدّلت الأفكار المدمرة للذات من خلال عكس أفكار الطفلة غير العقلانية الموجودة لديها في الوقت الحالي، ومساعدتها على التحقق من صحة كل فكرة ومصادقيتها عن طريق تحديد مصدرها، واكتشاف البدائل الممكنة لتلك الأفكار وملاحظة

ردود أفعالها اتجاه المثير المرعب الذي كان يحمل فكرة الخوف ويعد بالنسبة إليها مصدراً للخطر والتهديد، وعدم الشعور بالأمان.

تاسعاً: مقترحات البحث:

1. تطوير استراتيجيات التدخل العلاجي الفعال، والاهتمام ببحوث وبرامج وقائية خاصة بالخوف المرضي محط الاهتمام والدراسة.
2. العمل على إعداد برامج وقائية موجهة للأهل تتضمن "أساليب التربية، وأساليب التعامل للطفل وتعرف الاضطرابات والمشكلات السلوكية عند الأطفال.
3. تفعيل دور المرشد النفسي والاجتماعي في المدارس وتدريبه على التعامل مع هكذا أنواع من الاضطرابات التي قد يعانيها الطفل.
4. تطوير المسرح التفاعلي بالاعتماد على الدراما النفسية لعلاج المشكلات السلوكية عند الأطفال.
5. العمل على إعداد برنامج للعلاج المتوازي للأم والطفل، فقد يحقق نتائج أفضل من العمل الفردي مع الطفل.

المراجع (References):

1. الأمين، عادل شكري محمد (2005): المخاوف المرضية، قياسها، تصنيفها وتشخيصها، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
2. العيسوي، عبد الرحمن (1996): علم النفس الاكلينيكي، مصر، دار الجامعة، ب ط.
3. العتيبي، ابن عقلا (2005): الرهاب الاجتماع لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة ماجستير، السعودية، جامعة السعودية.
4. القوصي، عبد العزيز (1991): مخاوف الأطفال، مصر، الانجلو المصرية.
5. القوصي، عبد العزيز (1993): أسس الصحة النفسية، مصر، النهضة المصرية.
6. اسماعيل، محمد، السيد أحمد (1993): مشكلات الطفل السلوكية، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.
7. أبو قورة، هديل (2012): فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تخفيض الفوبيا لدى عينة من الطالبات، مجلة الطفولة والتربية، ع 11، ج، أ، س، 4 ابريل، 2012، مصر.
8. العسة، سلمى ماهر (2013): انتشار الرهابات النوعية لدى تلاميذ التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق، رسالة ماجستير، دمشق، سورية.
9. العمروسي، نيللي حسن (2015): فاعلية برنامج إرشادي نفسي (معرفي، سلوكي) لخفض الشعور بالخجل لدى عينة من الطفلات الموهوبات في المجتمع السعودي، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد الثالث، (ع10).

10. العطية، أسماء عبد الله محمد (2002): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق والخوف لدى عينة من أطفال دولة قطر، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد 2.
11. بشناق، رأفت محمد (2001): سيكولوجية الأطفال، دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية، بيروت، دار النفائس.
12. بوعلام، قامب (2010): الإرشاد السلوكي في الأزمات (أسلوب تقلييل الحساسية التدريجي) مجلة علم النفس الاكلينيكي.
13. جرجس، ملاك (1993): مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه، مصر، مكتبة المحبة.
14. جيلدر، كاترين وجيلدر، دافيد (2005): الإرشاد النفسي للطفل، ترجمة سميرة أبو الحسن، مصر، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة.
15. خليل، الهام (2004): علم النفس الاكلينيكي، المنهج والتطبيق، القاهرة، دار ايتراك.
16. سليمان، عبد الرحمن سيد (1994): السيكدوراما مفهومها، وعناصرها واستخداماتها، حولية كلية التربية، العدد 11، جامعة قطر.
17. عبد الله، محمدي أحمد (2000): علم النفس المرضي، دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، مصر.
18. عبد الحميد، موسى (2013): فاعلية استخدام السيكدوراما للتخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة، مجلة الطفولة والتربية، ع 16، ج 2، ب س 5، مصر.
19. عكاشة، أحمد (1988): الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الانجلو المصرية، ط 7.

