

## فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء إليهم

دكتوراه

**إيمان محمد إبراهيم احمد**

أستاذ مساعد قسم خدمة الفرد

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية.



## فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء إليهم

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء إليهم، تكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفل يتيم يعانون من أعراض الاكتئاب تم توزيعهم مجموعتين، المجموعة الضابطة والتجريبية، كل منها يتكون من ١٠ أطفال، تتراوح أعمارهم بين ١٠ - ١٢ عام. استخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس إساءة معاملة الطفل ومقياس بيك للاكتئاب. وخلصت الدراسة إلى وجود فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب للأيتام المساء إليهم لصالح المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج المعرفي السلوكي. كما اتضح وجود فروق إحصائية بين كل من القياسين القبلي والبعدي للذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب لصالح الإناث حيث كانت أعراض الاكتئاب أكثر في الإناث عن الذكور، كما اتضح تأثير الإناث ببرنامج التدخل المهني أكثر من الذكور، وانتهت الدراسة بوضع مقترحات لبحوث مستقبلية.

**الكلمات المفتاحية:** الاطفال الأيتام، الإساءة.

### Abstract:

The current study aims at identifying the effectiveness practicing of CBT and reducing the symptoms of depression among abused orphan children. The study sample consisted of 20 orphan children who suffer depression symptoms and they were distributed two main groups; control and excremental groups each consisting of 10 children with age group ranging from 10 - 12 years. The study employed the following tools: child abuse scale and Beck Depression scale. The study concluded that there are differences in the average scores of the experimental group and the control group on the abused orphan children scale of depression favoring the experimental group due to the practice of CBT. Also there were statistical differences between the pre and post measures of male and female in the experimental group, favoring female, as the depression symptoms were more among female than the male. The study stated recommendations for future research .

**Key words:** depression, orphan children, abused.

### أولاً: مشكلة الدراسة:

تحتل رعاية الطفولة أهمية خاصة في الفكر الاجتماعي المعاصر ذلك أن الطفل هو المستقبل، وأي جهد يوجه لرعايته وحمايته هو في نفس الوقت تأمين لمستقبل الأمة وتدعيماً لسلامتها. (حنا، ١٩٩٩، ص ١٣)

حيث أصبح من الواضح أن الأطفال الذين حرّموا من الرعاية الوالدية في طفولتهم المبكرة يبدون ذو شخصية غير متوافقة في كثير من الأحيان، ويرى "Bowlby" أن تكوين واستمرار اتصال قوي مع صورة ثابتة ضروري جداً للصحة العقلية للطفل، ويرى أن كثير من المشكلات السلوكية تميل لأن تحدث فيما بعد في حياة الطفل إذا لم يكن هناك اتصالاً مشبعاً مع الأم أثناء الطفولة المبكرة، أو أن الاتصال قد قطع من خلال الانفصال عن الأم والحرمان منها. (قاسم وأحمد، ١٩٩٨، ص ٣) ومع التسليم بأن رعاية الأسرة الطبيعية لا تعوضها رعاية أي مؤسسة اجتماعية أخرى مهما ارتفع مستواها في الرعاية والخدمات إلا أننا في مثل هذه الأحوال وبمنطق الواقع لا يكون أمامنا إلا السبيل الوحيد المتاح الذي يحول في الوقت نفسه دون تشتت هؤلاء الأطفال وهو إيداعهم في أحد المؤسسات الإيوائية التي تتولى رعايتهم وتربيتهم في شكل (رعاية اجتماعية) كبديل صناعي للدور الذي كانت تتكفل به الأسرة الطبيعية. (البحيري، ١٩٩٨، ص ٣٤)

وحيث أن الحرمان من الأسرة والوجود المبكر في المؤسسة الإيوائية له آثار نفسية سيئة على الطفل، فقد أشار "محمد مدحت أبو بكر" لوجود آثار سلبية لإيداع الطفل داخل المؤسسة، مؤكداً على وجود قصور في النمو اللغوي والاجتماعي والعقلي للأطفال المؤسسات الإيوائية مقارنة بأطفال الأسر الطبيعية. (يس، ١٩٩٩، ص ٤١٥)

حيث أكدت الأبحاث زيادة المخاطر البيولوجية والنفسية على الأطفال المقيمين في مؤسسات الإيواء نتيجة عدم إشباعهم لاحتياجاتهم النفسية، ووجود علاقات انضباطية صارمة بينهم وبين هيئة الإشراف الطبية والنفسية مما يؤدي إلى علاقات متوترة ومضطربة تؤثر على المعرفة والسلوك والمشاعر لهؤلاء الأطفال (Garwood & Close, 2001). كما اتفقت دراسة كل من بلال (٢٠١١)، (Nielsen, Coleman, Guinn, & Robb (2004)، الراوي (٢٠١٢)، (Groark, Muhamedrahimov, Palmov, Nikiforova, Tharp-Taylor (2004)، (McCull & McCall (2005). أن أطفال المؤسسات الإيوائية يعانون من العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية والتي تتمثل في اضطراب في الحالة الاجتماعية والعاطفية، واضطراب في مشاعرهم، وسلوكياتهم الاجتماعية ومنها الشعور الدائم بالقلق ونسب عالية من العدوان والتوتر والإحباط والاكتئاب.

فقد يتعرض الطفل اليتيم أيضاً لأنواع مختلفة من الإساءة من مقدمي الرعاية الإيوائية لهم مما يؤثر سلباً عليهم. وتعد مشكلة إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم من المشكلات القديمة الحديثة التي عانت ولا تزال تعاني منها الكثير من المجتمعات. (أبو عبادة، ٢٠٠٠، ص ٩٠)

وتقدم العديد من الدراسات تقديرات حول حجم إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، حيث أظهرت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك شخصاً من بين كل ستة أشخاص كان ضحية لإساءة المعاملة أثناء مرحلة الطفولة (Kornblum, Julian, Smith, 2000, P. 201)، كما تُسجل ثلاثة ملايين حالة إساءة معاملة سنوياً في وكالات حماية الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية، تم التأكد من أن أكثر من مليون حالة من تلك الحالات هي إساءة معاملة أو إهمال بالفعل للطفل (Rosquist Y Krugman, 2000, p.190)

أما تقديرات منظمة الصحة العالمية World Health Organization حول أعداد الأطفال الذين يموتون سنوياً نتيجة الإساءة إليهم، فتشير إلى أن هناك ٥٧.٠٠٠ حالة وفاة ناجمة عن قتل الأطفال ممن هم دون سن ١٥ سنة عام ٢٠٠٠، كما تبين أن معدل قتل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٤ سنوات ضعف أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين (٥-١٤) سنة (Krug, Mercy, Dahlberg, &Zwi, 2002, p. 1083).

ولقد حاولت بعض الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة في مصر، تحديد معدلات الإساءة، ولعل أهم تلك الدراسات، الدراسة التي أجرتها منظمة اليونيسيف UNICEF عام ٢٠٠٤. إن الأطفال الأصغر سناً عرضة للضرب ثلاثة أضعاف الأكبر سناً، كما كانت نسبة الفتية أعلى من الفتيات.

(United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2004, p. 7)

وهدفت الدراسة التي قام بها عبد المجيد (٢٠٠٤) الي معرفة العلاقة بين إساءة معاملة التلميذ في المدرسة وإحساسه بالأمن النفسي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سالبة بين الأمن النفسي وإساءة المعاملة ، وإنكثرت تعرض تلاميذ المدارس الابتدائية الذكور للإساءة تنمي لديهم الاستعداد للسلوك المضطرب فيم رحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة مما يجعلهم مهينين لهذا السلوك في مراحل حياتهم المقبلة . ويعاني الذكور من سوء المعاملة أكثر من الإناث.

وتشير العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت إساءة معاملة الأطفال ومنها، دراسات كل من (Bensley et al, 2004،Maiter 2004،Madu 2002,2003)

Bundy-Fazioli, Briar-Hooper, 2007, Davis, Chandler, & LaRossa, 2004  
Gurevich, 2010, Lawson, & Hardiman, 2009  
وأشكال متعددة تتمثل في الإساءة البدنية Physical، والنفسية Psychological، والجنسية Sexual، والإهمال Neglect.

أما فيما يتعلق بالآثار المترتبة على إساءة معاملة الطفل، فلقد أكدت نتائج العديد من الدراسات والبحوث على أن تعرض الطفل لإساءة المعاملة والإهمال له تبعات جسدية ونفسية وسلوكية ومعرفية واجتماعية سلبية، فلقد توصل كل Goodwin, & Stein 2004, 2004. Bensley et al 2004, Salmon, et al., 2007 إلى أن هناك ارتباطاً ما بين الإساءة البدنية والجسدية والإهمال في الطفولة وحوث اضطرابات وأمراض جسدية خلال مرحلة النضج، هذا فضلاً عن القلق والاكتئاب وإدمان الكحول والمخدرات وأمراض القلب، في حين ارتبط الإهمال بخطر حدوث مرض السكر واضطرابات المناعة.

كما توصلت العديد من الدراسات من بينها دراسة كل من (حمزة، ٢٠٠١، Griffin 2003, Elklit & Brink, Safren, Gershuny, Marzol, Otto, & Pollack, 2002) إلى أن هناك علاقة بين إساءة معاملة الطفل وبعض المشكلات النفسية التي يعاني منها مثل الخوف، والقلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والتقدير السلبي للذات، وعدم الشعور بالأمن النفسي، والإحباط، واليأس، والضغط النفسي، والانسحاب، واليقظة المفرطة، هذا إلى جانب عدم القدرة على التعامل الجيد وبشكل ناجح مع الأزمات التطورية التي تحدث له خلال مراحل تطوره المختلفة.

أما عن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال الذين يتعرضون لإساءة المعاملة، فلقد أكدت العديد من الدراسات (محمد، ٢٠٠٠، قناوي وعبد المعطي 2003, Luna 2003, Malmgren, & Meisel, 2004) على وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين إساءة معاملة الطفل وبعض الاضطرابات والمشكلات السلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، وبخاصة، الجناح، والانحراف، والعدوانية، والسلوكيات التي تتصف بالعداء، والثورة، والمعارضة، والمقاومة، وعدم الطاعة، والنشاط الزائد، والانذفاعية.

وعن تأثير الإساءة على التطور الاجتماعي للأطفال، فلقد أوضحت دراسة (Salzinger, Feldman, Hammer, & Rosario, 1993) أن الأطفال الذين يتعرضون لإساءة المعاملة معزولون اجتماعياً، ولهم مكانة متدنية بين أقرانهم، كما تؤثر الإساءة على كفاءتهم الاجتماعية، وقدرتهم على تكوين علاقات اجتماعية ودودة وآمنة في المستقبل، هذا

فضلاً عن تأخر مهارات اللعب التفاعلي، وضعف مهارات الاتصال، وضعف القدرات الخاصة بالتحمل والصبر وصنع القرار والتعامل مع التحديات اليومية.

