

فعالية برنامج إرشادي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية

بحث مشتق من رسالة دكتوراة

مقدم من

هبة كمال مكى حسن محمد

مدرس مساعد بقسم الصحة النفسية

إشراف

أ.م.د. / عمرو رفعت عمر
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة بورسعيد

أ.د. / سميرة محمد شند
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة عين شمس

١٤٣٤هـ - ٢٠١٣ م

الملخص

تهتم الدراسة الحالية بالطفل المحروم من الرعاية الوالدية، إذ يمثل اختلال اتزان المثلث الأسمى (الأب والأم والأطفال) عامل خطورة للتنبؤ بالمشكلات السلوكية والانفعالية، والتي يصحبها في الأغلب ظهور أعراض اكتئابية خاصة في ظل الحياة داخل مؤسسات محاطة بأسوار ونظم وقوانين. وعليه فإن الدراسة الحالية تسعى إلى تقديم برنامج إرشادي يستهدف خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، طبقت الدراسة على عينة قوامها (ن = ٨) أطفال، (٤ ذكور و ٤ أنثى) من المحرومين من الرعاية الوالدية والمودعين بالمؤسسات الإيوائية يبلغون من العمر ١٠-١٢ عاماً، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: - مقياس الاكتئاب للصغار إعداد غريب عبدالفتاح (CDI)، استمارة بيانات أولية (إعداد الباحثة)، استمارة الأعراض الاكتئابية كما جاءت في (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ١٩٩٤، كما استخدمت المنهج التجريبي من خلال تصميم المجموعة الواحدة (المجموعة التجريبية) القياس القبلي والبعدي، وتمت معالجة نتائج الدراسة باستخدام: (الإحصاء الوصفي: ويتمثل في مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت، الإحصاء اللا بارامتري متمثلاً في اختبار يلکو كسون لبيان الفروق بين المجموعات المترابطة وحساب قيمة z بالإضافة إلى التحليل العاملي التوكيدي والاستكشافي للتأكد من الصدق العاملي لبنية بعض الأدوات المستخدمة في الدراسة)، ولقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي، كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب بعد ستة أشهر من تطبيق البرنامج.

Abstract

Aim : To provide a Counselling program helping to reduce depressive symptoms in children deprived of parental care . **Setting :** Primary education children aged 10–12years (4 males & 4 females) at governmental schools in Port Said governorate staying at sheltered institutions of the Ministry of Social Affairs .**Methods :** At first a survey study to determine a sample of children deprived of parental care suffering from depressive symptoms followed by Selection of the final sample size , followed by the pre measurement application of Standards for Depression on the study group .The application of the counselling program to reduce depressive symptoms followed by application of the previous measurements to the study group . follow up application of Depression measurements after six months from the end of the program . **Results :** There are significant differences of a statistical indication between the mean ranks related to the scores of members of the experimental group in the pre measurement as shown on the scale of measuring depression and the score of the members of the same group in the post measurement after applying the Counselling program in favor of pre test measurement . There are no significant differences of a statistical indication between the mean ranks of the scores of the experimental group in the post measurement on the scale of depression and the scores of the members of the same group in the follow up measurement. **Conclusion :** Counselling program helping to reduce depressive symptoms in children deprived of parental care is a valid program .

مقدمة:

إنه مما لا يدع مجالاً للشك أن ما واجهته البشرية في السنوات القليلة الماضية في شتى مناحي الحياة قد يدفع بأفراد المجتمع إلي الكآبة والعدوانية والتخريب والعنف، من ثم تدمير بنيتهم الوجدانية بوجه عام خاصة الأطفال لكونهم في طور التشكيل مما يحتم علي الباحثين التربويين والمربين والآباء والمعلمين ضرورة الاهتمام بالتربية الوجدانية وتنمية طرق التفكير الإيجابي وصولاً إلي نمو سليم ومتكامل لأبناء المجتمع، وتعتبر الأسرة المؤثر الأول في تكوين شخصية الفرد، وإشباع دوافعه وتحقيق حاجاته إذ تؤثر الأسرة على النمو النفسي (السوي وغير السوي) للطفل كذلك نموه الجسمي والعقلي والانفعالي، كما تعد العامل الأول في صيغ سلوكه بصيغة اجتماعية، فالخبرات الأسرية التي يتعرض لها الطفل في المراحل الأولى من عمره تؤثر تأثيراً مهماً في نموه، فكل ما يكتسبه الطفل من خبرات مؤلمة تبقى معه حتى يكبر، بما قد يؤدي إلى اضطرابه أو سوء توافقه. ويتضح ذلك من خلال طبيعة العلاقات والاتصالات التي تحدث في السياق الأسري إذ تمثل العلاقات داخل الأسرة عاملاً أساسياً في نمو شخصية الطفل سلباً أو إيجاباً ويقدر إيجابية هذه العلاقات تكون التأثيرات إيجابية أما في حالة اضطراب الأسرة وتفككها تنتج تفاعلات سلبية لا تسير على النحو الذي يشبع حاجات الطفل الأساسية كالحب، والعطف اللازمين لاستقراره وأمنه النفسي

غير أنه كثيراً ما يكابد الطفل في منزله ضروباً شتى من مشاعر الخوف وانعدام الأمن والاضطراب النفسي، ويرجع هذا الاضطراب إلى الوضع الأسري والشقاق الدائم بين الوالدين أو الحرمان من أحد الوالدين أو كليهما، مما يؤثر على التوافق الانفعالي عند الأطفال (هالة محمد، ١٩٩٨، ٤٩). ويفقدون الجو النفسي المناسب لنموهم نمواً صحيحاً بل يجعلهم يعانون من تقلبات مزاجية حادة الأمر الذي يعرضهم للإصابة بالاكتئاب أكثر من غيرهم، كما يستجيب هؤلاء الأطفال للباحثات الصغيرة كما لو كانت أحداثاً مأساوية كبيرة (أمينة الهيل، ١٩٩٦، ١٩) فالطفل الذي تسود أسرته مشكلات يشعر بقدرة أقل على التعامل مع مخاوف الطفولة العادية، ويشعر أيضاً بالعبء النفسي بسبب هذه المشكلات التي لا يستطيع فهمها، ويبالغ الأطفال في هذه المشاعر إذ ما أدركوا عجز الوالدين على التعامل معها، ومرة أخرى يعكس كل هذا نفسه على أحاسيس الطفل تجاه ذاته، بل قد يشعر في بعض الأحيان أنه المسئول عما يعانيه الوالدين، ويؤثر هذا بدوره على مفهومه عن ذاته فيتبنى مفهوماً سلبياً عن نفسه مما يمهد المسرح لظهور أشكال من السلوك غير السوي (فؤاده هدية، ١٩٩٨، ٨).

من ثم يتضح أن الروابط داخل النسق الأسري إما أن تكون روابط حميمة وقوية تعمل على استقرار العلاقات الأسرية وأمنها، وإما أن تكون روابط ضعيفة تعوق استقرار النسق الأسري

حيث تعمل على اضطراب العلاقات الأسرية، وفي هذه الحالة يفضل كسر هذه الروابط ليحل محلها روابط أكثر قوة تعيد الاستقرار والأمان إلى العلاقات الأسرية وهو ما يترجم بالانفصال بين الوالدين وتعرض الطفل للحرمان من أحدهما ، أو كلاهما أو إبداعه في إحدى المؤسسات الاجتماعية وحرمانه من الرعاية الوالدية(صفيه فرجاني وآخرون، ٢٠١١، ١٥١) حيث يقع الطفل فريسة الأوهام والخيالات ويشعر في قرارة نفسه بخسارة كبيرة وحزن وألم، فلاشك أن مرحلة الطفولة مرحلة مليئة بالأسرار تبدو في ظاهرها ناعمة جميلة ولكن في باطنها منطقة وعرة وشائكة (أمانى الدسوقي، ٢٠١١، ١).

مشكلة الدراسة :Problem of the study

لاشك أن حرمان الطفل من الوالدين أو من الإطار والمكان الطبيعي الذي اعتاده بأي صورة من صور الحرمان قد يؤدي إلى حرمانه من العلاقة القوية التي تمده بالحب والأمان والرعاية مما يؤدي إلى إعاقة نموه الطبيعي وخلق شخصيه غير متزنة ومذبذبة بعض الشيء، والطفل الذي يفقد والديه معاً يحرم من أي دعامة ولو ضعيفة تمكنه من أن يسير بسهولة في طريقه إلى النمو السليم والسوى ، كما أنه حرمان من الرابطة الوجدانية الأهم في حياة الطفل ، هذا المناخ يخلق جو من الخوف والكآبه ،مما يجعل الفرد غير قادر علي إقامة روابط وجدانية صحية .

وحتى فترة قريبة؛ تركزت معظم بحوث الاكتئاب على الراشدين ، حيث شاعت الفكرة النمطية بأن الطفولة أسعد فترات العمر، فمعظم الأطفال يتمتعون بالحماية عن طريق والديهم ،ولا ترهقهم مسؤوليات الرشد، ومن منظور الراشدين الكبار فإن حياتهم متحررة من الآلام، كما أن لديهم طاقة غير محدودة ، من ثم فلقد افترض الاكليينكون في الستينات أن الأطفال قبل المراهقة من غير المحتمل أن يصابوا بالاكتئاب ، لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل غير ناضج تماماً حتى تظهر عليهم أعراض الاكتئاب ،ولكن الأبحاث خلال العشرين سنة الماضية أوضحت أن الأطفال قبل المراهقة يطورون فعلاً الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب لكن الوالدين والأطفال لا يدركون ذلك (فيكي مود ، ٢٠٠٧، ٧)،والحقيقة أن الدراسات الحديثة تبين نتائج مماثلة فلقد تبين أن واحد من كل ثلاث أطفال يعاني من الأمراض الناتجة عن التوتر والصدمات مثل الصداع وآلام المعدة ..،بالإضافة إلي الأمراض النفسية الأخرى بما فيها الاكتئاب والتأخر الدراسي ،وقد يعاني الأطفال بصمت فلا تظهر عليهم الأعراض بسرعة كما تظهر لدي البالغين ،لكن هذا لا يعني أنهم في منأى عن الخطر

(عبد الستار إبراهيم ، ٢٠١٠، ٢١٥).

ويتضح لنا من خلال التراث السيكولوجي في تنشئة الأطفال ونمو الشخصية وعلم النفس الاكليينكي أنه أولى اهتماماً بالغاً بالتأثيرات فائقة الأهمية والخطورة للوالدية وللتفاعلات بين الوالدين والأطفال علي الصحة النفسية للأطفال تنمية ووقاية وعلاجاً،من ثم ظهرت تلك المجالات

في البحث السيكولوجي كي تساعد في فهم الصحة النفسية للأطفال في سوانها وانحرافها وفي نموها أو اعتلالها (فيولا البيلاوي، ٢٠٠٥، ٣٤٦).

من هنا ظهرت الحاجة الماسة لدراسة تلك الفئة من الأطفال الذين حرّموا من الرعاية الودية، وتقديم برامج إرشادية لخفض الاضطرابات الانفعالية بوجه عام والأعراض الاكتئابية بوجه خاص، فتلك الفئة في أمس الحاجة إلى تقديم الرعاية والاهتمام النفسي والدعم الاجتماعي، لتعويضهم بعض وليس كل ما يحتاجون إليه نتيجة حرمانهم من حجر الأساس في بناء شخصيتهم، وهو حرمانهم من رعاية الأب والأم.

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في التصدي للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي: "ما فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الودية؟ ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

- ١- إلى أي مدى توجد فروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في الأعراض الاكتئابية على المقياس المستخدم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟
- ٢- إلى أي مدى توجد فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في الأعراض الاكتئابية على المقياس المستخدم بعد ستة أشهر من تطبيق البرنامج؟

أهمية الدراسة -:studytheimportance of

تتحدد أهمية الدراسة الحالية في كونها تتناول فئة من فئات المجتمع تحتاج إلى عناية خاصة ألا وهي الأطفال المحرومين من الرعاية الودية والتي تمثل فئة من ذوى الاحتياجات الانفعالية الخاصة، ومن ثم يتعين تقديم برامج إرشادية تساهم في تحسين حالتهم النفسية. حيث تشير الدراسات والبحوث إلى شكاوى الأطفال المحرومين من الرعاية الودية من الأعراض الإكتئابية غيرها من الأمراض النفسية والميول العدوانية ضد المجتمع؛ مما تراه الباحثة إجراءً وقائياً لهم وحماية للمجتمع من خطورة تعرضهم للانحراف.

