

أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب

جلال كايد ضمرة، يحيى حياتي نصار*

ملخص

استهدفت الدراسة الحالية تعرف أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض مستويات الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب. ضمت الدراسة 30 طفلاً عراقياً ممن قدموا للأردن خلال الفترة الواقعة ما بين (2009\6\1-2010\6\1) تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. تم استخدام قائمة الاكتئاب للأطفال المكونة من 26 فقرة موزعة على 5 أبعاد رئيسية والمعدة من قبل كوفاكس (Kovacs, 1985) بعد تعريبها واستخراج دلالات صدق وثبات جديدة لها. تكون البرنامج العلاجي من 12 جلسة علاجية طبقت بواقع جلستين اسبوعياً. دلت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستويات أعراض الاكتئاب في جميع الأبعاد في القياس البعدي واستمرار الأثر في المتابعة. وقد أوصت الدراسة بضرورة إجراء مزيد من الدراسات للتعرف على أثر العلاج المركز على الصدمة النفسية في خفض الأعراض النفسية المرضية للأطفال المتعرضين لحوادث الحروب كمستويات القلق وقلق ما بعد الصدمة، وبناء قدرات العاملين في مراكز تقديم الخدمات النفسية للأطفال لزيادة قدرتهم لتطبيق البرامج العلاجية المتخصصة لأطفال الحروب.

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

المقدمة

نشهد العديد من الصراعات المسلحة في مناطق مختلفة من العالم، ينتج عنها الكثير من الويلات والمعاناة الإنسانية، كالتجهير القسري والقتل والخطف والاعتصاب وفقدان أحد أفراد الأسرة وهدم المنازل وغيرها من الأحداث. فخلال عام (1999) كان هناك ما يعادل 16 مليون شخص يعيشون لاجئين في المناطق المختلفة من العالم. في حين تشير إحصائيات المفوضية العليا لشؤون اللاجئين (United Nation Higher Commission for Refugees - UNHCR) إلى أن ما يقارب 12 مليون طفل قد شردوا أو فقدوا أحد والديهم نتيجة النزاعات المسلحة حول العالم (Papageorgiou et al. 2000) بل أن الصدمات النفسية بأنواعها المختلفة قد تؤثر في حياة 25% من الأطفال حول العالم (Ammar, 2006).

وبنفس السياق تشير منظمة اليونسيف (UNICEF) ضمن تقريرها الوارد في تقرير المفوضية العليا لشؤون اللاجئين لعام 2005 (UNHCR, 2005) إلى أن ما يقارب 80% من ضحايا

الحروب والصراعات المسلحة هم من النساء والأطفال حيث يجبرون على مغادرة بلدانهم وأماكن سكنهم بسبب العنف والحروب، حيث يقدر عدد الأفراد اللاجئين عام 2005 بما يقارب 19.5 مليون شخص نصفهم من الأطفال (UNHCR, 2005). وقد أشار احد التقارير الصادرة من منظمة الصليب الاحمر عام 2011 (ICRC, 2011) إلى مصطلح الأطفال المتأثرين بالحروب والنزاعات المسلحة Children Affected By Armed Conflict (CBAC) للإشارة إلى مشكلات الاطفال في مناطق الحروب، حيث يتميز هؤلاء الأطفال بمعاناتهم من المشكلات والصعوبات النفسية والجسدية والأسرية والأكاديمية. وتؤثر الخبرات والأحداث الصادمة والمهددة في الحالة النفسية للأطفال والراشدين على حد سواء، حيث يرتبط الاكتئاب والقلق مع مشاهدة الأحداث الصادمة والتعرض لها (AL-Balhan, 2006; Berthold, 2000). وهناك من يعتقد بأن تعرض الأطفال للحوادث المرعبة كالحروب أو القتل سيقود الى تأثيرات نفسية طويلة المدى قد تستمر إلى أكثر من (17) سنة (Vernberg, 2002).

يعد الأطفال من أكثر فئات المجتمع ضعفاً وتعرضاً للإيذاء الجسدي والنفسي، حيث يعانون من أعراض القلق والاكتئاب والخوف والعزلة الاجتماعية والاضطرابات السلوكية ومشكلات

* قسم علم النفس التربوي، كلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية، الأردن. تاريخ استلام البحث 2012/9/26، وتاريخ قبوله 2013/8/1.

العنف والحروب من أهم مجالات البحث في الوقت الحاضر، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية وفعالية التدخلات العلاجية القائمة على الأساليب المعرفية والسلوكية في الحد من مستويات أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمات ومواقف الحروب (Oras, Cancela, and Ahmad, 2004; Cohen, 2005)

ويشير أوغوايك (Uguak, 2004) إلى أهمية توظيف الخدمات والأساليب العلاجية القائمة على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين للتقليل من أعراض الاكتئاب، حيث يعتبر أسلوب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy - TF-CBT) من أكثر الأساليب العلاجية استخداماً للتعامل مع المشكلات النفسية للأطفال المصدومين (EMDH, 2001) حيث يمكن لتلك الأساليب العلاجية - بما تحتويه من أنشطة قادرة على تحرير التعبير عن الانفعالات السلبية لدى الطفل وإعادة بناء ثقته بذاته وإعادة شعوره بالأمن- التقليل من الأعراض النفسية الناتجة عن الصدمة كالاكتئاب والقلق، حيث أظهرت إسهامات كل من فايزر ورونان (Feather, Ronan, 2009) وكوهين ومانيرينو (Cohen, Mannarino, 1998) إلى فعالية استخدام وتطبيق أسلوب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة النفسية في علاج الأعراض النفسية الناتجة عن التعرض للأحداث الصادمة كالإساءة الجسدية والجنسية.

ويعد استخدام أساليب العلاج المعرفي والسلوكي المركز على الصدمة من الأمثلة على الأساليب العلاجية الموظفة - إلى جانب أساليب الاسترخاء وضبط المثير ومناقشة المعتقدات والأفكار المرتبطة بالصدمة والتعرض التدريجي وتعليم بعض المهارات المعرفية كحل المشكلات والعلاج بالرقص والحركة والموسيقى- للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمرهقين الذين تعرضوا للصدمات النفسية (Brown, Pearlman and Goodman, 2004; Eskin, Ertekin and Demir, 2008) وهناك من يعتقد بأهمية وأثر انخراط الأهل مع الأطفال في الحصول على نواتج إيجابية من العلاج المستخدم مع الأطفال، وهذا ما يتضمنه الأسلوب العلاجي المركز على الصدمة النفسية، كذلك الحال قد تتضاعف فعالية الآثار الإيجابية للعلاج المعرفي السلوكي إذا ما تم دمج مع أساليب علاجية أخرى مثل العلاج باللعب أو الرقص أو الموسيقى، مما يميز هذا الأسلوب العلاجي عن غيره من الأساليب.

ولما كان العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة من الأساليب العلاجية المصممة للتعامل مع المشكلات النفسية للأطفال الناتجة عن تعرضهم للإساءة الجنسية والنفسية

التحصيل الدراسي، نتيجة للتعرض لمواقف الاعتداءات والحروب وغيرها من المواقف المهددة (Brown, Pearlman, and Goodman, 2004)

ويمكن توضيح مفهوم الصدمة النفسية والانفعالية من خلال اعتبارها التعرض لحادثة تنطوي على مستويات مرتفعة من التهديد والضغط النفسي والخطورة، مما يهدد شعور الفرد بالأمن وتطوير الشعور بالعجز والضعف، وعلى الرغم من ارتباط الصدمة النفسية بشكل أساسي مع تلك الحوادث التي تهدد الحياة، إلا أن مفهومها قد يشمل أي موقف ينطوي على الإثارة الانفعالية المرتفعة ولا يشترط التعرض للإيذاء الجسدي فقط (ضمرة، او عيطة، 2013).