20. فايد، حسين (2004): علم النفس المرضي، حورس الدولية، ب. ط، الإسكندرية.
21. فروم، أريك (1988): ترجمة طلال عتريس، أزمة التحليل النفسي، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
22. فهمي، مصطفى (1967): علم النفس الاكلينيكي، القاهرة، مكتبة مصر.
23. فيرجوني، ألبرت، وآخرون (2005): ترجمة أحمد مبارك الكندري، سيكولوجية المخاوف المرضية، الفلاح للنشر والتوزيع، ط1، بدون بلد.
24. محمد ملك، بدر، الكندري، لطيفة حسين (2011): التغلب على الخوف عند الأطفال، سلسلة تربية الأبناء والبنات، الصندوق الوقفي للتنمية العلمية والاجتماعية، اليونيسكو.
25. وردة، بلحسيني (2011-2015): أثر برنامج معرفي، سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة ورقلة.
26. هجيرة، جابر، نادية، حمدي (2007-2008): دور العلاج باللعب في التخفيف من المخاوف المرضية لدى الأطفال (6-12 سنة)، رسالة لنيل درجة الماجستير، جامعة الأغواط.
27. توم، دوغلاس؛ ترجمة رمزي، اسحق (2010): مشكلات الأطفال اليومية. عمان، دار المسيرة، (ط2).
28. الشحيمي، محمد أيوب (1994): مشكلات الأطفال : كيف نفهمها؟ الطبعة الأولى، بيروت. دار الفكر اللبناني.
29. جرجس، ملاك (1993): مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه، القاهرة: مكتبة الآفاق العربية.
30. القاسم، جمال عبيد، ماجدة، الزعبي، عماد (2000): الاضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى، عمان، دار صفاء.

31. الزعبي، أحمد محمد (2007): النمو الإنساني: الطفولة والمراهقة، دمشق، دار الفكر.

32. إبراهيم، أسماء (1994): استخدام السيكدراما لخفض الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

1. American psychiatric Association (1994): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. Washington D.C American' Psychiatric Press.
2. Beak, A(2001): Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, International universities press ,INC Newyork.
3. Fod,E,B (2011): Prolonged exposure therapy present, and future Depression and Anxiety,28,1034-1047
4. Gahm, GA (2008): Virtual reality exposure therapy for active ,Reger< GM,duty soldiers.
Journal of clinical psychology ,64(8) 9,40-6
5. Greenberg ,Ira A(1974) : Moreno psychodrama and the Group process (in) psychodrama theory and therapy ,A condor book ,p 11,28 .
6. Ingrid (2008) I just sit there :shyness as an emotional and behavioral problem in school. Journal of research in special educational needs.
7. Introduction to psychodrama work shop for IASA conference Cambridge ,August 2010 ,work shop leaders chip .
8. Joseph, w (2002) Shyness and phobia : A social work perspective on a problem in living. Health &social work ,27(2),78-87.
9. Weitzman (1997) :Abuse, coping and Adjustment adult psychiatric Inpatients(self – Esteem).
J child abuse .
10. Herndrson, Lynne, and Zimbardo, Philip (1996): Shyness in Encyclopedia of Mental Health, Academic press, san Diego.

11. Hudgins. M. Katherine and et. Al (2000): A clinically effective psychodrama intervention for PTSD. The British Journal of psychodrama and sociometry, 7(51), 63-74.
12. Lambert. M.C., Samms – Vghan, M. E., Lyubansky, M., Podolsky, C.L., Hannah, S.O., Mccaslin, S., & Rowan, G. T. (2013). Behavior and emotional problems of clinic-preferred of the African diaspora! Across National study of American and Jamaican.

مؤتمرات:

(ولي، محمد جاسم) 2006 : الخوف ومفهومه السيكلولوجي وأنواعه ودور الأسرة والثقافة في إنشائه، جامعة ميلاد لفيا – تقيم المؤتمر الدولي الحادي عشر عن الأمن والديمقراطية، الأردن، 2006.

تاريخ ورود البحث: 2017/5/22

تاريخ الموافقة على نشر البحث: 2017/6/12