وتكمن أهمية الدراسة الحالية في جانبين:-

الجانب النظري:-

- توجيه الأنظار إلى ضرورة الاهتمام بالبنية المعرفية والوجدانية للطفل كإجراء وقائي ضد ظهور وتطور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عامة وخاصة الاكتئاب.
- محاولة التعرف على أهم المشكلات الانفعالية للأطفال المحرومين من الرعاية الودية كذلك أهم احتياجاتهم النفسية، والتصدي لها ضمناً من خلال فعاليات البرنامج المعرفي السلوكي.

الجانب التطبيقي:-

- بناء وتطبيق برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية، وفعاليتها في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، كإجراء علاجي ووقائي لمنع تطور الأعراض الاكتئابية وظهورها في شكل نوبات اكتئابية حادة في المراهقة والرشد.
- الاهتمام بتنمية مهارات التفكير الإيجابي وجعلها نهجاً للتصدي لكافة المشكلات المستقبلية.
- إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة في وضع برامج مماثلة من شأنها خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين.

أهداف الدراسة Aims of the study:-

- تهدف الدراسة الحالية إلى:-
- 1- تصميم برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية، واختبار مدى فعاليته في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية.
- 2- اختبار مدى فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحقيق الهدف المرجو منه بعد تطبيق البرنامج، وبعد المتابعة.

مصطلحات الدراسة Terms of the study:

• البرنامج الإرشادي Counseling program:

وفقاً لمبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي وفنياته يعرف إجرائياً في هذه الدراسة بأنه " مجموعة من الإجراءات المخططة والمنظمة وفقاً لأسس علمية موضوعية، تتخللها مجموعة من الأنشطة والتدريبات والخبرات المصممة وفقاً لجدول زمني معين ، تحاول الباحثة من خلالها خفض الأعراض الاكتئابية لدى الطفل المحروم من الرعاية الوالدية والمودع بإحدى المؤسسات الإيوائية بهدف مساعدته على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والتوازن الانفعالي ، وإكسابه المهارات المعرفية والوجدانية التي تمكنه من التفاعل الإيجابي مع المحيطين به كذلك تحسين تقديره لذاته والرضا عن حياته ."

1- البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Counseling

Program

يعرف البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في الدراسة الحالية بأنه " برنامج إرشادي نفسي تعليمي قائم على فنيات وأساليب معرفية وسلوكية لتعليم وتدريب الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية المقيمين بالمؤسسات الإيوائية على استخدام بعض التقنيات التي تساعدهم في

خفض ما يعانونه من أعراض اكتئابية فضلاً عن تنمية توجه معرفي يمكنهم من التعامل بفاعلية وإيجابية مع ما يواجههم من مشكلات مقبلة "

٢ - الأعراض الاكتئابية Depression :

تعرف الأعراض الاكتئابية في الدراسة الحالية بأنها "مجموعة من الأعراض المؤلمة والمحنة التي يشعر بها الطفل وتستمر معظم اليوم، وتمتد لمعظم الأيام - علي الأقل لمدة عام لدي الأطفال- يشعر خلالها الطفل بتدني مستوى الطاقة الجسمية من ثم الشعور بالضعف والتعب، وكذلك الشعور بالذنب، والانتوائية والتشاؤم، وتدني الثقة بالنفس واحترام الذات، والشعور بالعجز وسرعة الغضب، وضعف الشهية أو فقدانها، والأرق أو النوم الزائد، وصعوبة اتخاذ القرار، فضلاً عن صعوبات معرفية تتمثل في عدم القدرة على التركيز - ضعف الأداء الأكاديمي (المدرسي)- تكرار ظهور الأخطاء -، بما يؤدي إلي الشعور بخيبة الأمل واليأس واللجوء للانتحار كحل لمشاكلهم في بعض الأحيان وهو شكل يظهر في كل الأعمار حتى الأطفال".

٣ - الأطفال المحرومين من الرعاية الودية Children deprived from paternal care

تعرف الدراسة الحالية الأطفال المحرومين من الرعاية الودية إجرائياً بأنهم "تلك الفئة من الأطفال الذين حالت ظروفهم دون أن يعيشوا حياتهم داخل أسرهم الطبيعية، فحرموا من الرعاية الودية اللازمة لهم من أسرهم، الأمر الذي استوجب إيداعهم بدور الرعاية الإيوائية -مؤسسات يلتحق بها الصغير نتيجة عوامل تتصل ببناء الأسرة كفقد الأبوين أو أحدهما أو عوامل تتصل بوظيفة الأسرة كعجزها الاقتصادي أو تفككها - والحرمان إما أن يكون من الأب أو الأم أو كليهما لعدة أسباب أهمها: [انفصال الوالدين بالطلاق أو الهجر أو السجن- تدني المستوى الاقتصادي الاجتماعي- الظروف الصحية - انعدام الدخل بسبب العجز أو الشيخوخة] مما يستوجب رعاية تلك الفئة نفسياً واجتماعياً وتعليمياً بحيث يمكن اعدادهم لحياة مستقبلية كريمة".

الإطار النظري والدراسات السابقة:

يعد الاكتئاب من أقدم الاضطرابات النفسية وأكثرها شيوعاً وانتشاراً في كل الثقافات، وإن كان ذلك لا ينسجم مع اكتئاب الطفولة، فلم يحظ الاكتئاب لدى الأطفال بالاهتمام الكافي حتى العقد السابق، إذ بدأ الاهتمام بدراسته تقريباً ١٩٨٠ أي خلال الثمانينات، ولقد دعم هذا التوجه ثلاث عوامل رئيسية هي:

➤ زيادة القدرة على تحديد وعلاج اضطرابات المزاج المتعددة بما في ذلك الاكتئاب لدى الكبار.

➤ التقدم في توحيد إجراءات التشخيص في مجال الاكتئاب كظاهرة قابلة للعلاج لدى كلاً من الكبار والأطفال مثل: DSM- III .

➤ أخيراً ظهور عدد من المقاييس الموضوعية للاكتئاب لدى الأطفال بما يتيح التطبيق على عينة واسعة من الأطفال (Rawson&Tabb, 1993, p.39).

فلقد أصبح هناك وعياً للعدد المتزايد للأطفال المكتئبين تحت سن الثانية عشر ، وتقريباً هناك طفلاً من بين كل خمسة أطفال يعاني شكلاً من أشكال الاكتئاب ، كما أن حوالي ٥٨% من الآباء المكتئبين هم أيضاً لديهم أطفالاً مكتئبين، فالإكتئاب لدى الأطفال قد يكون مقنع وراء العديد من المظاهر مثل اللعب في التراب والماء، من ثم يرى بعض المختصين أن هناك ارتباطاً بين الإكتئاب ومشكلات مثل التبول على الفراش، وثورات الغضب Tantrums والجولان، والإعياء Fatigue والفشل في المدرسة، والجنوح Delinquent، والنشاط الزائد ومشاكل سيكوسوماتيكية، فحينما يثور أو يغضب أطفال الثامنة أو الثانية عشرة فإنهم يهددون بإيذاء أنفسهم أو قتلها، وبعد أن يهدأ غضبهم Subside فأنهم عادة يعتذرون ويقولون بأنهم لا يقصدون ذلك، إن الأطفال الذين يلحقون الأذى بأنفسهم هم غالباً شديدي النقد لأنفسهم ، وهذه إشارة تحذير مبكرة بسلوك إيذاء النفس ومن ضمنها لجوء الطفل للانتحار، فقد يميلون إلى القفز من مكان مرتفع، أو يمرون بسرعة من أمام السيارات أو يبلعون السموم أو الأجسام الصلبة (سعيد العزة، ٢٠٠٢، ١٠٣؛ مصطفى القمش و خليل عبد الرحمن، ٢٠٠٧، ٢٧٢).

هذا ونلمس في الآونة الأخيرة اهتماماً متزايداً باكتئاب الأطفال يتضح ذلك في تزايد الدراسات والبحوث التي تهتم باكتئاب الأطفال، كذلك فإن المعدلات المنشورة عن الاضطرابات الاكتئابية قد تزايدت خلال العشرين سنة الأخيرة ، فهناك طفل من بين كل ٣٣ طفل ، ومراهق من بين كل ٨ مراهقين في الولايات المتحدة قد يعانون من أعراض اكتئابية، بوجه عام ٣% من الأطفال والمراهقين مكتئبين، وحين يعاني الطفل أو المراهق من نوبة اكتئابية يصبح معرضاً بنسبة ٥% أو ربما أكثر للمعاناة من نوبة أخرى خلال السنوات الخمس المقبلة ، ويمثل الانتحار ثالث سبب رئيسي للموت بين عمر ١٣-١٥ عاماً ، وسادس سبب رئيسي للموت بين عمر ٥-١٥ عاماً ، هذا مع الاعتراف بزيادة معدلات الانتحار بين عمر ٥-٢٤ عاماً ثلاث مرات منذ عام ١٩٦٠ (كيث كراملينغر، ١٩٦٧، ٢٠٠٢).

فالاضطراب الاكتئابي يمكن ظهوره لدى نسبة تتراوح بين ١٠-٢٠% من الأطفال المترددين على العيادات النفسية، هذه النسبة من الأطفال إن لم تجد الرعاية فسوف تظهر عليها مضاعفات جوهرية في مرحلة الرشد، والواقع أنه حتى سنوات قريبة كان الاعتقاد السائد أن الأطفال لا يصابون بالاكتئاب ، ولقد اتضح أن الأطفال يعيشون الاكتئاب والأعراض الاكتئابية،

حتى وإن كانت تبدو هذه الأعراض لدقائق، فإنه لا يمكن غض الطرف عنها لأنها تعطينا مؤشرات لاعتلالات في الصحة النفسية متوقعة مستقبلاً، والواقع أن عدم الاعتراف الذي ساد فترة وما زال لدى القلة الآن بعدم وقوع الأطفال فريسة للاكتئاب يعود إلى الاعتماد على معيار الوصف اللفظي الذي يقدمه الطفل أو الأعراض الظاهرة غافلين في ذلك أن الطفل أحياناً ما يكون نشيطاً حتى عندما يكون مكتئباً (زكريا الشربيني، ٢٠٠٥، ١٤٤).

فمن الملاحظ أن مرحلة الطفولة تتسم بالمرح والجاذبية ومصدر جاذبية الأطفال الصغار للكبار من حولهم لها منشأ بيولوجي حيث يولد الأطفال وهم مهينون فطرياً لكي يكونوا جذابين، مما يجعل الكبار من حولهم يولونهم الحب والرعاية، بما يحقق في النهاية بقاء الطفل واستمراره في الحياة (صفاء الأعسر وآخرون، ٢٠٠٥، ٢٦٠)، وهو ما ذهب بالبعض إلى الاعتقاد بأن الأطفال لديهم اتجاه طبيعي نحو الإيجابية وليس الاكتئاب، حتى عندما يمر الطفل بمشاعر سلبية كالحزن والإحباط وخيبة الأمل فإن تلك المشاعر لا تدوم طويلاً بل تستمر لفترة قصيرة وسرعان ما يعود الطفل لطبيعته المرحية، ومن هذا المنطلق ساد الاعتقاد بأن الأطفال لا يصابون بالاكتئاب، وهو مخالف للواقع فالطفل الذي يخبر بالاكتئاب ويمر بمشاعر الحزن والألم لا يستطيع التخلص من تلك المشاعر السلبية بل تنعكس آثارها على كافة مناحي الحياة اليومية وعلاقاته الاجتماعية وأدائه المدرسي (Mash & Wolfe, 1999, P.287).

