أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب

جلال كايد ضمرة، سهام أبو عيطة *

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى مقارنة أثر برامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة والموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب. أشتملت الدراسة على 48 طفلاً سورياً تراوحت أعمارهم مابين 10–12 سنة تم توزيعهم قصدياً على 4 مجموعات (مجموعة العلاج بالموسيقى ومجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج بالموسيقى والمركز على الصدمة والمجموعة الضابطة). وتم استخدام قائمة قلق ما بعد الصدمة للأطفال لتقييم مستويات قلق ما بعد الصدمة لأفراد الدراسة والمكونة من 30 فقرة موزعة على 4 أبعاد أساسية (إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة والأعراض النفسية الأخرى). دلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرامج العلاجية الموظفة في خفض اعراض إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة مقارنة بالمجموعة الضابطة. في حين أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض قلق مابعد الصدمة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج الموسيقي. ولم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة ما بين المجموعات في بعض الاعراض النفسية الأخرى.

الكلمات الدالة: أطفال الحروب، العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، العلاج بالموسيقى.

المقدمـة

تشهد منطقتنا العربية الكثير من مظاهر الصراع المسلح والحروب، وقد شهدت بعض المناطق حدوث صراعات أهلية. ويتوجه العديد من الأفراد إلى الأردن قادمين من الدول المجاورة التي تشهد صراعات مسلحة مثل الاراضي الفلسطينية المحتلة والعراق وسوريا. وتشير تقديرات المفوضية السامية لشؤون اللاجئين إلى وجود ما يقارب من 120 ألف لاجئ عراقي و102 ألف لاجئ سوري، إلا أن التقديرات غير الرسمية لعدد اللاجئين السوريين في الأردن تشير إلى وجود ما يقارب من 500 ألف لاجئ نصفهم من الأطفال، والعدد مرشح للزيادة خلال الفترات القادمة(UNHCR, 2013). ان مشاهدة الاطفال للأحداث المرافقة للصراعات والحروب ستؤثر سلباً في متغيرات الصحة النفسية لهم، مما يبرر ضرورة تطوير البرامج العلاجية للتعامل مع الأعراض النفسية المرضية للأطفال القادمين من مناطق الصراعات المسلحة واستقصاء فعاليتها.

وتشير مجيد (2012) إلى نتائج دراسة رواندلون واديرجروف (Raundalon Adyregrov) and والتي أجريت على الأطفال العراقيين الذين شهدوا احداث قصف وتفجير ملجأ العامرية، والذين تراوحت اعمارهم مابين (6–18) سنة فقد أشارت الدراسة إلى شعور الأطفال بالخوف من فقدان عائلاتهم والاكتئاب وسرعة البكاء والشعور بالغضب وعدم الاستقرار والخوف والقلق ومشكلات النوم وتوقع السوء، بالإضافة الى مشكلات في الانتباه والتذكر وإنجاز العمل المدرسي، والانعزال الاجتماعي وعدم التمتع في اللعب مع الأصدقاء، وقلة المشاركة في النشاطات الرياضية. أما دراسة (الجلبي والتميمي، 1994) التي أجريت على عينة من أطفال العراق ممن شهدوا أحداث الحروب والتفجيرات والقصف فقد بلغ قوامها (2000) طفل وطفلة أعمارهم (6–15) سنة. أظهرت نتائجها أن أهم الأعراض النفسية التي يظهرها الأطفال هي الشعور بالخوف والقلق والتهيج وسرعة الغضب والاكتئاب والخمول وقلة النشاط والرغبة في الحصول على الأشياء والكذب والإحساس بالتهديد والخطر والسلوك العدواني ومص الأصابع ومشكلات في النطق والآلام الجسمية المتمثلة في الصداع والآم المعدة والدوار والإغماء واليرقان وفقر الدم وغيرها. ويشير ثابت (2000) ومهنا (2008) إلى أن أكثر الاعراض النفسية شيوعاً لدى اطفال قطاع غزة ولبنان ممن شهدوا احداث الحروب هي اضطرابات القلق ومشاعر الخوف والعدوانية والذهول واضطرابات الاكتئاب والعصبية الشديدة والخوف المرضي وانخفاض مستوى التحصيل.

وتم اطلاق مصطلح اطفال الحروب (War Children)

* قسم علم النفس التربوي، كلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية، الأردن. تاريخ استلام البحث 2012/10/23، وتاريخ قبوله 2013/5/19.

© 2014 عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

للإشارة إلى الأطفال الذين شهدوا أحداث الحروب والأعمال العدائية وما نتج عنها من دمار وهدم وانفجارات مسببة بفعل النزاعات المسلحة في بلدانهم الأصلية (Sheena, 2004). ويشير مصطلح قلق ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder –PTSD) إلى ظهور مجموعة من الأعراض النفسية المرضية بعد التعرض للمواقف الصادمة والمهددة للفرد (Traumatic Events) والتي تنطوي على ثلاثة أعراض أساسية:

– أعراض إعادة اختبار الأحداث الصادمة (Re-Experiencing the Traumatic events) والتي تشير إلى استمرار الفرد في معايشة احداث الحدث الصادم من خلال التخيلات والأحلام والكوابيس، وقد تظهر هذه الأعراض لدى الأطفال من خلال الميل إلى ممارسة نشاطات أو ألعاب ترتبط بأحداث الصدمة.

– أعراض الإثارة الانفعالية الزائدة (Hyper Arousal) وتتمثل بالحساسية الزائدة من المثيرات البيئية والاستجابة المبالغة لها والانزعاج من المثيرات الصوتية المرتفعة والمفاجئة وكذلك الحال للمثيرات البصرية والحسية.

– أعراض التجنب (Avoidance Reactions) وتشتمل على ميل الفرد لتجنب المثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة أو المهددة كالأشخاص أو الأماكن أو المواقف وغيرها من المثيرات (APA, 1994; WHO, 2011).

وتعد اضطرابات القلق بشكل عام واضطرابات قلق ما بعد الصدمة بشكل خاص من أكثر الأعراض النفسية شيوعاً لدى أطفال الحروب، نتيجة لاختبار الأحداث الصادمة والتعرض لها بشكل مستمر (AL-Balhan, 2006; Berthold, 2000; Papageorgiou et al., 2000)، وعلى الرغم من انخفاض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة بعد مرور فترة زمنية على الحدث الصادم لدى الطفل، إلا أن أعراض القلق الحادة والشديدة ترتبط بالعديد من الآثار النفسية السلبية المستمرة حتى بعد (17) سنة من انتهاء الحدث (Vernberg, 2002). ويعد الأطفال اللاجئون أكثر الفئات تعرضاً للآثار السلبية الناتجة عن التعرض لمواقف الاعتداءات والحروب وغيرها، حيث يظهرون أعراض القلق والاكتئاب والخوف والعزلة الاجتماعية والاضطرابات السلوكية ومشكلات التحصيل الدراسي بشكل واضح نتيجة التعرض لتلك المواقف (Cohen, Mannarino, Berliner,and Deblinger, 2000; Brown, Pearlman,and Goodman, 2004).

وأشارت نتائج دراسات (Uguak, 2004; Dyregrov, Gupta, Gjestad,and Mukanoheli, 2000; Sack, Seeley,and Clarke, 1997; Saigh, 1991; Papageorgiou et al, 2000) إلى شيوع أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب بشكل كبير وبنسب تتراوح مابين 11%– 60%.

إن التعرض لحوادث الإساءة الجنسية ومشاهدة حوادث القتل والاعتداء والإرهاب من أكثر الحوادث المؤثرة في الأبعاد النفسية للأطفال، حيث يعجز الأطفال عن التعبير عنها لفظياً، ولذلك يطلق عليهم أسم ضحايا الصدمة الصامتين Silent (Trauma Victims).(Hasanović et al, 2011) وعادة ما تقدم برامج الإرشاد النفسي لأطفال الحروب الذين يعانون من أعراض اضطراب قلق ما بعد الصدمة والمستندة إلى العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة (TF-CBT) والعلاج بالموسيقى (Music Therapy).