وهناك من يعتقد بأهمية دراسة مفهوم الصدمة بشكل فردي (Thabet, Tawahina, El Sarraj, and Vostanis, 2008) حيث يختلف الأفراد فيما بينهم في تفسير وإدراك الأحداث التي يختبرونها في حياتهم. وبشكل عام تتميز الأحداث التي يمكن اعتبارها صدمة بعدة خصائص من أهمها (سرعة حدوثها وصعوبة توقعها وتكرارها وعدم الاستعداد لها والشعور بالعجز حيالها واشتمالها على التهديد والإساءة). ويمكن أن تكون الحوادث الصادمة مسببة بفعل أحداث طبيعية كالأعاصير أو الزلازل وغيرها أو بفعل عوامل بشرية كالحروب والاعتقال والتعذيب والاعتصاب.

ويشير الاكتئاب إلى شيع المزاج الحزين وقلة الاهتمام بالنشاطات والعلاقات الاجتماعية والمعاناة من اضطرابات النوم والأكل وشيوع النظرة المتشائمة على حياة الفرد (Ivarsson, Svalander, and Litlere, 2006; Thabet, Abed, and Vostanis, 2004). وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات (Hadi, Magdalena, and Spitzer, 2006; Macksoud, and Aber, 1996; Thabet, and Vostanis, 1999; Qouta, Punamaki, and El Sarraj, 1995 a; Qouta, Punamaki, and El Sarraj, 1995 b) علاقة طردية ما بين التعرض للحوادث المرعبة والصدمة ومستويات الاكتئاب. وتقدر نسب انتشار مستويات الاكتئاب ما بين الأطفال اللاجئين بما يتراوح ما بين (11-80%) (Heptinstall, Sethna, and Taylor, 2004) في حين أشار مورغوس ووردين وجوتابا (Morgos, Worden, and Gupta, 2008) إلى أن ما يقارب من 38% من الأطفال اللاجئين في منطقة دارفور بالسودان يظهرون أعراضاً اكتئابية ذات دلالة، مما يزيد من أهمية تطوير برامج لعلاج الأطفال من الاكتئاب.

أن استقصاء أثر التدخل النفسي العلاجي المتخصص المترکز على الصدمة في التقليل والتخفيف من الآثار النفسية والأعراض المرضية لدى الأطفال الناتجة عن التعرض لمواقف

(Gradual Exposure)، حيث تحتوي جميع عناصره على مكونات علاجية تتضمن في طياتها عملية التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للمشاعر والانفعالات والأفكار المرتبطة بالصدمة أو الحادثة الصادمة، مما يقود إلى مساعدة الطفل والأهل على التكيف النفسي مع الصدمة من خلال تقليل الحساسية الانفعالية من تلك المواقف ضمن الجو العلاجي الآمن (Cohen, Mannarino, and Staron, 2007).

وتحاول الدراسة الحالية استقصاء أثر برنامج علاجي قائم على نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في التقليل من مستويات أعراض الاكتئاب لدى عينة من الأطفال العراقيين الذين شهدوا أحداث القتل والتفجير والقتل في بلدهم.

وضمن هذا المجال حاول كل من ضمرة وأبو عيطة (2013) استقصاء أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب مقارنة مع العلاج بالموسيقى، حيث اشتملت الدراسة على 48 طفلاً سورياً تراوحت أعمارهم ما بين 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 لدى الأطفال المشاركين. دلت النتائج إلى فعالية البرامج العلاجية الموظفة في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعة الضابطة. في حين أشارت النتائج إلى فعالية الدمج ما بين فعاليات العلاج المعرفي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة مقارنة بمجموعة العلاج الأخرى.

ويعد اختبار فعالية أساليب الدعم النفسي الاجتماعي المتضمنة تعليم مهارات الاسترخاء والإرشاد الوالدي والتنقيف النفسي المتركز على الصدمة النفسية في الحد من أعراض الاكتئاب لدى عينة من الأطفال القادمين من كوسوفو من أهداف دراسة كل من موهلن وبرازر وريسش وبرونيير (Mohlen, Parzer, Resch, and Brunner, 2005) والتي استهدفت 10 أطفال حيث تم استخدام قائمة هارفارد لأعراض الصدمة (Harvard Trauma Questionnaire - HTQ) وقائمة أعراض الفصام واضطرابات المزاج لدى طلبة المدارس في تقييم فعالية الدراسة حيث أشارت النتائج البعدية إلى انخفاض مستويات الاكتئاب لدى أفراد الدراسة.

وحاول رايدر وزملاؤه (Raider et al, 2008) التعرف على أثر التدخلات العلاجية المستندة على العلاج السلوكي المعرفي في التقليل من الأعراض النفسية للمراهقين الذين تعرضوا

والجسدية فقد تم اختبار أثره من قبل عدد من الدراسات (Feather, and Ronan, 2009; Cohen, and Mannarino, 2008) والتي استهدفت التعامل مع الاعراض والآثار النفسية السلبية الناتجة عن التعرض للإساءة. وضمن هذا المجال قدمت كوهين (Cohen, 2005) العديد من التوصيات الخاصة بضرورة تطبيق الاسلوب واختبار اثره على اطفال يعانون من المشكلات النفسية الناتجة عن التعرض لأنواع مختلفة من الصدمات النفسية كالحروب والإرهاب والنزاعات المسلحة.

وحسب كل من راشاميم وزملاؤها (Rachamim et al, 2009) وشبكة رعاية الطفل في مواقف الضغوط والصدمات النفسية (National Child Traumatic Stress Network, 2008) وكينج وزملاؤه (King et al, 2000) يتكون العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة من عدة مكونات والتي يرمز لها بكلمة ممارسة (PRACTICE):

1- التنقيف النفسي (Psycho Education - P) ورفع الوعي والمهارات الوالدية.

2- مهارات وتمارين الاسترخاء (Relaxation - R).

3- التعبير والتفريغ الانفعالي (Affective Modulation skills - A).

4- مهارات التوافق المعرفية (Cognitive Coping skills - C).

5- سرد قصة الصدمة النفسية (Trauma Narrative - T) وإعادة ادراك ومعالجة الحدث الصادم.

6- التدريب على السيطرة الحية للتعامل مع الذكريات الصادمة (In-vivo mastery of Trauma Reminders - I)

7- جلسة مع الأهل (Conjunction Child - Parent session)

8- تحسين مستويات الأمن (Enhancing Safety and Future Developmental Trajectory - E)

ويعتقد كل من كوهين ومنارينو وبيبرلينر وديبلنجر (Cohen, Mannarino, Berliner, and Deblinger, 2000) بأن العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، صمم خصيصاً للتعامل مع مشكلات الأطفال النفسية كالاكتئاب وقلق ما بعد الصدمة والمشكلات السلوكية الأخرى، الناتجة عن تعرض الطفل للصدمات النفسية باختلاف أنواعها، وبذلك يكون البرنامج العلاجي أقل ملائمة وفعالية للتطبيق للتعامل مع مشكلات الأطفال النفسية التي لا ترجع بأسبابها إلى التعرض للصدمة.

وبشكل عام تعتمد فعالية الاسلوب العلاجي على قابلية الطفل والأهل لتطبيق الاجراءات والأساليب العلاجية التي تم تعلمها خلال جلسات الإرشاد الجمعي أو الفردي داخل المنزل. ويستند البرنامج العلاجي على مبدأ التعرض التدريجي

بلغت 6 أشهر.

مشكلة الدراسة وأهميتها

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في كونها تحاول استقصاء فعالية برنامج علاجي قائم على توظيف نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض مستويات الاكتئاب لدى عينة من الأطفال العراقيين اللاجئين في الأردن ممن شهدوا أحداث الحرب والاعتداءات والقتل والتدمير.