فالفكرة النمطية التي شاعت في هذا المجال أن الطفولة أسعد فترات العمر، فمعظم الأطفال يتمتعون بالحماية عن طريق والديهم فلا ترهقهم مسؤوليات الرشد، ومن منظور الراشدين فمشاعرهم تبدو وكأنها مصنوعة من المطاط (حنان عبد اللطيف و أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٤، ٥٤٢). ومع ذلك يمكن النظر إلى مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة على أنها مرحلة يمكن أن يصاب فيها الطفل بالاكتئاب ولكنه يظهر بشكل مقنع (Harrington, 1995, P.12).

ومع تزايد المشكلات الانفعالية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال المحرومين من الرعاية الودية خاصة في الفترة الأخيرة التي اتسمت بالصراعات الأسرية والتفكك الأسري، أصبح الاكتئاب من أشد الاضطرابات النفسية التي تؤثر في حياة الطفل وتهدد حياته وتعرضه للخطورة والهلاك، ويزداد الاكتئاب بمعدل مزعج حتى أصبح العصر الذي نعيش فيه يدعى "عصر الاكتئاب" (محمد هندية، ٢٠٠٣، ١٧)، هذا وقد يندر مقابلة الاكتئاب عند الكبار بالاكتئاب عند الصغار، ولكن هذا لا ينفي أن بعض الأطفال يخبرون حالات مزمنة من الاكتئاب، وعندما لا يعترف الكبار بالاكتئاب الذي يواجهه بعض الأطفال فإن هذا يعود إلى الاعتماد على معيار الوصف اللفظي للمريض في التعرف على الاكتئاب، لذلك يجب مراعاة ذلك وعدم الاعتماد على معيار الوصف اللفظي، أو المظهر الخارجي فقط في دراسة الاكتئاب لدى الأطفال (وفيق مختار، ٢٠٠٥، ٢٨١).

وعلى الرغم من كثرة التعريفات التي تناولت مفهوم الاكتئاب إلا أنها لم تتفق مع بعضها وإن كمل بعضها البعض، حيث ركز كل تعريف على جانب معين فهناك بعض التعريفات ركزت على أعراض الاكتئاب ووصف حالة الشخص الذي يعاني من الاكتئاب ، وتعريفات أخرى ركزت على أسباب الاكتئاب كما تناولت بعض التعريفات التفرقة بين أنواع الاكتئاب المتداخلة معاً وتحديد المفاهيم تحديداً دقيقاً ، كما تنوعت الألفاظ التي عبرت عن الاكتئاب، حيث أنه قديماً كانوا يطلقون على الاكتئاب مصطلحات مثل سوداوى/ سوداوية وكذلك مصطلح الميلانخوليا وأيضاً مسمى (الهم والوجد) وكان يرتبط بمشاعر اليأس والعجز ثم بعد فترة من الزمن أطلق عليه الاكتئاب العصابى التفاعلى ، ومؤخراً ومع ظهور الدليل الإحصائى التشخيصى للاضطرابات النفسية الرابع تم إلغاء مصطلحات اكتئاب عصابى أو اكتئاب تفاعلى واستبدلت باضطرابان "عسر المزاج" Dysthymic Disorder أو بالاستجابة الاكتئابية Depressive Reaction أو "توبة الاكتئاب الخفيفة" Depressive episode, mild severity ويندرج اضطراب عسر المزاج تحت الاضطرابات المزاجية Mood Disorders في تصنيفات الأمراض النفسية في الدليل الرابع لتشخيص الاضطرابات النفسية.

ويميز المختصون بين الإحباط والحزن والاكتئاب، فالإحباط يعتبر حالة نفسية تنشأ نتيجة فشل الإنسان في تحقيق رغباته وأهدافه، بينما يمثل الحزن عاطفة إنسانية تواجه كل البشر في حال فقدان عزيز هذا غير الاكتئاب الذي يعد اضطراب يسيطر على البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد - قد يستمر لأسابيع أو شهور - ، وبعض أشكال الاكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن و عدم فاعلية تؤدي إلى إثارة الاضطراب في جوانب هامة كالتفكير الذي يصبح محكوماً بالأفكار الثابتة التي تسيطر على بعض المكتئبين بأنهم عديمي النفع وفي مثل هذه الحالات من الاكتئاب يرسخ لدي الشخص الاعتقاد بأن الحياة عديمة الجدوى (عبد الستار إبراهيم ، ٢٠١٠ ، ٢١٧).

ويعرف الاكتئاب " بأنه حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة وأحداث تفاعلية مؤثرة قد مرت به " (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٨ ، ٣٨٩) ، ويشير أحمد عكاشة (١٩٩٨) إلى "النوبة الاكتئابية" بأنها انخفاض في المزاج وانخفاض في الطاقة وقلة في النشاط، وفيها تضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز ، ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود وعادة ما يكون النوم مضطرب والشهية للطعام قليلة وينخفض تقدير الذات والثقة بالنفس وكثيراً ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب أو فقدان القيمة حتى في الحالات الخفيفة ، كما يبدو المستقبل مظلماً وتشيع الأفكار والأفعال الانتحارية ، ويتبدل المزاج المنخفض قليلاً من يوم إلى آخر ، ولا يستجيب الفرد

للظروف المحيطة، وقد يصاحبه ما يسمى بالأعراض الجسدية مثل فقدان الاهتمام والأحاسيس المبهجة والاستيقاظ في الصباح عدة ساعات قبل الموعد المعتاد ويسوء الاكتئاب في الصباح مع بطء نفسى حركى شديد وزهق وفقدان للوزن والرغبة الجنسية(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٤١-٣٤٢).

والاكتئاب لدى الأطفال كما يعرفه (عبد الباسط خضر ونجوى خليل، ١٩٩٩) يشير إلى مجموعة من الأعراض الاكلينيكية توضح الحالة النفسية والمزاجية للطفل المكتئب والتي تتميز بالحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا والتردد والقلق والميل للعزلة مع بعض الأعراض الجسمية مثل فقدان الشهية ، اضطراب الهضم ، الشعور بالتعب(ص،٩٩).
وبنظرة شاملة على أسباب الاكتئاب يتبين لنا أن هناك عوامل حيوية "بيولوجية" وعوامل نفسية "سيكولوجية" ، وعوامل "اجتماعية وروحانية" أيضاً ، لذا فإنه لمن الخطأ الكبير من يتصور أن العلم الحديث - رغم ما أحرزه من تطور هائل - قد وضع يده على كل الحقائق التي تتعلق بحالة الصحة والمرض النفسي(لطفى الشربيني ، ٢٠١٢، ٢٢). لذا يمكن أن نعتبر أن آراء الباحثين والنماذج النظرية المتنوعة التي تفسر الاكتئاب كلها إسهامات في تفسير بعض المؤثرات والجوانب المختلفة من الاكتئاب .

ويعد الاكتئاب أحد أكثر المشكلات التي واجهها المهنيون في حالة الصحة العقلية شيوعاً، وقد استخدم عدد متنوع من الأساليب لعلاج الاكتئاب ، وعلى الرغم من التطورات الضخمة في العلاج النفسي للاكتئاب مازال العلاج الدوائي هو العلاج المعياري الذي تقارن به النتائج العلاجات الأخرى، وتشير البحوث المبكرة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي بدرجة فعالية مضادات الاكتئاب الثلاثية ، وفعالية هذا المنحى تظهر في ضوء عدد من الدراسات السابقة التي أظهرت أن العلاجات النفسية أكثر فعالية بقدر ضئيل من العقاقير في خفضها لأعراض الاكتئابية. ويفترض النموذج المعرفي أن المعرفة والسلوك والكيمياء الحيوية جميعها مكونات مهمة في الاضطراب الاكتئابي ، من ثم لا يُنظر إلى هذه الرؤى باعتبارها نظريات متنافسة للاكتئاب بل مستويات مختلفة للتحليل، والمعالج المعرفي السلوكي يتدخل في المستويات المعرفية والانفعالية والسلوكية، فعندما نقوم بتغيير المعارف الاكتئابية ، فإننا نغير تلقائياً خصائص المزاج والسلوك ، كما أننا نغير أيضاً الكيمياء الحيوية للاكتئاب

(جيفرى يونج وآخرون ، ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٢، ٥٨١).

ويمثل اتجاه بيك Beck الاتجاه الاستدلالي البنائي في العلاج المعرفي السلوكي ،وقد شهدت فترة الثمانينات وخصوصاً الجزء الأخير منها تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الاتجاه على مدى كبير من الاضطرابات بدءاً من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال، كما

بدأ الاهتمام يتزايد بعد ذلك بالعلاج المعرفى السلوكى الجماعى. وشهد عام ١٩٨٩ تطوراً جديداً حيث بدأت التطبيقات الأمبيريقية على عينات كانت مستبعدة من قبل، وفى نفس الوقت اتسع مجال استخدام العلاج المعرفى السلوكى ليشمل العديد من الاضطرابات التى لم يتطرق إليها من قبل ، فتناول اضطرابات الطعام والإدمان والهلع والاكتئاب الحاد والإعاقات الذهنية. وشهدت بداية التسعينات إضافتين هامتين قدمهما بيك Beck تتمثل الأولى فى بحثه عن متغيرات الشخصية والاكتئاب ، بينما تتمثل الثانية فى إعادة صياغة نظريته عن الاكتئاب فى ضوء ذلك.

إذ ينظر بيك إلى الاكتئاب بوصفه تنشيطاً لثلاثة أنماط معرفية رئيسية تجعل المريض ينظر إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله بصورة متميزة سلبياً. ويسمى بيك هذه الأنماط "الثالوث المعرفى" Cognitive triad والمكون الأول هو نظرة المريض السلبية إلى نفسه ، إذ يعتبر المريض نفسه ناقص الكفاءة يعانى من القصور والنبذ ، وهو ينزع إلى أن ينسب خبراته غير السارة إلى نقائصه المفترضة، كما أنه ينزع إلى رفض نفسه بسببها. وفضلاً عن ذلك فهو يعتبر أنه تنقصه الخصائص التى يراها أساسية لتحقيق السعادة أو القناعة ويوجد هذا المكون فى تقدير بيك لدى غالبية المرضى الاكتئابيين ... أما المكون الثانى فى الثالوث المعرفى، فهو التفسير السلبى غالباً للخبرة . فالمريض ينزع إلى أن يرى عالمه الشخصى يتطلب منه أموراً غير معقولة، ويقيم عراقيل يصعب تجاوزها فى طريق تحقيق أهدافه فى الحياة، أو أنه محروم من الشعور باللذة أو الاشباع. والمكون الثالث هو النظر إلى المستقبل بصورة سلبية. ويوجد هذا العرض فى كل أنواع الاكتئاب تقريباً. فالمريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية دون نهاية، وهو لا يرى أمامه غير المصاعب والحرمان والإحباط. وهو يتوقع الفشل فى كل ما يقدم عليه من أعمال، وتمثل الرغبات الانتحارية تعبيراً متطرفاً عن الرغبة فى الهروب مما يبدو أنه يستحيل السيطرة عليه أو حله من المشكلات ، وقد ترتبط بعض الأعراض البدنية بهذه الأنماط المعرفية ، وفيها فقدان الذاتى للطاقة وسرعة وسهولة الشعور بالتعب ونقص المبادأة ، وكلها مستمدة من التوقعات السلبية (لويس مليكة، ١٩٩٠ ، ٢٣١ - ٢٣٢).

ومن أهم المفاهيم الأساسية المكونة لنموذج بيك "الأفكار التلقائية" و "الأخطاء المنطقية" و "المخططات" و "الثلاثى المعرفى" وتعتبر هذه المفاهيم مكونات معرفية أى أنها تتعلق بأحداث داخلية قد يكون الفرد على وعى بها ولكن لا يلاحظها بشكل مباشر مثل الآخرين. ووفقاً لنموذج بيك فإن المعارف ذات الأساس السلبى تعد العملية البؤرية فى الاكتئاب

(جيفرى يونج وآخرون، ترجمة صفوت فرج، ٨٥٢، ٢٠٠٢).

والقائمة التالية تشمل المكونات الرئيسية التى يجب أن يطرحها النموذج المعرفى للعميل

وهو ليس ترتيباً معيناً يقدم للعميل:

- الحدث.
- الأفكار والمعتقدات.
- المترتبات: الانفعالات emotions، والمشاعر feelings، والسلوكيات، الجوانب الفسيولوجية.
- المعتقدات والأفكار البديلة.
- التغيير.
- أخطاء التفكير Thinking errors.