كما أن لإساءة المعاملة تبعات سلبية على الجوانب العقلية والمعرفية للطفل، ولا سيما ذكائه اللفظي، والمعرفي، والانفعالي، والاجتماعي، هذا إلى جانب من مستوى قدرات الطفل الابتكارية، واضطراب الانتباه، وانخفاض الأداء الدراسي والعلمي والانضباط المدرسي، حيث أكدت العديد من الدراسات والبحوث (Kerr, Frankel, Boetsch, Harmon, 2000, Black, & Krishna kumar, 2000, إبراهيم، ٢٠٠٢) على أن الأداء الفكري للأطفال المساء إليهم أقل من الأطفال غير المساء إليهم، وذلك على أساس مقاييس إدراكية وفكرية عامة، وكذلك مقاييس للسهولة اللفظية، والذاكرة، والقدرات الاتصالية، وحل المشكلات، والمهارات الإدراكية الحركية. أيضاً فقد أظهرت دراسة مستشفى الصحة العقلية رسالة هارفارد للصحة العقلية أن الإساءة البدنية والجنسية تمثلان أهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب لأنها تسبب حدوث تغيرات مستديمة في النظام الذي يتصلب الجهاز العصبي والهormونات. (Harvard Mental Health Letter, 2002)

هذا فضلاً عن تأثيرات الإساءة على النواحي الأخرى للشخصية، ومنها الهوية الجنسية، فلقد توصلت دراسات (مخير، ٢٠٠٣) إلى وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين التعرض لخبرات الإساءة الجسمية والنفسية وبين اضطراب الهوية الجنسية.

ويتضح من الدراسات السابقة التأثيرات السلبية لإساءة معاملة الطفل والتي من بينها تعرضه للعديد من المشكلات النفسية التي يعتبر الاكتئاب من أهم هذه المشكلات النفسية المؤدية لاضطرابات في شخصية الطفل.

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، ومرهق من بين كل ٨ مرهقين في الولايات المتحدة قد يعانون من أعراض اكتئابية، بوجه عام ٣% من الأطفال والمرهقين مكتئبين، وحين يعاني الطفل أو المرهق 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 ١٥-١٣ عام ، وسادس سبب رئيسي للموت بين عمر ٥-١٥ عام ، هذا مع الاعتراف بزيادة معدلات الانتحار بين عمر ٢٤ - ٥ عام ثلاث مرات منذ عام (راملينغر، ٢٠٠٢، ص١٦٧)

كما أوضحت العديد من الدراسات اكتئاب الأطفال وعلاقته بالعديد من العوامل وتأثيره السلبي علي الأطفال ومنها دراسة "روبرتس ومنرو" (Roberts & Munroe, 1992) التي أوضحت أن سمة نقص تقدير الذات أحد المنبئات بأعراض الاكتئاب.

وقد وجدت البحوث أيضاً أن التعرض لتجارب عنيفة خلال مرحلة الطفولة يعتبر من العوامل الهامة لحصول المرض النفسي في مرحلة البلوغ، وإن آثار هذه التجارب لا تقل أو تتلاشى حتى مع امتداد عمر الإنسان، وإن التعرض لتجارب العنف في مرحلة الطفولة ومنها التعرض لإساءة المعاملة يثير تغيرات في بناء المخ ووظيفته، وتستمر هذه التغيرات طيلة عمر الإنسان، كما أن خبرات إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة قد تحدث تطوراً خاصاً يساعد في حصول الاكتئاب بنسبة ٨٠ % أو أكثر في المستقبل. (Handworker 1999)

إن مرتكبي الإساءة بالأطفال لديه مقدرة على تشويه إدراك وعاطفة الطفل في مرحلة الطفولة، وهذا لا يؤدي فقط لظهور أعراض اضطراب الاكتئاب في مرحلة البلوغ ولكن أيضاً يوجد احتمال كبير للمعاناة من اضطرابات الشخصية. (Moran et. al.2002) وقد جاء في رسالة سلوك الأطفال والمراهقين والتي تصدر من جامعة براون (The Brown university child and Adolescent Behavior letter, 2003) أن تعرض الأطفال لإساءة المعاملة والإهمال وخاصة من مصدر الرعاية الأولية من أهم العوامل التي تؤدي إلى معاناة الأطفال من الاكتئاب.

كما درس عبد الخالق وعبد الغني (٢٠٠٥) معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المصريين في عمر ١١ عاماً، حيث طلب منهم الإجابة عن القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وحصلت البنات على درجة اعلي في الاكتئاب جوهرياً من الأولاد. كما درست "كوكر" (Coker, 2007) تأثير متغيرات علم النفس الإيجابي في الاكتئاب، مثل: التفاؤل، والصحة النفسية، والرضا، والثقة بالنفس، والهناء الشخصي، فضلاً عن تأثير العواطف السلبية، والخبرات السيئة في مرحلة الطفولة في الاكتئاب، وقد بينت النتائج أن أكثر المتغيرات تأثيراً في متغير الاكتئاب هي التفاؤل (بشكل مباشر)، والخبرات السيئة في مرحلة الطفولة (بشكل غير مباشر). كما تؤكد دراسة نياماسي وآخرون (Nyamathi, et.al.,2012) أن الأطفال بلا مأوى يعانون من العديد من المشاكل الصحية، فضلاً عن ظهور أعراض اكتئابية شديدة تعمل على زيادة معدلاتها وتطورها الشعور بالوحدة، وعدم القدرة على حل المشكلات وإيذاء الذات

والمتغيرات السابقة مجتمعة تعد عامل خطورة يدعم الأعراض الاكتئابية ويزيد من سرعة تطورها.

وأسفرت نتائج دراسة كوبال وشانتان وبولان (Gopal, Shantan, &Paulen 2013) عن وجود علاقة سلبية بين الاكتئاب وكلّ من احترام الذات والرضا عن الحياة بين الطلاب. وقد أكدت الدراسات السابقة عن تأثير خبرات الطفل السيئة وسوء تقدير الذات علي تعرضه لمشاعر الاكتئاب، مما يشير للنتائج السلبية لإساءة معاملة الأطفال علي شعورهم بأعراض الاكتئاب.

ومن الدراسات السابقة يتضح الاثار السلبية للاكتئاب في مرحلة الطفولة علي نضج الفرد ومستقبله كما اتضح علاقة اساءة معاملة الطفل باعراض الاكتئاب المختلفة التي تؤثر بالتالي علي قدرته علي التوافق النفسي والاجتماعي.

ولقد أثبت الاتجاه المعرفي السلوكي نجاحه في التعامل مع العديد من المشكلات في المجالات المتعددة للخدمة الاجتماعية. ويتفق العلماء من أصحاب الاتجاه المعرفي السلوكي على أن أسباب المشكلات ترجع إلى العادات العقلية غير المفيدة، وإلى النقص المعرفي الذي يحرم الفرد من معرفة المفاهيم التي يحتاجها لحل المشكلات، وأيضاً للخطأ المعرفي الناتج عن وجود معلومات غير صحيحة يبني عليها الفرد تصرفاته، هذا فضلاً عن نقص المهارات العقلية والاجتماعية التي تمكنه من حل المشكلات. وبناء على ما سبق فإن سلوك الفرد هو نتيجة لأفكاره، فالأفكار هي التي تحدد مضمون الإدراك؛ والإدراك وما يشتمل عليه من مضامين يثير نوعاً معيناً من الأحاسيس، والتي تشكل الدوافع المؤدية للسلوك النهائي، لذلك فكما كانت الفكرة المسبقة سليمة، كان السلوك سليماً والعكس صحيح، فالفكرة التي يحتويها العقل هي التي تحدد المظهر النهائي للسلوك.(زيدان وآخرون، ٢٠٠٢، ص٨٢)

واكد العلاج المعرفي السلوكي فاعليته في تفسير الاضطرابات السلوكية المتعددة، مثل المخاوف المرضية، والاضطرابات النفسية والفسولوجية.(فايد، ٢٠٠١، ص٣١). وايضا في خفض أعراض الاكتئاب للأطفال وتحسين تقدير الذات.(سلامة: ٢٠٠٣، ص٣٧٨). (هندية . ٢٠٠٣) وكذلك في علاج حالات الإحباط وعدم التكيف حيث اكد فعاليته في التدريب على المهارات الاجتماعية لجماعة من المراهقين المعرضين للاكتئاب.(Harakal. 2004.p.83) وكذلك دراسة روبرت وآخرون ( Roberts,et.al., 2010 ) التي اشارت الي فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الأعراض

الاكتئابية والقلق لدى الأطفال ، ايضا دراسة بيراتيكيوس (Peratikos, 2011) والتي اكدت فعالية برنامج معرفى سلوكى عن طريق اللعب فى خفض الاعراض الاكتئابية لدى الأطفال.

كما اشارت العديد من الدراسات الي فعالية العلاج المعرفى السلوكي في التعامل مع الأطفال الذين يتعرضون لإساءات متعددة. منهم دراسة كل من Cohen, Mannarino, & Knudsen (2005)، Grasso, Joselow, Marquez, & Webb, (2011)، شرشير، Bruce, Heimberg, Goldin, & Gross, ،(2012)، (2013)، (2013)، Bohus et al., (2013).

وقد اشارت الدراسات السابقة الي فعالية أساليب العلاج المعرفى السلوكى فى مواجهة مشكلات اعراض الاكتئاب والتخفيف من أثارها وكذلك في التعامل مع الأطفال الذين يتعرضون لإساءات متعددة؛ فقد استفادت الباحثة منها فى تحديد الإطار النظرى والتطبيقي للدراسة الحالية، لذلك فإن الباحثة تسعى من خلال هذه الدراسة لتطبيق برنامج تدخل مهني باستخدام العلاج المعرفى السلوكى يستهدف الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم، وذلك من خلال التعرف على طبيعة أفكارهم اللاعقلانية ومناقشتها والعمل على تعديلها، وإبدالها بأفكار أكثر منطقية، وتحديد الانفعالات غير المناسبة المرتبطة بهذه الأفكار، مما يسهل إكساب اليتيم القدرة على التفكير السليم، والإدراك الصحيح، وتبنى اعتقادات صحيحة؛ مما يجعله يسلك سلوكاً صحيحاً فى الحياة. وعلى هذا الأساس يدور البحث حول قضية أساسية قوامها تحديد: فعالية ممارسة العلاج المعرفى السلوكى في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم: وتوضيح ١- الفروق بين انواع الاساءة (جسدية- نفسية-اهمال) و أعراض اكتئاب الأيتام. ٢- الفروق بين الذكور والاناث في انواع الاساءة واعراض الاكتئاب.

### ثانياً: أهمية الدراسة:

تتبلور أهمية هذه الدراسة في مجموعة النقاط التالية:

- ١- تشير احصاءات الاطفال الايتام إلى تزايد نسبتهم فى المجتمع العالمى وفى مصر مما يؤكد ضرورة الاهتمام بهم، وتقديم كافة أنواع الرعاية لمساعدتهم على الحياة الكريمة.
- ٢- ما اكدته تقديرات منظمة الصحة العالمية حول زيادة حجم إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم محليا وعالميا وكذلك زيادة أعداد الأطفال الذين يموتون سنوياً نتيجة الإساءة إليهم.

٣- ما اشارت اليه الدراسات السابقة من تأثير خبرات الطفل السيئة والنتائج السلبية لإساءة معاملة الأطفال علي شعورهم بأعراض الاكتئاب مما يؤثر على أفكارهم وسلوكهم ودوافعهم.