أسئلة الدراسة: تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1- هل هناك فروق في مستويات أعراض الاكتئاب في القياس البعدي ما بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة عند مستوى دلالة 0.05α ؟

2- هل هناك فروق في مستويات أعراض الاكتئاب في القياس خلال فترة المتابعة ما بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة عند مستوى دلالة 0.05α ؟

تظهر أهمية الدراسة الحالية من خلال ما تشهده منطقتنا العربية من أحداث حالية وما تشتمله من مكونات صادمة حيث يتعرض الكثير من الأطفال للحوادث المرعبة والضاغطة، والتي تتمثل في فقدان أحد أفراد الأسرة أو موته أو تعرضه للقتل ومشاهدة أحداث القتل والتدمير والاعتقال المستمرة وأحداث التفجير والإرهاب، مما يقود إلى تطوير العديد من الأعراض النفسية المرضية طويلة المدى لدى هؤلاء الأطفال (Brown, Pearlman, and Goodman, 2004) الأمر الذي سيؤثر في حياتهم المستقبلية.

إن الأحداث الحالية التي تشهدها المنطقة العربية وما نتج أو سينتج عنها من ويلات ومشكلات وتبعات نفسية، قد تدفع بالباحثين إلى تطوير برامج نفسية علاجية للتعامل مع تلك الأعراض النفسية المرضية بفعالية، للتقليل من أثارها في الجوانب النفسية المختلفة للأطفال وللراشدين على حد سواء.

وتشير تقديرات المفوضية السامية لشؤون اللاجئين إلى وجود ما يقارب 432.500 ألف لاجئ سوري نصفهم من الأطفال يعيشون في مخيمات اللاجئين (الزعتري ومريجب الفهود) شمال الأردن (UNHCR, 2013) في حين تشير نفس التقديرات إلى وجود ما يقارب مئة وثمانين ألف لاجئ سوري غير مسجلين ضمن بيانات المفوضية والعدد مرشح للزيادة خلال الأشهر القليلة القادمة. أما فيما يتعلق بالإحصائيات الخاصة باللاجئين العراقيين فنشير الأرقام إلى وجود ما يقارب من 120 ألف لاجئ يشكل الأطفال غالبيتهم العظمى (FAFO Report, 2007). واستجابة لذلك تنتشر العديد من المراكز

للصدمة النفسية، حيث اشتملت الدراسة على 10 مراهقين تراوحت أعمارهم ما بين 15-18 سنة، أشارت النتائج في نهاية البرنامج العلاجي إلى انخفاض مستويات الاكتئاب وقلق ما بعد الصدمة لدى المراهقين المشاركين بالجلسات العلاجية.

وحاول كاتاني وزملاؤه (Catani, et al, 2009) مقارنة أثر برنامج علاجي قائم على استخدام فنيات وأساليب العلاج السلوكي (العلاج بالتعرض التدريجي) مع برنامج علاجي قائم على التأمل والاسترخاء واستخدام الموسيقى في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال بعد التعرض لموجات تسونامي في سيريلانكا. اشتملت الدراسة على 31 طفلاً تم توزيعهم على مجموعتين تلقت كل مجموعة 6 جلسات (العلاج بالتعرض والعلاج بالاسترخاء والموسيقى) بمعدل جلسة واحدة كل اسبوع، أشارت نتائج الدراسات إلى فعالية كل من البرنامجين العلاجيين في خفض الأعراض المرضية لدى أفراد الدراسة بالقياس البعدي وخلال فترة متابعة بلغت 6 اشهر.

في حين استهدفت دراسة حسانوفيتش وزملاؤه (Hasanovic et al, 2011) استقصاء أثر برنامج علاجي قائم على العلاج بالتعرض التدريجي المترافق مع الدعم الاجتماعي في التقليل من أعراض الاكتئاب والقلق لدى مجموعة من الأطفال البوسنيين تراوحت أعمارهم ما بين (10-18) سنة الذين شهدوا أحداث حرب البوسنة والهرسك التي حدثت ما بين (1992-1995) حيث أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج العلاجي في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال.

ومن خلال مراجعة الدراسات السابقة التي استهدفت استقصاء فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من الأطفال الذين شهدوا حوادث صادمة، نلاحظ التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة في انتهاجها لأساليب وبرامج الإرشاد الجمعي، وتوجيهها لعينات من الاطفال والمراهقين اللاجئين، في حين نجد بأن جميع الدراسات اشتملت على أطفال في أوروبا وفي الشرق الاقصى (Hasanovic et al, 2008; Raider et al, 2011) حيث لم تتوجه أي دراسة سابقة إلى تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة لدى عينات من الأطفال العرب أو في المنطقة العربية بالإضافة إلى افتقار الدراسات السابقة إلى إجراءات طويلة المدى لتقييم فعالية البرامج العلاجية بعد الانتهاء من تنفيذ العلاج باستثناء دراسة كاتاني وزملاؤه (Catani et al, 2009) مما يبرز الفرق ما بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة في كونها تحاول التعرف على أثر التدخلات العلاجية المتركرة على الصدمة على عينات من البيئة العربية وخلال فترة متابعة

الاكتئابي وفقدان الميل أو صعوبة الشعور بالمتعة والشعور بالذنب وانخفاض تقدير الذات ومشكلات في النوم والشهية وانخفاض مستويات الطاقة الجسدية وقلة التركيز (WHO, 2011). ولأغراض الدراسة الحالية يعرف الاكتئاب بأنه درجة الطفل على مقياس الاكتئاب للأطفال المكون من 5 أبعاد (صعوبة الشعور بالمتعة، المزاج الاكتئابي، تقدير الذات السلبي، قلة الفعالية والنشاط، المشكلات الاجتماعية).

البرنامج العلاجي المركز على الصدمة: برنامج علاجي يستند على تطبيق التعرض التدريجي للحوادث والمواقف الصادمة باستخدام التطبيقات المعرفية والسلوكية في علاج الأعراض النفسية المرضية الناتجة عن تعرض الطفل للحوادث الصادمة. ويشتمل على 12 جلسات علاجية تتناول التنقيف النفسي بالصدمة النفسية وردود الفعل نحوها وممارسة مهارات معرفية تكيفية وإعادة الامن للطفل وتقوية العلاقة مع الأهل.

الطريقة والإجراءات

أفراد الدراسة

تكون أفراد الدراسة الحالية من (30) طفلاً عراقياً بمنطقة الهاشمي الشمالي في الأردن تراوحت أعمارهم ما بين (12-13) عاماً ممن يراجعون مؤسسة أرض البشر للخدمات الإنسانية للتعامل مع مشكلاتهم النفسية والاجتماعية، تم إختيار أفراد الدراسة اعتماداً على نتائج تطبيق قائمة الاكتئاب على 98 طفلاً من نفس العمر ممن قدموا إلى الأردن خلال الفترة الواقعة ما بين (2009/6/1-2010/6/1). واختيار الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات وتوزيعهم قصدياً بسبب ظروف الأهل على مجموعتين:

- 1- المجموعة التجريبية: اشتملت على (15) طفلاً تم إخضاعهم للبرنامج التدريبي العلاجي.
- 2- المجموعة الضابطة: اشتملت على (15) طفلاً لم يتم إخضاعهم لأي من المعالجات النفسية المشابهة خلال فترة إجراء الدراسة، حيث وضعوا على قائمة الانتظار.

أدوات الدراسة

- 1- قائمة اكتئاب الأطفال (Children's Depression Inventory - CDI): والمطورة من قبل كوفاكس (Kovacs, 1985) والمكونة من 27 فقرة موزعة على 5 أبعاد، تعكس الأبعاد السلوكية والمعرفية والانفعالية المختلفة للاكتئاب لدى الأطفال:
 - 1- صعوبة الشعور بالمتعة (9 فقرات).
 - 2- المزاج الاكتئابي (5 فقرات).
 - 3- تقدير الذات السلبي (5 فقرات).

والمؤسسات الوطنية والدولية في الأردن، بهدف تقديم الخدمات النفسية الداعمة للأطفال الذين تعرضوا للصدمة النفسية كالإساءة والعنف بشكل عام وللأطفال اللاجئين بشكل خاص، حيث يعتبر العمل مع ضحايا الحروب والنزاعات من الأطفال والراشدين اللاجئين أو طالبي اللجوء وتقديم المساعدة النفسية المتخصصة لهم حديثاً نسبياً في الأردن، مما يضاعف من أهمية توافر برامج إرشادية وعلاجية تتميز بالفعالية والقابلية للتطبيق على الاطفال في ظروف اللجوء.