(بيرنى كوروين وآخرون، ترجمة محمود عيد، ٢٠٠٨، ٩٠ - ٩٥).

ومن المهم كذلك أن نشير إلى أن العلاج المعرفى السلوكى يهدف إلى مساعدة الأفراد للتخلص من مشكلاتهم الانفعالية وليس للتغلب على مشكلات عملية، ويكون العلاج المعرفى السلوكى مناسباً لو كان العميل يعانى من مشكلات انفعالية ناتجة عن إحدى هذه المشكلات العملية، أو أن تكون فى بؤرة الاضطراب الانفعالى لديه (Ruddell & Curwen, 1997). فنظراً لأن الفترة القياسية للعلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب ١٥ جلسة ، فإن هناك ضغطاً كبيراً على كل من المرشد والعميل لاستغلال الوقت المتاح بأفضل صورة لذلك فإن جهداً كبيراً يوجه لدفع المريض إلى القيام بواجبات منزلية تهدف إلى مساعدته على التعرف على المعارف السلبية والاستجابة لها ، وأن يتقن المهارات المعرفية والسلوكية التى تعلمها خلال الجلسات وأن يختبر الفروض ، والهدف القريب هو تحسين إعادة البناء المعرفى والذى يتضمن تعديلاً للتحيز المنتظم للمريض فى تفسيره لخبرات الحياة الشخصية وللقيام بتنبؤات مستقبلية. والخاصة ، أن العلاج المعرفى هو خبرة تعلم يلعب فيها المعالج دوراً نشطاً فى مساعدة عميله على الكشف عن التحريفات الإدراكية والافتراضات غير الفعالة وظيفياً وتعديلها (لويس مليكة ، ١٩٩٠ ، ٢٣٦).

غير أن دوبسون Dobson فى واحد من أكثر المراجعات شمولاً فى هذا الميدان فحص نتائج ثمانية وعشرون دراسة واستخلص منها أن علاج بيك المعرفى يبدو أكثر فعالية من العلاج السلوكى والدوائى وأكثر فعالية من حالات عدم تلقى العلاج فى علاج الاكتئاب الاكلينيكي كما استخلص أيضاً أنه متفوق على أساليب العلاج النفسى الأخرى فى علاج الاكتئاب (محمد هندية ، ٢٠٠٣ ، ١١٢ - ١١٣). ولعل من نقاط القوة فى النظرية التى طورها بيك كركيزة للعلاج المعرفى أنه من خلال تفحصه لما هو متوفر من أنواع العلاج النفسى باختلاف منطلقاتها النظرية أخذ بعين الاعتبار مع الاستفادة من العديد من الأفكار والأساليب التى يرى أنها تساعد فى نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التى بنى عليها نظريته (Rush & Beck, 2000, p. 2168).

وتعتمد الباحثة في برنامجها الإرشادي في الدراسة الحالية بشكل خاص على منهج بيك Beck في إرشاد الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية لخفض الأعراض الاكتئابية لديهم. وفي الآونة الأخيرة ، أكدت العديد من الدراسات على أهمية الدعم الإيجابي الذي يحصل عليه الطفل في بيئته ومدى تأثيره المباشر على الاكتئاب في الطفولة، فهناك مجموعة من العوامل المحددة مثل:

{ الرفض الوالدي، الحرمان من الرعاية الوالدية، التواجد في بيئة مضيقة تفتقد الهيكل الوجداني المعرفي الملائم لبيئة الطفل، عدم توافر بيئة ملائمة لنمو وتطور المهارات الاجتماعية للطفل، ومستوى انجاز الآباء أيضاً لكل هذه العوامل ثبت ارتباطها ارتباطاً وثيقاً بظهور الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال، فالأطفال تتفاعل مع التأثيرات السلبية لتلك العوامل بتقدير منخفض للذات، والذي غالباً ما يرتبط بالاكتئاب ، إذ يستجيب الأطفال بظهور أعراض اكتئابية كدليل للعجز المكتسب، غير أن الأطفال من أكثر الفئات التي تستجيب بصورة أفضل للتدخلات العلاجية وتظهر نتائج جيدة في العلاج (Rawson & Tabb, 1993, P.41).

فالأسرة هي الأرض الخصبة والمكان الآمن لنمو شخصية الفرد وتطورها التطور الذي يمكنه من إشباع حاجاته ومواجهة متطلبات الحياة ، من ثم فإن تماسك الأسرة وترابطها وبقاؤها يوفر المناخ المناسب الذي يساعد على النمو السوي للطفل. والحرمان من الرعاية الوالدية هو حرمان الطفل من الرعاية التي يتلقاها من والديه الأمر الذي يؤدي إلى حرمانه من الظروف التي تمكنه من تنمية شخصيته على النحو الذي يمكنه من إشباع حاجاته والوفاء بمتطلبات النمو من ثم الافتقار إلى سبل التواصل الوجداني والرباط الأسري وذلك بإيداعه في إحدى المؤسسات الإيوائية بحيث لا يجد الطفل فرداً واحداً لرعايته الأمر الذي يحول دون عقد علاقة مستقرة مع البديل للوالدين بما ينعكس على شخصية الطفل ككل فالحرمان من الأسرة هو الحرمان من الأم والأب الطبيعيين ، وما يترتب عليه من انقطاع في الإشباع الكمي والكيفي للحاجات البيولوجية والسيكولوجية وإيداعه إحدى المؤسسات الإيوائية مما لا يتيح له فرصة عقد علاقات مستقرة مع البديل للوالدين وبالتالي تؤثر تأثيراً كبيراً في حياة الطفل وفي تشكيل شخصيته(منى إبراهيم ، ٢٠٠٢ ، ٣١). ووجود الطفل في بيت أسرى حتى وإن كان غير مناسب هو أفضل من وجوده في أى مؤسسة أخرى، وعلى ذلك نجد أن الطفل الذي يتمتع بالتوافق النفسي على المستوى الشخصي والاجتماعي هو الطفل الذي نشأ في مناخ أسرى مستقر وهادئ ، وتعرض لأسلوب سليم في التنشئة الاجتماعية ، كما نجد أن الطفل الذي يتعرض للحرمان أو العيش في مناخ أسرى غير مستقر(مثل : المناخ الذي يشوبه الخلافات المستمرة بين الوالدين ، أو انفصال الوالدين أو الحرمان من أحدهما بالوفاة أو الطلاق أو الانفصال أو السفر أو غير ذلك من مواقف الحرمان التي

يتعرض لها الطفل) نجد أن هذا الطفل ينحرف عن السلوك السوي المرغوب فيه اجتماعياً (نفين صابر ، ٢٠٠٩ ، ٦٩٦).

والمحرومون من الرعاية الوالدية هم محرومون من الكيان الأسرى بجانب حرمانهم من الرباط العاطفي والروحي والبيولوجي الأمر الذي له عظيم الأثر على اضطرابهم في الحاضر كما يقودهم إلى المعاناة والحزن الذي لا ينتهي (نفين اسماعيل، ٢٠٠٥ ، ١٣).

فالطفل المحروم من الرعاية الوالدية هو كل طفل يُرفض أو يُهمل من قبل والديه أو أحدهما أو من قبل الذين يقومون برعايته سواء كانوا أشخاصاً طبيعيين أو اعتباريين ، أو هو ذلك الذي لا يحصل على إشراف وتوجيه أسرى مناسب وعلى الرعاية التي تتطلبها مرحلة نموه أو الذي يتعرض لإساءة معاملة في مظاهرها الجسمية والنفسية والاجتماعية أو الطفل غير الشرعي واللقيط كما يدخل مفهوم الطفل المحروم في جوانب أكثر خصوصية حيث يتصل بقيام الأطفال بعمليات التسول والسمرسة وتجارة السلع والمواد المحرمة كالمخدرات أو بعملهم في مجالات لا تناسب نموهم وقدراتهم وتحرمهم من الدراسة ومن إشباع حاجاتهم الأخرى .من ثم ف"الطفل المحروم " هو الطفل الذي يفقد والديه الأب والأم معاً مع انعدام بدائل شخصية ثابتة له ، الأمر الذي يفقد الطفل شكل الحياة الأسرية مما يؤدي إلى إيداعه في إحدى المؤسسات (أنس قاسم، ٢٠٠٢ ، ١٩).

غير أن أبلغ مثال يستدعي الدراسة لكونهم فئة تمر بخبرات مؤلمة وتعانين الحرمان من الرعاية والدعم هم الأطفال الذين حرّموا من الرعاية الوالدية ، وهم فئة من المجتمع حالت ظروفهم دون أن يعيشوا الحياة الطبيعية داخل أسرهم، فلقد تعرضوا للحرمان نتيجة عدة عوامل أهمها: الظروف الاقتصادية المتدنية، الانفصال عن أحد الوالدين أو كليهما إما بالوفاة أو الطلاق أو الهجرة، هؤلاء الأبناء هم ضحية لظروف خارجة عن إرادتهم لذا فهم في حاجة إلى الرعاية والاهتمام، من هنا نشأت المؤسسات الاجتماعية والإيوائية المختلفة لرعاية هذه الفئة من الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية من خلال تقديم الرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية والثقافية لهم (فاطمة علي، ١٩٩٨ ، ٢٤).

الدراسات السابقة:-

كشفت دراسة سهير كامل (١٩٩٢) والتي موضوعها "الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية ومركز الضبط والاكتئاب" والتي طبقت على عينة من الأطفال قوامها (ن = ٦٦) طفل وطفلة مقسمة إلى مجموعتين المجموعة الأولى (ن = ٣٣) طفل وطفلة منفصلين عن أسرهم ومقيمين بالأقسام الداخلية الملحقة ببعض المدارس الخاصة بمدينة القاهرة، والمجموعة الثانية (ن = ٣٣) طفل وطفلة يعيشون في ظل أسرهم الطبيعية ، أن متوسطات

الاكتئاب لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية - المنفصلين عن أسرهم - أعلى من الأطفال المقيمين داخل أسرهم الطبيعية.

أما دراسة حنان عبد اللطيف وأحمد عبد الخالق (٢٠٠٤) بعنوان "الاكتئاب والعدوان لدى عينات من الأحداث الجانحين ومجهولي الوالدين والمقيمين مع أسرهم" أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (ن = ٤٨٢) من الذكور والإناث في المرحلة العمرية (١٢ - ١٧) سنة وضمت عينة الدراسة مجموعة من الأحداث الجانحين ، ومجهولي الوالدين ، والمراهقين المقيمين مع أسرهم . أجابوا عن المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين في صيغته العربية ، تأليف أحمد عبد الخالق (٢٠٠٣)، ولقد ظهر أن كلاً من مجهولي الوالدين والأحداث الجانحين لديهم درجة من الاكتئاب أعلى من المقيمين مع أسرهم ، وكانت الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور في عينة الدراسة الكلية. كما أظهرت فروق بين الأحداث الجانحين ومجهولي الوالدين والمقيمين مع أسرهم في أبعاد الاكتئاب: التشاؤم، وضعف التركيز ، واضطراب النوم، وعدم الشعور بالسعادة والتعب، والوحدة، وانخفاض تقدير الذات ، والشكاوى الجسمية في كل جنس على حدة . وأخيراً أمكن التنبؤ بدرجة العدوان في كل مجموعة من مجموعات الدراسة بناء على بعض الأبعاد الفرعية للاكتئاب.