تعود جذور العلاج بالموسيقى (Music Therapy) إلى الاتجاه التحليلي في العلاج النفسي، من خلال إتاحة المجال لإخراج المحتويات اللاشعورية بشكل غير لفظي والسماح للمحتويات الانفعالية بالتحرر، إلا أن هذا الاتجاه العلاجي لم يظهر بشكل فعلي إلا في منتصف القرن الماضي (Kemper,and Danhauer, 2005) في الوقت الذي ظهر فيه أسلوب المخيلة الموجهة والموسيقى (Guided Imagery and Music) التي تركز على الاستماع للخبرات الموسيقية ومحاولة استدعاء الصور والتخيلات الداخلية المرتبطة مع تلك الخبرات، كذلك وجد العلاج بالموسيقى طريقه وتطبيقاته في الاتجاه الانساني من خلال تشجيع المسترشدين في مجموعات الارشاد الجماعي على الاحساس بمفهوم هنا والآن (Gold, Voracek,and Wigram, 2004) here and now. ويعد توظيف الموسيقى لتحقيق أهداف علاجية من الأفكار الرائدة للتعامل مع الأعراض النفسية المرضية للأطفال وغيرهم من ضحايا الصدمات النفسية (Gold, Wigram, Voracek and, 2007) حيث يمكن للأساليب العلاجية الموسيقية تسهيل التعبير عن الانفعالات السلبية لدى الطفل وإعادة بناء ثقته بذاته وإعادة شعوره بالأمن.

ويمكن توضيح مفهوم العلاج بالموسيقى بكونه عملية علاجية متسلسلة ومنظمة، يحاول المعالج خلالها مساعدة الطفل على تحسين مستويات الصحة النفسية لديه باستخدام الخبرات الموسيقية واستغلال العلاقات التي تنشأ بين الأطفال في المجموعة العلاجية خلال أداء النشاط الموسيقي، مما يمكن اعتبارها طاقة ديناميكية للتغيير (Kennelly, Brien-Elliott, 2001). وتتعدد الفوائد العلاجية لاستخدام الموسيقى ضمن الظروف العلاجية للتعامل مع مشكلات الأطفال المعرضين للصدمات النفسية، من خلال استعادة الشعور بالأمن والقدرة على التنبؤ بالأحداث القادمة، مما يساعد في التعامل مع الآثار السلبية للحوادث المرعبة أو الصادمة التي تعرضوا لها، والتقليل من مستويات الاكتئاب والإثارة الانفعالية المرتبطة بتلك

الاحداث (Paul, and Ramsey, 2000). ويتم توظيف الموسيقى لتسهيل الحصول على نتائج علاجية ايجابية مثل: تحسين مستويات الاتصال وضبط الذات والتعامل مع المشكلات الاجتماعية والتفريغ الانفعالي وغيرها. ويمكن أن تتضمن الخبرات الموسيقية مجموعة من نشاطات العزف على الآلات الموسيقية المختلفة أو المتشابهة بشكل حر أو منظم وترديد أغاني محددة أو مرتجلة والاستماع للموسيقى وتقديم التغذية الراجعة اللفظية حول النشاطات الموسيقية التي تم الاستماع لها وتنفيذها (Wigram, Nygaard,and Bonde, 2002). ويشير باول ورامسي (Paul,and Ramsey, 2000) إلى أهمية وضرورة تطبيق العلاج بالموسيقى بشكل جماعي على عكس العلاج باللعب، الذي يمكن تطبيقه بشكل جماعي وفردي. إذ تركز أساليب العلاج بالموسيقى على استخدام أساليب الاتصال غير اللفظي ضمن اجراءاتها والتي تعتبر من أهم أساليب التأثير في التعامل مع مشكلات الأطفال ضمن المواقف التي يعجز فيها الطفل عن التعبير عنها لفظياً، مما يضع العلاج بالموسيقى على لائحة الأساليب العلاجية المرشحة للتعامل مع مشكلات الأطفال النفسية الناتجة عن التعرض للصدمات والتهديد بما تحتويه من أساليب وأنشطة غير لفظية. Wigram,and (Gold, Voracek, 2007). وتم استخدام الموسيقى لعلاج أعراض قلق ما بعد الصدمة في عدد من الدراسات: منها دراسة باكر وجونز(Baker,and Jones, 2006) لعلاج مشكلات سوء السلوك لدى الطلبة اللاجئين في المدارس ودراسة اوكلجان وسيكستون وويلر (O'Callaghan, Sexton,and Wheeler, 2007) للحد من مستويات القلق لدى الاطفال في المواقف الطبية ودراسة أمير (Amir, 2004) لتوفير الدعم النفسي للأطفال المساء لهم جنسياً. وأكد كنلي وبراين اوليوت (Kennelly, 2001) and Brien-Elliott, على وجود عدة فوائد علاجية لاستخدام الموسيقى للتعامل مع مشكلات الأطفال المعرضين للصدمات النفسية منها: استعادة الشعور بالأمن والقدرة على التنبؤ بالأحداث القادمة والقدرة في التعامل مع الآثار السلبية للحوادث المرعبة أو الصادمة التي تعرضوا لها وخفض مستويات الاكتئاب والإثارة الانفعالية المرتبطة بتلك الاحداث وتحسين مهارات الاتصال.

وعلى الجهة الأخرى يعتقد حسانوفيتش وزملاؤه (Hasanovic et al, 2011) بأن العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (Trauma Focused – Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) من الاساليب الفعالة في علاج القلق والاكتئاب الناجمة عن تعرض الأطفال للصدمات النفسية.

ويتكون البرنامج العلاجي المركز على الصدمة من ثمانية أجزاء، ويرمز له بكلمة ممارسة (PRACTICE):

1- التثقيف النفسي (Psycho Education – P) لرفع الوعي والمهارات الوالدية.
2- تمارين الاسترخاء (Relaxation – R).
3- مهارات التعبير والتفريغ الانفعالي (Affective Modulation Skills -A).
4- مهارات التعامل المعرفية (Cognitive Coping Skills – C).
5- سرد قصة الصدمة النفسية (Trauma Narrative -T) وإعادة إدراك ومعالجة الحدث الصادم.
6- التدريب على التعامل مع الأحداث المثيرة لذكريات الصدمة (In-vivo Mastery of Trauma Reminders– I).
7- الارتباط العائلي مع الطفل–جلسة مع الوالدين (Conjunction Child –Parent Session – C).
8- تحسين الأمن وتسهيل النمو المستقبلي (Enhancing Safety and Future Developmental Trajectory –E).

(Cohen, 2005; King et al, 2000; National Child Traumatic Stress Network, 2008).

وتعد البرامج العلاجية القائمة على الاساليب المعرفية السلوكية في خفض قلق ما بعد الصدمة من أكثر البرامج المستخدمة، حيث اكدت دراسات (Oras, Cancela,and Ahmad, 2004; Cohen, Mannarino, and Deblinger, 2010; Cohen, and Mannarino, 1998) على أهمية وفاعلية التدخلات العلاجية القائمة على الأساليب المعرفية والسلوكية في الحد من مستويات أعراض القلق لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمات ومواقف الحروب.

وأشارت نتائج دراسة فيذر ورونان (Feather, and Ronan, 2009) على فعالية العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض مستويات قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المعرضين لصدمة الإساءة الجنسية والجسدية. ويعد استخدام العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة من الأمثلة على الأساليب العلاجية المتخصصة والموظفة للتعامل مع أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لخبرات صادمة كالحروب أو الإساءة (Brown, Pearlman,and Goodman, 2004) من خلال توظيف أساليب الاسترخاء وضبط المثير ومناقشة المعتقدات والأفكار المرتبطة بالصدمة والتعرض التدريجي (Gradual Exposure) وتعليم بعض من المهارات المعرفية مثل حل المشكلات ومهارات التعامل مع الضغوط النفسية (Coping Skills) ومهارات التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Training- SIT).