إن إهمال علاج الأعراض النفسية للأطفال اللاجئين، قد يعرضهم للعديد من المشكلات النفسية الحادة في المستقبل ويضاعف من آلامهم ومشكلاتهم، مما يمهّد لهم الطريق لتبني وتطوير انماط سلوكية مرضية كالاكتئاب والميول الانتحارية والسلوك المضاد للمجتمع وغيرها من انماط السلوك المرضية. كذلك الحال قد تزداد أهمية الدراسة الحالية في محاولتها لتطوير أدوات تشخيصية تتصف بالصدق والثبات والموضوعية، يمكن استخدامها من قبل العديد من المتخصصين والمهتمين في مجال تقديم الخدمات النفسية للأطفال وتقييم مستويات الاكتئاب لديهم، مما يساعد في إيجاد اساليب علمية لتقييم أثر البرامج العلاجية والتدخلات المختلفة.

حدود الدراسة

تحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية في ضوء خصائص أفرادها وهم أطفال الحروب من العراقيين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (12-13) عاماً القادمين إلى الأردن خلال الفترة الواقعة ما بين (2009/6/1-2010/6/1)، وأدواتها المتمثلة في قائمة الاكتئاب للأطفال (Children Depression Inventory) وخصائصها السيكومترية والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة ومتغيراتها وظروفها الزمانية والتي تتحدد بالنصف الأول من عام 2011، وبمكانها الذي يتمثل في مؤسسة أرض البشر TDH الواقعة في منطقة الهاشمي الشمالي في مدينة عمان وخلال فترة المتابعة والتي امتدت إلى نهاية عام 2011.

التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة

أطفال الحروب: الأطفال الذين اختبروا الأحداث العدائية الناتجة عن الصراعات المسلحة في بلدانهم ولأغراض الدراسة الحالية هم الأطفال العراقيين الذين قدموا إلى الأردن طلباً للأمن مع أسرهم خلال الفترة الواقعة ما بين (2009/6/1-2010/6/1).

الاكتئاب: اضطراب نفسي شائع يظهر من خلال المزاج

4- قلة الفعالية والنشاط (5 فقرات).

5- المشكلات الاجتماعية (4 فقرات).

ولأغراض الدراسة الحالية تم الاعتماد على الصورة المعدلة من القائمة والتي تشتمل على 26 فقرة والتي تستثني الفقرة المرتبطة بشيوع الافكار الانتحارية لدى الطفل والواردة في البعد الثاني (المزاج الاكتئابي) لتجنب قيام الطفل بمحاولات الانتحار او تطوير الميول الانتحارية لديه وذلك استجابة لتوصيات دراسة كل من (Moilanen, 1990; Cole, Hoffman, Tram, and Maxwell, 2000) في هذا المجال.

ويتم الاجابة على القائمة بصورتها الأصلية من خلال ميزان ثلاثي (نعم، احياناً، لا) بحيث تتراوح الدرجة الكلية ما بين (0-54) وتعكس الدرجات المرتفعة وجود مستويات من الاكتئاب. وتتميز القائمة بخصائص سيكومترية مرتفعة ومقبولة مما حدا بالعديد من الابحاث إلى استخدامها (Samm et al, 2008; Sorensen, Frydenberg, Thastum, and Thomsen, and Sherrill, 2001; AL-Balhan, 2005; Kovacs, Obrosky, 2006) أما من حيث استخدامها في الأردن فقد تم تعريبها وتكييفها للبيئة الاردنية من قبل غيشان (1994) والتي قامت باستخراج دلالة الصدق (صدق المحكمين، الصدق التمييزي) والثبات (الثبات بالإعادة) لها.

ولأغراض الدراسة الحالية ولخصوصية الفئة المستهدفة في الدراسة (الأطفال العراقيين) تم القيام بمجموعة من الاجراءات للتأكد من قابلية القائمة للتطبيق على الاطفال العراقيين:

1- **مراجعة النسخة العربية:** خلال اجراءات الدراسة تم التأكد من دقة الترجمة العربية التي قامت باعتمادها غيشان (1994) من خلال عرض الصورة الانجليزية على خبير بالترجمة ومقارنة الترجمة العربية الحديثة بالترجمة القديمة للتعرف على التطابق ودقة الترجمة ما بين النسخة العربية الأولى والنسخة المترجمة.

2- **صدق القائمة:** تم استخراج صدق المحكمين للقائمة من خلال عرضها على عدد من الخبراء في الصحة النفسية والإرشاد النفسي وعلم النفس الاكلينيكي ممن يحملون درجة الدكتوراه والعاملين في الجامعة الأردنية والجامعة الهاشمية وجامعة عمان العربية، وقد أشار عدد من المحكمين إلى ضرورة تعديل مفتاح اجابة القائمة من المفتاح الثلاثي إلى الثنائي (نعم، لا) وذلك لتسهيل الإجابة على الطفل. وتم استخراج دلالات الصدق التمييزي في ضوء سلم الاستجابة الجديد بتطبيق القائمة على عينة استطلاعية بلغت (50) طفلاً وحساب مدى قدرة القائمة على التمييز بين الفئتين الدنيا والعليا والجدول (1) يوضح نتائج الصدق التمييزي للقائمة.

الجدول (1)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للفئتين العليا والدنيا على مقياس الاكتئاب ونتائج اختبار ت لفحص دلالة الفرق بين المتوسطين

الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	24	19.5833	0.58359	8.56	*0.000
الدنيا	26	16.1923	1.85514		

* دالة عند مستوى $\alpha > 0.05$.

3- **ثبات القائمة:** فقد تم استخراجها من خلال بطريقة الإعادة بتطبيق القائمة على (15) طفلاً من غير عينة الدراسة بفواصل زمني بلغ اسبوعين، وتم حساب معامل ارتباط (بيرسون) بين التطبيق الأول والثاني، حيث بلغ معامل

الاستقرار (0.83) للقائمة ككل، وباستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، والجدول (2) يوضح معاملات ثبات القائمة.

الجدول (2)

قيم معاملات الارتباط (كرونباخ ألفا) لأبعاد قائمة الاكتئاب والقائمة ككل

الرقم	الأبعاد	عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ
1	صعوبة الشعور بالسعادة	9	0.77
2	نقص الفعالية والنشاط	5	0.65
3	تقدير الذات السلبي	4	0.72

الرقم	الابعاد	عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ
4	المزاج الاكتئابي	4	0.69
5	المشكلات الاجتماعية	4	0.75
6	القائمة ككل	26	0.82

- النواحي الاجتماعية (العزلة والانسحاب الاجتماعي).
- 4- **الجلسة الرابعة** (الأثار السلبية للحوادث الصادمة - الأثار النفسية والانفعالية): مناقشة الأعراض النفسية التي يعاني منها الأطفال الذين تعرضوا لمواقف الصراعات وخاصة اضطرابات المزاج (الاكتئاب) واضطرابات القلق التابع للصدمة النفسية وما يرافقها من مشكلات في النوم والخوف واضطرابات الشهية وانخفاض مستويات التحصيل الأكاديمي وفقدان المتعة والميل للأنشطة الاجتماعية.
- 5- **الجلسة الخامسة** (سرد قصة الصدمة وتجسيدها): جمع معلومات حول المواقف والأحداث التي تعرض لها الأطفال من خلال الرسم والمجسمات. حيث يشجع الأطفال على تطوير معنى للصدمة أو للحوادث التي تعرضوا لها وما نتج عنها من فقدان أو خسارة أو اضرار ضمن الجو الأمن للمجموعة.
- 6- **الجلسة السادسة** (العناية بالمشاعر والانفعالات الناتجة عن الصدمة): مناقشة عميقة لمعاناة الأطفال من خلال رسومات الأطفال ومناقشة للأفكار والمشاعر التي نتجت عنها مع مراعاة الاهتمام بالمشاعر الحالية والتأكيد على الأمن والاحترام.
- 7- **الجلسة السابعة** (مهارات نفسية للتعامل مع الأثار السلبية للصدمة (I) التحصين ضد التوتر Stress Inoculation Skills): تدريب الأطفال على تطبيق وممارسة بعض من المهارات التكيفية والتي يمكن استخدامها خلال مواقف الإثارة الانفعالية ومواقف تذكر الخبرات الصادمة مثل (ضبط التنفس أو الاسترخاء من خلال التنفس، مناقشة الافكار السلبية وخاصة التعميم الزائد حول احتمالية التعرض للتهديد أو لمواقف مرعبة مشابهة للمواقف السابقة، تطوير شبكة علاقات اجتماعية داعمة، العبارات الايجابية).
- 8- **الجلسة الثامنة** (مهارات نفسية للتعامل مع الأثار السلبية للصدمة (2)): تعليم الأطفال المهارات التكيفية والدراسية للتعامل مع مشكلاتهم الاجتماعية والنفسية والأكاديمية في المدرسة والأسرة والمجتمع.
- 9- **الجلسة التاسعة**: تعليم المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال مع الآخرين وخاصة للتعامل مع الزملاء داخل