٤- ما اكدته الدراسات السابقة من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد مع العديد من المشكلات؛ حيث تعمل على تعديل الأفكار، والانفعالات بهدف تعديل السلوكيات، مما جعل هذا الاتجاه أنسب الاتجاهات العلاجية التي يمكن تطبيقها في هذا البحث.

ثالثاً: أهداف الدراسة. تحددت أهداف الدراسة الحالية في الأهداف التالية

الهدف الرئيسي للدراسة: التحقق من فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم.

الأهداف الفرعية للدراسة:

١. التحقق من فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم جسدياً.
٢. التحقق من فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم نفسياً.
٣. التحقق من فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم بالإهمال.
٤. التعرف على الفروق بين متوسطات درجات الأطفال الذكور والإناث على مقياسي اساءة معاملة الاطفال والاكتئاب.

رابعاً: مفاهيم الدراسة: تحددت مفاهيم الدراسة في الآتي:

١ - مفهوم أعراض الاكتئاب: **The concept of symptoms of depression:**

يعرف الاكتئاب " بأنه حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة وأحداث انفعالية مؤثرة قد مرت به" (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٨ ، ص 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 والتقة 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. (عكاشة، ١٩٩٨، ص ٣٤١)

ويعرف الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق وتشيع فيها مشاعر الهم والغم، وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية" (هنديّة: ٢٠٠٣، ص ٨؛ موسى: ٢٠٠٥، ص ٢١).

كذلك يعرف الاكتئاب بأنه: "اضطراب نفسى يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد، والتي تتمثل في الحزن الشديد، والإحباط، وفقدان الهمة، وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالتعب، والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالذنب، والإحساس بالتفاهة، وعدم القيمة، وعدم القدرة على النوم، وانعدام الثقة بالنفس" (الأنصاري، وكاظم ٢٠٠٧م، ص ١٩٣).

ويعد الاكتئاب Depression اضطراب مزاجي يعاني فيه الشخص من الحزن والمشاعر السلبية وفقدان الاهتمام. ويسمى أيضاً اضطراب اكتئابي رئيسي أو اكتئاب سريري (حبيب، ٢٠١٠، ص ٢٩)

ومصطلح اكتئاب - في حد ذاته - يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغير في حياتنا سواء أكان تأثيراً بسيطاً أم شديداً، ومعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد تجاه هذه الأحداث نفسها، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية، والعوامل النفسية التي ربما تتأثر بالعوامل الخارجية (أبو فايد، ٢٠١٠م، ص ١٠).

ويرى بيك (Beck, 1997:40) أن الأعراض الاكتئابية تكمن عدة أعراض منها: الحزن -التشاؤم - الشعور بالفشل -نقص الرضا - الذنب - الإحساس بالعقاب - اتهام الذات - كراهية

الذات -نوبات البكاء -رغبات انتحارية- التهيج -الانسحاب الاجتماعي - التردد - تغيير صورة الجسم، صعوبة العمل - الأرق - سرعة التعب - فقد الشهية - فقد الوزن.

**وتعرف الباحثة اعراض الاكتئاب في هذه الدراسة نظريا بانها:** مجموعة الاعراض المصاحبة للاضطراب النفسي للطفل اليتيم والتي تظهر في صورة حزن او شعور بالفشل او ضعف شهية او اضطراب نوم او كراهية للذات وغيرها والتي تظهر علي الطفل نتيجة تعرضه لاساءة المعاملة بالمؤسسات الايوائية.

**تأسيسا على ما سبق طرحه يمكن تعريف الاكتئاب اجرائيا في الدراسة الحالية بأنه:**

- ١ - حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن.
- ٢ - ينتج هذا الشعور بسبب تعرض الطفل لسوء المعاملة.
- ٣ - يتسبب هذا الشعور في ضعف النمو النفسي واضطرابات في شخصيه الطفل.
- ٤ - يمكن قياس اعراضه من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل بالإجابة على بنود مقياس الاكتئاب المستخدم في هذه الدراسة تتدرج من اكتئاب شديد جدا الي اكتئاب شديد الي اكتئاب متوسط الي اكتئاب بسيط واخيرا لا يوجد اكتئاب.

## ٢- مفهوم إساءة معاملة الطفل *The concept of Child Abuse*

تعرف منظمة الصحة العالمية إساءة معاملة الطفل بأنها "حالة تشمل جميع أشكال المعاملة السيئة البدنية أو العاطفية أو كليهما، والانتهاك الجنسي، والإهمال أو المعاملة بإهمال، أو الاستغلال التجاري وغيره، والمؤدية إلى أذية حقيقية أو محتملة تؤذي صحة الطفل أو بقاءه أو تطوره أو كرامته أو ثقته أو قوته". (Krug, et al, 2002, p. 1083)

كما يعرف عشوي إساءة معاملة الطفل بانها "كل ما يقوم به الأفراد أو يفشلون في القيام به، وينجم عنه أذى مباشر أو غير مباشر للأطفال، أو يعيق فرصتهم في التطور الآمن والصحي إلى سن الرشد". (عشوي، ٢٠٠٣، ص١٣)

كذلك عرفت جمعية منع إساءة معاملة الطفل NCCAN بأنها "أي سلوك من جانب الوالد أو القائم على رعايته، والذي ينجم عنه أذى بدني، ونفسي، وانفعالي حقيقي، وربما ينتج عنه وفاة الطفل". (Stewar,2005,p6295)

وتُعرف مجلة الاعتداء على الأطفال وإهمالهم الاعتداء على الأطفال بأنه "أي عمل أو فشل في التعامل مع الطفل والتي تؤدي إلى موته، أو قد تؤدي إلى أذى جسدي أو معنوي، أو اعتداء جنسي أو استغلال، أو فعل أو عدم منع أي فعل يؤدي إلى خطر وشيك بإلحاق ضرر جسيم بالطفل". (Herrenkohl, 2005, p. 413).

ويعرف قاموس الخدمة الاجتماعية إساءة المعاملة بأنها "سلوك خاطئ وغير سوى يقصد به الأذى والضرر الجسدي أو النفسي أو المالي بفرد أو جماعة". (Barker, 2013, p. 864). وتتعدد مظاهر وأشكال إساءة معاملة الطفل، فمنها الإساءة الجسدية، والإساءة النفسية، وإهمال الطفل، وسنعرض لمفهوم كل منهن فيما يلي:

### الإساءة الجسدية Physical Abuse:

ويعرفها هيربرت 2003 Herbert بأنها "الإصابة البدنية للطفل، والتي ترجع للعقاب البدني المفرط، مع وجود معرفة قاطعة، أو شك منطقي أن الإصابة حدثت أو تعم منعها". (Herbert, 2003, p. 271).

وتتمثل الإصابات التي يحتمل أن تسبب مشكلات طبية مستديمة للطفل ضحية الإساءة البدنية في ثلاث فئات: إصابات المخ، والحروق، وإصابات البطن، وكل منها يمثل خطراً هاماً على الحواس (Wharton, Rosenberg, Sheridan, Ryan 2000, p. 117)، ولعل معظم حالات الإساءة الجسدية تحدث أثناء ما يسميه الآباء "تهذيب الطفل" أو الإفراط في التهذيب لأطفال يعتبرونهم غير قابلين للتحكم أو الضبط. (Herbert 2003,p271)

### الإساءة النفسية Psychological Abuse

وتعرف أيضاً بأنها "سوء معاملة عاطفية مستمرة للطفل، تسبب آثاراً عكسية شديدة ومستمرة على التطور العاطفي للطفل، وتشمل إشعار الطفل بأنه غير جدير أو غير محبوب أو غير كفاء، أو وضع توقعات عن الطفل لا تتناسب مع سنه أو نموه، أو إشعاره بالرعب، أو استغلاله أو إفساده" (Brian, 2000, p. 80).

وهي نمط سلوكي مستمر يتصف بانسحاب المسيء من العلاقة العاطفية الطبيعية مع الطفل، والتي يحتاجها لنمو شخصيته، وتشمل الإساءة الكلامية، وقد تكون على شكل استخدام طرق عقاب غريبة، منها حبس الطفل في حمام أو غرفة مظلمة أو ربطه بأثاث المنزل أو تهديده بالتعذيب، والاستخفاف بالطفل وتحقيره أو نبذه واستخدام كلام حاط من مكانته، أو تعنيفه أو لومه وأهانته. (الحديدي وجهشان، ٢٠٠٤، ص٦)

ولقد قام كل من Stuart Hart & Marla Brassard بتحديد السلوكيات التي تمثل إساءة نفسية للطفل في ست فئات سلوكية، وتم طرحها في مبادئ الممارسة الخاصة بتقييم سوء المعاملة النفسية من جمعية المتخصصين الأمريكيين في الإساءة للطفل American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)، وهي: الأزراء،

إنكار الاستجابة العاطفية، العزلة، الإفساد والاستغلال، إهمال الصحة الجسدية والصحة العقلية والتعليم. (Rossman, Hughes, & Rosenberg, 2013, p. 5)

### الإهمال Neglect:

كما يعرف الإهمال بأنه نمط سلوكي يتصف بإخفاق المسيء تقديم احتياجات الطفل الجسدية والعاطفية مثل الطعام ، والمأوى، والملبس، والرعاية، وبأخذ الإهمال ثلاثة أشكال هي الجسدي ، والتربوي، والعاطفي، وفي الإهمال الجسدي يكون هناك إخفاق بتقديم الطعام واللباس وعدم تقديم الرعاية الطبية الضرورية ، وعدم توفير الحماية من تقلبات الطقس، وقد يصل الإهمال الجسدي إلى مرحلة التخلي الكامل عن الطفل وطرده خارج المسكن، وفي الإهمال التربوي يكون هنا كإخفاق بالتوجيه التربوي او بالدراسة الأساسية للطفل مما يؤدي إلى تسرب الطفل من المدرسة، وفي الإهمال العاطفي يكون هنا كإخفاق بتقديم الحنان أو الحب والدعم للطفل، أو حدوث عنف منزلي بحضوره أو الإدمان على الكحول أو المخدرات من قبل البالغين ومشاركته في ممارسات هذا الإدمان. (الحديدي وجهشان، ٢٠٠٤، ص٨)

كما يعرف بأنه "نقص الاهتمام أو الرعاية مما يؤثر على التطور العضوي والفكري والاجتماعي والعاطفي للطفل". (Rossman, Hughes, & Rosenberg, 2013, p. 5)

وتعرف الباحثة "اساءة معاملة الطفل " في ضوء الدراسة نظريا بأنه: "كل ما يقوم به القائم علي الرعاية بالمؤسسات الايوائية للطفل اليتيم والذي ينجم عنه أذى جسدي، او نفسى، او اهمال مما يعيق فرصتهم في التطور الآمن والصحي ويؤدي الي ظهور اعراض الاكتئاب عليهم.

تأسيسا على ما سبق طرحه يمكن تعريف اساءة معاملة الطفل اجرائيا في الدراسة الحالية بأنه:

- ١ - السلوك الموجه من جانب القائم على الرعاية مع الطفل اليتيم ينتج عنه أذى جسدي، او نفسى، او اهمال.
- ٢- يتسبب في العديد من المشكلات النفسية للطفل واهمها الاكتئاب.
- ٣- يمكن قياسه من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل بالإجابة على بنود مقياس اساءة المعاملة المستخدم في هذه الدراسة بابعاده الثلاثة الجسدي-النفسى-الاهمال.