كما ان الدمج بين الاساليب العلاجية المختلفة في علاج

قلق ما بعد الصدمة يؤدي إلى نتائج أكثر فعالية، وقد أكد بوليتين وزملاؤه(Poliaten et al, 2008) على امكانية الحصول على نواتج علاجية اكثر قيمة للعلاج المعرفي السلوكي إذا ما تم دمجه مع أنماط علاجية أخرى مثل العلاج باللعب أو الرقص أو الموسيقى. وأشار كل من جولد وفوراسيك وويغرام (Gold ,Voracek ,and Wigram, 2004) خلال مراجعتهم الشاملة للعديد من الأبحاث والدراسات –التي قامت بتوظيف أساليب العلاج بالموسيقى إلى جانب أساليب العلاج النفسي الأخرى – إلى فاعلية توظيف برامج العلاج بالموسيقى المتزامنة مع برامج العلاج النفسي المعرفي والسلوكي لعلاج مشكلات القلق والاكتئاب للأطفال والمراهقين، حيث تعتمد فعالية تلك البرامج على حدة الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال ومدى تنوعها وحجم المجموعة وعمر المستفيدين. واكد سترهلو (Strehlow, 2009) على أهمية التكامل ما بين أساليب العلاج غير اللفظية كالعلاج بالموسيقى وأساليب العلاج النفسية الأخرى كالعلاج المركز على الصدمة في التقليل من الآثار السلبية للتعرض لتلك الحوادث.

وأشارت نتائج دراسة كنج وزملائه (King et al, 2000) إلى فعالية برنامج علاجي قائم على استخدام حزمة من الأساليب العلاجية (العلاج بالرسم والمسرح والدراما وألعاب الكمبيوتر واللعب المنظم والعلاج بالموسيقى) في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى 63 طفلاً سوادني من اللاجئين في الولايات المتحدة. وأظهرت نتائج دراسة بولاتن وزملاؤه (Poliaten et al, 2008) فعالية برنامج العلاج الجمعي التكاملي(النفسي والموسيقي والأسري) الذي يشتمل على الرسم وعزف الموسيقى والحركة ولعب الدور والتمثيل في خفض أعراض القلق والاكتئاب مقارنة مع العلاج بالموسيقى والحركة لدى 21 طفلاً من الأطفال اللاجئين في كمبوديا.

وأشارت نتائج دراسة رايدر وزملاؤه (Raider et al, 2008) إلى فعالية التدخلات العلاجية المستنده على العلاج بالحركة والتفريغ الانفعالي والموسيقى المترافقة مع التدخلات النفسية المعرفية والسلوكية في التقليل من مستويات القلق لدى عينة من المراهقين. وحاول كاتاني وزملاؤه (Catani et al, 2009) مقارنة أثر برنامج علاجي قائم على استخدام فنيات وأساليب العلاج السلوكي (العلاج بالتعرض) مع برنامج علاجي قائم على التأمل والاسترخاء واستخدام الموسيقى في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال اللاجئين الذين تعرضوا للصدمة النفسية جراء مشاهدتهم للدمار الذي سببته موجات تسونامي في سيريلانكا، أشتملت الدراسة على 31 طفلاً تم توزيعهم على مجموعتين (العلاج بالتعرض والعلاج بالاسترخاء والموسيقى) بمعدل جلسة واحدة على مدار 6 أسابيع، دلت النتائج إلى فعالية كل من البرنامجين العلاجيين في خفض الأعراض المرضية لدى أفراد الدراسة وخلال فترة متابعة بلغت 6 أشهر.

وترى بارتون (Barton, 2011) ضرورة اشتمال البرامج العلاجية الخاصة للأطفال أو الأفراد الذين يعانون من الأعراض النفسية المرتبطة بالقلق والاكتئاب على العديد من الخبرات والنشاطات والبرامج مثل اليوغا والحركة والرقص والغناء والموسيقى إلى جانب العلاج النفسي.

خلال عرض الدراسات السابقة نجد قلة عدد الدراسات السابقة التي قامت بمقارنة أثر البرامج العلاجية الموسيقية والأساليب العلاجية المركزة على الصدمة للتعامل مع مشكلات الأطفال اللاجئين (Raider et al, 2008; Poliaten et al ,2008; Catani et al, 2009) في المقابل نجد توظيف العلاج بالموسيقى في الكثير من الدراسات التي استهدفت علاج أعراض قلق ما بعد الصدمة وغيرها من الأعراض النفسية بشكل مستقل (King et al, 2000; Gold, Wigram, and Voracek, 2007; Uguak, 2004; Baker, and Jones, 2006) كذلك الحال نجد شيوع استخدام برامج العلاج النفسي المركز على الصدمة في التقليل من قلق ما بعد الصدمة (Hasanovic et al, 2011; Feather, and Ronan, 2009) وبذلك تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أهدافها؛ إلا إنها تختلف في منهجيتها باعتمادها على المنهج شبه التجريبي المشتمل على 4 مجموعات علاجية، واختلافها في مكان تطبيقها وأفرادها. ومن هنا تظهر أهمية تطوير مجموعة من الأساليب العلاجية المتخصصة وتوظيفها للتقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب في البيئة العربية.

مشكلة الدراسة: تتمثل مشكلة الدراسة في محاولة استقصاء أثر برامج علاجية (العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى والعلاج المركز على الصدمة والموسيقى) في خفض مستويات قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب.

أهمية الدراسة: تظهر أهمية الدراسة الحالية في محاولتها استقصاء أثر مجموعة من البرامج العلاجية في خفض مستويات قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب ومقارنة أثر هذه البرامج، مما قد يساهم في تعويض النقص الواضح في أعداد تلك الدراسات الموجهة لبناء البرامج الهادفة للتعامل مع مشكلات الأطفال اللاجئين في المنطقة العربية، ولسد حاجة العديد من المؤسسات والهيئات المحلية والدولية لامتلاك أدوات وبرامج علاجية للتعامل مع مشكلات الأطفال

اللاجئين من قبل مقدمي الخدمات والمرشدين النفسيين والعاملين في المجالات الاجتماعية والتأهيلية.

وكذلك تظهر أهمية الدراسة الحالية في محاولتها لتوفير أدوات تشخيصية تتصف بالصدق والثبات والموضوعية، يمكن استخدامها من قبل المختصين والمهتمين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي لتقييم مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

سؤال الدراسة: تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن السؤال الآتي:

هل هناك فروق في متوسطات الدرجات على أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة في القياس البعدي ما بين أفراد الدراسة تبعاً لاختلاف مجموعات المعالجة؟

محددات الدراسة: تنحصر نتائج الدراسة في ضوء خصائص أفرادها وهم مجموعة من الأطفال اللاجئين السوريين في الأردن ممن تراوحت أعمارهم ما بين (10–12) عاماً والذين لجأوا إلى الأردن خلال عام 2011، وأدواتها المتمثلة في قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال وخصائصها السيكومترية، والنشاطات والفعاليات المتضمنة في برامجها والوقت المتاح لكل برنامج، وظروف الدراسة المكانية والزمانية.

تعريف مصطلحات الدراسة

أطفال الحروب: الأطفال السوريون الذين قدموا إلى الأردن طلباً للأمن مع أسرهم بعد بدء الاحتجاجات الشعبية ضد النظام الحاكم هناك في 15 آذار 2011.

قلق ما بعد الصدمة: مجموعة من الأعراض النفسية والانفعالية والاجتماعية الناتجة عن التعرض لموقف صادم، ينطوي على الخطورة والتهديد أو الفقدان وتتضمن ثلاثة أقسام: إعادة إختبار الأحداث الصادمة والتجنب والإثارة الانفعالية المرتفعة. ولأغراض الدراسة الحالية يعرف قلق ما بعد الصدمة إجرائياً بدرجة الطفل على قائمة قلق ما بعد الصدمة المعربة والتي تتراوح درجاتها ما بين (30–90).

البرنامج العلاجي الموسيقى: توظيف الخبرات العلاجية الموسيقية باستخدام الأدوات والآلات الموسيقية المختلفة لعزف نغمات موسيقية أو اصدار أصوات معينة، وترديد أغاني تقليدية بشكل جماعي بين أفراد المجموعة لتحقيق أهداف علاجية، ويتكون من عشر جلسات مدة كل جلسة 60 دقيقة.