في حين أوضحت دراسة روتر وآخرون (Rutter, et.al., 2007) بعنوان "تتائج المراهقة المبكرة لدى الأطفال اللذين تم تبنيهم داخل مؤسسات للمحرومين من الرعاية أو الأيتام والأطفال المحرومين اللذين تم تبنيهم خارج المؤسسات من خلال فحص طبيعة التعلق الآمن ودرجة ثباته وارتباطه بالتربية المؤسساتية ، وعن مدى كونه يمثل مصدراً للاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين المحرومين من الرعاية الوالدية، في البداية تم سحب عينة من الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية والمقيمين في مؤسسات الرعاية للمحرومين من الرعاية الوالدية برومانيا قبل بلوغهم عمر ستة أشهر، تم وضع مجموعة منهم للتبني ضمن عائلات انجليزية بالمملكة المتحدة ، والباقي ظلوا داخل المؤسسة الإيوائية ، ولقد خضعت المجموعتين على مدار ١١ عاماً لمجموعة من القياسات { التقارير الوالدية - الموقف المعدل في المنزل - معدلات الفحص النظامي لسلوك الأطفال } ، وأظهرت النتائج أن أعلى معدلات للتعلق غير الآمن تظهر في المرحلة العمرية (٦-١١) مع وجود تناقص في شدتها على مدار الوقت والذي يرجع إلى كون معدلات الفحص بواسطة التقارير الوالدية أصبحت أقل ملائمة تنموياً في سن ١١ سنة مقارنة بـ ٦ سنوات ، كذلك ارتبط التعلق غير الآمن بالتربية داخل مؤسسات إيوائية عنه في التربية داخل أسر خارج المؤسسات من حيث الشدة ، من ثم فلقد ارتبط التعلق الغير الآمن للأطفال بالحياة المؤسساتية والتي جاءت مرتبطة بالاكتئاب وغيره من الأشكال الأخرى

للاضطرابات النفسية، من ثم يمثل التعلق غير الآمن والاكتئاب وغيره من أشكال الاضطرابات النفسية نمطاً مرضياً مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالحرمان من الرعاية الودية والعيش داخل مؤسسة إيوائية.

في نفس السياق تؤكد دراسة نياماسي وآخرون (Nyamathi, et.al.,2012) بعنوان "العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والأطفال بلا مأوى" أن الأطفال بلا مأوى مشكلة تفاقمت في مختلف أنحاء الولايات المتحدة الأمر الذي دعا إلى ضرورة الاهتمام بتلك الفئة ومشكلاتها لما ينتج عن الحرمان من المناخ الأسرى من مشكلات نفسية وعقلية وصعوبات معرفية وهو هدف الدراسة الذي سعت لبحثه، والتي طبقت على عينة من الأطفال قوامها (ن = ١٥٦ طفل وطفلة بلا مأوى) بهدف الكشف عن العلاقة التأثيرية لتلك العوامل على استراتيجيات المواجهة لديهم، توصلت الدراسة إلى أن الأطفال بلا مأوى يعانون من العديد من المشاكل الصحية .. إدمان (المخدرات والمهدئات)، فضلاً عن ظهور أعراض اكتئابية شديدة تعمل المترتبات السابقة على زيادة معدلاتها وتطورها كما ارتبطت أيضاً بالشعور بالوحدة، وعدم القدرة على حل المشكلات وإيذاء الذات والمتغيرات السابقة مجتمعة تعد عامل خطورة يدعم الأعراض الاكتئابية ويزيد من سرعة تطورهما.

أشارت دراسة كاهن (Kahn, 1990) بعنوان "مقارنة العلاج المعرفي، الاسترخاء، والتدخلات الشخصية لعلاج الاكتئاب" والتي كان هدفها مقارنة فعالية العلاج المعرفي والاسترخاء والتدخلات الشخصية لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال، وقد تكونت العينة من ٦٨ طفلاً في مرحلة الطفولة المتوسطة، وقد تم استخدام التقارير الذاتية ومقاييس الاكتئاب وتقدير الذات لقياس آثار العلاج، وقد أظهرت النتائج أن جميع الفنيات المستخدمة كانت مناسبة وقد أدت إلى انخفاض كبير في مستوى الاكتئاب وزيادة ٩ في تقدير الذات.

وفي دراسة روسن وتاب (Rawson & Tabb, 1993) بعنوان "فعالية التدخل العلاجي على خفض الاكتئاب لدى الاطفال"، هدفت الدراسة بحث فعالية التدخل العلاجي قصير المدى على اكتئاب الأطفال المحرومين من الرعاية الودية، طبقت الدراسة على عينة قوامها (ن = ٩٩ طفل وطفلة) لمجموعة تجريبية في المرحلة العمرية (٨ - ١٢ سنة) ممن يعانون من مشكلات سلوكية حادة وصعوبات تعلم مع انتمائهم إلى أسر مفككة ومعاناتهم من الإهمال والحرمان العاطفي والثقافي والاجتماعي مع تدنى المستوى الاقتصادي الاجتماعي، و (ن = ٢٧ طفل) كمجموعة ضابطة في المرحلة العمرية (٨ - ١٢ سنة) ينتمون إلى مدرسة عادية، ولقد تم إجراء القياس القبلي والبعدي باستخدام مقياس رينولدز للاكتئاب عند الأطفال، ودعمت النتائج بقوة فرضية الدراسة من حيث انخفاض الأعراض الاكتئابية لدى أطفال المجموعة

التجريبية ممن تعرضوا للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي قصير المدى ، كما أكدت الدراسة على أن الدعم الاجتماعي الإيجابي يحسن من القدرة على التحكم في السلوك وكذلك الأداء الأكاديمي وكلاهما في صورته السلبية يؤدي إلى تطور الأعراض الاكتئابية ، كذلك نتج عن البرنامج ارتفاع مستوى الثقة بالنفس وانخفاض مستويات القلق والتوجه الداخلي في التفكير كل هذه المتغيرات جاءت مرتبطة بانخفاض الأعراض الاكتئابية غير أنه لا يوجد تأثير دال لمتغير السن أو الجنس لدى الأطفال (ذكور - إناث) في المرحلة العمرية (٨ - ١٢ سنة) على إنخفاض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال بعد التدخل العلاجي .

ودراسة محمد هندية (٢٠٠٣) بعنوان " مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال " والتي هدفها اختبار فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي من خلال فنيات برنامج العلاج المعرفي لبيك Beck وفنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لأليس Ellis في خفض أعراض الاكتئاب للأطفال وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لديهم ، وتألفت العينة من (ن = ٣٠ طفلاً) في سن (١١ - ١٥ سنة) ممن يعانون من الاكتئاب تم تقسيمهم بالتساوي إلى ثلاثة مجموعات : مجموعة تتلقى العلاج المعرفي ، ومجموعة تتلقى العلاج العقلاني الانفعالي ، ومجموعة ضابطة، وتمثلت الأدوات في : القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ، اختبار الأفكار اللاعقلانية للأطفال ، اختبار اليأس، مقياس تقدير الذات للأطفال ، مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال ، جدول الأنشطة والأحداث السارة ، مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة ، استمارة تحديد المستوى الاجتماعي الثقافي ، بالإضافة إلى البرامج العلاجية ، وقد أظهرت النتائج وجود فروق إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية الأولى والثانية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي وذلك بالنسبة لمتغيرات الدراسة ، مما يدل على فعالية البرنامج المعرفي والبرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية وتحسين مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية .

كذلك دراسة سكهودولسكي وآخرون (Sukhodolsky, et. al., 2004) وعنوانها " العلاج المعرفي السلوكي عند الأطفال والمراهقين " وهدفها دراسة نتائج العلاج المعرفي السلوكي للمشاكل المرتبطة بالغضب والعدوان لدى عينة من الأطفال والمراهقين ، ودراسة التأثيرات المختلفة للتدريب على مهارات حل المشكلات والتعليم الوجداني والتدخلات متعددة الوسائط ، وقد اعتمدت الدراسة على استخدام تقنيات مختلفة للعلاج المعرفي السلوكي متمثلة في (التدريب المعرفي ، التدريب على حل المشكلات ، التغذية الراجعة ، الواجبات المنزلية ، النمذجة) وتشير النتائج إلى فعالية التدريب المعرفي والعلاجات متعددة الوسائط في الحد من السلوك العدواني

وتحسين المهارات الاجتماعية أكثر من التقنيات الأخرى ، ومع ذلك كانت فنية التدريب على حل المشكلات أكثر فعالية في الحد من تجارب الغضب الشخصية ، وقد ارتبطت فنيات النمذجة والتغذية الراجعة والواجب المنزلي بإيجابية بمدى حجم التأثير .

وفي دراسة هناء آل ثانی (٢٠٠٤) بعنوان " مدى فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المهارات المعرفية لدى عينة من الطالبات ذوات السمات الاكتئابية في المرحلة الثانوية بمدارس قطر " وتهدف الدراسة إلى معرفة أثر برنامج وقائي لتنمية المهارات المعرفية لخفض الشعور بالاكتئاب لدى عينة من الطالبات بالمرحلة الثانوية يستند على مبادئ نظرية بيك في العلاج المعرفي ، وتكونت عينة الدراسة من (١٨ طالبة) من الصف الثاني الثانوي ممن حصلن على درجات مرتفعة في مقاييس الاكتئاب ، وقسمت إلى مجموعتين متساويتين ومتجانستين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، واشتملت الأدوات على : مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد ، ومقياس بيك للاكتئاب ، ومقياس مينسوتا متعدد الأوجه ، ومقياس أيزنك للشخصية (مكونات الانبساط ومكونات العصابية) ، والبرنامج المعرفي التدريبي وهو مكون من ١٦ وحدة موزعة على ٢٩ جلسة استغرق تطبيقها ٤ شهور ، وتشير نتائج الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي المعرفي أدى إلى خفض شدة الاكتئاب لدى العينة التجريبية ، كما كان له تأثيراً على جوانب سمات الشخصية للمشاركة في الدراسة .

ولقد سعت دراسة كارل وكرستنسن (Calear & Christensen, 2010) بعنوان "مراجعة بحثية للتدخل المدرسي المبكر للحد من الاكتئاب لدى تلاميذ المدارس"، إلى وصف دقيق لبرنامج مدرسي للحد من الاكتئاب ، وتقييم مدى جودة البرنامج في خفض الأعراض الاكتئابية، ولقد تكون البرنامج من ٤٤ محاولة تجريبية على مدى ٢٨ برنامج مدرسي ثم تجميعها وعرضها من خلال مكتبة الصحة النفسية بجامعة استراليا الدولية، ولقد قامت البرامج على الإرشاد المعرفي السلوكي لتلاميذ المدارس ، إذ أنه من الملاحظ ارتفاع معدلات الاكتئاب لديهم في الآونة الخيرة ، وذلك في مرحلتى الطفولة والمراهقة، يستغرق البرنامج (٨-١٢) جلسة . توصلت الدراسة إلى أن الاكتئاب واحد من أهم الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين، ولكنه يظهر لدى الأطفال في صورة اكتئاب تحت اكلينيكي (أعراض اكتئابية) ولكن إذا ما استمر حتى مرحلة المراهقة يتحول إلى اكتئاب حاد ومزم من نتيجة تزايد ضغوط وأعباء المرحلة العمرية الجديدة، ولقد لعب التدخل المعرفي السلوكي المدرسي دوراً جوهرياً في خفض الاكتئاب لدى تلاميذ المدارس حيث تعد المدرسة بيئة خصبة وصحية لتطبيق مثل هذه البرامج، كما أننا بحاجة ماسة لتدخل وقائي في مرحلة الطفولة المتأخرة للحد من الأعراض الاكتئابية قبل أن ينتقل الطفل إلى مرحلة المراهقة وما يلزمها من أعباء جديدة تزيد من حدة الأعراض

الاكتئابية، كما أوصت الدراسة بضرورة ادخال برامج الصحة النفسية في المدارس الأمر الذي يساعد على التصدي للعديد من المشكلات الانفعالية والوجدانية لدى الأطفال والمراهقين. ودراسة روبرت وآخرون (Roberts, et.al., 2010) بعنوان 'فعالية برنامج إرشادي لمنع الاكتئاب والقلق لدى الأطفال"، هدفت الدراسة تقييم فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية والقلق لدى عينة من أطفال المدارس الحكومية الملتحقين بالصف السابع الإبتدائي، في مرحلة عملية (١١ - ١٢ سنة)، قام البرنامج على محورين رئيسيين المحور الأول: تنمية مهارات الحياة الاجتماعية (صممت جلسات هذا المحور بهدف التغلب على مشكلات نقص الدعم الاجتماعي، مواجهة المشكلات الأسرية والاجتماعية وصعوبة تكوين صداقات)، المحور الثاني: تنمية مهارات التعلم والتفكير (يتناول هذا المحور شقين، الشق الأول: ضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات، والثاني ضعف التنبؤ المستقبلي بالأحداث) و(لقد تم اختبار البرنامج من خلال مجموعتين مجموعة من الأطفال ومجموعة أخرى من الأطفال وآبائهم) توصلت الدراسة ومن خلال القياس البعدي إلى أن البرنامج الخاص بالاكتئاب أسهم في خفض معدلات القلق لدى الأطفال، كذلك انخفضت الأعراض الاكتئابية تبعاً لبرامج القلق، كما تشير الدراسة إلي أن اشراك الآباء مع الأبناء في التدخل الإرشادي وفعاليات البرنامج يثرى البرنامج الإرشادي ويزيد فعاليته، والنتيجة الإجمالية تشير إلى فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية والقلق لدى الأطفال.

