العلاج باللعب ومدى فاعليته في خفض أعراض إضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال المُساء إليهم جنسياً

فيصل محمد خير الزراد **سيرين ربيع النبا**

جامعة عمان الأهلية

المخلص:

الهدف من هذه الدراسة التحقق من فعالية العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) لدى عنية من الأطفال المُساء اليهم جنسياً ، تألفت عينة الدراسة من ثلاثين طفلاً من المُساء اليهم جنسياً في مؤسسة الحسين للخدمات الاجتماعية في الأردن ، ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة من إعداد الباحثة ايمان السنباني (2005) والذي تم تقنينه في الأردن ، وعرضه على محكمين ، وله صدق وثبات عاليين .

ثم تم توزيع أفراد العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية وتكونت كل مجموعة من (15) طفلاً ، منهم (8 ذكور ، 7 إناث) في كلا المجموعتين التي تراوحت أعمارهم ما بين (6–12) سنة .

تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامج العلاج النفسي القائم على اللعب ، في حين تُركت المجموعة الضابطة دون أي تدخل علاجي . وقد تكون البرنامج من (30) جلسة علاج نفسي باللعب ، (20) جلسة فردية ، تتراوح مدة الجلسة بين (35–45) دقيقة و (10) جلسات جماعية ، مدة الجلسة من (60–90) دقيقة . واحتوى البرنامج على التقنيات العلاجية التالية : تقنية التعبير بالفن ، تقنية الدمى المتحركة ، تقنية رواية القصة ، وتقنية اللعب الجماعي .

ولم يتلقى الأطفال أية علاجات نفسية أو علاجات دوائية سابقة ، واقتصر العلاج على العلاج الترفيهي من خلال الأنشطة المعدة لهم .

وتبين من النتائج وجود فروق بين العينة التجريبية ، العينة الضابطة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) ولصالح العينة التجريبية وتم مناقشة النتائج ووضح توصيات علمية وعملية في ضوء ذلك .

الكلمات المفتاحية : العلاج النفسي باللعب ، الاساءة الجنسية للأطفال ، اضطراب ما بعد الصدمة

المقدمة :

من أكثر الحوادث الصادمة للأفراد ولا سيما فئة الأطفال والمراهقين هي حالات الاعتداء الجنسي بتعدد صورها وأشكالها . حيث ذكر تقرير نشره المركز الوطني الأمريكي لاضطراب ما بعد الصدمة في عام (2011) أن عدد الحالات المسجلة لدى أطفال يبلغ (5.5) مليون طفل سنوياً ، كما ويشكل الإعتداء الجنسي سبباً لها في أكثر من 500 ألف حالة . بالأضافة لذلك أوضحت الدراسات التي أجراها المركز أن متوسط التعرض للإعتداء الجنسي لدى الأطفال يصل إلى 1 لكل 6 أطفال ذكور و 1 لكل 4 أطفال إناث .

(شبكة الإنترنت http://www.ptsd.va.gov\public\pages\child-sexuaol-abuse.asp)

كما وقد أوضح التقرير تنوع الأشخاص المعتدين على الأطفال ، حيث إن الغالبية العظمى منهم أي مايعادل 6 من كل 10 حالات ، تكون على علاقة مسبقة مع الطفل ولكن ليسوا أفراداً في عائلته مثل أصدقاء لأفراد آخرين في العائلة أو من جيران أو مربية منزلية أو سائق خاص . بينما يكون الجاني أحد أفراد العائلة كالأب أو العم أو الخال في 3 من كل 10 حالات .

(شبكة الإنترنت http://www.ptsd.va.gov\public\pages\child-sexuaol-abuse.asp)

ويذكر كل من سويتز و ماناريو وبيرلينر وكوهين (Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000) أنه من شأن الإعتداء الجنسي أن يُخلف اضطرابات وعوائق أثناء الطفولة والتي قد تشمل إكتئاب وقلق واضطرابات سلوكية قد تكون ذات نزعة جنسية . كما وقد تمتد هذه الأضرار عند الكبر وتصل إلى إدمان مواد محظورة ، ورهاب إجتماعي وإكتئاب قد يصل لمحاولات الإنتحار .

ونظراً لما تعانيه مجتمعاتنا العربية من تحرش جنسي وإساءة جنسية لدى الأطفال وما يعانيه هؤلاء الأطفال بسبب الاساءة الجنسية من آثار إضطراب ما بعد الصدمة P.T.S.D ، أراد الباحثان الكشف عن هذه المشكلة ومحاولة علاجها عن طريق تقنيات العلاج باللعب من أجل مساعدة هؤلاء الأطفال للتخلص من الأعراض التي يعانون منها وإعادة التكيف لهم والحفاظ على نموهم السليم .

وفي هذا الأطار أجرت الباحثة حويان (2011) دراسة كان الهدف منها إستقصاء فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى مفهوم الذات والمهارات الإجتماعية والمرونة النفسية (القدرة على التعافي) لعينه من الأطفال مُساء إليهم جسدياً وجنسياً . واستخدمت في البرنامج العلاج باللعب (أساليب قائمة على رواية القصص ، أساليب قائمة على الفنون التعبيرية ، أساليب قائمة على استخدام الدمى ، أساليب قائمة على استخدام الألعاب المعبّرة عن موضوعات ، وأساليب قائمة على ألعاب التسلية والمرح) ، وتكونت عينة الدراسة من (6) أطفال مُساء إليهم جسدياً في مدينة عمان ، وتتراوح أعمارهم ما بين (6-11سنة) . وقد تمّ إستخدام منهج دراسة الحالة (The method of case study) ، وإستخدام ثلاثة مقاييس الأول مقياس مفهوم الذات ، ومقياس المهارات الإجتماعية ، ومقياس المرونة الإجتماعية . وأظهرت النتائج تحسناً ظهر على كل فرد من أفراد الدراسة في مستوى مفهوم الذات والمهارات الإجتماعية والمرونة النفسية نتيجة العلاج النفسي باللعب .