يتضح من الجدول (2) أن قيم معامل كرونباخ ألفا لجميع مجالات القائمة مقبولة إحصائياً، حيث تراوحت ما بين (0.65-0.82). وتتراوح الدرجات الكلية للقائمة بصورتها المعدلة ما بين (0-26) درجة.

البرنامج العلاجي

تم اعداد وتطوير برنامج العلاج المعرفي- السلوكي المترکز على الصدمة فيما يتعلق بالتعامل مع الأثار النفسية المسببة بفعل التعرض للأحداث الصادمة. وقد تكون البرنامج العلاجي من 12 جلسة ارشادية مدة كل جلسة 90 دقيقة بواقع جلستين اسبوعياً.

تم الاستناد إلى أدب البحث السابق خلال عملية تطوير البرنامج العلاجي وخاصة تجارب كل من (National Child Traumatic Stress Network, 2008; Brown, Pearlman, and Goodman, 2004; Eskin, Ertekin, and Demir, 2008; Sheena, 2004; Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, and Steer, 2011) والتي حاولت تصميم برامج علاجية مماثلة للتعامل مع مشكلات الأطفال النفسية بسبب التعرض لأحداث الصراع والعنف والافتتال في بلدانهم ومجتمعاتهم. وخلال مرحلة إعداد البرنامج العلاجي، تم إرساله إلى 3 خبراء في مجال العلاج المعرفي السلوكي في الجامعة الأردنية والميدان، بهدف تحكيمه وتقديم الملاحظات لتحسينه. وتم تقديم مجموعة من المقترحات والتعديلات الخاصة بوقت الجلسات العلاجية والتمارين المتضمنة وضرورة تضمين البرنامج العلاجي لعدد من الواجبات المنزلية للأهل وللأطفال.

ويمكن وصف محتويات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من خلال ما يأتي:

- 1- **الجلسة الأولى** (التمهيد): تأسيس العلاقة العلاجية وبناء الثقة والتعارف بين أفراد المجموعة، ووصف مختصر حول البرنامج التدريبي وأهدافه وقواعد المشاركة.
- 2- **الجلسة الثانية** (مفهوم الصدمة والحدث الصادم): يقدم المرشد أمثلة على الأحداث الصادمة التي قد يتعرض لها الأطفال بسبب الصراعات المسلحة في بلدانهم ومجتمعاتهم
- 3- **الجلسة الثالثة** (الأثار السلبية للحوادث الصادمة - الأثار الاجتماعية) مناقشة الأثار الناتجة عن التعرض لمواقف الصراعات والنزاعات المسلحة والمواقف المرعبة من

- 13 سنة. حيث كان التطبيق فريداً ولمدة 20 دقيقة لكل طفل وبمساعدة من قبل الأخصائية النفسية.
5. تحديد 30 طفلاً ممن حصلوا على أعلى الدرجات على قائمة الاكتئاب.
6. الالتقاء مع الأهل وتوضيح أهداف الدراسة وكيفية إجرائها والفترة الزمنية اللازمة لتطبيقها.
7. توزيع أفراد الدراسة على مجموعتين بشكل قصدي بالاعتماد على ظروف الأطفال وظروف أسرهم وانتظامهم بالمدرسة وإمكانية قدومهم إلى المؤسسة.
8. تدريب المرشدة النفسية على طريقة تطبيق البرنامج التدريبي العلاجي.
9. البدء بتطبيق المعالجات خلال الفترة الواقعة ما بين (2011\1\15-2011\2\23).
10. الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي وتطبيق القياس البعدي خلال الجلسة العلاجية الأخيرة.
11. الاتصال مع الأطفال المشاركين بالدراسة في المجموعتين بعد فترة 6 أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي وتطبيق قائمة الاكتئاب للأطفال بفترة المتابعة.
12. معالجة البيانات واستخراج النتائج وتحليلها والتعليق عليها وتقديم التوصيات البحثية.
13. تطبيق البرنامج العلاجي على الأطفال في المجموعة الضابطة.

تصميم الدراسة والتحليل الإحصائي

تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي المعتمد على تصميم المجموعات، وذلك لملاءمته لأغراض الدراسة وظروفها التجريبية. ويشير الشكل (1) إلى تصميم الدراسة شبه التجريبي:

O1 اختبار قبلي	X المعالجة	O2 اختبار بعدي	O3 المتابعة
O1 اختبار قبلي	-	O2 اختبار بعدي	O3 المتابعة

الشكل (1): تصميم الدراسة شبه التجريبي

- المتغير المستقل: المعالجة المتمثلة في البرنامج العلاجي المطور والمصمم والمعرب وفقاً لأسلوب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة النفسية TF-CBT.

- المتغير التابع: مستويات الاكتئاب لدى الأطفال المشاركين في الدراسة والمتمثلة بالدرجة الكلية لقائمة الاكتئاب للأطفال ودرجاتها الفرعية.

- محيط المدرسة.
- 10- الجلسة العاشرة (أنا آمن أنت آمن): مناقشة وتوضيح حول الأحداث الصادمة وأحداث التفجير وهدم المنازل والقتل التي حدثت في الماضي وإنها لن تتكرر في ظل الاهتمام في الجو الآمن للطفل في الأسرة والمدرسة.
- 11- الجلسة الحادية عشرة (جلسة تشاركية ما بين الأطفال والأهل): حيث يطلب المرشد من أهالي الأطفال حضور الجلسة العلاجية ومناقشة الأهل مع الأطفال - كل والد أو والدة تجلس على إنفراد مع الطفل - ردود فعلهم نحو البرنامج العلاجي، وإذا ما وجدت أية آثار إيجابية له على مستويات الاكتئاب لديهم، وكيفية وضع خطط مستقبلية للمساعدة في التقليل من الآثار السلبية للصدمة.
- 12- الجلسة الثانية عشرة: التغذية الراجعة والتقييم وتطبيق المقاييس البعدية.
- إجراءات الدراسة: تم إتباع الإجراءات الآتية خلال محاولة الإجابة عن الأسئلة:
1. ترجمة أداة الدراسة واستخراج دلالات الصدق والثبات الخاصة بها.
2. إعداد البرنامج التدريبي وتحكيمة من قبل الخبراء.
3. مراجعة إدارة مؤسسة أرض البشر الواقعة في منطقة الهاشمي الشمالي في مدينة عمان للحصول على التصريح والموافقة لإجراء الدراسة.
4. تدريب المرشدة النفسية العاملة بالمؤسسة على إجراءات تطبيق أداة الدراسة واختيار الفئة المستهدفة خلال الفترة ما بين (2010\8\1-2010\12\31) حيث تم استهداف 98 طفلاً من المراجعين للمؤسسة والذين قدموا للأردن خلال الفترة (2009\6\1 - 2010\6\1) والذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-

حيث تشير O1 إلى القياس القبلي لأفراد الدراسة على قائمة الاكتئاب للأطفال و O2 إلى اختبار المتابعة و O3 إلى القياس في فترة المتابعة. وتشير (X) إلى المعالجة التجريبية المتمثلة بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة.