### خامسا: الموجهات النظرية للدراسة:

يركز العلاج المعرفي على إحداث تعديل في العوامل المعرفية والتي يكون لها تأثير في إحداث توترات العمل الشخصية وفي إحداث توترات في علاقاته مع الآخرين، ولذلك يستهدف العلاج تحقيق الآتي: ١- إحداث تغيير في المحتوى المعرفي (أحداث معينة في الحياة - القرارات - الاعتقادات - الأفكار). ٢- إحداث تغيير في العمليات المعرفية - الإدراك. ٣- إحداث تغيير في البناء المعرفي. ٤- تنظيم كل من المحتوى المعرفي والعمليات المعرفية والبناء المعرفي لتحقيق التفاعل بين هذه العوامل المعرفية. ٥- تحقيق التفاعل بين العوامل المعرفية والعوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الاجتماعي للعميل. (ادريس ٢٠٠٢، ص ١٢٥)

كما يهدف إلى تعليم العميل أن يصحح أداؤه المعرفية الخاطئة والمشوهة، وإلى تغيير معتقداته المختلفة وظيفياً والتي تعرضه لخبرات مشوهة، كما يستهدف التأكيد على تحقيق العميل معنى لحياته، والشعور الهام بقيمة الذات، الاهتمام بكل معتقدات العميل، وتحقيق ذلك حينما يكتشف العميل قدراته واستقلاله الذاتي. (خليل ٢٠٠١، ص ١٢)

والعلاج المعرفي السلوكي يركز على علاج الأفكار والأحكام والمدرجات والآمال للإنسان والتي عن طريق تغييرها يتمكن من مقاومة مشكلاته والتغلب عليها بنفسه في علاقته بنفسه أو بالآخرين.

**وتتمثل مراحل العلاج المعرفي السلوكي:** في ثلاثة مراحل أساسية المرحلة **المعرفية:** وتشمل إدراك العميل لحقائق مشكلته ولعناصر القوة لديه، وهنا يفصل العميل بين أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، ويتعلم العميل كيفية توظيف قدراته المعرفية بكفاءة، وفي أثناء هذه المرحلة يشرح المعالج للعميل المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي، ويوضح له مسترشداً بمواقف وأمثلة محددة مدى خطأ تفكيره. وهناك العديد من أساليب العلاج في هذه المرحلة ومنها أساليب إعادة البناء المعرفي مثل: (العلاقة المهنية والإقناع والتوضيح). **المرحلة الانفعالية:** ويسعى المعالج خلالها إلى تغيير قيم واتجاهات العميل، وتوضيح الفرق بين الواقع والخيال من خلال التفسير، ولعب الدور، ويلاحظ أن الأخصائي المعالج يتعامل في هذه المرحلة مع ردود أفعال العميل الانفعالية، ويساعده على الاستجابة بطريقة مناسبة لطبيعة الموقف، وتحمل الضغوط الحالية والمستقبلية المتوقعة، والتفكير في التعامل مع تلك الضغوط بطريقة عقلانية. (السيسي، ٢٠٠١، ص ٢٢)

**المرحلة السلوكية:** يساعد المعالج العميل على تغيير سلوكه اللائق في ضوء إعادة تشكيل بناءه المعرفي، وأسلوبه في التفكير، والانفعال بالموقف، ومن الأهمية ممارسة العميل لعمليات التفكير العقلاني، وأنماط السلوك التوافقى الجديد فى ضوء تدريب الأخصائى له، واستخدام أسلوب التعلم الذاتى الموجه، أو تحديد المهام المنزلية، والممارسات اليومية، أو لعب الدور، أو قد يستخدم الممارس كذلك بعض الأساليب السلوكية الإجرائية خاصة التدعيم الإيجابى، والتدعيم السلبي، والإطفاء الإجرائى، وإعادة تشكيل الاستجابة، وغير ذلك. (ادريس.٢٠٠٢.ص١٢٦)

**استخدام النظرية المعرفية السلوكية فى تفسير مشكلة الدراسة الحالية:** حيث تشير النظرية المعرفية السلوكية فى ضوء هذه الدراسة، إلى أن الطفل اليتيم الذي تظهر عليه اعراض الاكتئاب لديه من الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بهذه الانفعالات النفسية؛ سواء المتعلقة بالحزن والتشاؤم من المستقبل أو الاحساس بالفشل أو الاحساس بالسخط وعدم الرضا والاحساس بالندم والذنب وكراهية النفس والرغبة في الانتحار والبكاء والاستثارة وعدم الاستقرار النفسي والانسحاب الاجتماعي والتردد وعدم الحسم واضطرابات النوم وفقدان الشهية والشعور بالارهاق المستمر وضعف الصحة والمستوي الدراسي وعدم القدرة علي التفاعل الاجتماعي السوي. وبناء عليه؛ فإن برنامج التدخل المهني فى هذه الدراسة يعمل على اختبار فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى الحد من اعراض الاكتئاب للاطفال، عن طريق تحديد أفكارهم اللاعقلانية، ومشاعرهم السلبية المرتبطة بها، والعمل علي تعديلها وتغييرها للافضل. كما ستقوم الباحثة بعمل جلسات مع مشرفين الدار والاختصاصيات الاجتماعيات للحد من سلوك الاساءة التي يتعرض لها الاطفال بالمؤسسة.

#### **سادسا: الإجراءات المنهجية للدراسة:**

- ١- **نوع الدراسة:** وهي دراسة شبه تجريبية والتي اختارتها الباحثة لعلاقتها بموضوع الدراسة حيث تهدف الدراسة إلى تحديد العلاقة بين متغيران إحداهما متغير مستقل وهو (ممارسة العلاج المعرفى السلوكي) ومتغير تابع هو (الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم)، حيث أن التصميم التجريبي يتيح فرصة القياس الدقيق للفروض.
- ٢- **منهج الدراسة:** تمشياً مع نوع الدراسة فإن الباحثة اعتمدت على المنهج التجريبي القائم على استخدام مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية الذي يمثل أحد التصميمات التجريبية، وفي هذا التصميم تقوم الباحثة بإجراء قياس قبلي لكلا المجموعتين الضابطة والتجريبية. ثم تقوم بإدخال المتغير التجريبي على الجماعة

التجريبية دون الجماعة الضابطة، وبعد إنهاء التجربة تقوم الباحثة مرة أخرى بإجراء قياس بعدي على كلا المجموعتين الضابطة والتجريبية وقياس تأثير المتغير التجريبي.

٣- **فروض الدراسة:** حيث تسعى الدراسة لاختبار الفرض الرئيسي التالي:

"توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم لصالح المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج المعرفي السلوكي".

#### الفروض الفرعية للدراسة:

- ١- توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم جسمياً، لصالح المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج المعرفي السلوكي".
- ٢- توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم نفسياً، لصالح المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج المعرفي السلوكي".
- ٣- توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم بالإهمال، لصالح المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج المعرفي السلوكي".

٤- **أدوات الدراسة:** اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

(١) مقياس إساءة معاملة الأطفال (إعداد الباحثة).

(٢) مقياس بيك للاكتئاب. (Aaron Beck)، BDI-II تنقيح عام ١٩٩٦ للBDI.

#### (١) مقياس إساءة معاملة الأطفال (إعداد الباحثة):

أ. مرحلة جمع وتحديد عبارات المقياس وفي هذه المرحلة قامت الباحثة بتحديد موضوع القياس والهدف منه، والرجوع إلى الكتابات النظرية، والدراسات السابقة والبحوث والمقاييس المرتبطة بموضوع القياس بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

ب. وصف مختصر للمقياس حيث يتكون من ٣٩ عبارة تقيس الإساءة الجسدية والإساءة النفسية والإهمال ١٣ عبارة لكل محور، للمقياس ثلاثة أوزان (كثيراً) ٣ درجات، (أحياناً) درجتين، (نادراً) درجة واحدة. وبهذا تصبح: الدرجة العظمى للمقياس: ١١٧، الدرجة المتوسطة: ٧٨، والدرجة الدنيا للمقياس: ٣٩.

ج. صدق المقياس - الصدق الظاهري حيث قامت الباحثة بعرض المقياس على عدد (١٠) من الأساتذة المتخصصين في الخدمة الاجتماعية للحكم على هذه العبارات من حيث الصياغة وارتباطها بموضوع الدراسة في ضوء نتائج التحكيم قامت الباحثة بتعديل صياغة وإلغاء بعض العبارات وفقاً لدرجة اتفاهم (درجة الاتفاق لا تقل عن ٨٠%) . كما بلغ الصدق الذاتي = ٠,٩٧، مما يشير إلى أن المقياس لديه درجة صلاحية عالية.

د. ثبات المقياس: اعتمدت الباحثة على طريقة إجراء الاختبار في حساب الثبات، وذلك على عينة من ١٥ طفلاً من غير عينة الدراسة، ثم إعادة الاختبار مرة أخرى بعد خمسة عشرة يوماً. وقد كان معامل الثبات = ٠,٩٦، وبالكشف في جداول معنوية الارتباط اتضح أن: درجات الحرية = ١٣، ومستوى معنوية ٠,٠٠٥، وقيمة (ر) الجدولية = ٠,٥١٤. إذن معامل الارتباط ذو دلالة إحصائية. كما اتضح ثبات المقياس من خلال معامل الفا كرونباخ فكان قيمته = ٠,٩٢. وبذلك يتضح ان المقياس على درجة عالية من الثبات.

## (٢) مقياس بيك للاكتئاب (BDI) : Beck Depression Inventory

صاحب هذا المقياس هو العالم و الطبيب النفسي الأميركي المعروف (Aaron Beck)، الأستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية، وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية. كان BDI-II تنقيح عام ١٩٩٦ للـ BDI، ووضعت استجابة على منشور الرابطة الأمريكية للطب النفسي من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة، التي غيرت الكثير من المعايير التشخيصية لاضطرابات الاكتئاب. كما تم تنقيح بعض البنود وإعادة صياغة جميع البنود في ضوء خصائص عينة الدراسة.

يحتوي BDI-II أيضا على ٢١ سؤالاً، مجموع الدرجات المرتفعة تشير إلى أعراض الاكتئاب أكثر شدة. ويندرج المقياس من (٠-٩) لا يوجد اكتئاب، (١٠-١٥) اكتئاب بسيط، (١٦-٢٣) اكتئاب متوسط، (٢٤-٣٦) اكتئاب شديد، (٣٧ فأكثر) اكتئاب شديد جدا. ويرتبط BDI-II بإيجابية مع مقياس هاملتون للاكتئاب.

تم تأكد الباحثة من الصدق التمييزي للمقياس حيث تم قياس ذلك عن طريق تطبيق القائمة على أفراد أسوياء وآخرين من مرضى الاكتئاب، وأشارت النتائج إلى قدرة القائمة على التمييز بين المجموعتين بشكل واضح، حيث كانت درجات مرضى الاكتئاب مرتفعة

ودرجات الأسوياء منخفضة. كما تم التأكد من ثبات المقياس من خلال طريقة الفاكرونباخ فبلغت للعينة ككل ٠.٨٧ وهو معامل ثبات مقبول.