أما الباحثة (السنباني ، 2005) فقد أجرت دراسة إستهدفت التحقق من فاعلية برنامج علاج سلوكي معرفي في تخفيف أعراض إضطراب ما بعد الصدمة لأطفال مُساء إليهم جنسياً وجسدياً في اليمن ، وتكونت عينة الدراسة من (30) طفل ، تم توزيعهم إلى مجموعتين (ضابطة وتجريبية) ، وكل مجموعة تكونت من (15) فرداً ذكور وإناث، وقد تم تطبيق برنامج علاج سلوكي معرفي ، الذي تكّون من (13) جلسة فردية على أفراد المجموعة التجريبية ، بينما المجموعة الضابطة لم يتم تعريضها لأي برنامج علاجي . وأشارت النتائج إلى وجود فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في تخفيف أعراض إضطراب ما بعد الصدمة ، وفعاليته في تخفيف أعراض بعض الإضطراب النفسية التي تصاحب إضطراب ما بعد الصدمة مثل القلق والإكتئاب . وهناك بعض الدراسات الأجنبية استخدم فيها تقنيات علاجه أخرى لعلاج الأساءة الجنسية لدى الأطفال مثل دراسة ميشرل .(Misurell,2010) ، التي هدفت إلى الكشف عن الفاعلية للعب المستند إلى النظرية السلوكية المعرفية مع الأطفال الذين تعرضوا لإساءة جنسية وعوملوا بخشونة ، حيث حاولت الدراسة التعرف على أثر العلاج باللعب السلوكي المعرفي في خفض بعض المشكلات المرتبطة بإساءة المعاملة الجنسية والمعاملة بخشونة كالقلق ،

والإكتئاب ، والصدمة النفسية ، وإضطراب السلوك الجنسي غير المناسب ، وتدني إدراك الذات ، لدى عينة من الأطفال المُساء إليهم جنسياً تتراوح أعمارهم بين (5–10) سنوات ، وبلغت عينة الدراسة (37) من الإناث و (23) من الذكور . وتم إستخدام كل من مقياس المهارات الإجتماعية ، ومقياس السلوك الجنسي ، ومقياس الصدمة النفسية، ومقياس لتقدير الذات ، وإستبانة التعرف على الإساءة الجنسية .

أظهرت النتائج البعدية أن البرنامج العلاجي باللعب قد خفف من حدّة المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال ، إضافة إلى التحسن الذي ظهر في المهارات الإجتماعية وإدراك الذات لديهم .

أما الباحثة كامدن (Camden, 2009) ، فقد أجرت دراسة كان الهدف منها التعرف على سلوكيات العلاج باللعب ومحتوى الإساءة الجسدية والجنسية بين مجموعتين من الأطفال المُساء إليهم وغير المُساء لهم . وتكونت عينة الدراسة من (63) طفل تراوحت أعمارهم ما بين (3–5) سنوات . وتبين من النتائج ، بأن لدى الأطفال المُساء إليهم مستوى عدوانية أعلى في جلسات اللعب مقارنة بالإناث . كما أن الأطفال الذين تعرضوا إلى إساءة جسدية وجنسية تكرر لديهم بشكل أعلى محتوى الاستثارة الانفعالية المستمرة مقارنة بالأطفال غير المُساء إليهم .

وفي دراسة أخرى أجراها كل من ريس وجيمس (Reyes & James, 2005) فقد أجريتا دراسة طولية كان الهدف منها تقييم أعراض إضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المُساء إليهم الذين يشاركون بأنشطة العلاج باللعب ، وكانت عينة الدراسة من (66) طفلاً من المُساء إليهم جنسياً ، اشتركوا بأنشطة العلاج باللعب ، إلى جانب اختبار فاعلية العلاج القائم على اللعب في علاج أعراض الصدمة ، وأشارت النتائج إلى أن أعراض الصدمة قد إنخفضت بعد مرور ستة أشهر ، كما إنخفض أيضاً بشكل دال أعراض القلق ، والإكتئاب ، ومستوى الكرب الجنسي . وقد خرجت الدراسة بمجموعة توصيات من بينها إجراء تقييم منتظم لفاعلية العلاج باللعب مع الأطفال المُساء إليهم.

وهذه الدراسات العربية والأجنبية تؤكد على أهمية موضوع الإساءة للأطفال .

مشكلة الدراسة (The problem)

تحدد مشكلة الدراسة ، في التعرف على مدى فاعلية برنامج علاج باللعب لحالات أطفال عانوا من إضطراب ما بعد الصدمة (في المجتمع الأردني) بسبب الإساءة الجنسية لهم . ومن أجل مساعدة هذه الحالات على التخلص من الأعراض التي يعانون منها والعمل على اعادة التكيف والحفاظ على نموها السليم .

أهمية الدراسة :

تتجلى الدراسة من خلال النقاط التالية :

1- دراسة حالات الأطفال الذين يعانون من إساءة جنسية أو تحرش جنسي في مجتمعاتنا العربية .
2- زيادة انتشار مثل هذه الحالات في عالمنا العربي .
3- العمل على رعاية الطفولة في هذه المرحلة الهامة من النمو .
4- تطوير البحوث العلمية في هذا الاتجاه .
5- وضع توصيات علمية وعملية للمؤسسات المعنية بالأمر للحد من هذه المشكلة .

تعريف متغيرات الدراسة (التعريف بالمصطلحات)

العلاج النفسي باللعب

عرفت الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي باللعب (Association (APT, 2001) for Play Therapy) ، بأنه: "الإستخدام المُنظّم للنماذج النظرية لإقامة علاقة بينشخصية (Interpersonal) ، في حين يُوظف المعالج القدرة العلاجية للعب لمساعدة العميل (الطفل) على التعامل مع التحديات الحالية التي تواجهه ، والوقاية من مشكلات مستقبلية، لتحقيق نمو طبيعي في المظاهر النمائية كافة" .

إضطراب ما بعد الصدمة

يُعرف سادوكس وسادوكس (Sadock's & Sadock's, 2004) إضطراب ما بعد الصدمة على أنه مجموعة من الأعراض تظهر بعد تعرض الفرد (سواء بالرؤية أو بالسمع) لحادث صادم بشدة ، حيث تظهر إستجابة الفرد لهذه التجربة على صورة خوف، أو عجز ، مما يؤدي إلى إعادة معايشة الحدث بشكل مستمر ، ومحاولة تجنب هذا الحدث بشتى الطرق .

الإساءة إلى الأطفال :

عرّفت منظمة الصحة العالمية (World Health Orginzation (WHO,2007)) ، الإساءة إلى الأطفال بأنها "جميع أشكال المعاملة الجسدية أو العاطفية السيئة ، والإساءة الجنسية ، والإهمال ، أو المعاملة المهملة ، المؤدية إلى إلحاق أذى فعلي أو محتمل لصحة الطفل وبقائه وتطوره ونموه أو كرامته في سياق علاقة من المسؤولية والثقة أو القوة .

الإساءة الجنسية

بحسب المركز الوطني الأمريكي لإضطراب ما بعد الصدمة (2011 NCPTSD,) تُعرف الإساءة الجنسية على أنها أي سلوك جنسي يتم ما بين طفل وشخص راشد ، تشمل صور متعددة من الإتصال الجسدي كالتقبيل واللمس والجنس الفموي والشرجي والمهبلي ، او التعري أما الطفل ، أو إجباره على مشاهدة أفلام إباحية ، أو التلفظ بمفردات جنسية ، أو استغلال الطفل في ممارسات بغي ودعارة .