متغيرات الدراسة: تم تحديد متغيرات الدراسة في ضوء إجراءاتها على النحو الآتي:

التحليل الإحصائي

لاستخراج دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات البعدية والمتابعة الفروق بالأداء البعدي والمتابعة على قائمة أعراض الاكتئاب للأطفال بين المجموعتين التجريبية والضابطة، سواء على المستوى المتعدد أو المستوى الاحادي.

اعتمدت الدراسة على استخدام الإحصاء الوصفي (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية) والإحصاء التحليلي المتمثل في اختبارات واختبار تحليل التباين المتعدد نتائج الدراسة

الجدول (3)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجات القبلية ونتائج اختبارات لفحص دلالة الفروق القبلية في الأبعاد الفرعية لقائمة الاكتئاب

مستوى الدلالة	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	المتغير التابع
.836	-209	1.543	7.66	15	التجريبية	صعوبة الشعور بالسعادة
		1.934	7.8	15	الضابطة	
.439	-784	.9611	4.06	15	التجريبية	نقص الفعالية والنشاط
		.8977	4.33	15	الضابطة	
.107	-1.633	.9611	2.93	15	التجريبية	تقدير الذات السلبي
		.50709	3.4	15	الضابطة	
.113	1.637	.8165	3.33	15	التجريبية	المزاج المكتئب
		.7432	2.86	15	الضابطة	
.389	.876	.8338	3.13	15	التجريبية	المشكلات الاجتماعية
		.8332	2.86	15	الضابطة	
.842	-201	1.4074	21.13	15	التجريبية	المقياس ككل
		2.1536	21.26	15	الضابطة	

(4) الى المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء المجموعتين في القياس البعدي وقياس المتابعة.

يتضح من الجدول رقم (3) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي ما بين أفراد المجموعتين سواء على الأبعاد الفرعية أو على القائمة ككل، في حين يشير الجدول

الجدول (4)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء المجموعتين في القياس البعدي والمتابعة على الأبعاد الفرعية لقائمة الاكتئاب

قياس المتابعة			القياس البعدي			المجموعة	المتغير التابع
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد		
1.780	5.2	15	2.099	5.133	15	التجريبية	صعوبة الشعور بالسعادة
1.567	8.2	15	1.944	7.733	15	الضابطة	
1.345	2.66	15	1.032	2.733	15	التجريبية	نقص الفعالية والنشاط
.925	4	15	.883	4.066	15	الضابطة	
.915	1.86	15	.828	1.4	15	التجريبية	تقدير لذات السلبي
.593	3.06	15	.593	3.066	15	الضابطة	

قياس المتابعة			القياس البعدي			المجموعة	المتغير التابع
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد		
.639	1.86	15	.723	1.666	15	التجريبية	المزاج المكتتب
.816	2.66	15	.816	2.666	15	الضابطة	
.774	1.8	15	.736	1.6	15	التجريبية	المشكلات الاجتماعية
.743	2.46	15	.639	2.533	15	الضابطة	

الفروق تم استخدام اختبار تحليل التباين المتعدد لأثر البرنامج في القياس البعدي والمتابعة للمجموعتين التجريبية والضابطة على جميع أبعاد قائمة الاكتئاب ويشير الجدول (5) الى ذلك.

يشير الجدول (4) إلى وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ما بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء البعدي والأداء خلال فترة المتابعة، وللتعرف على دلالة

الجدول (5)

نتائج تحليل التباين المتعدد لأثر البرنامج في الدرجات البعدي والمتابعة للمجموعتين التجريبية والضابطة على جميع أبعاد قائمة الاكتئاب للاطفال

القياس البعدي	قيمة ويلكس لامبدا (Wilks Lambda)	قيمة ف	درجات الحرية الافتراضية	مستوى الدلالة
.232	15.855	5		*0.000
قياس المتابعة	قيمة ويلكس لامبدا (Wilks Lambda)	قيمة ف	درجات الحرية الافتراضية	مستوى الدلالة
.145	28.337	5		*0.000

* دالة عند مستوى $(\alpha > 0.05)$.

لمتغير المجموعة، تم استخدام تحليل التباين الأحادي لأثر البرنامج في الدرجات البعدي ودرجات المتابعة للمجموعتين التجريبية والضابطة على كل بعد من أبعاد قائمة الاكتئاب والجدول (6) يشير إلى نتائج ذلك التحليل.

يتضح من الجدول (5) وجود فروق ذات دلالة احصائية في الدرجات البعدي ودرجات المتابعة ما بين المجموعتين على المستوى المتعدد. وللتعرف على دلالة الفروق في الاداء البعدي والمتابعة لكل بعد من الابعاد الفرعية لقائمة الاكتئاب تبعاً

الجدول (6)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر البرنامج في القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعتين التجريبية والضابطة على كل بعد من أبعاد قائمة الاكتئاب

القياس البعدي							المتغير التابع
مربع ايتا	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع مربع الانحرافات	مصدر التباين	
.307	*.002	12.380	50.7	1	50.7	المجموعة	صعوبة الشعور بالسعادة
			4.095	28	114.667	الخطأ الكلي	
			—————	29	165.367		
.340	*.001	14.433	13.333	1	13.333	المجموعة	نقص الفعالية والنشاط
			.924	28	25.867	الخطأ الكلي	
			—————	29	39.200		
.589	*.000	40.138	20.833	1	20.833	المجموعة	تقدير لذات

القياس البعدي							
المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع مربع الانحرافات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	مربع ايتا
السلبى	الخطأ	14.533	28	.519	12.600	*.001	.310
	الكلية	35.367	29	_____			
المزاج المكتئب	المجموعة	7.500	1	7.500	13.720	*.001	.329
	الخطأ	16.667	28	.595			
	الكلية	24.167	29	_____			
المشكلات الاجتماعية	المجموعة	6.533	1	6.533	10.000	*.004	.263
	الخطأ	13.333	28	.476			
	الكلية	19.867	29	_____			
قياس المتابعة							
المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع مربع الانحرافات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	مربع ايتا
صعوبة الشعور بالسعادة	المجموعة	67.500	1	67.500	23.985	*.000	.461
	الخطأ	78.800	28	2.814			
	الكلية	146.300	29	_____			
نقص الفعالية والنشاط	المجموعة	13.333	1	13.333	18.144	*.000	.393
	الخطأ	37.333	28	1.333			
	الكلية	50.667	29	_____			
تقدير لذات السلبى	المجموعة	10.800	1	10.800	8.920	*.006	.242
	الخطأ	16.667	28	.595			
	الكلية	27.467	29	_____			
المزاج المكتئب	المجموعة	4.800	1	4.800	5.785	*.023	.171
	الخطأ	15.067	28	.538			
	الكلية	19.867	29	_____			
المشكلات الاجتماعية	المجموعة	3.333	1	3.333	19.467	_____	_____
	الخطأ	16.133	28	.576			
	الكلية	19.467	29	_____			

* دالة عند مستوى $\alpha > 0.05$.

وللتعرف على دلالة الفروق في الاداء الكلي لقائمة الاكتئاب ما بين القياس القبلي والبعدي والقياس خلال فترة المتابعة لأفراد المجموعة التجريبية، تم استخدام اختبار ت للمجموعات المستقلة. ويشير الجدول (7) إلى ذلك.

ويتضح من البيانات الظاهرة في جدول رقم (6) وجود فروق ذات دلالة في جميع أبعاد قائمة الاكتئاب للأطفال في القياس البعدي وقياس المتابعة تبعاً لمتغير المجموعة، حيث كانت قيم ف ذات دلالة احصائية عند مستوى $0.05 >$.