#### ٥- حدود البحث:

أ- **الحدود البشرية:** لقد بلغ إطار المعاينة ٤٠ طفل يتيم مقيم بجمعية على بن أبي طالب، وبالاطلاع على ملفات الأطفال بالجمعية والملاحظة وبالمقابلات مع مشرفات الدار ومع حالات من الأطفال بالدار تبين أنه يوجد ٢٧ طفل يتيم تنطبق عليه شروط العينة، تم اختيار ٢٠ منهم بالطريقة العشوائية البسيطة، وأصبح إجمالي عينة الدراسة (٢٠) طفل يتيم تم تقسيمهم إلى (١٠) أطفال مجموعة ضابطة، (١٠) أطفال مجموعة تجريبية لإجراء الدراسة التجريبية عليهم حيث تتوفر فيهم الشروط التالية: حيث يكون سن الطفل من (١٠-١٢) سنة، ويتحدد النوع في ٥ ذكور و ٥ إناث (في كل مجموعة)، وقد مر على إقامتهم بالمؤسسة مدة لا تقل عن عام. ويعاني الطفل من أعراض الاكتئاب ويحصل على درجة مرتفعة في أبعاد المقياسين إساءة معاملة الطفل ومقياس بيك للاكتئاب.

#### جدول (١) خصائص عينة الدراسة

المتغير	العدد	%	
[١] النوع	أ- ذكر	٥	٥٠%
	ب- أنثى	٥	٥٠%
[٢] السن	أ- ١١-١٠ سنة	٤	٤٠%
	ب- ١٢-١١ سنة	٦	٦٠%
[٣] الصف الدراسي	أ- المرحلة الابتدائية	٨	٨٠%
	ب- المرحلة الإعدادية	٢	٢٠%

يتضح من الجدول السابق أن خصائص عينة الدراسة تتمثل في الآتي: نسبة الإناث في الدراسة تتساوى مع نسبة الذكور ٥٠% حيث اعتمدت الباحثة على اختيار العينة وفقاً للحاصلين على أعلى درجات على مقياس إساءة معاملة الطفل ومقياس الاكتئاب، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية مع التساوي في النوع بين المجموعتين. كما يتضح أن السن في عينة الدراسة تحدد في النسبة الأكبر ٦٠% يقع عمرهم من ١١-١٢ سنة، ويتساوى بنسبة ٤٠% لكل ممن يقع عمرهم من ١٠-١١ سنة، مما يشير إلى أن النسبة الأكبر من عينة الدراسة يقع عمرها في مرحلة الطفولة المتأخرة من ١١-١٢ عام. كما اتضح أن الصف الدراسي للغالبية العظمى من عينة الدراسة في المرحلة الابتدائية بنسبة ٨٠% ويلبها في المرحلة الإعدادية بنسبة ٢٠%.

## جدول (٢) التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية وفقا لمحاور القياس

الدالة	ت	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		مقياس إساءة معاملة الطفل
		ع±	م	ع±	م	
غير دال	٠.٣١٨	٩.٠٩	٣٣.٨٠	٩.١٩	٣٢.٥٠	الإساءة الجسدية
غير دال	٠.٥٨٣	٩.١٩	٣٢.٥٠	١٠.٧٠	٢٩.٩٠	الإساءة النفسية
غير دال	٠.٣١٨	٩.١٩	٣٢.٥٠	٩.٠٩	٣٣.٨٠	الإهمال
غير دال	٠.٢١٤	٢٦.٨٥	٩٨.٨٠	٢٧.٥٤	٩٦.٢٠	الإجمالي

ت الجدولية عند ٢.٨٨=٠.٠٠١

ت الجدولية عند ٢.١٠=٠.٠٠٥

يتضح من الجدول السابق أن ت المحسوبة أصغر من ت الجدولية عند (٠.٠٥) = ٢.١٠ و عند ٢.٨٨=٠.٠٠١ إذن لا توجد فروق إحصائية بين كل من المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، مما يشير إلى تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة.

**ب- الحدود المكانية:** تم تطبيق هذه الدراسة على الأطفال الأيتام المقيمين في جمعية على بن أبي طالب بمنطقة سموحة بالإسكندرية. ويرجع اختيار هذا المكان إلى عدة مبررات: ومنها زيادة عدد الأطفال يتيمي الأبوين أو إحداهما وموافقة المسؤولين بالجمعية على إجراء الدراسة.

**ج- الحدود الزمنية:** استغرقت الدراسة بشقيها النظري والعملي حوالي خمسة أشهر.

### سابعاً-برنامج التدخل المهني:

(١) **أهداف برنامج التدخل المهني.** يهدف هذا البرنامج إلى الحد من أعراض اكتئاب الأطفال الأيتام المساء اليهم بممارسة العلاج المعرفي السلوكي وذلك من خلال تحقيق الأهداف الفرعية الآتية:

١- تقدير المشكلة من خلال التعرف على أعراض الاكتئاب لدى الطفل اليتيم والمرتبطة بالإساءة سواء الجسمية أو النفسية أو بالإهمال.

٢- التدخل المهني للحد من الانفعالات غير المناسبة المرتبطة بالأفكار السلبية والتي تؤدي إلى الاكتئاب والعمل على تبني اعتقادات صحيحة حتي يتحسن التوافق النفسي والاجتماعي وتقل أعراض الاكتئاب.

٣-تقييم نتيجة التدخل المهني عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب بعد نهاية التدخل.

٤- عمل جلسات مع مشرفين الدار والاختصاصيات الاجتماعيات للحد من سلوك الاساءة التي يتعرض لها الاطفال بالمؤسسة.

### (٢) خطوات التدخل المهني:

١. العمل على إقامة علاقة وطيدة بين الباحثة والأطفال الأيتام، وذلك لتقبل أساليب التدخل المهني المستخدمة، وتحقيق المشاركة الفعالة من قبل المبحوثين.

٢. تقدير المشكلة من خلال تحديد أسباب الاكتئاب، وكذلك قياسه، والتعرف على الأفكار اللاعقلانية لديهم والمحفزات التي تثير مشاعر الاكتئاب للعمل على الحد من تأثيرها عليهم.
٣. إقناع المبحوثين بأن أفكارهم اللاعقلانية سبباً رئيسياً في مشكلاتهم، مع عرض الأفكار الصحيحة التي تحل محل الأفكار الخاطئة، ومساعدتهم على التخلص من المشاعر السلبية، والانفعالات غير المناسبة المرتبطة بهذه الأفكار المتعلقة بالحزن والتشاؤم من المستقبل أو الاحساس بالفشل أو الاحساس بالسخط وعدم الرضى أو الاحساس بالندم والذنب وكرهية النفس والرغبة في الانتحار والبيداء والاستثارة وعدم الاستقرار النفسي والانسحاب الاجتماعي والتردد وعدم الحسم واضطرابات النوم وفقدان الشهية والشعور بالارهاق المستمر وضعف الصحة والمستوي الدراسي وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي السوي وغيرها من مشاعر مرتبطة بهذه الأفكار.
٤. إكساب المبحوثين مهارات سلوكية جديدة تساعد على التفكير المنطقي، والإدراك الصحيح، وتبنى اعتقادات سليمة؛ تساعد على سلك سلوكيات إيجابية في الحياة، والنظرة الايجابية للمستقبل.
٥. مراقبة مدى التغيير في المبحوثين من خلال التأكد من تبنى المبحوثين للأفكار الصحيحة، ورفض التفكير السلبي وممارسة السلوكيات الخاطئة الناتجة عن الأفكار الهدامة، مع إعادة قياس الاكتئاب لدى المبحوثين.
٦. تهيئة المبحوثين لإنهاء التدخل المهني، وذلك بالمتابعة المستمرة للخطوات العلاجية، والتباعد بين المقابلات النهائية مع المبحوثين.

### (٣) مرحلة التدخل المهني:

وفي هذه المرحلة تقوم الباحثة باختيار الأساليب العلاجية المناسبة المرتبطة بنماذج الممارسة في العلاج المعرفي السلوكي مع ملاحظة أن هذه الأساليب تختلف من حالة لأخرى حسب طبيعة المشكلة وشخصية العميل وتعمل الباحثة على تغيير الأفكار اللاعقلانية والسلوكيات غير المرغوبة للأطفال الأيتام المساء اليهم وذلك من خلال الأساليب العلاجية التالية:

#### ١ - الأساليب المعرفية:

- أ- حيث يتم تقديم صورة عن أضرار الاكتئاب والأفكار الخاطئة التي يعتقد الأطفال الأيتام أنها تلعب دوراً هاماً في توجيه سلوكهم وإثارة انفعالاتهم وإقناعهم بذلك

- عن طريق توضيح بعض الأمثلة التي توضح لهم أن معتقداتهم الخاطئة هي التي تسبب شعور الاكتئاب (بذلك يتم استخدام أسلوب التوضيح، والمواجهة، والإقناع).
- ب- كما يتم مناقشة المبحثين مناقشة منطقية حول أفكارهم اللاعقلانية ومحاولة تعديلها بأخرى منطقية وتشجيعهم على مواجهة هذه الأفكار. (وبذلك يتم استخدام أسلوب المناقشة المنطقية، والتشجيع).
- ج- كما يتم توضيح العلاقة بين الأحاديث الذاتية الخاطئة وأعراض الاكتئاب للأطفال، ومحاولة تغيير هذه الأحاديث الذاتية إلى أحاديث أكثر عقلانية. (وبذلك يتم استخدام أسلوب حديث الذات والواجبات المنزلية والتقارير).

### ٢- الأساليب الانفعالية:

- أ- حيث يتم مساعدة الأطفال الأيتام على ضبط انفعالاتهم عن طريق تغيير حديث الذات الذي يؤدي إلى انفعالات غير محسوبة. (وبذلك يتم استخدام أسلوب التأمل وضبط الانفعال).
- ب- تدريب الأطفال على استخدام مهارة حل المشكلة عن طريق التعرف على المشكلة وتحديدتها، وإيجاد البدائل الخاصة بالحلول واختيار إحداها مع اختبار كفاءة هذا الحل.
- ج- أيضاً مساعدة الأطفال على التعامل مع مواقف اجتماعية واقعية أثناء تواجدهم بالمؤسسة خصوصاً المواقف التي تسبب لهم الاكتئاب، وذلك بعد أن تعلموا كيفية مواجهة هذه المواقف من خلال المقابلات.

### ٣- الأساليب السلوكية:

- أ- وذلك من خلال استخدام التمرينات السلوكية لتعويد الأطفال الأيتام على السلوكيات الصحيحة وذلك لتجنب العقاب.
- ب- كما يتم استخدام التدعيم الإيجابي والسلبي لسلوكيات الأطفال حسب ما يتم في سلوكياتهم من زيادة في تغيير حديث الذات السلبي وتغييره إلى سلوكيات أكثر إيجابية أي الإقلال من شعور الاكتئاب بجميع مستوياته.
- ج- تقديم نماذج من التفكير والإدراك الصحيح لمساعدة الأطفال على مواجهة وحل مشكلاتهم (استخدام أسلوب النمذجة ودعم تقدير الذات).

د- مساعدة الأطفال على استخدام أسلوب الحوار الذاتي والمناقشة الداخلية لتغيير أنماط السلوك الخاطئ والمشاعر السلبية المسببة للاكتئاب (باستخدام الواجب المنزلي والتقارير اليومية).