التعريفات الإجرائية

العلاج النفسي باللعب

يعرّف الباحث العلاج النفسي باللعب على أنه مجموعة الإجراءات والتدريبات العملية المقدمة للأطفال ، وقد اختارت الباحثان كل من تقنية : (رواية القصة ، وتقنية التعبير بالفن ، وتقنية الدمى المتحركة ، وتقنية اللعب الجماعي) ، كتقنيات تطبق على عينة الأطفال ، ولأن لهذه التقنيات خصائص علاجية تناسب الأعراض التي يعاني منها أطفال إضطراب ما بعد الصدمة.

إضطراب ما بعد الصدمة

يُعرف إضطراب ما بعد الصدمة إجرائياً بالدرجة التي ينالها الطفل على مقياس إضطراب ما بعد الصدمة ، والذي قامت بإعداده الباحثة إيمان السنباني . (السنباني، 2005)

الإساءة الجنسية

تعرفت الباحثة على الأطفال المُساء إليهم جنسياً وفق البلاغ الأمني المرفق في الملفات الخاصة با لأطفال في المؤسسة ، وعن طريق السجلات الطبية ، بالإضافة إلى تقارير الأخصائيات الاجتماعيات عن سلوكيات الأطفال.

الدراسات السابقة :

ماهو العلاج باللعب (Play Psychotherapy)

تعددت التعريفات التي تناولت العلاج النفسي باللعب ، فقام شايفر (1993 ,Schaefer) يتعريفه ، بأنه عملية بينشخصية (Interpersonal) ، حيث يقوم المعالج المدّرب باستخدام التقنيات العلاجية للعب (لعب الدور ، التواصل ، التفريغ) ، لمساعدة الطفل على التعامل مع المشكلات النفسية التي تواجهه ، والوقاية من مشكلات مستقبلية . ويستخدم المعالج باللعب مجموعة من الأساليب والتقنيات التي تُحدد كيفية إستخدام مواد اللعب من أجل ضمان الإستخدام العلاجي المناسب لها وتحقيق الهدف المطلوب .

أما شين وكرستوفر (Schen & Christopher, 2000) ، فيُعرفان العلاج النفسي باللعب على أنه أسلوب علاجي لمساعدة الطفل الذي يمرّ بصعوبات إنفعالية أو صدمة نفسية ، أو مشكلات عائلية مثل حالات الطلاق ، والإساءة والعدوان .... وما شابه ذلك .

وفي الدراسات العربية نجد (الأشوال ، 1987) الذي عرّف العلاج النفسي باللعب على أنه : "طريقة من طرق العلاج النفسي ، حيث يلاحظ إستخدام الطفل لأدوات اللعب وتخيلاته أثناء اللعب ، ويعمل المعالج النفسي على تفسير ذلك ، والجدير بالذكر أن هذه الطريقة ذات فائدة كبيرة سواء مع الأطفال العاديين أو غير العاديين حيث تساعدهم على الكشف والتنفيس عن رغباتهم وميولهم وما يعانونه من صراعات وخبرات مؤلمة" .

وقام (زهران ، 1997) يتعريف العلاج النفسي باللعب على أنه : "طريقة من الطرق الهامة في علاج الأطفال المضطرابين نفسياً ، واللعب هو أي سلوك يقوم به الفرد دون غاية عملية مسبقة ، وهو يُعد أحد الأساليب الهامة التي يعبر بها الطفل عن نفسه ، ويفهم بها العالم من حوله" .

ونجد في الإطار النظري عدة تعريفات للعلاج النفسي باللعب ، تتفق على أن العلاج النفسي باللعب ، يقوم على إعطاء الطفل حريته بالتعبير عن مشاعره وأحاسيسه وإنفعالاته وصراعاته الداخلية غير القادر للتعبير عنها بشكل مباشر ولفظي ، والتي تشكل له مصدراً لتهديد الذات ، والقلق ، أو مصدراً للإضطرابات السلوكية والنفسية .

فائدة العلاج باللعب

أشرنا في فقرة سابقة إلى تعريف العلاج النفسي عن طريق اللعب ، وسنشير فيما يلي إلى فائدة العلاج باللعب ، حيث تعتبر عملية العلاج النفسي باللعب عملية علاجية تدخلية ، تُستخدم كآلية للسماح للأطفال الذين خبروا أعراض إضطراب ما بعد الصدمة وبسبب تعرضهم لإساءة جنسية ، بإستعمال الرموز (الألعاب) ليُعّبروا عن عالمهم الداخلي ، ولإسقاط وتجسيد مشاعرهم وأفكارهم نحو العالم الخارجي ، مما يؤدي إلى مساعدتهم على معرفة مشكلاتهم وحلّها ، والتحقق من أسباب الصراع النفسي ، ومن مشكلات التواصل لديهم ، والتعبير عن وجدانهم . فالأطفال هم أكثر قدرة – فطرياً – على التعبير من خلال اللعب ، وتكون تعبيراتهم إما بشكل مباشر أو غير مباشر (رمزياً)، أي بإستخدام أدوات اللعب ، حيث يعبر الطفل عن تجاربه التي لا يمكن أن يُعبّر عنها بواسطة الكلمات . ويتم إستخدام العلاج النفسي باللعب بشكل كبير لعلاج مشاكل الأطفال السلوكية والعاطفية ، وغيرها من المشكلات . (Gill, 1991) .

مثلاً إن رسم صورة أو سرد رواية قصة ، يعني ،أنه يقوم بجلب جوانب من خبراته إلى القصة أو الصورة ، وعندما يقوم الطفل بهذه العملية ، فإنه يقّوي ذاته وتصبح لديه القدرة على السماح للآخرين بمساعدته في التعبير عن مشاعره التي منعت من التعبير، فالأطفال الذين خبروا تجربة صادمة مثل الإساءة ، (أو موت شخص عزيز ، أو إنفصال الوالدين ، أو التعرض لإساءة جنسية) ، أو غير ذلك قاموا بكبت مشاعرهم ومنع التعبير عن هذه المشاعر المتعلقة بالصدمة ، لإعتقادهم بتحمل المسؤولية عما حصل لهم وبسبب الخوف الشديد وضعف الخبرة ، فإنهم يقومون بأخذ كل ما يدور حولهم على صعيد شخصي ، وتعتبر هذه العملية جزءاً طبيعياً من عملية نمو الطفل (Schaefer, 2011) .

النظريات المفسرة للعلاج النفسي باللعب

تعددت النظريات والمدارس المفسّرة للعلاج باستخدام اللعب وعادة يتم إختيارإحدى هذه النظريات وذلك حسب حاجة المعالج ، وبحسب إحتياجات الطفل الخاضع للعلاج . وكل مدرسة من هذه المدارس النظرية تندرج تحت إما التوجّه غير المباشر ، أو التوجّه المباشر ، وقد إستعان الباحث في هذه الدراسة بكلا التوجهين في جلسات العلاج النفسي باللعب مع الأطفال .

1- التوجّه غير المباشر

يستخدم العلاج النفسي باللعب غير المباشر لتحقيق أهداف معينة ، ويتم بإستخدام تقنيات خاصة غير مباشرة . ويركز على التأكيد على قدرة الطفل في إختيار أدوات تُستعمل لكشف الخبرات الداخلية والخارجية لديه ، وعلى معالجة الصعوبات التي تواجهه الطفل في ذلك الوقت . (Cattanach,2003) .