كذلك دراسة بيراتيكيوس (Peratikos, 2011) بعنوان " العلاج باللعب المعرفي السلوكي للأطفال المكتئبين " ، والتي تهدف إلى دراسة أثر تطبيق برنامج معرفي سلوكي عن طريق اللعب في علاج الاكتئاب لدى الأطفال ، وذلك لأن الأطفال قد لا يملكون القدرات اللفظية للتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ، وبالتالي يستخدم اللعب في هذا البرنامج لمساعدة الأطفال في التعبير عن أنفسهم ، وتكونت العينة من مجموعة من الأطفال المكتئبين وأولياء أمورهم ، وقد تم تطبيق مقياس الاكتئاب المنقح للأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج ، وقد تكون البرنامج من ساعة واحدة في الأسبوع لمدة ١٠ أسابيع يغطي من خلالها محاور مختلفة مثل {تقدير الذات ، التواصل، حل المشكلات ، تعلم المهارات الاجتماعية ومهارات التكيف} ، وتشير النتائج إلى فعالية هذا البرنامج العلاجي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال .

استفادة الباحثة من الدراسات السابقة :

١- يعد الاكتئاب من أقوى الاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية والذي ظهر جلياً مع ارتباطه بمجموعة من العوامل تعد مؤشرات لظهور وتطور الاكتئاب لدى الأطفال جاء أهمها: {تفكك البنيان الأسري - ضعف التعلق الآمن في

بيئة الطفل الأولى - الصراعات الوالدية - انفصال الوالدين - الخروج من المنزل - الأيداع في مؤسسة إيوائية}.

٢- فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية، وما يصاحبها من أفكار ذاتية سلبية وغير منطقية، وكذلك فعالية في تحسين المهارات الاجتماعية ومستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات... بالإضافة إلى أفضليته في تحقيق النتائج الإيجابية وذلك لاستمرار العوائد الإيجابية للإرشاد المعرفي السلوكي حتى بعد انتهاء البرنامج لمدة تتراوح من شهر وحتى سنة كما يتضح من فترات المتابعة للدراسات في هذا المحور، وكذلك فعالية مع الأطفال .

فروض الدراسة Hypothesis of the study :-

اختبرت الدراسة الفروض التالية:-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي .

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الاكتئاب بعد ستة أشهر من تطبيق البرنامج الإرشادي .

حدود الدراسة limitsstudy:

تحدد الدراسة الحالية بالموضوع الذي يدور حول فعالية برنامج إرشادي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، وبطبيعة العينة ومنهج الدراسة وهو التصميم التجريبي، والأدوات المستخدمة، و البرنامج الإرشادي وفي ضوء ذلك:

١. تقتصر الدراسة الحالية على الأطفال في مرحلة التعليم الابتدائي والذين يبلغون من العمر { ١٠-١٢ عاماً} (الصف الرابع إلى السادس الابتدائي) بالمدارس الحكومية بمحافظة بورسعيد من المحرومين من الرعاية الوالدية والمودعين بالمؤسسات الإيوائية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية (الجمعية النسائية لتحسين الصحة - جمعية رمسيس للتنمية الاجتماعية) بمحافظة بورسعيد .

٢. تم استبعاد الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، كما خُص أطفال العينة من الأمراض الجسمية المزمنة كذلك الاختلالات العصبية والفسولوجية، كما اشترط ألا يعاني الأطفال من اضطرابات نفسيه أخرى كذلك ألتقل سنوات الإقامة داخل المؤسسة عن خمس سنوات، أما الحرمان إما يكون من الأب أو الأم أو كليهما بسبب الانفصال أو المستوى

الاقتصادي الاجتماعي أو الظروف الصحية أو السجن.. مع استبعاد عنصر الوفاة، كذلك ألا يكون الطفل ممن يتردد بصورة مستمرة على أسرته

٣. تقتصر أدوات الدراسة على:-

- اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة الملونة أعد المقياس باللغة العربية عبد الفتاح

القرشي (١٩٨٧).

Raven's Coloured progressive Matrices (CPM)

- مقياس الاكتئاب للصغار إعداد غريب عبد الفتاح (١٩٨٨) (CDI).

أعدده في الأصل ماريا كوفاكس (Kovacs 1983, 1985) بمعاونة أستاذها بيك صورة معدلة

من (BDI) Beck Depression Inventory

- استمارة بيانات أولية (إعداد الباحثة).

استمارة الأعراض الاكتئابية كما جاءت في (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي
١٩٩٤.

■ وصف وحدات البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي وجلساته :

لقد تم انتقاء محتوى الجلسات الإرشادية بناءً على الأهداف التي تم تحديدها في البرنامج وكذلك الإجراءات العملية بما تتضمنه من فنيات، والأسلوب الإرشادي والوسائل المستخدمة، وقد اشتمل البرنامج على أربع وحدات متصلة وليست منفصلة، وهذا التقسيم لتسهيل الإجراءات وتنظيمها وفقاً لأهداف الدراسة، وتشمل هذه الوحدات الإرشادية على ما يلي :

الوحدة الأولى (الجلسات من ١ - ٢) وهي المرحلة التمهيدية .

- الوحدة الثانية (الجلسات من ٣ - ١٣) وهي المرحلة الانتقالية المعرفية للبرنامج .

- الوحدة الثالثة (الجلسات من ١٤ - ٢٠) وهي مرحلة العمل .

- الوحدة الرابعة (الجلسات من ٢١ - ٢٦) وهي المرحلة الختامية .

جدول يوضح محتوى جلسات البرنامج الإرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية

المرحلة التمهيديّة (١-٢)					
رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	الفنيات (المعرفية والسلوكية)	الأنشطة	الأدوات المستخدمة
الجلسة الأولى	تمهيد وتعارف	٤٥-٦٠ دقيقة	المناقشة والحوار ، فنية القرين، النمذجة ، التعزيز و الواجبات المنزلية	لغوية اجتماعية	بطاقات ورقية ملونة
الجلسة الثانية	التعريف بالبرنامج	٤٥-٦٠ دقيقة	المحاضرة - المناقشة - التعزيز - النمذجة - الواجبات المنزلية	قصصى	مخططات توضيحية مطبوعة على ورق جلوسى - فوم ملصق عليه ورق جلوس مقطوع على هيئة بازل يوضح صور العظام على مر التاريخ ممن حرموا من الرعاية الودية

المرحلة الانتقالية (٣-١٦)					
رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	الفنيات (المعرفية والسلوكية)	الأنشطة	الأدوات المستخدمة
الجلسات (الثالثة والرابعة)	التعرف بالنموذج المعرفى	٤٥-٦٠ دقيقة	المحاضرة - المناقشة - ملأ الفراغات - لعب الدور - النمذجة - التغذية الراجعة - التعزيز - الواجبات المنزلية	قصص - تمثلى	بطاقات توضيحية ملونة - عروسة قفازية - بطاقات مصورة للشخصيات القصصية
الجلسات (الخامسة والسادسة)	الأفكار الآلية والبدائل	٤٥-٦٠ دقيقة	الحوار السقراطى - المناقشة الجماعية - إعادة البناء المعرفى - إعادة العزو - لعب الدور - قلب الدور - الحوار التخيلى - التعزيز - التغذية الراجعة - حل المشكلات - الواجبات المنزلية	قصص - فنى	مجموعة من الصور مطبوعة على ورق جلوسى - إسطوانة CD - أوراق عمل (إستمارتان) - بطاقات توضيحية ملونة - بالونات أقلام فلوماستر - عصى - ورق فوم - دبابيس ضاغطة

فعالية برنامج إرشادي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الودية

م.م / هبة كمال مكي حسن محمد

الجلسات (السابعة والثامنة)	الحديث الذاتي	٤٥ - ٦٠ دقيقة	الحوار السقراطي - الحوار التخيلي - المناقشة الجماعية - التغذية الراجعة - التعزيز - لعب الدور - الواجبات المنزلية	قصصية - لغوية	شرائح (power point) تعرض من خلال اللاب توب، بطاقات - صور - قصص - حافظة بها أوراق عمل الجلسة (استمارات الواجب المنزلي)
الجلسات (التاسعة و العاشرة)	تعديل الحديث الذاتي	٤٥ - ٦٠ دقيقة	الحوار والمناقشة الجماعية - التغذية الراجعة - الحوار التخيلي - لعب الدور - التعريض - التنفيذ / الدحض - التعزيز - نقطة مقابل نقطة - الواجبات المنزلية	قصصية - لغوية	بطاقات بها صور لبعض الموقف - حافظة بها أوراق عمل الجلسة (استمارات الواجب المنزلي)
الجلسات (الحادية عشر والثانية عشر)	أخطاء التفكير	٤٥ - ٦٠ دقيقة	لعب الدور - قلب الحوار - التخيلي - التغذية الراجعة - التعزيز - الاسترخاء - الواجبات المنزلية	قصص - لغوي	بطاقات - مواقف مصورة - حافظة بها أوراق عمل (استمارة مراقبة شخصية لبعض مواقف التوتر والهدوء اليومي - تمرين ٢)

مرحلة العمل (١٣-٢٠)					
الجلسات (الثالثة عشر والرابعة عشر)	أخطاء التفكير وتعديل أساليب التفسير	٤٥ - ٦٠ دقيقة	الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التعزيز - التلطف - الشعري - لعب الدور - الواجبات المنزلية	قصصية - لغوي	CD يعرض فيلم سينمائي للأطفال - بطاقات ملونة - مواقف مصورة - نظارة سوداء - قناعين - حافظة اوراق عمل (استمارات الواجب المنزلي)
رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	القياسات (المعرفية والسلوكية)	الأنشطة	الأدوات المستخدمة
الجلسات	التغلب على	٤٥ -	التغذية الراجعة - لعب	قصصية -	بطاقات ملونة - CD - حافظة بها

فعالية برنامج إرشادي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الودية

م.م / هبة كمال مكى حسن محمد

أوراق عمل الواجبات المنزلية	لغوى	الدور- التعزيز- حل المشكلات- الحوار الجدلى- التلطف الشعري- الواجبات المنزلية	٦٠ دقيقة	المشاعر السلبية [اليأس والفشل والتشاؤم/ الكسل والخمول والتعب]	(الخامسة عشر والسادسة عشر)
CD، بطاقات ملونة- عصي ملتصق بها علامة احذر- حافظه بها أوراق عمل الواجبات المنزلية	قصصى- فنى	التغذية الراجعة- التعزيز- الحوار والمناقشة- الواجبات المنزلية	-٤٥ ٦٠ دقيقة	الثقة بالنفس والاسترخاء	الجلسات (السابعة عشر والثامنة عشر)
ورق كوريشة- أوراق السوفيسفاء- شرائط ستان ملونة- أقلام فلوماستر- صمغ- بطاقات ملونة، CD، حافظه بها أوراق عمل الواجبات المنزلية	رياضى- موسيقى- قصصى	الحوار والمناقشة- التغذية الراجعة- التعزيز- حل المشكلات- الاسترخاء- الواجبات المنزلية	-٤٥ ٦٠ دقيقة	الاسترخاء	جلسات (التاسعة عشر والعشرون)

المرحلة النهائية (٢١-٢٦)

CD يمثل عرض لأفيال على المسرح - حافظه بها أوراق عمل الجلسات.	قصصى	التغذية الراجعة- التعزيز- التوكيدية- الحوار التخيلى- الواجبات المنزلية	-٤٥ ٦٠ دقيقة	التركيز على المخططات	الجلسات (الحادية والعشرون والثانية والعشرون)
بطاقات ملونة- CD	قصصى	الحوار السقراطى- التغذية الراجعة- التعزيز- الدور المحدد- الواجبات المنزلية	-٤٥ ٦٠ دقيقة	تغيير السلوك المستثار بالمخططات (التركيز على المخططات لمنع الانتكاس)	الجلسات (الثالثة والعشرون والرابعة والعشرون)

زمن البرنامج:

- يستغرق تطبيق البرنامج في إطار العام ٢٠١٣ ، أما بالنسبة لعدد الجلسات الأسبوعية فجاعت في المتوسط العام ١٢ جلسة أسبوعياً بمعدل ٢ جلسة في اليوم ، عدا يوم الجمعة وذلك لاشتراك الأطفال في بعض الأنشطة الرياضية والتعليمية خارج المؤسسة ، حيث يطبق البرنامج الإرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية في (٢٦ جلسة) ، استغرقت مدة الجلسة ٤٥ - ٦٠ دقيقة.
- وقد بدأ العمل في البرنامج في تاريخ ٩ / ٦ / ٢٠١٢ ، وانتهى العمل بالبرنامج في ٢٦ / ٦ / ٢٠١٢ م هذا ولقد تخلل البرنامج بعض الأيام لم يتم العمل فيها نظراً لظروف خاصة بالأطفال.