برنامج العلاج المركز على الصدمة: برنامج علاجي يستند على تطبيق مبدأ التعرض التدريجي للحوادث والمواقف الصادمة، باستخدام التطبيقات المعرفية والسلوكية في علاج الأعراض النفسية المرضية الناتجة عن تعرض الطفل للحوادث الصادمة ضمن الجو الآمن ويتكون من عشر جلسات مدة كل جلسة 60 دقيقة.

البرنامج العلاجي بالموسيقى والمركز على الصدمة: برنامج علاجي يجمع ما بين النشاطات والفعاليات غير اللفظية الواردة في البرنامج العلاجي الموسيقي وتلك اللفظية في البرنامج العلاجي المركز على الصدمة، ويتكون من عشر جلسات مدة كل جلسة 120 دقيقة.

الطريقة والإجراءات

أفراد الدراسة: بلغ عدد أفراد الدراسة (48) طفلاً سورياً، أعمارهم ما بين(10–12) عاماً. تم اختيارهم اعتماداً على نتائج تطبيق قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة على 121 طفلاً من نفس العمر من المراجعين لمؤسسة رعاية الطفل في المفرق، وجمعية إعادة التأهيل النفسي للأطفال الأحداث في الزرقاء للتعامل مع مشكلاتهم النفسية والاجتماعية الناجمة عن تعرضهم لحوادث التفجير والقصف والنزاع المسلح ومشاهدة مشاهد العنف والقتل وهدم المنازل، حيث قام الباحثان بتطبيق أداة الدراسة بشكل فردي على الاطفال. وتم اختيار الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات وتوزيعهم قصدياً بناء على مكان سكن الاطفال على أربع مجموعات:**المجموعة التجريبية الأولى** اشتملت على (12) طفلاً تم إخضاعهم للبرنامج التدريبي العلاجي المركز على الصدمة في مؤسسة رعاية الطفل في المفرق. **والمجموعة التجريبية الثانية:** اشتملت على (12) طفلاً تم إخضاعهم للبرنامج التدريبي العلاجي باستخدام الموسيقى في مؤسسة إعادة التأهيل النفسي للأطفال الأحداث في مدينة الزرقاء. **والمجموعة التجريبية الثالثة:** اشتملت على (12) طفلاً تم إخضاعهم للبرنامج التدريبي العلاجي المشتمل على فعاليات العلاج بالموسيقى والمركز على الصدمة في مؤسسة رعاية الطفل في المفرق. **والمجموعة الرابعة/ الضابطة:** اشتملت على (12) طفلاً لم يتم إخضاعهم لأي من المعالجات النفسية المشابهة خلال فترة إجراء الدراسة.

أدوات الدراسة

1–قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (Children Posttraumatic Stress Disorder Inventory) المطورة من قبل أحمد وزملائه(Ahmad et al, 2000)، وتحتوي على 30 فقرة يجاب عنها بنعم أو بلا، وتتوزع فقرات القائمة على أربعة أبعاد أساسية: إعادة اختبار الحدث الصادم (4 فقرات)، التجنب (7 فقرات)،الإثارة الانفعالية الزائدة (6 فقرات)، أعراض نفسية أخرى مرتبطة بالصدمة (13 فقرة). ولأغراض الدراسة الحالية تم ترجمة القائمة إلى اللغة العربية من قبل خبير بالترجمة، ومن ثم إعادة ترجمتها إلى اللغة الانجليزية من قبل خبير آخر

للتأكد من دقة وصحة الترجمة. وتم عرض القائمة بصورتها الأصلية على (10) من المحكمين الخبراء في الصحة النفسية والإرشاد النفسي وعلم النفس الاكلينيكي ممن يحملون درجة الدكتوراه في الجامعة الأردنية والجامعة الهاشمية، للتأكد من صدقها وسلامة ووضوح اللغة وملاءمة فقراتها لأغراض الدراسة، حيث تم الاعتماد على معيار إتفاق (80%) من المحكمين على قبول الفقرة أو رفضها، وخلال إجراءات التحكيم تم إعادة الصياغة اللغوية لست فقرات، وتغيير مفتاح الإجابة ليكون ثلاثيا (دائما، أحيانا، ابداً)، ولم يقترح المحكمون إضافة أو حذف أي فقرة. وتم استخراج دلالات الاتساق الداخلي للقائمة بتطبيقها على عينة استطلاعية بلغت (20) طفلاً خارج أفراد الدراسة، باستخدام معامل كرونباخ الفا بين درجة كل بعد من أبعاد القائمة الفرعية والدرجة الكلية لها. كذلك تم استخراج ثبات القائمة بطريقة الإعادة بتطبيقها على (17) طفلاً من غير أفراد الدراسة بفاصل زمني 10 أيام، وتم حساب معامل ارتباط (بيرسون) بين التطبيق الأول والثاني حيث بلغ معامل الثبات (0.84) للبعد الكلي. والجدول (1) يوضح ذلك.

الجدول (1): معامل الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا ومعامل ارتباط بيرسون لقائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

الابعاد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل ارتباط بيرسون
اعادة اختبار الحدث الصادم	4	0.752	*0.812
التجنب	7	0.893	*0.761
الإثارة الانفعالية الزائدة	6	0.870	*0.777
أعراض نفسية اخرى	13	0.808	*0.747
القائمة ككل	30	0.942	*0.847

*دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

ويتم تصحيح القائمة بالاعتماد على ميزان ثلاثي تراوح بين دائماً (3 درجات)، أحياناً (درجتين)، أبداً (درجة واحدة فقط). وتتراوح الدرجة الكلية مابين (30–90) وتعكس الدرجات المرتفعة وجود أعراض مرتفعة من قلق ما بعد الصدمة.

2– البرامج العلاجية: تم إعداد برنامجين علاجيين بهدف التعامل مع أعراض قلق ما بعد الصدمة، هما:

– **البرنامج الأول (العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة** TF- CBT) وأشتمل على مجموعة من النشاطات العلاجية المركزة على الصدمة، وتم الاستفادة من دراسات وأبحاث كل من (National Child Traumatic Stress Network, 2004; Cohen, Mannarino, and Deblinger, 2010; Cohen, and Mannarino, 1998; Brown, Pearlman,and Goodman, 2004) في تصميم البرنامج العلاجي. وتم تحكيم البرنامج العلاجي من قبل 3 خبراء في مجال العلاج والإرشاد النفسي، ممن يعملون في الجامعة الأردنية والميدان. ويتكون البرنامج من (10) جلسات مدة كل جلسة (60) دقيقة وبواقع جلستين اسبوعياً، وتولت المرشدة النفسية العاملة في مؤسسة رعاية الطفل في المفرق تطبيق الجلسات العلاجية. وفيما يلي وصف لجلسات البرنامج:

1- **الجلسة الأولى** (التمهيد): تأسيس العلاقة العلاجية وبناء الثقة والتعارف بين أفراد المجموعة، ووصف مختصر حول البرنامج التدريبي وأهدافه وقواعد المشاركة.

2- **الجلسة الثانية:** (التثقيف حول الصدمة والحدث الصادم): يطلب المرشد من الاطفال ذكر أمثلة على الأحداث الصادمة التي قد يتعرض لها الأطفال بسبب الصراعات المسلحة في بلدانهم ومجتمعاتهم.

3- **الجلسة الثالثة:** (التثقيف حول الآثار السلبية للحوادث الصادمة) مناقشة الآثار الناتجة عن التعرض لمواقف الصراعات والنزاعات المسلحة والمواقف المرعبة من النواحي الاجتماعية (العزلة والانسحاب الاجتماعي) والانفعالية (القلق وقلق ما بعد الصدمة والاكتئاب) والسلوكية (مشكلات النوم والأكل والتحصيل الدراسي).

4- **الجلسة الرابعة:** (وسرد قصة الصدمة): جمع معلومات حول المواقف والأحداث التي تعرض لها الأطفال من خلال التمثيل والرسم والمجسمات. ويشجع الأطفال على تطوير معنى للصدمة وللحوادث التي تعرضوا لها، وما نتج عنها من

فقدان أو خسارة أو أضرار ضمن الجو الآمن للمجموعة.