الجدول (7)

نتائج اختبارات لفحص دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات الكلية لقائمة الاكتئاب للمجموعة التجريبية ما بين القياس القبلي والقياس البعدي والمتابعة

المتغير التابع	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجات الكلية القبلية - البعدية	البعدي	15	12.53	2.669	10.624	*.000
	القبلي	15	21.132	1.407		
الدرجات الكلية البعدية- المتابعة	البعدي	15	12.53	2.669	0.155	-0.155
	المتابعة	15	13.4	1.638		

* دالة عند مستوى $(\alpha > 0.05)$.

ذات الطابع الاجتماعي، مما سهل التعامل الفعال مع أعراض الانسحاب الاجتماعي للأطفال المشاركين، حيث أتاح البرنامج العلاجي الفرصة والحرية للطفل لأن يختبر إقامة العلاقات الاجتماعية مع أقرانه، ضمن الظروف الآمنة التي تم توفيرها من قبل المرشدة، فقد تضمنت فعاليات مجموعة الإرشاد الجمعي قيام الطفل بالتحدث مع الآخرين ومشاركتهم للعديد من الأنشطة ولعب الدور وتقديم التغذية الراجعة على أدائهم لبعض المهام، مما أوجد مجالاً واسعاً لتبادل الدعم النفسي والاجتماعي ما بين أعضاء المجموعة التجريبية.

إن المناقشة الفاعلة لعناصر قصة الصدمة والعمل على إعادة ذكرها، قد يكون من أهم الأساليب العلاجية المطبقة حالياً لعلاج مشكلات ضحايا الصدمات النفسية حيث أشار مولিকা (Mollica, 2007) إلى مصطلح سرد قصة الصدمة الفعال (Effective Trauma Story) مقابل مصطلح سرد قصة الصدمة المسممة (Toxic Trauma Story) حيث أن إتاحة المجال لضحايا الصدمات النفسية وللأطفال للحديث حول مشاعرهم وانفعالاتهم وخبراتهم المرتبطة بالحدث الصادم، بما فيها من ألم وخوف وغضب ضمن جو آمن ومتقبل ومتعاطف، قد يقود إلى استعادة حالة التوازن النفسي للطفل، وهنا نشير إلى احتواء البرنامج العلاجي على العديد من الأنشطة السردية والتي كان الطفل يشجع فيها لسرد وإظهار معاناته وانفعالاته المتعلقة بالحدث الصادم الذي تعرض له، حيث تم تشجيع الأطفال على استخدام الرسم والتمثيل ولعب الدور والحديث المباشر للتعبير الحر عن انفعالاتهم وخوفهم، الأمر الذي كان له دور في خفض مستويات الإثارة الانفعالية والاكتئاب لدى الأطفال المشاركين.

ويعتبر انخراط الأهل في العمل العلاجي من خلال تشجيع الطفل على أداء الواجبات في المنزل ومشاركة الأطفال لبعض الجلسات العلاجية، واحداً من العناصر الهامة والتي يجب

يتضح من البيانات المبينة في الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة احصائية في الدرجات الكلية لمقياس الاكتئاب للأطفال ما بين القياس البعدي (12.53) والقياس القبلي (21.132) لصالح القياس القبلي، في حين لم تظهر النتائج فروق ذات دلالة احصائية ما بين القياس البعدي (12.53) والقياس خلال فترة المتابعة (13.4) مما يشير الى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في الحد من اعراض الاكتئاب لدى افراد المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة التي استمرت 6 أشهر.

مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج الخاصة بالسؤال الأول: أظهرت النتائج فعالية البرنامج العلاجي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب بالدرجة الكلية والأبعاد الفرعية الخمسة المكونة لأداة الدراسة، حيث انخفضت مستويات أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بشكل ذي دلالة إحصائية، مقارنة بتلك الأعراض لدى أفراد المجموعة الضابطة فيما يخص القياس البعدي. ويمكن مناقشة هذه النتائج في ضوء ما اشتمله البرنامج العلاجي من أساليب علاجية وتدريبية وأنشطة هادفة إلى إعادة شعور الطفل بالأمن ومن أهمها إقامة العلاقة العلاجية انخراط الأهل ببعض الأنشطة الإرشادية الى جانب الأطفال ومناقشة موضوعات الأمن والتاريخ الصادم بشكل مباشر ضمن الجو الآمن ومساعدة الطفل على التفريق ما بين الماضي الصادم والمرعب والحاضر الآمن. حيث تشير الدراسات (Thabet, Abed and, Vostanis, 2004) إلى أهمية التأكيد على اختبار الطفل للأمن كمدخل أولي لأي محاولات علاجية مقترحة للتقليل من أعراض الاكتئاب لأطفال الحروب. وقد احتوى البرنامج العلاجي على مجموعة من الأنشطة

في أثر الفعاليات الإرشادية والعلاجية في التقليل من تلك الاعراض النفسية السلبية قد تسمح لنا بتعميم أثر وفعالية العلاج السلوكي المعرفي في التعامل مع مشكلات اطفال الحروب والأطفال اللاجئين.

مناقشة النتائج الخاصة بالسؤال الثاني: دلت النتائج الخاصة بسؤال الدراسة الثاني إلى استمرارية الأثر العلاجي لفترة لا تقل عن 6 أشهر بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

يمكن مناقشة هذه النتائج من خلال ما اشتمله البرنامج العلاجي من مهارات فعالة، يمكن للطفل استخدامها في المواقف المستقبلية، حيث أن تعليم الطفل للمهارات الأكاديمية وأساليب الدراسة الفعالة، قد ساهم في إتاحة المجال للطفل بتحسين المستوى الأكاديمي له وهذا ما أظهرته سجلات الاطفال الأكاديمية بالمدرسة خلال الفصل الثاني مقارنة مع تلك في الفصل الاول من العام الدراسي (2010\2011)، مما اوجد فرصاً لنجاح الطفل وتلقي الدعم والتغذية الراجعة الإيجابية، وقد اشتمل البرنامج العلاجي على إكساب الطفل لمجموعة كبيرة من المهارات والتي يمكن استخدامها للتعامل مع المواقف الضاغطة أو عند إعادة اختبار الحدث الصادم. هذا من جهة ومن جهة أخرى أسهم انخراط الأهل في العملية العلاجية في استمرارية الأثر العلاجي الايجابي من خلال تعلم مهارات الاتصال مع الأطفال والمحاولة الدائمة لتوفير الأمن والثقة داخل المنزل وتجنب إثارة مشاعر الاكتئاب لدى الطفل من خلال بعض الممارسات الوالدية السلبية.

إن البدء ببرنامج العلاج أو التأهيل النفسي والانتهاء منه خلال فترة تجازوت شهر تقريبا كان له أثر في التقليل من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال على المدى القريب، في حين كان للتعليم الأسري والتربية الوالدية والمهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال، دور في الاحتفاظ في الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي لفترة 6 أشهر. ويمكن توضيح ذلك من خلال التركيز على جوانب اكساب الاهدل لمهارات التربية الوالدية وتعليم الاهدل مهارات فعالة للتعامل مع مشكلات أطفالهم الانفعالية والسلوكية خلال فترة المتابعة.

وعلى الرغم من انتهاء البرنامج العلاجي، إلا أن المرشدة حافظت على الاتصال مع الأهل والأطفال في المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة، حيث كانت تقدم الاستشارات والخدمات للأهل بشكل عام، وهذا ما يؤكد وجود خدمات داعمة للطفل وللأسرة بشكل عام خلال الفترة التي تبعت الانتهاء من البرنامج العلاجي تخللها تقديم بعض الخدمات الداعمة للطفل بشكل خاص وللأسرة بشكل عام، مما يفسر

أخذها بعين الاعتبار خلال مناقشة نتائج الدراسة، والتي كان لها دور في خفض مستويات الاكتئاب لدى الأطفال المشاركين، حيث ساهمت مشاركة الأهل للطفل في العملية العلاجية الجماعية في المجموعة والمنزل في إعادة بناء قنوات الاتصال الآمنة للطفل من جهة، ومن جهة أخرى ساعدت في إتاحة الفرصة لتشجيع الطفل وتقديم الدعم له من قبلهم، مما أوجد مجالاً لنجاح الطفل في أداء المهام المختلفة. حيث أشارت العديد من المحاولات السابقة (Brown, Pearlman, and Goodman, 2004) إلى أهمية ودور انخراط الأهل الفعال في العملية العلاجية فيما يخص مشكلات الأطفال المتعرضين للحوادث المرعبة أو الضاغطة.