هـ- تدريب الأطفال على ما يجب قوله أو فعله في المواقف الصعبة مع إحداث تغييرات لتقليل أسباب الاكتئاب في البيئة الخاصة بالأطفال. (استخدام مهارات التعامل، حديث الذات والسلوك الناتج).

و- مساعدة الأطفال على جمع معلومات عن كيفية تفسيرهم للمواقف المختلفة كما يتم توجيه أسئلة ومعرفة ردود أفعال الأطفال. (استخدام أسلوب إعادة البيئة المعرفية).

#### (٤) مرحلة ما بعد التدخل المهني: من خلال ما يلي:

- ١- قياس الفرق بين درجات نتائج القياس القبلي والبعدي للأطفال الأيتام (المجموعة التجريبية) على مقياس بيك للاكتئاب للتعرف على أثر البرنامج في تحقيق أهدافه.
- ٢- تحليل محتوى المقابلات المهنية التي تمت مع حالات الدراسة (الأطفال الأيتام).
- ٣- التغييرات التي تحدث للمجموعة التجريبية والتي ترجع إلى جهود التدخل المهني.

#### (٥) تقييم برنامج التدخل المهني:

يتم التقييم في ضوء نتائج القياس القبلي والبعدي من حيث: الحد من أعراض الاكتئاب للأطفال الأيتام المساء اليهم جسدياً أو نفسياً أو بالإهمال.

#### ثامناً- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

جدول (٣): يوضح الفروق بين متوسطات الذكور والإناث طبقاً لمقياس إساءة معاملة الطفل في المجموعة التجريبية (ن = ١٠)

الدالة	ت	إناث		ذكور		مقياس إساءة معاملة الطفل
		ع±	م	ع±	م	
دال	*٣.١٦٢	٩.١٩	٢٦.٠٠	٠.٠٠	٣٩.٠٠	الإساءة الجسدية
دال	*٥.٧١٥	٠.٠٠	٣٩.٠٠	٧.١٢	٢٠.٨٠	الإساءة النفسية
غير دال	٢.١٣٨	٠.٠٠	٣٩.٠٠	١٠.٨٨	٢٨.٦٠	الإهمال

ت الجدولية عند ٠.٠٠٥ = ٢.٣١ (دالة عند ٠.٠٠٥) ت الجدولية عند ٠.٠٠١ = ٣.٣٦ (\*\*دالة عند ٠.٠٠١)

يتضح من الجدول السابق أن ت المحسوبة أكبر من ت الجدولية عند (٠.٠٠٥) = ٢.٣١، وعند ٣.٣٦ = ٠.٠٠١ إذن توجد فروق إحصائية بين كل الذكور والإناث في المجموعة التجريبية علي مقياس إساءة معاملة الطفل، وذلك بدرجة ثقة ٩٥%، حيث يتضح زيادة الإساءة الجسدية لدي الذكور أكثر من الإناث، والإساءة النفسية لدي الإناث أكثر من

الذكور ويأتي الإهمال غير دال بينهم رغم زيادته في الإناث. وترجع الباحثة هذا الاختلاف في طبيعة النوعين والاختلافات فيما بينهم في التعامل والمشاعر وردود الأفعال.

جدول (٤): يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة طبقاً لمقياس الاكتئاب

الدلالة	ت	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الاكتئاب
		ع±	م	ع±	م	
غير دال	٠.٦٢١	٤.٩٠	١٧.٥٠	٣.٦٥	١٨.٧٠	القياس القبلي
دال	*٢.٥٨٨	٤.١٣	١٧.٢٠	٣.٢٥	١٢.٩٠	القياس البعدي

ت الجدولية عند  $٢.١٠٠ = ٠.٠٥$  (\*: دالة عند  $٠.٠٥$ ) ت الجدولية عند  $٢.٨٨ = ٠.٠١$  (\*\*: دالة عند  $٠.٠١$ )

يتضح من الجدول السابق أن ت المحسوبة أكبر من ت الجدولية عند  $(٠.٠٥) = ٢.١٠$ ، إذن توجد فروق إحصائية بين كل من المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة للمقياس ككل لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بدرجة ثقة ٩٥%، ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب للمجموعة التجريبية.

جدول (٥): يوضح الفروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي بالنسبة لاكتئاب الأطفال المساء اليهم في كل مجموعة

نسبة التحسن	الدلالة	ت	القياس البعدي		القياس القبلي		الاكتئاب
			ع±	م	ع±	م	
%٣١.٠٢	دال	**٨.٧٤٤	٣.٢٥	١٢.٩٠	٣.٦٥	١٨.٧٠	المجموعة التجريبية
%١.٧١	غير دال	٠.٥٨٠	٤.١٣	١٧.٢٠	٤.٩٠	١٧.٥٠	المجموعة الضابطة

ت الجدولية عند  $٢.١٠١ = ٠.٠٥$  (\*: دالة عند  $٠.٠٥$ ) ت الجدولية عند  $٢.٨٧٨ = ٠.٠١$  (\*\*: دالة عند  $٠.٠١$ )

يتضح من الجدول السابق أن ت المحسوبة أكبر من ت الجدولية عند  $(٠.٠٥) = ٢.١٠$  و عند  $٢.٨٧٨ = ٠.٠١$ ، إذن توجد فروق إحصائية بين كل من القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وذلك بنسبة تحسن ٣١.٠٢% ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب للمجموعة التجريبية.

جدول (٦): يوضح الفروق بين متوسطات الذكور والإناث بالنسبة لاكتئاب الأطفال المساء اليهم في المجموعة التجريبية (ن = ١٠)

الدلالة	ت	إناث		ذكور		الاكتئاب
		ع±	م	ع±	م	
دال	**٥.٦٦٠	١.٩٢	٢١.٨٠	١.٥٢	١٥.٦٠	القياس القبلي
دال	*٣.١٧٤	٣.١١	١٥.٢٠	٠.٨٩	١٠.٦٠	القياس البعدي

ت الجدولية عند  $٢.٣١ = ٠.٠٥$  (\*: دالة عند  $٠.٠٥$ ) ت الجدولية عند  $٣.٣٦ = ٠.٠١$  (\*\*: دالة عند  $٠.٠١$ )

يتضح من الجدول السابق وجود فروق شديدة المعنوية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي للذكور والإناث في المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

حيث انخفضت متوسط درجات الذكور في المجموعة التجريبية من (١٥.٦٠) إلى (١٠.٦٠) ، بينما انخفضت متوسط درجات الإناث في المجموعة التجريبية من (٢١.٨٠) إلى (١٥.٢٠).

مما يشير الي وجود فروق إحصائية بين كل من القياسين القبلي والبعدي للذكور والإناث في المجموعة التجريبية علي مقياس الاكتئاب لصالح الإناث حيث كانت أعراض الاكتئاب أكثر في الإناث عن الذكور، كما اتضح تأثر الإناث ببرنامج التدخل المهني أكثر من الذكور.

جدول (٧): يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة

#### لاكتئاب الأيتام المساء اليهم جسديا

الاكتئاب	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		ت	الدلالة
	م	ع±	م	ع±		
القياس القبلي	٢١.١٧	٢.٣٢	٢٠.٠	٣.٤٢	٠.٧٠٧	غير دال
القياس البعدي	١٤.٦٧	٣.٠٨	١٨.٨٦	٣.٨٠	٢.١٩٥	غير دال
ت	٦.٧٨٩** (دال)					
نسبة التحسن	%٣٠.٧		%٥.٧			

ت الجدولية عند ٠.٠٥=٢.٢٠\*(دالة عند ٠.٠٥) ت الجدولية عند ٠.٠١=٣.١١ (\*\*دالة عند ٠.٠١)

ويتضح من الجدول السابق أن هناك فروق شديدة المعنوية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس ككل لصالح القياس البعدي في المجموعة التجريبية.

كما اتضح أن ت المحسوبة < من ت الجدولية عند احتمال (٠.٩٩) وذلك بين القياسين البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس ككل لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية. كما يتضح أن ت المحسوبة < من ت الجدولية عند احتمال (٠.٩٩) وذلك بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على المقياس ككل لصالح القياس البعدي. وذلك بنسبة تحسن ٣٠.٠٧% ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم جسديا.

جدول (٨): يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة

لاكتئاب الأيتام المساء اليهم نفسيا

الدلالة	ت	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الاكتئاب
		ع±	م	ع±	م	
غير دال	٠.٦٠٦	٢.٣٧	٢١.٠	١.٩٢	٢١.٨٠	القياس القبلي
دال	*٢.٨٢٦	٢.٥٣	٢٠.٠	٣.١١	١٥.٢٠	القياس البعدي
				٥.٦٥٩** (دال)		ت
		%٤.٨		%٣٠.٣		نسبة التحسن

ت الجدولية عند ٠.٠٥ = ٢.٢٦ (\*: دالة عند ٠.٠٥) ت الجدولية عند ٠.٠١ = ٣.٢٥ (\*\*: دالة عند ٠.٠١)

ويتضح من الجدول السابق أن هناك فروق شديدة المعنوية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس ككل لصالح القياس البعدي في المجموعة التجريبية.

كما اتضح أن ت المحسوبة < من ت الجدولية عند احتمال (٠.٩٩) وذلك بين القياسين البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس ككل لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية. كما يتضح أن ت المحسوبة < من ت الجدولية عند احتمال (٠.٩٩) وذلك بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على المقياس ككل لصالح القياس البعدي وذلك بنسبة تحسن ٣٠.٣% ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية ، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم نفسيا.

جدول (٩): يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة

لاكتئاب الأيتام المساء اليهم بالإهمال

الدلالة	ت	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الاكتئاب
		ع±	م	ع±	م	
غير دال	٠.٤٥٥	٢.٣٧	٢١.٠	٣.١٥	٢٠.٢٩	القياس القبلي
دال	**٣.٦١٣	٢.٥٣	٢٠.٠	٣.٣٢	١٤.٠٠	القياس البعدي
				٧.٥٠٩** (دال)		ت
		%٤.٨		%٣١.٠		نسبة التحسن

ت الجدولية عند ٠.٠٥ = ٢.٢٠ (\*: دالة عند ٠.٠٥) ت الجدولية عند ٠.٠١ = ٣.١١ (\*\*: دالة عند ٠.٠١)

ويتضح من الجدول السابق أن هناك فروق شديدة المعنوية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس ككل لصالح القياس البعدي في المجموعة التجريبية.

كما اتضح أن ت المحسوبة < من ت الجدولية عند احتمال (٠.٩٩) وذلك بين القياسين البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس ككل لصالح القياس البعدي

للمجموعة التجريبية. كما يتضح أن ت المحسوبة < من ت الجدولية عند احتمال (٠.٩٩) وذلك بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على المقياس ككل لصالح القياس البعدي. وذلك بنسبة تحسن ٣١.٠% ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم بالإهمال.