5- **الجلسة الخامسة:** (التعبير الانفعالي والعناية بالمشاعر والانفعالات الناتجة عن الصدمة) مناقشة عميقة لمعاناة الأطفال من خلال رسوماتهم، ومناقشة للأفكار والمشاعر التي نتجت عنها مع مراعاة الاهتمام بالمشاعر الحالية والتأكيد على الأمن والاحترام.

6- **الجلسة السادسة:** التدريب على التعامل مع الأحداث المثيرة لذكريات الصدمة (1) التحصين ضد التوتر Stress (Inoculation Skills): تدريب الأطفال على تطبيق وممارسة بعض المهارات التكيفية، والتي يمكن استخدامها في مواقف الإثارة الانفعالية ومواقف تذكر الخبرات الصادمة مثل (ضبط التنفس أو الاسترخاء من خلال التنفس، ومناقشة الأفكار السلبية وخاصة التعميم الزائد حول احتمالية التعرض للتهديد أو لمواقف مرعبة مشابهة للمواقف السابقة، وأسلوب تطوير علاقات اجتماعية، واستخدام العبارات الايجابية).

7- **الجلسة السابعة**: التدريب على التعامل مع الأحداث المثيرة لذكريات الصدمة (2): التعبير عن المواقف الصادمة بالرسم واللعب.

8- **الجلسة الثامنة:** (أنا آمن أنت آمن): مناقشة وتوضيح حول الأحداث الصادمة وإنها أصبحت من الماضي وإنها لن تتكرر في ظل الاهتمام في الجو الآمن للطفل في الأسرة والمدرسة.

9- **الجلسة التاسعة:** (جلسة تشاركية ما بين الأطفال والأهل): مشاركة أهالي الأطفال لفعاليات الجلسة العلاجية، ويناقش الأهل مع الأطفال – كل والد أو والدة تجلس على إنفراد مع الطفل– ردود فعلهم نحو البرنامج العلاجي، وإذا ما وجدت أية آثار ايجابية على مستويات قلق ما بعد الصدمة لديهم، وكيفية وضع خطط مستقبلية للتقليل من الآثار السلبية للصدمة.

10- **الجلسة العاشرة:** التغذية الراجعة والتقييم وتطبيق قائمة قلق ما بعد الصدمة بشكل بعدي.

– **البرنامج الثاني (العلاج بالموسيقى):** أشتمل على توظيف أساليب العلاج بالموسيقى للتعامل مع الأعراض النفسية المسببة بفعل الأحداث المرعبة والصادمة، وتم تصميمه وتنفيذه من قبل اخصائية تحمل درجة الماجستير في العلاج بالموسيقى في جمعية اعادة التأهيل النفسي للأطفال الاحداث في الزرقاء. وتم الاستناد إلى أدب البحث السابق خلال عملية تطوير البرنامج العلاجي وخاصة محاولات كل من (Baker, Jones, 2006; Foran, 2009; O'Callaghan, Sexton,and Wheeler, 2007)، وتم تحكيم البرنامج بإرساله إلى 3 خبراء في المركز الوطني للموسيقى ممن يملكون خبرات في توظيف الموسيقى في علاج المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال. وقد وافق المحكمون على ما جاء بالبرنامج ولم يتم تغيير أي نشاط من نشاطاته. وتكون من (10) جلسات مدة كل جلسة 60 دقيقة وبواقع جلستين اسبوعيا، وفيما يلي وصف لفعاليات البرنامج:

1- **الجلسة الاولى:** التعارف وبناء الثقة.

2- **الجلسة الثانية:** التعرف على الأدوات والآلات الموسيقية (الطبل والدف والجيتار وأدوات الرنين الاخرى) ودور الموسيقى في الحد من المشكلات. والبدء بالتدريب على استعمال بعض الادوات بشكل جمعي بين أفراد المجموعة.

3- **الجلسة الثالثة:** تشجيع الاخصائية للأطفال للبدء بغناء وترديد أغاني سورية تراثية بشكل جماعي مع العزف المرتجل والرقص الإيقاعي.

4- **الجلسة الرابعة:** قيادة المعالجة للجلسة الموسيقية من خلال البدء بعزف نغمات موسيقية والطلب من الاطفال تقليدها. ويتبع ذلك تنمية أنماط الاتصال بين الأطفال من خلال الطلب من كل طفل قيادة نشاط موسيقي إما بالعزف المرتجل أو احداث نغمات متكررة بحيث يقوم كل طفل بالمجموعة بمحاولة تقليد الحركات والأصوات التي تصدر عن الطفل القائد.

5- **الجلسة الخامسة:** تنمية القدرة على الضبط الذاتي والتعبير عن الانفعالات وأنماط السلوك على وقع النغمات الموسيقية، وتنمية القدرة على الاستماع لما يصدره الأطفال الاخرون من أصوات موسيقية ومحاولة تقليدهم من حيث السرعة والشدة والنغمة.

6- **الجلسة السادسة:** تنمية التركيز على المشاعر الايجابية وخلق شعور ايجابي لدى الأطفال من خلال قيام الأطفال بعزف موسيقى بهدف مساعدتهم على التركيز على نوع واحد من المشاعر (المشاعر الايجابية).

7- **الجلسة السابعة:** تنمية الثقة بالذات بإتاحة المجال لممارسة وتطوير قنوات اتصال فعالة مع الاخرين بالعزف الموسيقي وقيادة كل طفل لبعض الفعاليات والنغمات الموسيقية.

8- **الجلسة الثامنة:** تنمية الشعور بالسعادة لدى الأطفال من خلال التاكيد على " كن سعيداً فيما تفعله "داخل الجلسة العلاجية وخاصة تلك المتعلقة بالمشاركة في العزف.

9- **الجلسة التاسعة:** تنمية الشعور بالكفاءة من خلال تنفيذ نشاط موسيقي وغنائي مع الاخرين والاضطلاع بدور مستقل في إدارة النشاط الموسيقى بفترة من فترات العزف.

10-**الجلسة العاشرة:** تنمية العلاقة الآمنة مع الأهل من خلال مشاركتهم للأطفال في النشاط الموسيقى داخل الجلسة العلاجية.

- **البرنامج الثالث (العلاج التكاملي):** يدمج البرنامج مابين الفعاليات المتضمنة في العلاج بالموسيقى وتلك المتضمنة في العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة، وتكون من 10 جلسات علاجية بواقع جلستين اسبوعياً مدة كل جلسة علاجية 120 دقيقة، وتولت كل من المرشدة النفسية وأخصائية العلاج بالموسيقى تطبيق جلساته ونشاطاته بشكل تشاركي في مؤسسة رعاية الطفل في المفرق.

متغيرات الدراسة: في ضوء إجراءات الدراسة وأهدافها، تم تحديد متغيراتها على النحو الآتي:

- **المتغيرات المستقلة:** البرنامج العلاجي المطور والمصمم وفقا لأسلوب العلاج المركز على الصدمة النفسية وبرنامج العلاج الموسيقي، والبرنامج العلاجي التكاملي (العلاج المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى).

- **المتغيرات التابعة:** أبعاد أعراض قلق مابعد الصدمة لدى الأطفال المشاركين في الدراسة.

تصميم الدراسة والتحليل الاحصائي:

تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي باعتمادها على تصميم ضمن 4 مجموعات واختبارات قبلية(O1) وبعدية (O2)، وذلك لملاءمته لأغراضها ولظروفها التجريبية وفق التصميم الآتي:

المجموعة التجريبية الأولى	UR--- O1---X1---O2
المجموعة التجريبية الثانية	UR--- O1---X2---O2
المجموعة التجريبية الثالثة	UR---O1---X3---O2
المجموعة الضابطة	UR---O1------O2

حيث تشير UR الى التعيين القصدي على المجموعات و O1إلى القياس القبلي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة في مجموعات المعالجة المختلفة. في حين تشير O2 إلى القياس البعدي على نفس الأداة. وتشير (X1) إلى المعالجة التجريبية الاولى والمتمثلة بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة و(X2) إلى المعالجة التجريبية الثانية المتمثلة بالبرنامج العلاجي الموسيقي وفي حين تشير (X3) إلى المعالجة التجريبية الثالثة المتمثلة في البرنامج العلاجي الموسيقي – العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة.