إجراءات الدراسة:

- للإجابة على تساؤلات الدراسة وتحقيق أهدافها سوف تتبع الباحثة الإجراءات التالية:
- (١) تحديد الإطار النظري ومفاهيم الدراسة حيث اشتملت على المفاهيم التالية:
 - الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية *children deprived from paternal care*
 - الأعراض الاكتئابية *Depression*
 - البرنامج الإرشادي *Counseling program*
 - (٢) استعراض الدراسات والبحوث السابقة حيث اشتملت على:
 - المحور الأول: دراسات تناولت الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية
 - المحور الثاني: دراسات تناولت فعالية التدخل المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية.
 - (٣) إعداد أدوات الدراسة *Tools of the study* وتقنينها.
 - (٤) إجراء دراسة استطلاعية مسحية لتحديد عينة من الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية ممن يعانون من الأعراض الاكتئابية والمودعين بالمؤسسات الإيوائية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بمحافظة بورسعيد.
 - (٥) اختيار عينة الدراسة النهائية (العينة التجريبية).
 - (٦) التطبيق القبلي للمقاييس (الاكتئاب) على مجموعة الدراسة.
 - (٧) تطبيق البرنامج الإرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية.
 - (٨) التطبيق البعدي للمقاييس السابقة على مجموعة الدراسة.

٩) التطبيق التبعي لمقياس الاكتئاب بعد ستة أشهر من انتهاء البرنامج.

١٠) المعالجة الإحصائية للبيانات ورصد النتائج وتفسيرها.

١١) صياغة التوصيات والمقترحات في ضوء النتائج.

ولقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :-

١. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي) على مقياس الاكتئاب ، ودرجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدى بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدى.

٢. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى على مقياس الاكتئاب، ودرجات أفراد نفس المجموعة في القياس التبعي.

مناقشة النتائج:

يوضح الجدول قيم (Z) لدلالة الفروق بين رتب درجات التطبيق (القبلي والبعدى)

لمجموعة الدراسة على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الأول

الدلالة	قيمة Z	القياس القبلي - البعدى				العدد (ن)	البعد
		مجموع الرتب		متوسط الرتب			
		السالبة	الموجبة	السالبة	الموجبة		
دالة*	- ٢,٥٢	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٤,٥	٨	الأعراض الاكتئابية

* دالة عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود فروق إحصائية دالة بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدى لنفس المجموعة على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لصالح القياس البعدى، وبما أن البرنامج الإرشادي يعمل على خفض الأعراض الاكتئابية فإن اتجاه البرنامج يعمل على خفض القيم السالبة وهو ما يتضح من نتائج الجدول السابق مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الأعراض الاكتئابية، ولقد جاءت قيمة (Z) دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض الأول.

تدل نتائج هذا الفرض على فعالية البرنامج الإرشادي الذي طبق على مجموعة الدراسة في خفض الأعراض الاكتئابية، حيث أظهر أفراد المجموعة التجريبية مستويات مرتفعة من الأعراض الاكتئابية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، ولكن بعد تطبيق جلسات البرنامج الإرشادي سج لأفراد

المجموعة التجريبية انخفاض في مستوى الأعراض الاكتئابية، وارتفاع في تقدير الذات والثقة بالنفس، وإقبال علي المشاركة في الأنشطة المختلفة والشعور بالاستمتاع عند ممارسة الهوايات المختلفة وإخراج طاقاتهم الإبداعية الكامنة من ثم توكيد الذات، كما أن الاشتراك في أنشطة البرنامج المختلفة أدى إلي خفض الأعراض الاكتئابية وزيادة المهارات الاجتماعية، وجدير بالذكر أن المسئول عن إحداث هذه التغيرات الفعالة هو تدريب الأطفال علي ممارسة الفنيات المعرفية السلوكية التي تعمل علي خفض الأعراض الاكتئابية وجعلها نهجاً في الحياة يستخدمه الأطفال في التصدي لكافة المشكلات المستقبلية التي تواجههم، ليس هذا فقط بل تعمل الفنيات المعرفية السلوكية علي ثبوت هذا التحسن حتي بعد مرور الوقت لأن الطفل يتعلم من خلال فعاليات البرنامج المعرفي السلوكي كيفية التعامل مع صعوباته بنفسه.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة، ومنها دراسة (Kahn, 1990) والتي قدمت برنامجاً إرشادياً قائم علي العلاج المعرفي لبيك والاسترخاء لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال، وبالنسبة لدراسة (Hamamci, 2006) فلقد أشارت إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في تقليل مستوى الاكتئاب والأفكار التلقائية السلبية والسلوكيات المختلة لدى أفراد العينة.

أما دراسة (McEvoy & Nathan , 2007) فتشير النتائج إلي تحسن أعراض الاكتئاب والقلق بشكل ملحوظ مما يؤيد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق نتائج مؤثرة، وبالنسبة لدراسة (Shirk, et. al., 2008) فلقد توصلت أيضاً إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية، وكذلك دراسة (Docteur, et. al., 2009) التي توصلت إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية فضلاً عن تحسين الوظائف المعرفية المرتبطة بالإصابة بالاكتئاب ثنائي القطب (مثل اضطرابات الذاكرة) حيث تشير إلي تحيز المجموعة التجريبية لتذكر الكلمات ذات المفهوم الإيجابي، إذ تتوقف معظم الدراسات علي الوقوف على أثر العلاج في خفض الاكتئاب دون الاهتمام بالتأثير المكتسب على الوظائف المعرفية الأخرى.

وتوصلت دراسة (Kennard, et. al., 2009) إلي فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي - في حالة أخذ دورات علاجية كافية منه - في خفض أعراض الاكتئاب، بالإضافة إلي النتائج الثانوية للبرنامج المتمثلة في اكتساب مهارات حل المشكلات والمهارات الاجتماعية، في حين توصلت دراسة (Roberts, et. al., 2010) إلي فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية والقلق لدى الأطفال، أما دراسة (Peratikos, 2011) فلقد أشارت إلي العلاج باللعب والعلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى الأطفال المكتئبين.

أما دراسة (Calear & Christensen, 2010) فلقد أشارت إلى كون الاكتئاب واحد من أهم الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين، ولكنه يظهر لدى الأطفال في صورة اكتئاب تحت إكلينيكي (أعراض اكتئابية) ولكن إذا ما استمر حتى مرحلة المراهقة يتحول إلى اكتئاب حاد ومزمن نتيجة تزايد ضغوط وأعباء المرحلة العمرية الجديدة، ولقد لعب التدخل المعرفي السلوكي المدرسي دوراً جوهرياً في خفض الاكتئاب لدى تلاميذ المدارس حيث تعد المدرسة بيئة خصبة وصحية لتطبيق مثل هذه البرامج، كما أننا بحاجة ماسة لتدخل وقائي في مرحلة الطفولة المتأخرة للحد من الأعراض الاكتئابية قبل أن ينتقل الطفل إلى مرحلة المراهقة وما يلزمها من أعباء جديدة تزيد من حدة الأعراض الاكتئابية، كما أوصت بضرورة ادخال برامج الصحة النفسية في المدارس بما يساعد على التصدي للعديد من المشكلات الاتفاعلية والوجدانية.

كما تتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت تقديم برامج إرشادية للأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية بصفة خاصة ومن هذه الدراسات دراسة (1993Rawson& Tabb) إذ دعمت النتائج بقوة فرضية الدراسة من حيث انخفاض الأعراض الاكتئابية لدى أطفال المجموعة التجريبية ممن تعرضوا للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي قصير المدى، كما أكدت الدراسة على أن الدعم الاجتماعي الإيجابي حسن من القدرة على التحكم في السلوك وكذلك الأداء الأكاديمي وكلاهما في صورته السلبية يؤدي الى تطور الأعراض الاكتئابية، كذلك نتج عن البرنامج ارتفاع مستوى الثقة بالنفس وانخفاض مستويات القلق والتوجه الداخلي في التفكير كل هذه المتغيرات جاءت مرتبطة بانخفاض الأعراض الاكتئابية.

وفي هذا الصدد تشير نتائج دراسة كمال يوسف (٢٠١١) إلى انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية بمتوسط (٤,٦) وانحراف معياري (٤,١) ويظهر ذلك من خلال تعرض الأطفال المحرومين لصدمة الفقد والحرمان فضلاً عن التعرض لخبرة الابداع في مؤسسة إيوانية كبديل للأسرة، مما يجعلهم ينظرون إلي أنفسهم نظرة دونية تشعرهم بالنقص والرفض للمجتمع وهو ما يدعمه نظرة المجتمع لأطفال المؤسسات الإيوانية مما يشعرهم بمزيد من الرفض والحرمان.

وهو ما لمستته الباحثة بصورة واضحة من خلال رفض الأطفال للتعاون الفعال في بداية الجلسات لاعتقادهم أنهم مجرد دمي أو فئران تجارب يعبت بها كل من يريد إجراء بحث في هذا الميدان، والذي وضح من خلال تعرض الباحثة للعديد من المضايقات من الأطفال في بداية الجلسات، ولكن بمجرد البدء في فعاليات البرنامج والتأكيد علي العلاقة التعاونية بين الباحثة والأطفال، كذلك العمل علي الاستماع للأطفال والتعبير الحر عن مشكلاتهم بعيداً عن فعاليات البرنامج من خلال جلسات الحوار المفتوح، بدء الأطفال يتعاونون بل ويحرصون علي المشاركة

الفعالة خلال الجلسات ،أكثر من ذلك كانوا يستعدون للجلسات و يتزينون قبل لقاء الباحثة،الأمر الذي تطور إلي حرصهم علي تحقيق تقدم ملحوظ من خلال البرنامج سعيًا منهم لعقد مزيد من البرامج كنتيجة لما حققوه من تقدم ،الأمر الذي تجلي واضحًا في نهاية البرنامج عند عقد حفلة ختامية شارك فيها كل الأطفال بالمؤسسة واستمتعوا بما قدمته الباحثة من هدايا وحلوي في حين عزف أفراد المجموعة التجريبية عن المشاركة في الحفلة رغبة منهم في عدم إنهاء فعاليات البرنامج الإرشادي ،وهو ما دفع الباحثة للإقرار بأن تلك الفئة من الأطفال هي في أمس الحاجة إلي من يستمع إليهم بحرص وانصات وحب واهتمام...إلي من يعيد البناء المعرفي لتشوهماتهم المعرفية أكثر من العطف عليهم بالهدايا والملابس واللعب إذ تعمل تلك السلوكيات علي تعميق احساسهم بالنقص من ثم رفضهم للمجتمع .