ويشمل هذا التوجّه على كل من النظرية التحليلية ، والنظرية اليونغية (لكارل يونغ)، ونظرية التمركز حول العميل (لكارل روجرز) ، (حيث قامت الباحثة فيرجينيا إكسلاين (Virginia Axline,1960) بتطور هذا النموذج ليشكل نموذجاً للعلاج النفسي باللعب .

2- التوجه المباشر

ويُقصد بذلك وضع مخطط ، وفيه يحدد المُعالج الألعاب والأدوات بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته ، ومشكلته ، بحيث تكون مألوفه له وتستثير نشاطاً واقعياً ، ويتم تصميم اللعب بما يتناسب مع مشكلة الطفل ، وبعد ذلك يترك الطفل يلعب في جو يسوده التقبل والأمان .

ويعتمد هذا التوجه على كل من النظرية السلوكية المعرفية ، والنظرية الأدلرية ، والنظرية الجشتالتية . وغالباً ما يُستخدم هذا التوجه مع سلوكيات خاصة للأطفال مثل حالات (التبول اللارادي ، اضطراب اللغة والكلام ، الأطفال الذين يعانون من الخوف ... إلخ) ، كما يتم إستخدام أسلوب المدح والثناء . (العناني ، 2011) .

نماذج العلاج باللعب :

تعددّت النماذج التي تصف مراحل العلاج باللعب ، وذلك إستناداً إلى النظرية التي يتبعها المعالج النفسي ، ولكنها تلتقي جميعاً في عدة نقاط رئيسية مثل : التفاعل ما بين الطفل والمعالج ، وأهداف العلاج .

ومن هذه النماذج إختار الباحثان نموذج نورتون ونورتون (Norton & Norton) التالي وذلك لحداثته وشموليته على المفاهيم النظرية .

1-نموذج نورتون ونورتون (Norton & Norton)

يُعد نموذج (Norton & Norton, 1997) من أشهر النماذج شهرة وإستخداماً ، فهو يقوم على خمس مراحل تدريجية في عملية العلاج النفسي ، ولكل مرحلة معينة يتم تحقيقها للإنتقال إلى المرحلة التالية :

أ- المرحلة الإستكشافية (Exploratory Stage)

وفي هذه المرحلة يحقق الطفل فيها هدفين هما ، الشعور بالألفة والإرتياح داخل غرفة اللعب ، وبناء العلاقة مع المُعالج .

ب- مرحلة التحقق من الحماية (Testing for Protection Stage)

حيث يشعر الطفل بالإرتياح تجاه المعالج خلال مرحلة الإستكشاف ، ويسعى لإختبار المعالج ليؤكد له أنه في أمان وطمأنينته .

جـ- مرحلة الإعتمادية (Dependency Stage)

خلال هذه المرحلة يُظهر الأطفال دلالات إستعارية و رمزية ، ويشمل لعبهم التخيلي على إستعارات و دلالات حول الأحداث الصادمة والمؤلمة التي مروا بها . فالطفل الذي تعرض لإساءة جنسية ، يُظهر خلال الجلسة باللعب سلوكيات تجنب من دُمى وألعاب تُمثل له رموز تعيد له الذاكرة بالأشخاص المُسيئين له ، أو قد يُظهر سلوكيات عدوانية من ضرب و رمى و صراخ .

د- مرحلة النمو (Growth Stage)

وفي هذه المرحلة يتجدد الإحساس بالذات لدى الطفل ، وتتغير طبيعة اللعب ، ويشمل اللعب في هذه المرحلة على الضحك والمتعة .

هـ- مرحلة الإنهاء (Termination Stage)

في هذه المرحلة على الطفل أن يقول مع السلامة إلى اللعب (الدمى) ، وللمعالج . (Norton & Norton,1997)

تقنيات العلاج باللعب

بحسب هايدي وشيفر (Heidi & Schafer,2001) ، فقد تم في السنوات الأخيرة تطوير مجموعة كبيرة من تقنيات مبتكرة لعلاج الأطفال باللعب ، حيث تم إيجاد تقنيات مناسبة للأطفال في عمر (4-12) سنة ، تغطي مجموعة واسعة من اللعب ، مثل ، الفن ، الخيال . إضافة إلى تقنيات أخرى لعلاج مشاكل ذات الصلة بالقلق ، والأكتئاب ، والإندفاعية والتشتت ، والتحكم بالنفس ، وتأكيد الذات ، وتقنيات خاصة لتعزيز مهارات حل المشاكل منها : التقنيات التخيلية ، تقنيات رواية القصة ، تقنيات التعبير بالفن ، تقنيات اللعب بالدمى ، تقنيات اللعب الجماعي، تقنية صندوق الرمل .

ومن خلال فهمنا لطبيعة الآلام التي يشكو منها الطفل المتعرض للإساءة يجب أن نشعر لحد ما بمشكلته ، من أجل معرفة إلى أي مدى يجد هذا الطفل صعوبة في حياته ، ومن أجل تنظيم أفكاره التي يدلي بها بطريقة يتضح من خلالها الموقف للباحث أو للمعالج، فالطفل لا يعرف ما هي الصعوبات التي توجد في هذا الموقف ، وذلك بسبب مشاعر الإثم أو الذنب أو الخجل ، بحيث لا يستطيع أن يخبرنا عن أي جزء بسيط من مشكلته أو قصته . (الزرّاد ، 1999) .

وفي هذه الدراسة تمَّ اختيار التقنيات العلاجية التالية ، وذلك لقدرة هذه التقنيات على القوة العلاجية خاصة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال المساء إليهم جنسياً .

التقنيات المستخدمة في جلسات العلاج النفسي باللعب لاجراء الدراسة الحالية

1- تقنية رواية القصة (Story Telling Techniques) ، وتفيد هذه التقنية في القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية ، ومن خلالها يقوم الطفل بعملية التحويل الإنفعالي السلبي . وهذا يعطي الفرصة للوصول إلى مستويات عميقة ذات معنى ودلالة ، وتساعد الأطفال على تفريغ إنفعالاتهم ، والوعي بها . فالقصة العلاجية تتكون من الإستعارة ومسيرة الأحداث ، ويجب أن تتناسب مع عمر الطفل ، والحلول المتخيلة تساعد الأطفال على الخروج بحلول لهم ، و رواية القصة لا تقود دائما إلى الشفاء ، ولكن يمكن أن تساعد في أمل التحسن أو الشفاء. (Drewes, Bratton & Schafer, 2011) .