واعتمدت الدراسة على الإحصاء الوصفي (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) والإحصاء التحليلي المتمثل بإختبار تحليل التباين الاحادي الصاحب (ANCOVA) لاستخراج دلالات الفروق بالأداء البعدي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بين المجموعات الدراسة المختلفة، متبوعاً باختبار توكي (LSD) للفروق مابين أكثر من متوسطين حسابيين.

نتائج الدراسة

للإجابة عن سؤال الدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بالأداء القبلي والبعدي والجدول (2) يوضح ذلك.

يتضح من بيانات الجدول (2) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية مابين الأداء القبلي والبعدي بين أفراد الدراسة، حيث يظهر بأن المتوسطات الحسابية البعدية لجميع أبعاد أداة الدراسة والدرجة الكلية قد انخفضت مقارنة مع مثيلاتها في القياس القبلي. وللتحقق من مستوى دلالة الفروق تم استخراج تحليل التباين الأحادي المصاحب والجدول (3) يوضح ذلك.

يتضح من بيانات الجدول (3) وجود فروق دالة احصائيا بين مجموعات الدراسة في متوسط بعد اعادة اختبار الحدث الصادم (قيمة ف 4.544), وفي بعد التجنب (قيمة ف 24.183), وفي بعد الإثارة الانفعالية (قيمة ف 8.152), وفي المجموع الكلي على قائمة اعراض قلق ما بعد الصدمة (قيمة ف 137.859) وهي قيمة دالة احصائياً، في حين تظهر البيانات الموصوفة في الجدول (3) عدم وجود فروق دالة احصائيا بين مجموعات الدراسة في بعد الاعراض النفسية الاخرى (قيمة ف.0843). وللتعرف على دلالة الفروق احصائيا في الأبعاد الفرعية لقائمة اعراض قلق ما بعد الصدمة في برامج الارشاد الثلاثة استخدم اختبار توكي (LSD) للمقارنات البعدية ما بين أكثر من متوسطين حسابيين والتي توضحها بيانات الجدولين (4) و(5):

يتضح من بيانات الجدول (4) وجود فروق دالة احصائياً ما بين المجموعات التجريبية؛ العلاج المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى والعلاج التكاملي من جهة، والمجموعة الضابطة من جهة أخرى في الأبعاد الثلاثة لقائمة قلق ما بعد الصدمة: اعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية.

الجدول (2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس القبلي والبعدي على أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

متغيرات الدراسة		التطبيق القبلي		التطبيق البعدي	
		المتوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري
الحدث الصادم	علاج مركز على الصدمة	8.50	1.16	7.50	1.16
	علاج بالموسيقى	8.58	1.16	7.00	1.12
	العلاج التكاملى	8.91	.99	6.91	0.79
	الضابطة	9.25	.96	9.00	1.04
التجنب	علاج مركز على الصدمة	17.33	1.96	14.08	2.67
	علاج بالموسيقى	16.83	1.26	13.7	1.42
	العلاج التكاملى	16.66	2.22	10.16	1.19
	الضابطة	17.00	2.13	15.20	1.28
الاثارة الانفعالية	العلاج المركز على الصدمة	11.83	2.12	10.70	1.71
	علاج بالموسيقى	13.33	1.66	11.50	1.62
	العلاج التكاملي	12.33	1.82	8.20	1.21
	الضابطة	12.50	2.06	11.97	1.83
أعراض نفسية اخرى	العلاج المركز على الصدمة	29.00	2.82	19.97	2.06
	علاج بالموسيقى	30.70	3.84	21.50	2.19
	العلاج التكاملى	29.50	2.39	17.00	2.04
	الضابطة	30.53	2.06	29.50	2.31
الدرجة الكلية	العلاج المركز على الصدمة	66.67	4.20	52.20	3.36
	علاج بالموسيقى	69.50	4.70	53.70	3.51
	العلاج التكاملى	67.47	5.08	42.33	2.60
	الضابطة	69.33	5.39	65.67	4.27
	المجموع	68.22	4.86	53.50	9.02

الجدول (3): نتائج تحليل التباين الاحادي المصاحب للمجموعات لأبعاد قائمة قلق ما بعد الصدمة

البعد	المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
اعادة اختبار الحدث الصادم	المجموعات	12.638	3	4.213	4.544	*.007
	القياس القبلي	47.884	1	47.884	51.649	*.000
	الخطأ	39.866	43	.927		
	المجموع المعدل	4411.979	47			
التجنب	المجموعات	169.360	3	56.453	24.183	*.000
	القياس القبلي	61.618	1	61.618	26.395	*.000
	الخطأ	100.382	43	2.334		
	المجموع المعدل	342.667	47			

الإثارة الانفعالية	المجموعات	43.051	3	14.350	8.152	*.000
	القياس القبلى	91.303	1	91.303	51.865	*.000
	الخطأ	75.697	43	1.760		
	المجموع المعدل	363.250	47			
الاعراض النفسية الاخرى	المجموعات	20.309	3	6.770	0.843	0.478
	القياس القبلي	14.762	1	14.762	1.838	0.182
	الخطأ	345.405	43	8.033		
	المجموع المعدل	385.917	47			
المجموع الكلي	الاختبار القبلي	3314.893	3	1104.964	137.859	*0.000
	المجموعات	166.680	1	166.680	20.796	*0.000
	الخطأ	344.653	43	8.015		
	الكلى	141972	47			

الجدول (4): نتائج اختبار LSD للفروق في الأداء البعدي على أبعاد قائمة اعراض قلق ما بعد الصدمة وبرامج الارشاد الثلاثة

المتغيرات	مجموعة	مجموعة	متوسط الفروق	مستوى الدلالة
اعادة اختبار الحدث الصادم	الضابطة	العلاج المركز على الصدمة	1.263	*.009
		العلاج بالموسيقى	1.122	*.022
		العلاج التكاملى	2.515	*0.000
التجنب		العلاج المركز على الصدمة	1.313	*0.021
		العلاج بالموسيقى	1.409	*0.016
		العلاج التكاملى	2.099	*0.000
الإثارة الإنفعالية		العلاج المركز على الصدمة	3.762	*0.000
		العلاج بالموسيقى	6.865	*0.000
		العلاج التكاملي	6.865	*0.000

الجدول (5): نتائج اختبار LSD للفروق في الأداء البعدي على أبعاد قائمة اعراض قلق ما بعد الصدمة بين البرنامج التكاملي والبرنامج المركز على الصدمة وبرنامج العلاج بالموسيقى

المتغيرات	مجموعة	مجموعة	متوسط الفروق	مستوى الدلالة
اعادة اختبار الحدث الصادم	العلاج المركز على الصدمة	العلاج التكاملي	1.252	*0.01
	العلاج بالموسيقى		1.393	*.004
التجنب	العلاج المركز على الصدمة		3.412	*0.000
	العلاج بالموسيقى		3.508	*0.000
الاثارة الانفعالية	العلاج المركز على الصدمة		3.103	*0.000
	العلاج بالموسيقى		2.719	*0.000

يتضح من بيانات الجدول (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج التكاملي ومجموعتي العلاج بالموسيقى والعلاج المركز على الصدمة في الابعاد الثلاثة لمقياس قلق ما بعد الصدمة: اعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية ولصالح مجموعة العلاج التكاملي.