جدول (١٠): يوضح معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب في القياس القبلي ومقياس إساءة معاملة الطفل (ن=٢٠)

الاكتئاب		مقياس إساءة معاملة الطفل
الدلالة	ر	
دال	**٠.٧٧٣	الإساءة الجسدية
دال	**٠.٨٢٤	الإساءة النفسية
دال	**٠.٧٩١	الإهمال
دال	**٠.٨٣١	الإجمالي

ر الجدولية عند ٠.٤٤٤=٠.٠٥ (\*: دالة عند ٠.٠٥) ر الجدولية عند ٠.٥٦١=٠.٠١ (\*\*: دالة عند ٠.٠١)

يشير الجدول السابق إلى وجود ارتباط طردي شديد المعنوية بين الإساءة بأنواعها وأعراض اكتئاب الأيتام.

جدول رقم (١١): تحليل الانحدار الخطي لمقياس الاكتئاب في القياس القبلي (ن = ٢٠)

اختبار T		معامل التحديد R <sup>2</sup>	معامل الارتباط R	اختبار "ف"		المتغيرات المستقلة مقياس إساءة معاملة الطفل
الدلالة	قيمة T			معامل الانحدار B	مستوى المعنوية	
غير دال	٠.٢٧٨	٠.٠٤٤	٠.٧٠١	٠.٨٣٨	دال	**١٢.٥٣٢
غير دال	١.٦٦٤	٠.٢٢٧				
غير دال	٠.٧٦٥	٠.١٢١				

(\*\* : دال عند ٠.٠١)

(\* : دال عند ٠.٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن قيمة ف شديدة المعنوية عند ٠.٠١ ، كما يتضمن تحليل الانحدار الخطي تأثير أنواع الإساءة المختلفة علي اكتئاب الأيتام وذلك بنسب متقاربة.

#### النتائج العامة للدراسة:

استهدفت الدراسة اختبار مدى فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي للحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

(١) أشارت النتائج إلى صحة الفرض الرئيسي: ومؤداه توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم لصالح المجموعة التجريبية وذلك بدرجة ثقة ٩٥%، كما توجد فروق إحصائية بين كل من القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية، وذلك بنسبة تحسن ٣١.٠٢%، ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب للمجموعة التجريبية. وهذا يتفق مع الدراسات السابقة التي اكدت فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تفسير الاضطرابات السلوكية المتعددة واهمها الاكتئاب (فايد، ٢٠٠١) (سلامة: ٢٠٠٣). (هنديّة . ٢٠٠٣). Harakal. (2004.p.83) (Roberts,et.al., 2010) (Peratikos, 2011) كما اتفقت مع نتائج الدراسات التي اكدت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع الأطفال الذين يتعرضون لإساءات متعددة. منهم دراسة كل من Cohen, Mannarino, & Knudsen (2005)، Grasso, Joselow, Marquez, & Webb, (2011)، شرشير، (٢٠١١)، Bruce, Heimberg, Goldin, Dorrepaal et al., (2012)، Gross, (2013)، & Bohus et al., (2013).

- حيث كشفت نتائج الدراسة صحة الفرض الفرعي الأول للدراسة ومؤداه "توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم جسديا، لصالح المجموعة التجريبية وذلك بنسبة تحسن ٣٠.٠٧% ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم جسديا.

- كما كشفت نتائج الدراسة صحة الفرض الفرعي الثاني للدراسة ومؤداه "توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم نفسيا، لصالح المجموعة التجريبية وذلك بنسبة تحسن ٣٠.٣% ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم نفسيا.

- كما كشفت نتائج الدراسة صحة الفرض الفرعي الثالث للدراسة ومؤداه " توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب للأيتام المساء اليهم بالإهمال، لصالح المجموعة التجريبية وذلك بنسبة تحسن ٣١.٠% ويرجع ذلك للتأثير الإيجابي لبرنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية، ويؤكد ذلك على فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض اكتئاب الأيتام المساء اليهم بالإهمال.

(٢) كما كشفت نتائج الدراسة انه توجد فروق إحصائية بين كل الذكور والإناث في المجموعة التجريبية علي مقياس إساءة معاملة الطفل، وذلك بدرجة ثقة ٩٥%، حيث يتضح زيادة الإساءة الجسدية لدي الذكور اكثر من الإناث، والإساءة النفسية لدي الإناث أكثر من الذكور ويأتي الإهمال غير دال بينهم رغم زيادته في الإناث. وترجع الباحثة هذا الاختلاف في طبيعة النوعين والاختلافات فيما بينهم في التعامل والمشاعر وردود الأفعال. كما اتضح وجود فروق إحصائية بين كل من القياسين القبلي والبعدي للذكور والإناث في المجموعة التجريبية علي مقياس الاكتئاب لصالح الإناث حيث كانت أعراض الاكتئاب أكثر في الإناث عن الذكور، كما اتضح تأثر الإناث ببرنامج التدخل المهني أكثر من الذكور. وهذا يتفق مع دراسة عبد الخالق وعبد الغني (٢٠٠٥)، يختلف عن دراسة (UNICEF, 2004, p. 7)، و(عبد المجيد ٢٠٠٤) حيث كان اكتئاب الذكور أعلى من الإناث.

(٣) كما أشارت النتائج إلى وجود ارتباط طردي شديد المعنوية بين الإساءة بأنواعها وأعراض اكتئاب الأيتام، وكذلك إلى تأثير أنواع الإساءة المختلفة علي اكتئاب الأيتام وذلك بنسب متقاربة. وهذا يتفق مع دراسة كل من "روبرتس ومنرو" Roberts & Munroe, 1992 ودراسة حمزة، ٢٠٠١، وتقدير Harvard Mental Health Griffin, 2003، Elklit & Brink, 2003، Safren et al., 2002، Letter, 2002 ودراسة عبد الخالق وعبد الغني (٢٠٠٥)، Coker, 2007، Gopal, Shantan, Paulen, 2013.

#### تاسعا: توصيات الدراسة:

- ١- زيادة الخدمات المقدمة للأطفال الأيتام مما يحقق لهم مزيد من التوافق النفسي والاجتماعي.
- ٢- الاهتمام بتسمية احترام وتقدير الذات للأطفال الأيتام في المؤسسات الإيوائية لما لها من تأثير إيجابي على تحسين انفعالاتهم وسلوكياتهم السلبية، وتحسين نوعية حياتهم.
- ٣- التدريب المستمر للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الأطفال الأيتام على مداخل ونماذج الممارسة المهنية في خدمة الفرد لاستخدامهم بفعالية مع الأطفال لمواجهة مشكلاتهم المختلفة.
- ٤- زيادة الندوات الدينية والمسابقات الثقافية للأطفال الأيتام في المؤسسات الإيوائية وتشجيعهم المستمر على بذل الجهد في القراءة والاطلاع على القصص الهادفة .
- ٥- الرقابة المستمرة من الدولة علي مؤسسات رعاية الأيتام والعاملين بها لمنع تعرضهم للإساءة بأنواعها.

#### عاشرا: بحوث مستقبلية مقترحة:

- ١- ممارسة العلاج المعرفي في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال الأيتام.
- ٢- ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من الاضطرابات السلوكية للأطفال الأيتام.

#### المراجع

##### أ. المراجع العربية

- عكاشة، احمد (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم، نبيل محمد (٢٠٠٢). إساءة معاملة المراهقين وعلاقتها بمستوى قدراتهم الابتكارية (رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس).
- أبو عبادة، صالح بن عبدالله (٢٠٠٠). إساءة معاملة الأطفال (القاهرة، المؤتمر العلمي السنوي لمعهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس) ص ٩٠.
- أبو فايد، ريم محمود يوسف (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- الأنصاري، بدر محمد؛ كاظم، علي مهدي (٢٠٠٧). الفروق في القلق والاكتئاب بين طلاب وطالبات جامعتي الكويت والسلطان كايوس. حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، العدد (٣)، ص ١٥٧-١٤٣.
- البحيري، نجلاء محمد فهمي (١٩٩٨). القدرات الابتكارية لدى الأطفال المودعين ببعض المؤسسات الإيوائية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ص ٣٤.
- الحديدي، مؤمن؛ جهشان، هاني (٢٠٠٤). أشكال وعواقب العنف ضد الأطفال، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العربي الأول للوقاية من إساءة معاملة الأطفال في الأردن، ص ١٦٩-٢١١.
- السيسي، محمود ناجي محمود (٢٠٠١). "العلاقة بين ممارسة العلاج السلوكي في خدمة الفرد وتعديل سلوك الطلاب نحو صحة البيئة"، المؤتمر العلمي الرابع عشر، المجلد الرابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ٢٢.

أدريس، إيتسام رفعت محمد (٢٠٠٢). "ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتقليل من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية الناتجة عن التحاق الطلاب بالجامعة"، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ١٢٥  
الراوي، عبير حسن علي (٢٠١٢). دراسة مقارنة بين مشكلات التلاميذ محرومي الأم ومحرومي الأب وتصور مقترح للتخفيف منها من منظور طريقة العمل مع الجماعات، بحث منشور في المؤتمر العلمي الخامس والعشرون للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الأول.  
الفريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٨). في الصحة النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.  
الهيديان، أمال بنت محمد بن إبراهيم (٢٠١١). التدخل المهني باستخدام المدخل السلوكي في خفض مظاهر سلوك الانسحاب الاجتماعي المترتب على الإساءة للأطفال نوى الاحتياجات الخاصة (مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٣١، الجزء ١).

بلال، كمال يوسف (٢٠١١). الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام من وجهة نظر المشرفين عليهم، بحث منشور في مجلة جامعة دمشق، العدد الأول والثاني، المجلد (٢٧).  
حبيب، زينب منصور (٢٠١٠). معجم الأمراض وعلاجها: أول معجم شامل بكل مصطلحات الأمراض المتداولة في العالم وتعريفاتها. دار أسامة للنشر والتوزيع.  
حمزة، جمال مختار (٢٠٠١). سلوك الوالدين الإيذائي للطفل وأثره على الأمن النفسي (مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٥٨) ص ١٢٨-١٤٣.

حناء، مريم إبراهيم (١٩٩٩). العلاقة بين استخدام الاتجاه المعرفي في خدمة الفرد وتنمية الوعي بمشكلات الانحراف الاجتماعي لدى الأحداث المعرضين للانحراف. بحث منشور بالمؤتمر العلمي الثاني عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ١٣.

خليل، عرفات زيدان (٢٠٠١): "العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية للطالبات المقيمت بالمدن الجامعية"، بحث منشور بالمؤتمر العلمي الرابع عشر، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ص ١١٢-١١٣.

راملينغر، كيث. (٢٠٠٢). مايو كلينيك حول الإكتئاب. بيروت: الدار العربية للعلوم.  
زيدان، على حسين وآخرون (٢٠٠٢). نماذج ونظريات معاصرة في خدمة الفرد. القاهرة، نور الإيمان للطباعة، ص ٨٢

سلامة، محمد سعيد (٢٠٠٣). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الاكتئاب لدى الأطفال (رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس)، ص ٣٧٨-٣٨٤.  
شرشير، محمد عبد الحميد (٢٠١١). العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي وتعديل الأفكار الخاطئة المرتبطة بال إساءة الوالدية (مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٣١، الجزء ١١، أكتوبر).  
عبد الخالق، أحمد؛ عبد الغني، السيد (٢٠٠٥). معدلات انتشار الاكتئاب لدي عينة من الأطفال المصريين. مجلة الطفولة العربية، ٢٥-٨، (٢٣).