2- تقنية اللعب الجماعي (Group Play Techniques) ، وفي هذه التقنية يستطيع الطفل رؤية الآخرين وهم يعبّرون عن أنفسهم ، مما يدفعه الى التعبير عن ذاته بحرية وبالتالي هذا ما يؤدي به إلى الشعور بالأمان ، والقدرة على مواجهة الخجل عن طريق مواجهة الجماعة . بالاضافة إلى تحسين الشعور بتقدير الذات ، حيث يشعر الطفل أنه ليس هو الوحيد الذي تعرض لهذه الصدمة أو لهذه المشاعر ، بل هناك أطفال آخرين مرّوا بنفس الخبرات والتجارب المؤلمة التي مرّ بها دون أن يكون هو سبب فيها . وأوضح سلافسون (Slavson) المشار إليه في المالكي (1996) ، على

أهمية العلاج النفسي الجماعي عن طريق اللعب ، والذي يتم بواسطته التأكيد على أهمية الأطفال في الجماعة والتأثير المتبادل بينهم .

3-تقنية التعبير بالفن (Expressive Art Techniques) هذه التقنية تساعد بعلاج بعض أعراض الصدمة من الصور الذهنية (Flash Back) ، والمشاعر السيئة ، والشعور بالنقص نتيجة الإغتصاب أو الإعتداء الجنسي ، أو الجسدي . (Kadusan's Heidi & Schafer, 2001)

4-تقنية الدمى المتحركة (Puppets Techniques) : تأتي أهميتها بأنها تتيح الفرصة للطفل من إزاحة مشاعره عن الأشخاص المهمين في حياته ويتصلون به بعلاقات مهمة . بالإضافة أنها تتيح السلامة والأمن النفسي والجسدي للطفل ، والتي تسهم في التعبير الذاتي . فيجب إعطاء الطفل مدى متنوع من الدمى المتحركة (15-20) دمية بحيث يكون هناك تنوع في أشكالها و حركتها و ألوانها و أن تعبر على مدى واسع من الإنفعالات (العدوان ، الود ، شخوص حقيقية وخيالية ، مهن مختلفة ، شخصيات رمزية ، حيوانات) . وتأتي أهميتها من وجود مستوى غني من الرمزية وإتاحة الفرصة أمام التلقائية ، فالأطفال يسقطون مشاعرهم ، ويزيحون صراعاتهم على الدمى المتحركة ، فهي وسيلة إسقاطية تتيح المجال أمام العمومية والغموض ، فهي تعطيه شعور بالأمان في بعض الأحيان بسبب الإمساك بها ، وتقوم بحفظ أسرار الطفل ، وتعطيه إحساس بالسيطرة . والمادة التخيلية التي يحصل عليها المعالج من قصص الأطفال تساعد في الكشف عن انشغالات الطفل ، وطرقه في التعامل معها . (Weiner, Sandgrund & Schaefer, 2000) .

إضطراب ما بعد الصدمة

مفهوم إضطراب ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder PTSD)

يُدرج الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدّل للإضطراب النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-VI-T.R.,2000)) إضطراب ما بعد الصدمة من ضمن إضطراب القلق ، ويحدّد ذلك بأعراض رئيسة ، ولا يمكن تشخيص هذا الإضطراب إلا إذا توفرت المعايير التالية أو بعضاً منها وهي:

أ- تعرض الشخص لحادث صادم .

ب- تعاد معايشة الحدث الصادم بإستمرار بطريقة (أو أكثر) كما لو أن هذا الحدث يحدث في الوقت الراهن .

ج- التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة ، وخدر (تبلّد) في الاستجابات العامة (لم يكن موجوداً قبل الصدمة) .

د- توجد بشكل دائم أعراض زياة الاستثارة (Symptoms of Increased Arousal) (لم تكن موجودة قبل الصدمة) .

هـ- مدة الإضطراب (أعراض المعيار "ب" و "جـ" و "د") أكثر من شهر .

و- يؤدي الإضطراب إلى كرب دال إكلينكياً أو إعاقة للأداء الإجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة في حياة المريض الأخرى .

الأسباب (Etiology)

غالباً ما تنحصر الأسباب أو العوامل المساهمة في حدوث هذا الإضطراب بالعوامل الوراثية ، وعامل الإستعداد ، والشخصية قبل المرض ، والعوامل البيئية ، من بين هذه العوامل كما ذكرها كل من (Wilson, Friedman & Lindy , 2004) ما يلي :

1- الإتجاه الحيوي (البيولوجي) (Biological Approach)
2- التوجّه الكيميائي – الحيوي (Biochemical Approach)
3- التوججه النفسي – الدينامي (Psychodynamic Approach)
4- التوجه السلوكي (Behavioral Approach)
5- الاتجاه المعرفي (Cognitive Approach)
6- نظرية معالجة المعلومات (Information-Process)
7- نظرية التعلق (Attachment Theory)
8- المناعة النفسية (Psychoimmunology)

الآثار الناتجة عن إضطراب ما بعد الصدمة

ينجم عن إضطراب ما بعد الصدمة آثاراً وأعراضاً تظهر على الفرد الذي تعرّض لهذا الحدث ، ويظن ذلك من خلال أعراض وعلامات عضوية و إنفعالية ومعرفية وسلوكية وإجتماعية.

أولاً – الآثار النفسية – الجسمية

دلت الأبحاث أن الأشخاص الذين نجو من صدمات ، تظهر لديهم إضطراب في النوم وإنهم يمكثون وقتاً أقل في النوم العميق ، ووقتاً أقل من نومهم ، وإنهم يستيقظون عدة مرات ، مع زيادة الحركة أثناء النوم ، وزيادة في التنفس وفي معدل ضربات القلب ، ويظهر لديهم أيضا فترات من توقف التنفس أثناء النوم . (عبد الخالق ، 1998).

ثانياً – الإستجابات السلوكية – الاجتماعية

ومن هذه الإستجابات التجنب ، الإغتراب ، الإنسحاب الإجتماعي ، والضغوط المتزايدة في العلاقات مع الآخرين (كإنخفاض في الإستعداد للثقة مع الاخرين) ، سوء إستخدام المواد ذات الآثار النفسية ، وسلوك البحث عن الإثارة ، وتدني الإنتاجية في العمل ، وإضطراب السلوك (النابلسي ، 1991) .

ثالثاً – الإستجابة الخاصة بالشخصية

يحدث للأطفال الذين تعرضوا لحادث أدى إلى إضطراب ما بعد الصدمة ، سوء في التصرفات والسلوكيات التي قد تستمر لفترات طويلة ، وبالتالي تُحدث تغيرات محددة في الشخصية (عبد الخالق ، 1998) .

الإساءة الجنسية

تعريف الإساءة (Abuse)

عرفت منظمة اليونيسيف (United Nations International children's Fund (unicef)) ، المشار إليها في عليان (2007) الإساءة ، بأنها فعل متعمد من ضروب سوء المعاملة التي يمكن أن تؤذي أو قد تؤدي إلى إيذاء سلامة الطفل، ورفاهيته، وكرامته ، ونموه . وتشمل الإساءة على أشكال سوء المعاملة الجنسية ، والجسدية ، والنفسية ، والعاطفية . وبحسب عليان (2007) قامت (الـــUnicef) بإدراج الإساءة ضمن أنواع مختلفة هي :

1- الإساءة الجسدية . 2- الإساءة العاطفية أو النفسية .