مناقشة النتائج

أظهرت نتائج الدراسة الحالية فعالية البرامج الارشادية الثلاثة في خفض مستوى قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال، وأن استخدام التكاملي للعلاج المركز على الصدمة بالتزامن مع العلاج بالموسيقى اكثر فعالية وبدرجة دالة احصائياً في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب مقارنة مع الاستخدام المنفرد للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالموسيقى. ودلت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً في أبعاد إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية المرتفعة لقائمة قلق ما بعد الصدمة بين المجموعات التجريبية الثلاث من جهة والمجموعة الضابطة من جهة أخرى، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من (Hasanovic et al, 2011 (Cohen et al, 2000; Feather, Ronan, 2009 التي اكدت على أثر برامج الارشاد والعلاج السلوكي المعرفي في خفض مستوى قلق ما بعد الصدمة لدى الاطفال. ومع نتائج دراسات كل من (Baker, and Jones, 2006; Kennelly,and Brien-Elliott, 2001; King et al, 2000) التي اكدت على دور برامج العلاج بالموسيقى في تخفيف الاضطرابات النفسية لدى الاطفال. كذلك أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة في البعد الأعراض النفسية الأخرى، ويمكن مناقشة هذا في ضوء عدة عوامل من أهمها طبيعة الفقرات المتضمنة في بعد الاعراض النفسية الاخرى مثل مشكلات النوم أو الأكل أو المخاوف المرضية أو مشكلات العادات كمص الابهام والحركات اللاإرادية وغيرها، حيث إن عدم وجود فروق ما بين المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة على بعد الاعراض النفسية الاخرى قد يشير إلى الحاجة لأساليب علاجية أكثر تخصصاً لعلاج المشكلات المتضمنة في بعد الاعراض النفسية الاخرى المرتبطة بشكل غير مباشر مع مظاهر اعراض قلق ما بعد الصدمة. وقد تكون برامج تعديل السلوك المتخصصة للتعامل مع المشكلات السلوكية المختلفة للأطفال بديلاً مناسباً لما تتضمنه من فعاليات وتطبيقات لبرامج تعديل السلوك وتعليم الوالدين لأساليب التعامل السلوكي مع المشكلات السلوكية لأطفالهم.

إن توفير الجو الآمن داخل الجلسات العلاجية قد يكون من أحد العوامل التي ادت إلى إحداث التغير في اعراض قلق ما بعد الصدمة في البرامج الثلاثة، حيث يعتبر الشعور بالتهديد والخوف وعدم الاستقرار من أهم الخصائص والسمات الشخصية لأطفال الحروب، إن الفعاليات العلاجية والنشاطات التي اشتملت عليها البرنامج العلاجية تميزت بتوفير الجو الآمن للطفل ومساعدته على التعبير الآمن والحر عن خبراته وانفعالاته ومشاعره المرتبطة بمشاهدة أحداث القتال وآثار الدمار، والتي ساعدت على إعادة اختبار أعراض قلق ما بعد الصدمة ضمن الجو الآمن الجمعي.

وترجع نتائج فاعلية البرنامج التكاملي على العلاج المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى لاشتماله على مجموعة من النشاطات والأساليب المتعددة، ذات طابع لفظي مثل أساليب العلاج السردي ومناقشة المشاعر والانفعالات الخاصة بالحوادث المرعبة التي تمت مشاهدتها خلال الحروب من جهة. وإلى جانب مجموعة النشاطات والأساليب غير اللفظية التي تضمنها العلاج بالموسيقى، والتي أدت إلى تسهيل التعبير عن الانفعالات والمشاعر المرتبطة بالصدمة. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من (Poliaten et al, 2008;) Raider et al, 2008واللتان أشارتا إلى فعالية استخدام العلاج بالموسيقى إلى جانب العلاج المركز على الصدمة في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الاطفال اللاجئين، ومع نتائج دراسات(Hasanovic et al, 2011; Feather and Ronan, 2009) واللتان أشارتا إلى فعالية برامج العلاج المركز على الصدمة المتضمنة التفريغ الانفعالي وسرد قصة الصدمة في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب. أن نتائج الدراسة الحالية تشير بوضوح إلى أهمية توظيف مجموعة من النشاطات والأساليب العلاجية اللفظية وغير اللفظية ضمن الجو العلاجي الأمن لإحداث تغييرات ايجابية في متغيرات الصحة النفسية للطفل، فالتأثير العلاجي الايجابي يجمع مابين التعرض التدريجي الآمن للمثيرات الضاغطة من جهة، والتعبير عن الانفعالات والمشاعر المتعلقة بتلك المثيرات بشكل غير لفظي من جهة أخرى.

أن إتاحة المجال والفرصة للطفل للتعبير اللفظي وغير اللفظي عن انفعالاته وأفكاره نحو الخبرات الصادمة، وخاصة إذا ما رافقها فقدان أو خسارة، سيعمل على التنفيس الانفعالي وإعادة التوازن النفسي للطفل من خلال إعادة اختبار الشعور بالأمن وجعله قادرا على التمييز ما بين الماضي الصادم والواقع الآمن.

ويعد الدعم والمشاركة الفاعلة من قبل المرشدة وأخصائية العلاج بالموسيقى والقائمين على برنامج الارشاد في المؤسسات

المستهدفة والأهل من المتغيرات التي ساهمت في اظهار فعالية البرنامج العلاجية، حيث ضمت البرنامج العلاجية مجموعة من النشاطات التي يمكن أن يقوم بها الطفل بمشاركة العاملين بالجمعيات ومؤسسات حماية ورعاية الطفل والأسرة التي اتاحت المجال للأطفال بالاقتراب من الآخرين من جديد، بالإضافة الى تلقي الدعم والمساندة والتشجيع داخل الجلسة العلاجية وخارجها. ويبدو أن التزام الأهل في مشاركة الأطفال في الجلسات العلاجية، قد ادى إلى تحملهم لمسؤولياتهم نحو أطفالهم واكتسابهم لمجموعة من المهارات الوالدية، وخاصة تلك المهارات الوالدية المرتبطة بالدعم والتشجيع والمشاركة، ومساعدة الطفل على التعبير عن مخاوفه وانفعالاته نحو الحوادث المرعبة والصدمة التي اختبرها.

وتعد مشاركة الأطفال في البرامج العلاجية هي الأولى لهم منذ قدومهم الى الأردن المعدة بهدف خفض اعراض القلق إيجابية حيث يلعب التواجد في جو اجتماعي آمن ضمن مجموعة متجانسة من الأطفال ممن ينتمون إلى نفس البلد، دوراً في إعادة الطفل لممارسة مجموعة من المهارات الاجتماعية ضمن الجو الجماعي الآمن والتعرف على مجموعة من الأقران ممن يعانون من نفس المشكلة والذين اختبروا نفس الأحداث الصادمة.

ان التصميم البحثي شبه التجريبي المستخدم في الدراسة الحالية ادى الى انخفاض في مستويات اعراض قلق ما بعد الصدمة في المجموعات التجريبية في ضوء الفعاليات والبرامج العلاجية الموظفة.

اكدت نتائج الدراسة أهمية تقديم خدمات الارشاد الجمعية سواء اكانت ضمن البرامج المنفردة مثل العلاج بالموسيقى أو العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة أو ضمن برامج متعددة النشاطات تجمع مابين نشاطات وفعاليات البرامج العلاجية المختلفة (كما هو الحال في مجموعة العلاج التكاملي).

التوصيات: وفي ضوء نتائج الدراسة تم التوصل الى التوصيات الآتية:

1. الاستفادة من أدوات التقييم والبرامج الارشادية الموظفة في الدراسة الحالية سواء أكانت منفردة ام تكاملية في التعامل مع مشكلات الأطفال المتعرضين للصدمات النفسية وللحوادث المرعبة. وخاصة المؤسسات ومراكز تقديم الخدمات الداعمة للأطفال اللاجئين.
2. تقييم الأثر النوعي للبرامج العلاجية بتطبيقها مع مجموعات اخرى ممن يعانون من قلق ما بعد الصدمة.

اجراء دراسات ذات برامج علاجية طويلة الامد وبالتعاون مع اختصاصي الطب النفسي في علاج الاعراض النفسية الاخرى التي توضح نتائج الدراسة عدم استفادتها بدرجة دالة احصائيا من برامج الدراسة الحالية.

المراجع

ثابت، عبد العزيز، 2000، أثر القصف على الاطفال الفلسطينيين في قطاع غزة، برنامج غزة للصحة المجتمعية، غزة، فلسطين.

الجلبي، سوسن وصادق التميمي، 1994، اثر الحصار الاقتصادي على الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية والصحية للأطفال في ضوء اتفاقية حقوق الطفل وحمايته ونمائه في التسعينات، وزارة الثقافة والإعلام، مركز أبحاث ام المعارك.