توصيات الدراسة :

- تقدم الباحثة في حدود الدراسة الحالية واستنادا إلى ما توصلت إليه من نتائج المقترحات التالية :
- ضرورة الاهتمام بالأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية بمختلف أشكال الحرمان على الوجه الأكمل إذ تمثل تلك الفئة -إذا ما لم يتم التدخل المباشر للكشف عن مشكلاتهم وإمدادهم بما ينقصهم لإشباع حاجاتهم الرئيسية - قنابل موقوتة تنفجر في وجه المجتمع وتشكل خطورة على أمنه وسلامته وتقدمه .
 - الاهتمام بالتشخيص المبكر للاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال بحيث يعتمد التشخيص على محكات وأدوات تشخيصية متعددة ، وذلك من أجل تيسير التدخل المبكر للحد من مشكلات هذه الفئة لمحاولة إعادتها للمجتمع كفئة نافعة تسهم في تقدمه .
 - ضرورة إنشاء مراكز إرشادية متخصصة لإعادة تأهيل الأطفال الذين تعرضوا للحرمان من الرعاية الوالدية .
 - الاهتمام بالبرامج الإرشادية التي تتصدي لآثار النفسية المترتبة على تعرض الطفل لخبرات الفشل والاحباط خاصة البرامج المعرفيه السلوكية لتناولها للطفل ككيان تكاملي (جانب عقلي ووجداني وسلوكي) مع إعادة البناء المعرفي للأساليب الخاطئة المستخدمة في التفكير .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- (١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) . الطب النفسي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- (٢) أماني إبراهيم الدسوقي (٢٠١١) . فعالية برنامج قائم علي اللعب في خفض مستوى الإكتئاب لدي الأطفال اليتامي ، مجلة كلية التربية بالإسماعلية ، جامعة قناة السويس، العدد (٢٠) ، ١٦-١ .
- (٣) أمينة ابراهيم حسن الهيل (١٩٩٦) : دراسة لبعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالتوافق الزوجي لدى المرأة القطرية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- (٤) أنس محمد أحمد قاسم (٢٠٠٢). أطفال بلا أسر ، ط١، الإسكندرية :مركز الاسكندرية للكتاب .
- (٥) السيد مصطفى السنباطي (٢٠٠٧) . تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الأطفال بلا مأوى مع تصور مقترح لبرنامج إرشادي لتحسين مستوى تقدير الذات ، رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- (٦) بيرنى كوروين وبيتر رودل وستيفن بالمر (ترجمة محمود عيد مصطفى) (٢٠٠٨) . العلاج المعرفي - السلوكي المختصر . القاهرة : دار إيتراك .
- (٧) جيفرى يونج وأرون بيك وآرثر واينبرجر (ترجمة صفوت فرج) (٢٠٠٢) : مرجع إكلينكى فى الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي (الفصل الرابع : الاكتئاب) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية (تحرير ديفيد باولو) .
- (٨) حنان عبد اللطيف الدوخى وأحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٤) . الاكتئاب والعدوان لدى عينات من الاحداث الجانحين ومجهولى الوالدين والمقيمين مع أسرهم ، دراسات نفسية ، مج ١٤، العدد(٤) ، ٥٤١ - ٥٧٣ .
- (٩) زكريا الشربيني (٢٠٠٥) . المشكلات النفسية عند الأطفال ، القاهرة : دار الفكر العربى .
- (١٠) سعيد حسنى العزة (٢٠٠٢) . التربية الخاصة للأطفال ذوى الحاجات الخاصة ، عمان :دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- (١١) _____ (٢٠٠١) . الإرشاد والتوجيه النفسى للأطفال، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب .
- (١٢) سهير أحمد كامل (١٩٩٢) . الانفصال عن الأسرة فى الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب ، مجلة دراسات نفسية ، رابطة الاحصائيين النفسية المصرية ، ك ٢ ، ج (١) ، ٢٤-١ .

- (١٣) صفاء الأعسر وعلاء الدين كفاقي وعزيزة السيد وفيصل يونس وفادية علوان وسهير غياشي (٢٠٠٥) . السعادة الحقيقية ، ط١، القاهرة: دار العين للنشر.
- (١٤) صفيه سيد فرجاتي و زينب عبد العليم بدوي وعبد الناصر السيد عامر ومغاوري عبد الحميد (٢٠١١) . النموذج البنائي لبعض متغيرات الشخصية لد أبناء دعاوي الحضانة بمحكمة الأسرة ، مجلة كلية التربية بالإسماعلية، جامعة قناة السويس، العدد (٢٠)، ١٥١-١٨٢.
- (١٥) عبد الباسط متولى خضر ونجوى شعبان محمد خليل (١٩٩٩). النموذج السببي للعلاقة بين الخجل والاكتئاب والشعور بالوحدة واضطراب القلق المعمم لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة، العدد(٣٤)، ٣٩-٦٧.
- (١٦) عبد الستار إبراهيم (٢٠١٠) . السعادة الشخصية في عالم مشحون بالتوتر و ضغوط الحياة ، ط٢، القاهرة : دار العلوم للنشر.
- (١٧) عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٨) . فى الصحة النفسية ، القاهرة : دار الفكر العربى .
- (١٨) غريب عبد الفتاح غريب (١٩٨٨) . كراسة تعليمات وقائمة معايير مقياس الاكتئاب (د) للصغار ، القاهرة : دار النهضة العربية .
- (١٩) فاطمة أحمد علي ناصف (١٩٩٨) .دراسة مقارنة للمشكلات النفسية لاطفال المؤسسات الايوائية فى الاعمار المختلفة للمرحلتين (الابتدائية - الاعدادية)، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- (٢٠) فؤادة محمد على هدية (١٩٩٨) . الفروق بين أبناء المتوافقين زواجيا وغير المتوافقين فى كل من درجة العدوان ومفهوم الذات ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد (٤٧) ، ٦-٢١ .
- (٢١) فيكي مود (٢٠٠٧) .الضغط العصبي والاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، ط٢، القاهرة : دار الفاروق.
- (٢٢) فيولا البيلاوى (٢٠٠٥). قصور التفاعل الوظيفى بين الوالدين والطفل: دراسة تنبؤية لاضطراب بعض جوانب الصحة النفسية لدى الأطفال ، المؤتمر السنوى الثانى عشر، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس، ٣٤٥ - ٣٧٢.
- (٢٣) كمال يوسف بلان (٢٠١١). الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام من وجهة نظر المشرفين عليهم، مجلد جامعة دمشق، مج ٢٧، العدد (١،٢)، ١٧٧-٢١٩.
- (٢٤) كيث كراملينغر (٢٠٠٥) . حول الاكتئاب ، القاهرة : الدار العربية .

- ٢٥) لطفي عبد العزيز الشربيني(٢٠١٢).الدليل إلي فهم وعلاج الاكتئاب ،الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية ،العدد(٢٣).
- ٢٦) لويس كامل مليكة (١٩٩٠) . العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الكويت : دار القلم .
- ٢٧) محمد سعيد سلامة هندية (٢٠٠٣) . مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الاطفال ،رسالة الدكتوراة غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- ٢٨) مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعايطه (٢٠٠٧) .الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، عمان : دار المسيرة .
- ٢٩) منى محمد ابراهيم على هبد (٢٠٠٢) : دراسة فاعلية برنامج ارشادي في خفض بعض المخاوف الشائعة لدى اطفال المؤسسات الاجتماعية (٤-٦سنوات) ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- ٣٠) نفين صابر عبد الحكيم السيد (٢٠٠٩) . ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للإحتراف ، مجلة كلية الداب ، جامعة حلوان، العدد(٢٦) ، ٦٩٥-٧٣٢.
- ٣١) نيرة عز السعيد عبد الفتاح (٢٠٠٤) . مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي في تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب ، رسالة دكتوراة ، معهد دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس .
- ٣٢) نيفين سيد اسماعيل محمد (٢٠٠٥). فعالية لعب الدور في تنمية مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأبوين ،رسالة ماجستير ، كلية التربية بالإسماعيلية ، جامعة قناة السويس.
- ٣٣) هالة سيد عبد العزيز محمد (١٩٩٨) . التوافق الزواجي وعلاقته بدرجة العدوانية لدى الابناء من ٢-١٠ سنة ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- ٣٤) هناء محمد جبر ال ثاني (٢٠٠٤) : مدى فاعلية برنامج لتنمية المهارات المعرفية لدى عينة من الطالبات ذوات السمات الاكتئابية في المرحلة الثانوية بمدارس قطر ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- ٣٥) وفيق صفوت مختار(٢٠٠٥). سيكولوجية الطفولة ،القاهرة:دار غريب.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 36) Caelear A and Christensen H (2010) : Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression ,
Journal of Adolescence Vol 33, 429-438.
- 37) Docteur A., Sarron M., Updapilleta I., Guelfi J., Rouillon F., (2009) :
Treatment of Emotional Information and Self Representation of Bipolar
Type 1 Patients After Combined Medical and Cognitive Behavior
Therapy, Annales Médico-Psychologiques, revue Psychiatrique, Vol
167-Issue 10:pp779-786, Dec.
- 38) Hamamci, Z. (2006) : Integrating Psychodrama and Cognitive
Behavioral Therapy to Treat Moderate Depression, The Art In
Psychotherapy, Vol. 33 (3), P. 199-207.
- 39) Harrington, R. (1995). Depressive Disorder in Childhood and
Adolescence, New York, John Wiley.
- 40) Kahn, J. (1990) : Comparison of Cognitive Behavioral, Relaxation,
and Self Modeling Interventions for Depression among Middle-School
Students, School Psychology Review, Vol 19 (2), pp 196-211.
- 41) Kennard, B.; Clark, G.; Weersing, R.; Asarnow, J.; Shamseddeen,
W., et al (2009) : Effective Components of Tordia Cognitive Behavior
Therapy for Adolescent Depression Preliminary Findings, Journal of
Consulting and Clinical Psychology, Vol. 77, (6): pp 1033-1041
- 42) Mash, E., Wolfe, D. (1999) : Abnormal Child Psychology,
Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA.
- 43) McEvoy, P. and Nathan, P. (2007) : Effectiveness of Cognitive
Behavior Therapy For Diagnostically Heterogeneous Group: A
Benchmarking Study, Journal of Consulting and Clinical Psychology,
Vol. 75 (2) :pp 344-350. McEvoy, P. and Nathan, P. (2007) :
Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy For Diagnostically
Heterogeneous Group: A Benchmarking Study, Journal of Consulting

and Clinical Psychology, Vol. 75 (2) :pp 344–350.

44) Nyamathi A, Marfisee M, Slagle A, Greengold B, Liu Y, Leake B. (2012) : Correlates of depressive symptoms among homeless young adults. West Nurs Res J. ,vol34(1) : pp 97–117.

45) Peratikos, A. (2011). Cognitive Behavioral Play Therapy for Children with Depression: A Manual For Individual Treatment, Dissertation Abstracts International, Vol 71 : pp1–12.

46) Rawson R and Tabb L (1993) : Effects of therapeutic intervention on childhood depression , Child and Adolescent social journal , vol 10(1): pp39–52 .

47) Roberts M, Robert K, Brian B, Donna C, Jamie F, Bret H (2010) : The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools , Behaviour Research and Therapy . vol 48 :pp 68–73.

48) Rutter M, Colvert E, Kreppner J, Beckett C, Castle J, Groothues C, Hawkins A, O'Connor TG, Stevens SE and Sonuga-Barke EJ(2007) : Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. : disinhibited attachment, J . Child Psychology Psychiatry; vol 48(1): pp 17–30.

49) Shirks, S.; Gudmundsen, G.; Kaplinsk, C.; McMakin, D. (2008) : Alliance and Outcome in Cognitive – Behavioral Therapy for Adolescent Depression, Psychology, Vol. 37 (3): pp 631–639

50) Sukhodolsky, D.; Kassinove, H.; Gorman, B. (2004). Cognitive – Behavioral Therapy For Angering Children and Adolescent: A Meta-Analysis, Aggression and Violent Behavioral, Vol. 9, Issue (3):pp 247–269.