3- الإساءة الجنسية . 4- الإهمال .

آثار الإساءة الجنسية :

تشير الدراسات إلى أن هناك نوعان من الاثار للاساءات الجنسية وهي الآثار الجسدية والآثار النفسية ، والآثار المترتبة على إساءة الأطفال تكون إما قصيرة وطويلة المدى . (السنباني ، 2005)

ويُعد الخوف والقلق أحد أكثر الأعراض الشائعة لدى الأطفال المُساء إليهم جنسياً ، وقد أكدت الدراسات أن تجربة الإساءة الجنسية مرتبطة بمشاكل عاطفية وسلوكية للأطفال الضحايا . وأوجدت أيضاً أن الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة تؤدي إلى عوامل خطورة ذات دلالات جسدية و أعراض وإضطراب نفسية في مرحلة الرشد ، فتظهر على شكل أعراض إضطراب ما بعد الصدمة . وتُعتبر الإساءة الجنسية للأطفال خبرة سيئة تؤدي إلى اضطراب في نموهم ، ويكون تأثيرها في كثير من الاحيان سلبياً على المدى الطويل . فالأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية يظهر لديهم سلوك التجنب الإجتماعي. (القبج ، عودة ، 2004)

الطريقة وإجراءات الدراسة

المجتمع وعينة الدراسة (Sample of Study)

تكونت عينة الدراسة والتي خضعت للعلاج النفسي باللعب من ثلاثين طفلاً أعمارهم بين (6–12) سنة كانوا قد تعرضوا مسبقاً للاعتداء الجنسي بحسب البلاغات الأمنية والسجلات الطبية لمؤسسة الحسين للخدمات الإجتماعية ، وكان هذا الاعتداء سبباً لإصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة كما تم تحديده بحصولهم على أعلى درجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة . وقد تم استبعاد جميع الأطفال المُساء إليهم جنسياً الذين حصلوا على درجات منخفضة بحسب هذا المقياس . وتم إختيار العينة بطريقة طبقية منتظمة (Systematic stratified) ، وذلك حسب الأعمار من (6–12) سنة ، وبسبب الإساءة الجنسية ، وحصولهم على أعلى درجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ، بالإضافة إلى أنهم لم يخضعوا لأي علاج نفسي دوائي سابق ، واستبعاد الأطفال الذين يخضعون إلى علاج نفسي وعلاج دوائي، حيث تم التطبيق على مجمل المجتمع الأصلي ويبلغ عدده (98) طفلاً ، ثم تم اختيار الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية وعددهم ثلاثين طفلاً .

تصميم البحث وإجراءات الدراسة :

إستخدم الباحث أسلوب تصميم المجموعتين (الضابطة والتجريبية) ، بإختبارين قبلي وبعدي ، وبإستخدام المنهج الإكلينيكي ، وقام الباحث بدراسة حالة كل طفل في كلا المجموعتين (الضابطة والتجريبية) . كما تم وضع البرنامج العلاجي بواسطة اللعب وذلك بالرجوع إلى أدبيات نظرية ومدارس ذات توجه مباشر وغير مباشر (راجع الإطار النظري) ، في كيفية التعامل مع الإضطرابات والإساءة الجنسية للأطفال . بالإضافة إلى الإستناد إلى تقنيات علاجية خاصة لإضطراب ما بعد الصدمة لأطفال تعرضوا للإساءة الجنسية . (Sgori, 1982)

وقد تمّ عرض البرنامج العلاجي على عدد من أساتذة الجامعة المهتمين في العلاج باللعب في جامعة عمان الأهلية ، والجامعة الأردنية وقد تمّ الأخذ بملاحظاتهم . وقد تضمن البرنامج (30) جلسة علاجية كحد أدنى ، وقد تمّ تطبيقه بشكل فردي و جماعي بواقع جلستان فرديتان لكل طفل أسبوعياً ، وجلسة واحدة جماعية العلاج .

أدوات الدراسة (Study Tools)

إستخدم الباحث كل من الأدوات التالية لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة والتعرف على الأعراض المصاحبه له :

1- إستمارة مقابلة بالنسبة للأطفال ضمن المجموعة التجريبية لدراسة الحالة

في ضوء أهداف الدراسة ، قام الباحثان بتصميم استمارة للأطفال ، حيث يتم تعبئتها من جهتين ، الجهة الأولى عن طريق ملف الطفل داخل المؤسسة ، والجهة الثانية من خلال مقابلة الطفل والاختصاصية الإجتماعية أو المشرفة المسؤولة عن الطفل . وتهدف هذه الإستمارة لدراسة حالة الطفل ولمعرفة بعض خصائص الطفل النفسية والجسدية والإجتماعية والصحية ، إضافة إلى عمر الطفل والسنة الدراسية الحالية، ونوع الإساءة مع التأكيد على الإساءة الجنسية .

2- مقياس إضطراب ما بعد الصدمة

قامت الباحثة (السنباني ، 2005) ، ببناء مقياس إضطراب ما بعد الصدمة ((Post traumatic stress disorder (PTSD في اليمن ، بالاعتماد على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطراب العقلية (DSM-IV-TR,2000) ،

وقد تكون المقياس من (24) فقرة . وهو مقياس محكّم ومتقن على البيئة الأردنية ، إذ تمّ عرضه سابقاً على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس ، وقسم الإرشاد ، وقسم علم النفس التربوي في الجامعة الأردنية ، وهذا المقياس يتضمن الأبعاد التالية :

أ- بُعد تكرار الخبرة (Reliving the event or Re-experiencing the event)

ويكون ذلك عن طريق الاستعادة المتكررة والمؤلمة للحدث الصادم ، أو رؤية الكوابيس الليلية المزعجة التي تدور حول الحدث الصادم ، أو وجود شعور مفاجئ كما لو أن الحدث الصادم سوف يحدث مرة ثانية وهو ما يسمى بـــ (Flash Back) ، وإحساس الشعور بالضيق والألم عند تذكر الحدث الصادم .

ب- بُعد التجنب . (Avoidance)

وهنا يلجأ الفرد الذي تعرض إلى الحادث الصادم إلى تجنب أي شيء يذكره بالحدث لما يسببه الحدث من ألم نفسي . ويكون ذلك عن طريق ، تجنب الأفكار أو المشاعر المذكرة بالحدث الصادم ، وتجنب الأنشطة والأماكن التي تذكر بالحدث الصادم ، وفقدان الاهتمام بالفعاليات اليومية ، والشعور بالابتعاد عن الآخرين ، وعدم القدرة على تذكر جوانب هامة من الصدمة ، بالإضافة إلى النظرة التشاؤمية للمستقبل .