مجيد، سوسن شاكر، 2012، الحروب والازمات والكوارث وتاثيراتها النفسية والتربوية والاجتماعية على الاطفال. الحوار المتمدن، 4(21)، 2012-2033.

مهنا، كامل، 2008، تقرير الجامعة اللبنانية في مؤتمر لا مكان للأطفال في الحرب (الحالة اللبنانية). ورشة عمل الاطفال وظروف اللجوء (5-6 \10\2007). فندق كمبنسكي: عمان، الاردن.

AL-Balhan, E. 2006. The Children's Depression Inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwaiti youth.

Ahmad, A., Sundelin –Wahlsten, V., Sofi, M. A., Qahar, J. A. and Knorring, Von. A. L. 2000. Reliability and validity of a child – specific cross – cultural instruments for assessing posttraumatic stress disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9 , 285 – 294.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association. (4th. ed.). Washington DC.

Amir, D. 2004. Giving trauma a voice: the role of improvisational music therapy in exposing, dealing with and healing a traumatic experience of sexual abuse. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), 96–103.

Baker, F., Jones, C. 2006. The effect of music therapy services on classroom behaviors of newly arrived refugee students in Australia-pilots study. *The Journal of The Journal of Social Behavior and Personality*, 34 (2), 351-366.

of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A quasi-experimental study. *The Journal of Psychotherapy Research*, 17(3), 292-300.

Hasanović, M., Srabović, S., Rašidović, M., Šehović, M., Hasanbašić ,E., Husanović, J.,and Hodžić, R. 2011. Psychosocial assistance project decreases posttraumatic stress disorder and depression amongst primary and secondary schools students in post-war Bosnia-Herzegovina. *Acta Medica Academica*, 40 (2), 122-131.

Kemper, K., and Danhauer, S. 2005. Music as therapy. *Southern Medical Journal*, 98 (3), 282-288.

Kennelly, J.,and Brien-Elliott, K. 2001. The role of music therapy in pediatric rehabilitation. *Pediatric Rehabilitation*, 4 (3),137-143.

King. N. J., Tonge. B. J, Mullen. P., Myerson. N., Heyne. D., Rollings. S., Martin. R.,and Ollendick. T. H. 2000. Treating sexually abused children with post-traumatic sStress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of American Academic Child Adolescents Psychiatry*, 39(8), 1347–1355.

National Child Traumatic Stress Network (2004).How to implement trauma focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) Learning from Research and Clinical Practice Core, Child Sexual Abuse Task Force.

O'Callaghan, C., Sexton, M., and Wheeler, G. 2007. Music therapy as a non-pharmacological anxiolytic for pediatric radiotherapy patients. *Australasian Radiology*, 51, 159-162.

Oras, R., Cancela De Ezpeleta., Ahmad , Abdulbaghi. 2004. Treatment of traumatized refugee children, with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nord J Psychiatry*, 58 (3), 199-203.

Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., and Vostanis, P. 2000. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 84–90.

Paul, S.,and Ramsey, D. 2000. Music therapy in physical medicine and rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 111–118.

Poliaten, E., Jones, T., Akhaal, R., Mehraba, D., Kaseeni, J.,and]aceman,Y. 2008. The comprehensive treatment for the traumatized children and adolescents at Cambodia. *The Contemporary Psychiatry Journal*, 12(11) , 398-401.

Raider, C., Steele, W., Delillo-Storey, M., Jacobs, J., Kuban, *Emotional and Behavioral Difficulties*, 11, (4) ,249–260.

Barton, J. 2011. Movement and mindfulness: A formative evaluation of a dance/movement and Yoga therapy program with participants experiencing severe mental illness. *American Journal of Dance Therapy*, 33,157–181.

Berthold, S. 2000. War traumas and community Violence: Psychological, behavioral, and academic outcomes among Khmer refugee adolescents. *Journal of Adolescent and Violence*, 4 (3), 15-46.

Brown, E., Pearlman, M., Goodman, R. 2004. Facing fears and sadness: Cognitive-Behavioral Therapy for childhood traumatic grief. *Harvard Review Psychiatry*,12 ,187-198.

Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, R., Schauer, E., Elbert, T.,and Neuner, T. 2009. Treating Children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9(22),1-11.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., and Deblinger, E. 2000. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202–1223.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., and Deblinger, E. 2010. *Trauma focused cognitive behavioral therapy for traumatized children*. In J. R. Weisz and A. E. Kazdin (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (pp. 295–311). New York: Guilford Press.

Cohen, J. A., and Mannarino, A. P. 1998. Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment*, 3, 17–26.

Cohen, J. A. 2005. Treating traumatized children: current status and future directions. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(2). 109-121.

Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R., and Mukanoheli, E. 2000. Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 3–21.

Feather, S., and Ronan, R. 2009. Trauma-Focused CBT with maltreated children: A clinic-based evaluation of a new treatment manual. *Australian Psychologist*,44(3),174-194.

Gold, C., Voracek, T., and Wigram, M. 2004. Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1054–1063

Gold, C., Wigram, T., and Voracek, M. 2007. Effectiveness

displaced children in schools. *Journal of Instructional Psychology*, 37(4), 340-351.

UNHCR- United Nations High Commissioner for Refugees. 2013. 2013 UNHCR country operations profile – Jordan Working environment United Nations. Retrieved from: http://www.unhcr.org/pages/49e486566.html

Vernberg, E. 2002. Intervention approaches following disasters. In A. M. LaGreca, W. K. Silverman, E. M. Vernberg, and M. C. Roberts (Eds), Helping children Cope with disasters and terrorism. (55–72).Washington, DC: American Psychological Association.

Wigram, T., Nygaard, I., and Bonde, L. 2002. A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training. London: Jessica Kingsly Publishers.

WHO, World Health Organization. 2011. Epidemiology of mental health in disasters, WHO projections and recommendations for mental health and psychosocial support after disasters. Retrieved from: http://www.searo.who.int/linkfiles/publications_2mhs.pdf.

C. 2008. Structured sensory therapy (SITCAP-ART) for traumatized adjudicated adolescents in residential treatment. *Residential Treatment for Children and Youth*, 25(2), 167-185.

Sack, W., Seeley, R., and Clarke, N. 1997. Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer adolescent refugee project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 49–54.

Saigh, P. A. 1991.The development of Posttraumatic Stress Disorder following four different types of traumatization. *Behavior Research and Therapy*, 29, 213–216.

Sheena, N. Boyle. 2004. Music therapy for traumatized children. *Counseling and Psychotherapy Journal*, 15 (6), 16-16.

Strehlow, G. 2009. Perspectives on practice the use of music therapy in treating sexually abused children. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), 167–183.

Uguak, U, A. 2004. The importance of psychological needs for the post traumatic stress disorder (PTSD) and

The Effect of Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy and Music Therapy on decreasing the Posttraumatic Stress Symptomatology among a Sample of War Children

Jalal Dhamrah, Siham Abueita*

ABSTRACT

The aim of this study was to compare the efficacy of Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) and Music Therapy (MT) on reducing the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptomatology among a sample of War Children. 48 Syrian Children, their ageing (10-12) years participated in this study who were distributed into 4 different groups (MT group, TF-CBT group, MT – TF-CBT group and control group). The Children PTSD Inventory was used to assess the children's PTSD symptomatology which contains 30 items, located into 4 different dimensions (Re-Experiencing the Traumatic Event, Avoidance, Hyper arousal and other Psychological symptoms). The findings of this study indicated the efficacy of the implemented treatments at the three experimental groups to reduce the re-Experiencing the traumatic Event, avoidance and hyper arousal symptoms comparing with control group. While the findings revealed that the MT – TF-CBT therapy was superior in the treatment effects comparing with other treatments. On the other hand the findings indicated that there weren't any statistical differences between the four different groups at the other psychological symptoms dimension.

Keywords: War Children, Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy-TF-CBT, Music Therapy.

*Faculty of Sciences Education, Hashemite University, Jordan. Received on 23/10/2012 and Accepted for Publication on 19/5/2013.