عبدالمجيد، السيد محمد (٢٠٠٤). إساءة المعاملة والأمن النفسي لدى عينة من تلاميذ المدرسة الابتدائية. مجلة دراسات نفسية. المجلد الرابع عشر، العدد الثاني ص ٢٣٤-٢٧٤.  
عبد المجيد، هشام سيد (٢٠٠٦). البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية) ص ١٧-١٩.

عبد المجيد، هشام سيد وآخرون (٢٠٠٩). التدخل المهني مع الأفراد والأسر في إطار الخدمة الاجتماعية (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية؛ الطبعة الثانية)، ص ١٨.  
عشوي، مصطفى (٢٠٠٣). تأديب الأطفال في الوسط العائلي: الواقع والاتجاهات. مجلة الطفولة العربية، تصدره الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، العدد السادس ص ٩-٣٨.

فايد، حسين علي (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية - تشخيصها - أسبابها - علاجها" (القاهرة، مؤسسة طبية للنشر، ط ١)، ص ٣١.

قاسم، أنس محمد أحمد؛ أحمد، سهير كامل (١٩٩٨). أطفال بلا أسر، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب، ص ٣-١.

قناوي، هدى؛ عبد المعطى، حسن (٢٠٠٠). علم نفس النمو "المظاهر والتطبيقات" (القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع).

مبارك، هناء فايز عبدالسلام (٢٠٠٩). مشكلات الأطفال المعاقين بصرياً المساء إليهم أسرياً والحد منها باستخدام المدخل التكامل في ممارسة خدمة الفرد (رسالة دكتوراه غير منشورة، شعبة الخدمة الاجتماعية، معهد العلوم الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية).

محمد، سهام جابر (٢٠٠٠). دراسة العلاقة بين بعض أساليب المعاملة الوالدية والجناح الكامن لدى تلاميذ التعليم الأساسي (رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس).

مخيمر، عماد محمد أحمد (٢٠٠٣). خبرات الإساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية (مجلة دراسات نفسية، رابطة الإخصائيين النفسيين المصرية، المجلد ١٣، العدد ٣، ص ٤٤٧-٤٨٦).

منصور، حمدي محمد (٢٠٠٣). الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية "نظريات - نماذج - تكنيكات - مقاييس" (الرياض، مكتبة الراشد؛ الطبعة الأولى، الجزء الأول)، ص ٩.

موسى، وسام عبد المعبود علي (٢٠٠٥): بعض المتغيرات المرتبطة بالاكنتاب لدى الأطفال (دراسة إكلينيكية)، رسالة ماجستير، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.

هندية، محمد سعيد سلامة (٢٠٠٣). مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي تخفيف حدة الاكنتاب لدى الاطفال، رسالة الدكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس

يس، محمد مدحت أبو بكر الصديق (١٩٩٩). استخدام الدراما النفسية في خدمة الفرد ومواجهة المشكلات الاجتماعية والنفسية للأطفال بالمؤسسات الإيوائية، المؤتمر العلمي الثاني عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ٤١٥.

## ب. المراجع الأجنبية

- Barker, R. L. (2013). The social work dictionary. 6<sup>th</sup> ed. Washington, DC. NASW Press.
- Beck, A. (1997). Cognitive therapies. essential papers psychoanalysis. New York: U.S.A University Press.
- Bensley, L., Ruggles, D., Simmons, K. W., Harris, C., Williams, K., Putvin, T., & Allen, M. (2004). General population norms about child abuse and neglect and associations with childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1321-1337.
- Bensley, L., Simmons, K. W., Ruggles, D., Putvin, T., Harris, C., Allen, M., & Williams, K. (2004). Community responses and perceived barriers to responding to child maltreatment. *Journal of Community Health*, 29(2), 141-153.
- Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221-233.
- Brian, C. (2000). *Child Abuse "Towards A Knowledge Base"*. 2<sup>nd</sup> ed. Buckingham: Open University Press, P. 80-81.
- Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2013). Childhood maltreatment and response to cognitive behavioral therapy among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 30(7), 662-669.
- Bundy-Fazioli, K., Briar-Lawson, K., & Hardiman, E. R. (2009). A qualitative examination of power between child welfare workers and parents. *British Journal of Social Work*, 39(8), 1447-1464.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child abuse & neglect*, 29(2), 135-145.
- Coker, S. (2007). A positive psychological perspective of the direct and indirect influences of gender role schema and the experience of childhood trauma on psychological, physical and social well-being in adulthood. [Unpublished doctoral dissertation]. Central Queensland University, Australia.

- Davis, P. W., Chandler, J. L., & LaRossa, R. (2004). "I've tried the switch but he laughs through the tears:" The use and conceptualization of corporal punishment during the Machine Age, 1924-1939. *Child abuse & neglect*, 28(12), 1291-1310.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Van Balkom, A. J., Veltman, D. J., Hoogendoorn, A. W., & Draijer, N. (2012). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: A multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(4), 217-225.
- Elklit, A., & Brink, O. (2003). Acute stress disorder in physical assault victims visiting a Danish emergency ward. *Violence and Victims*, 18(4), 461-472.
- Frankel, K. A., Boetsch, E. A., & Harmon, R. J. (2000). Elevated picture completion scores: A possible indicator of hypervigilance in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), p.63-70.
- Garwood, M. M., & Close, W. (2001). Identifying the psychological needs of foster children. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(2), 125-135.
- Goodwin, R. D., & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological medicine*, 34(3), 509-520.
- Gopal, C. S., Shantan, H., & Paulen, D. (2013). Relation of depression with self-esteem and satisfaction with life. *The International Journal of Behavioral Social and Movement Sciences*, 2 (1), 268-270.
- Grasso, D. J., Joselow, B., Marquez, Y., & Webb, C. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy of a child with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy*, 48(2), 188-197.
- Griffin, J. L. (2003). Structural equation modeling of Borderline Personality Disorder: Cognitive distortions, maladaptive schemas, psychological distress and insecure attachment as long-term sequelae of childhood sexual abuse. [Ph.D. thesis]. Virginia Consortium Program in Clinical Psychology.
- Groark, C. J., Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., Nikiforova, N. V., & McCall, R. B. (2005). Improvements in early care in Russian orphanages and their relationship to observed behaviors. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 26(2), 96-109.
- Gurevich, L. (2010). Parental child murder and child abuse in Anglo-American legal system. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(1), 18-26.
- Handwerker, P. (1999). Child hood origins of Depression: evidence from native and nonnative women in Alaska and the Russian Far East. *Journal of women's health*, 8, 33- 43.
- Harakal, P. J. (2004). An evaluation of school based cognitive behavior social skills training with adolescents at risk for depression (PHD thesis), the University of Texas, p. 83.
- Harvard Mental Health Letter. (2002): Depression in children, Part I. copyright of Harvard Mental Letter. Retrieved from: [https://www.health.harvard.edu/newsletter\\_article/depressed-parent-depressed-child](https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/depressed-parent-depressed-child)
- Herbert, M. (2003). Typical and atypical development: From conception to adolescence. Oxford: Blackwell Publishing.

- Herrenkohl, R. C. (2005). The definition of child maltreatment: From case study to construct. *Child abuse & neglect*, 29(5), 413-424.
- Hooper, L. (2007). Expanding the discussion regarding parentification and its varied outcomes: Implications for mental health research and practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(4), 322-337..
- Kerr, M. A., Black, M. vM., & Krishnakumar, A. (2000). Failure-to-thrive, maltreatment and the behavior and development of 6-year-old children from low-income, urban families: a cumulative risk model. *Child abuse & neglect*, 24(5), 587-598.
- Kornblum, W., Julian, J., Smith C. (2000). *Social Problems*. 7<sup>th</sup> ed. New Jersey, Prentice Hall & Englewood Cliffs Publishers, P. 201.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Luna, M. (2003). *Co-occurrence of Domestic Violence and Child Abuse*. [Ph.D. thesis]. California State University, Long Beach.
- Madu, S. N. (2002). Perceived parental disorders as risk factors for child sexual, physical and emotional abuse among high school students in the Northern Province, South Africa. *Ife psychologia*, 10(1), 28-43.
- Madu, S. N. (2003). The relationship between parental physical availability and child sexual, physical and emotional abuse: A study among a sample of university students in South Africa. *Scandinavian journal of psychology*, 44(4), 311-318.
- Maiter, S. (2004). Considering context and culture in child protection services to ethnically diverse families: An example from research with parents from the Indian Subcontinent (South Asians). *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 5(1), 63-80.
- Malmgren, K. W., & Meisel, S. M. (2004). Examining the link between child maltreatment and delinquency for youth with emotional and behavioral disorders. *Child Welfare*, 83(2), 175.
- Moran, P.M., Bifulco, A., Ball, C., Jacobs, C., & Benaim, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: I. Developing new interview Scale. *Bulletin of the manager clinic*, 66(3), 213-40.
- Nyamathi, A., Marfisee, M., Slagle, A., Greengold, B., Liu, Y., & Leake B. (2012). Correlates of depressive symptoms among homeless young adults. *Western Journal of Nursing Research*, 134(1): 97-117.
- Nielsen, A., Coleman, P. K., Guinn, M., & Robb, C. (2004). Length of institutionalization, contact with relatives and previous hospitalizations as predictors of social and emotional behavior in young Ugandan orphans. *Childhood*, 11(1), 94-116.
- Peratikos, A. (2011). *Cognitive Behavioral Play Therapy for Children with Depression: A Manual For Individual Treatment*. Dissertation Abstracts International, 71 : 1-12.
- Roberts, J.E., & Munroe, S.M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 804-812.
- Rosquist, P.R., & Krugman, R.D. (2000). *Child Abuse and Neglect*. In: Wallace, H.M., Green, G., Jaros, K (eds). *Health and Welfare for Families in the 21<sup>st</sup> Century*. Massachusetts, Jons and Bartlett Publishers, P.190.

- Rossmann, B. R., Hughes, H. M., & Rosenberg, M. S. (2013). Children and interparental violence: The impact of exposure. Unites State: Taylor & Francis.
- 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*, 48:68-73.
- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(7), 453-456.
- Salmon, P., Holcombe, C., Clark, L., Krespi, R., Fisher, J., & Hill, J. (2007). Relationships with clinical staff after a diagnosis of breast cancer are associated with patients' experience of care and abuse in childhood. *Journal of psychosomatic research*, 63(3), 255-262.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child development*, 64(1), 169-187.
- Tharp-Taylor, S. (2004). The effects of early social-emotional deprivation on social and emotional development after adoption from orphanages in the Russian Federation. (Ph. D Thesis), University of Pittsburgh, Russia.
- The Brown University Behavior letter child & Adolescent. (2002, February). Adverse event in childhood strongly linked with suicide. Monthly reports on problems of children and adolescents growing up. No 2. p. 3.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF] (2004). Children in Six Districts of Upper Egypt: A Situation Analysis. Cairo: Egypt Country Office, Sahara Printing Company, P.7.
- Wharton, R.H., Rosenberg, S., Sheridan, R.L., & Ryan, D.P. (2000). Long term medical consequences of physical abuse. In: Reece, R. M. (ed). Treatment of child abuse: common ground for mental health, medical, and legal practitioners. Baltimore: Johns Hopkins University Press, P. 117-134.