ت- بُعد الاستثارة الزائدة (Hyperarousal)

إن التعرض للصدمة قد يجعل الشخص يشعر على الدوام أنه في خطر ، مما يقلل فرص الاسترخاء والتمتع بالحياة ، ويظهر ذلك في الشعور المفاجئ بالغضب والتوتر ، وصعوبة النوم والاستغراق به ، وصعوبة التركيز ، بالإضافة إلى عدم الشعور بالأمن والإحساس الدائم بأن هناك خطر أو مهدد بالخطر ، وزيادة الاستجابة للمنبهات الخارجية.

ث- الإحساس بالخدر (Feeling of numbness)

وعَرَض هذا لتجنب الأفكار المزعجة الناتجة عن الصدمة ، وفيها يجد الشخص صعوبة في التعبير عن مشاعره . ويكون ذلك بعدم إظهار المشاعر الإيجابية تجاه الأشخاص الآخرين ، والابتعاد عن العلاقات الاجتماعية ، وعدم الاهتمام بأعمال كان يقوم بها الشخص المُتعرض للصدمة ويحبها . بالإضافة إلى نسيان الحديث عن أجزاء مهمة من الصدمة أو عدم القدرة عن الحديث عنها .

نتيجة الدراسة

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) ، بعد العلاج النفسي باللعب على مقياس إضطراب ما بعد الصدمة .

ولفحص هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية وإجراء تحليل التباين المشترك ، والجدول رقم (1) يوضح قيم المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية للدرجة على مقياس إضطراب ما بعد الصدمة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي .

جدول رقم (1)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس إضطراب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي

المجموعة	القياس القبلي			القياس البعدي		
	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
التجريبية	15	46.07	8.66	15	16.07	6.67
الضابطة	15	51.87	9.36	15	51.60	9.34

يتضح من الجدول رقم (1) بأن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس إضطراب ما بعد الصدمة القبلي بلغ (46.07) وبإنحراف معياري (8.66) ، ليصبح على القياس البعدي (16.07) وبإنحراف معياري (6.67) ، كما أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي بلغ (51.87) وبإنحراف معياري (9.36) ليصبح على القياس البعدي (51.60) وبإنحراف معياري (9.34) .

مناقشة النتيجة

أظهرت النتائج المتعلقة بإضطراب ما بعد الصدمة فعالية برنامج العلاج النفسي باللعب في تخفيف أعراض إضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المُساء إليهم جنسياً .

اتسم العلاج النفسي باللعب بتقنيات ونشاطات مختلفة جميعها هدفت إلى خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة . فإعادة معايشة الاعتداء الجنسي قد يتشكل في عدة

صور مثل الكوابيس ، والتي تشكل جزءاً أساسياً من إعادة معايشة الاعتداء الجنسي ، ولوحظ أثر تقنية التعبير بالفن في خفض معدل حدوثها وذلك بحسب ما تقترحه النتائج المبينة لإجابات الأطفال في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة . وتتجلى علاقة التعبير بالرسم بخفض معدل حدوث الكوابيس وأعراض (P.T.S.D) في حقيقة أن الفن الإبداعي ما هو إلا انعكاس لما يمر به الطفل من أفكار وذكريات نشأت بسبب الاعتداء الجنسي . ويأتي هذا الاستنتاج مطابقاً لما أوضحته دراسة سابقة تعنى بتقييم الفن الإبداعي في خفض أعراض الصدمات النفسية . (Spiegel et al, 2006)

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من ريس وجيمس (Reyes & James, 2005) والتي أجريا فيها دراسة طولية لإختبار فاعلية العلاج باللعب في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ؛ بسبب الإساءة الجنسية ، حيث أظهرت النتائج إنخفاض في أعراض إضطراب ما بعد الصدمة .

كما تتفق هذه النتائج مع الدراسة التي أجراها موريسون (Morrison, 2009) لدراسة حالة فتى يدعى ستيفن تم علاجه عن طريق اللعب بعد تعرضه لصدمة ، ومن خلال العلاج باللعب والعلاقة العلاجية اكتسب الفتى فهماً لذاته و لتجربته الصادمة ، بالاضافة إلى إنخفاض أعراض إضطراب ما بعد الصدمة . وترجع فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة الى تنوع الفنيات المستخدمة والتي وضعت لتناسب كل عرض من أعراض إضطراب ما بعد الصدمة فقد تم تدريب الطفل على القدرة في التعبير عن انفعالاته ، وكيفية اكتساب مهارات اجتماعية لزيادة على التخفيف من صور الذهنية وكيفية التعامل معها . بالاضافة إلى القدرة على رواية قصة لتخفيف من أعراض الإستثارة الزائدة لدى الأطفال المصابين بإضطراب ما بعد الصدمة .

التوصيات والمقترحات

في ضوء نتائج الدراسة تم وضع التوصيات التالية :

1- تطبيق البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة في المراكز والمؤسسات على الأطفال الذين يعانون من إضطراب ما بعد الصدمة بسبب الإساءة الجنسية .

2- إجراء دراسة لإختبار فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة على أطفال يعانون من إضطراب ما بعد الصدمة الناجم عن حوادث أخرى غير الإساءة الجنسية .

3- إجراء دراسة مقارنة لإختبار فعالية العلاج باللعب مع أساليب علاجية أخرى ، في علاج إضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال .

4- بناء برامج داعمة تتضمن أساليب ومهارات إجتماعية تطبق على الأطفال بعد برامج إضطراب ما بعد الصدمة ، بأسلوب منظم ليتم إكتساب المهارات والعمل بها بعد تجاوز إضطراب ما بعد الصدمة .

5- توعية الأسر والأهل وإرشادهم نحو فهم اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض هذا الاضطراب ، وسبل علاجها لدى أطفالهم .

6- بناء برامج وقائية لتوعية الأطفال من الإساءة الجنسية .

7- نشر الوعي بين أفراد المجتمع والأهل من أجل حماية الأطفال من الإساءة الجنسية .

8- ضرورة توفر أطباء ومعالجين نفسيين مؤهليين ومدربين لعلاج هؤلاء الأطفال .

9- تزويد المرشدين والقائمين على رعاية الأطفال بالمؤسسات بكيفية التعامل مع الأطفال المتعرضين لإضطراب ما بعد الصدمة .

10- التعاون بين المؤسسات المعنية في حماية ومعالجة الأطفال الذين يعانون من أعراض P.T.S.D .

المراجع العربية

1- الأشول ، عادل أحمد عز الدين . (1987) . موسوعة التربية الخاصة ، مكتبة الأنجو المصرية ، القاهرة .

2- بدران ، سعاد . (2010) . آثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض أضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمّان . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الأردنية ، عمان .

3- البقور ، خولة . (2002) . القلق والإكتئاب وتقدير الذات والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال الذين اتعرضوا لإساءة المعاملة . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الأردنية ، عمان .

4- الزراد فيصل محمد خير (1984) ، علاج الأمراض النفسية – ط5 ، دار العلم للملايين ، بيروت .

5- الزراد فيصل محمد خير (2000) ، الأمراض النفسية – جسدية ، دار النفائس ، بيروت .

6- الزراد محمد فيصل خير (2007) ، العلاج النفسي السلوكي ، دار العلم للملايين ، بيروت .

7- حويان ، عّلا . (2011) . فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الإجتماعية ومفهوم الذات والمرونة النفسية لدى الأطفال المُساء إليهم جسدياً . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، الجامعة الأردنية ، عمان .

8- ريجنالدبيتش ، هارولد . (1999) . تعديل السلوك البشري (الزراد ، محمد فيصل خير ، مترجم) بيروت: دار المريخ .

9- زهران ، حامد عبد السلام . (1997) . الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط3 ، عالم الكتب ، القاهرة .

10- السنباني ، إيمان . (2005) . فاعلية برنامج علاج سلوكي – معرفي في تخفيف إضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المُساء إليهم . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الأردنية ، عمان .

11- الشبؤون ، دانيا . (2011) . القلق وعلاقته بالإكتئاب عند المراهقين "دراسة ميدانية إرتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية" . مجلة جامعة دمشق. مجلد (27) ، العدد (3،4) ، 759-797 .

12- عبد الخالق ، أحمد محمد . (1998) . الصدمة النفسية . (ط.1) ، مطبوعات جامعة الكويت ، الكويت .

13- عليان ، خالد (2007) ، العنف ضد الأطفال .... المجلس الوطني لشؤون الأسرة ، عمان ، منظمة اليونيسف .

14- العناني ، حنان عبد الحميد . (2011) . اللعب عند الأطفال الأسس النظرية والتطبيقية . عمان : دار الفكر .

15- غيشان ، ريما . (1994) . العلاقة بين آلام البطن المتكررة عند الأطفال وكل من القلق والإكتئاب وحوادث الحياة الضاغطة . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الأردنية ، عمان .

16- القبج ، رباب عودة ، ميسون . (2004، 4-6 أكتوبر) . إساءة واهمال الأطفال طرق وأنظمة التصدي لها . ورقة مقدمة في ندوة الطفولة المبكرة خصائصها واحتياجاتها ، المملكة العربية السعودية ، الرياض .

17- كباتيلو ، زياد (1978) ، اشتقاق معايير أردنية محلية لاختبار رسم الرجل على هينة من الأطفال الآردنيين . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الأردنية ، عمان .

18- المالكي ، موزة . (1996) . العلاج باللعب ، مجلة الثقافة الفرنسية ، العدد 7 ، دار النهضة العربية ، بيروت .

19- مكتب الإنماء الاجتماعي . (2001) . سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية واضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، (ط.1) ، الديوان الأميري ، الكويت .

20- منظمة الصحة العالمية . (2007) . تم إسترجاعها في تاريخ 20 إبريل ، 2012 من http://www.who>int\topics\child_abuse\en\

21- النابلسي / محمد أحمد . (1991) . الصدمة النفسية ، علم نفس الحروب والكوارث. بيروت : دار النهضة العربية .

المراجع الأجنبية

1- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic & Statistical Menial of Mental Disorder: (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association. Washington. D. C, USA.

2- Axline, V. (1960). Play Therapy Ballantine Books, New York.

3- Camden. Mc. (2009). Play therapy behaviors and themes in physically abused, sexually abused, and non abused children. Unpublished master's thesis, University of Baylor, WACO, TEXAS.

4- Cattanach , A. (2003) . Introduction of play therapy . Brunner – rout ledge psychology press. P. 48-51 .

5- Drewes , A. Bratton , C. Schaefer, E.(2011). Integrative play therapy . Wiley press. New Jersey .

6- Gill, E., (1991) . The healing power of play : working with abused children . New York : Guilford press .
7- Gill , E., & Terr, C. (2010) working with children to heal interpersonal trauma : the power of play . Guilford press. P.242 .
8- Kaduson , H., & Schaefer, C. (EDS). (2001). 101 favourite play techniques. Northvale , NJ : Lason Aronson.
9- Kaduson , S., & Heidi, C. (2001) . 101 More favorite play therapy techniques . (4thed) . London : Janson Aronson Inc .
10- Norton , C., & Norton , B. (1997) . Reaching children through play therapy : An experiential approach . Dever : the publishing cooperative .
11- Reyes, C. Asbrand , J. & James , P. (2005) . A Longitudinal study assessing play therapy with sexually abused children . International Journal of play Therapy , 14 (2), 25-47 .
12- Schen, S. & Chritopher , R. (2000) . Play Therapy technique , J. Wiley press .
13- Sadock Benjamin J.& Sadock Virgina A. (2004). Concise textbook of clinical psychiatry. Philadelphia.
14- Schaefer, C. (2011). Foundation of play therapy (2ed) . Wiley press.
15- Shen, Y., & sink, E. (2002). Helping elementary - aged children cope with disasters, Professional School Counseling 5 (5) 322-330.
16- Sgroi. S. (1984). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. Heath and company press. Canada.
17- Weiner, K., Sandgrund, A. & Schafer, C., (2000). Play diagnosis and assessment. (2nd), Wiely press.
18- Wilson. J., Friedman, M., Lindy, J. (2004). Treating psychological trauma & ptsd. (1st) New York: Guilford Press.
19- Yasenik, L., & Gardner, K. (2004). Play therapy dimensions model: A decision - making guide for therapist. Calgary, alberta. Publishing by rock mountain play therapeutic institute.

Play Therapy and the Reduction of post Trumatic Stress Disorder in a Sample of the Symptoms of Sexual Abused Children

Prof . Faisal Moh'd Khair Al-Zarrad
Sereen Rrabie Al Banna

The current study aimed to examine the effectiveness of play therapy in reducing the symptoms of post – traumatic stress disorder among a sample of sexually abused children. The sample consisted of (30) sexually abused children in Al Hussein Foundation for Social Services in Jordan .

The study sample was divided into a control group, which consisted of (15) children (8 males and 7 females), and an experimental group which consisted of (15) children (8 males and 7 females). The ages of the study sample ranged from (6) to (12) years old for both groups. The individuals of the experimental group were subject to a play – based psychotherapy program, while the control group did nit receive any therapeutic intervention.

The program consisted of (30) play – based psychotherapy sessions, and (20) individual therapy sessions.

The program contained the following therapeutic techniques.Expression through art, play with puppets, storytelling, and play group therapy .The result of study showed statistically significant differences. Between control and experimental groups at level (0.05), therefore the effectivemess of the therapy program used in reducing the symptoms of P.T.S.D the researcher discussed the results and write the recommendation.

Keywords : Play psychotherapy **,** sexual child abuse**,** P.T.S.D