وضمن نفس السياق يمكن الانتباه إلى دور جلسات الإرشاد أو جلسات المعالجة في تعليم الأطفال للمهارات التكيفية للتعامل مع مشكلاتهم الانفعالية حيث اشتمل البرنامج العلاجي على جلسات للتدريب على مهارات التوافق مع الضغوط النفسية ومواقف الاحباط والتعامل الفعال مع الآثار النفسية السلبية للأحداث الضاغطة التي تم التعرض لها مثل المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال ومهارات طلب المساعدة من الآخرين وتكوين شبكة للدعم الاجتماعي على مستوى الطفل وتعليم الطفل للمهارات الأكاديمية، حيث وفرت هذه المهارات مجالاً وإمكانية لتطبيقها بشكل فوري من قبل الطفل للتعامل الفعال مع مشكلاته وصعوباته النفسية.

كذلك الحال يمكن اعتبار التقاء الأهل بشكل دوري مع المعالج خارج وداخل الجلسات العلاجية فرصة لتلقي الدعم والمساندة وفرصة لتعلم أساليب علاجية ومهارات والدية، يمكن استخدامها في التعامل مع المشكلات والصعوبات النفسية التي يواجهها الطفل داخل المنزل والمدرسة، مما سهل وعزز الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي، وبنفس الوقت يمكن التفكير بدور هذه اللقاءات المتكررة في دعم الأهل نفسياً واجتماعياً، حيث لوحظ معاناتهم من العديد من الآثار النفسية المرضية، بفعل ظروف اللجوء التي يعيشون ضمنها.

وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية نجد تشابهاً ما بين نتائجها ونتائج دراسات ومحاولات كل من (Raider et al, 2008; Hasanovic et al, 2011; Catani et al, 2009) والتي اظهرت نتائجها فعالية نموذج العلاج المعرفي - السلوكي المتمركز على الصدمة والتدخلات العلاجية المعرفية والسلوكية الاخرى في خفض مستويات الاكتئاب لدى الأطفال المتعرضين للصددمات والحوادث المرعبة. ان التشابه في الاعراض النفسية التي يعاني منها الاطفال القادمين من مناطق النزاعات المسلحة المختلفة في جميع انحاء العالم وما يرافقها من تشابه

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يمكن التوصية بمجموعة من التوصيات:

1. إجراء مزيد من الدراسات للتعرف على أثر العلاج المركز على الصدمة النفسية في الأعراض النفسية المرضية الأخرى للأطفال المتعرضين للحوادث وللإساءة كمستويات القلق وقلق ما بعد الصدمة.
2. تقديم التدريب المتخصص للعاملين وبناء القدرات في مجالات تقديم الخدمات النفسية والعلاجية في مؤسسات تقديم الخدمات والإرشاد للتدخل في التقليل وعلاج الآثار السلبية للصدمة النفسية لدى الأطفال.
3. تعميم استخدام البرنامج التدريبي على مؤسسات تقديم الخدمات ومراكز الإرشاد النفسي للأطفال وتعميم استخدامه في المؤسسات التعليمية والمدارس من قبل المرشدين التربويين هناك.
4. محاولة تطبيق العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة بعد إحداث التعديلات المناسبة في علاج مشكلات الأفراد الراشدين وخاصة المتعرضين منهم للحوادث والصدمة النفسية.
5. تطبيق البرنامج العلاجي على عينة من الأطفال اللاجئين من الإناث للتعرف على أثر هذا البرنامج العلاجي في ضوء اختلاف جنس الفئة المستهدفة.

استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي خلال فترة 6 أشهر. وفي ضوء فلسفة البرنامج العلاجي والتي تشتمل على ضرورة إكساب الطفل لمجموعة من المهارات الشخصية والتوافقية للتعامل الفعال مع الحادثة الصادمة وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي والأمن للطفل، يمكن لنا مناقشة وتفسير استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة حيث إن عملية ممارسة وتطبيق هذه المهارات التكيفية والحصول على أثرها الإيجابي تحتاج إلى وقت طويل نسبياً يمتد إلى ما بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي وهذا ما أكدته نتائج دراسة كاتاني وزملاؤه (Catani et al, 2009) وأوصت به دراسة حسانوفيتش وزملائه (Hasanovic et al, 2011).

وعلى الرغم من ثبات الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة إلا أن قراءة بسيطة في المتوسطات أعراض الاكتئاب خلال قياس المتابعة تظهر بوضوح ارتفاع نسبي غير دال احصائياً في معدلات الاكتئاب لدى الأطفال في المجموعة التجريبية مقارنة مع تلك المتوسطات في القياس البعدي الذي تلا الانتهاء من البرنامج العلاجي مباشرة، ويمكن عزو ذلك لانخفاض مستويات الدعم المتاحة للطفل والتي كانت متوافرة له خلال عملية التطبيق للبرنامج العلاجي، وخاصة المتابعة واللقاءات المستمرة، مما يبرر ضرورة توافر خدمات متابعة وإرشاد مستمرة ومكثفة لفترات طويلة نسبياً بعد الانتهاء من تطبيق المعالجة على الأطفال.

المصادر والمراجع

- Berthold, S. Megan. 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. and Goodman, R. 2004. Facing Fears and Sadness: Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief. *Harvard Review Psychiatry*, 2(12):187-198.
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, R., Schauer, E., Elbert, T. and Neuner, T. 2009. Treating Traumatized Children by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka, *BMC Psychiatry*, 9 (22):1-11.
- Cole, D. A., Hoffman, K., Tram, J. M. and Maxwell, S. E. 2000. Structural differences in parent and child reports of children's symptoms of depression and anxiety,

ضمرة، جلال، سهام أبو عيطة، 2013، أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب، بحث منشور في مجلة دراسات، العلوم التربوية، الجامعة الأردنية.

غيشان ريماء، 1992، العلاقة بين الأم البطن المتكررة عند الاطفال وكل من القلق والاكتئاب والحوادث الضاغطة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان.

AL-Balhan, E. 2006. The Children's Depression Inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwaiti youth. *The journal of social behavior and personality*, 34 (2): 351-366.

Ammar, N. H. 2006. Beyond the Shadows: Domestic Spousal violence in a -democratizing-Egypt Trauma, *Violence and Abuse Journal*, 7, 244-259.

- Depression in Refugee Children Associations with pre-migration Trauma and post-migration stress, *Journal of Europe Child Adolescent Psychiatry*, 13(3): 373-380.
- ICRC. 2011. *Children affected by armed Conflict and other situations of violence*. Workshop report, Retrieved from: <http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4082.pdf>
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litle, O. 2006. The Children's Depression Inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents, A normative study. *NORD Journal Psychiatry*, 60 (3): 321-325.
- King, N., Tonge, B., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R. and Ollendick, T. 2000. Treating Sexually Abused Children with Post-Traumatic Stress Symptoms: A randomized clinical trial, *Journal of American Academic Child Adolescents Psychiatry*, 39(8): 1347-1355.
- Kovacs, M., Obrosky, D., Sherrill, J. 2001. Developmental changes in the phenomenology of Depression in girls compared to boys from childhood onward, *Journal of Affect Disorder*, 74 (6): 33-48.
- Kovacs, M. 1985. The Children's Depression Inventory (CDI), *Journal of Psychopharmacol Bull*, 21(5): 995-998.
- Macksoud, M., Aber, L. 1996. The War Experiences and Psychosocial Development of children in Lebanon, *Journal of Child and development*, 67(8): 70-88.
- Mohlen, H., Parzer, P., Resch, F., Brunner, R. 2005. Psychosocial Support for War-Traumatized Child and Adolescent refugees: Evaluation of a short-term treatment program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (3): 81-87.
- Moilanen, I. 1990. Components of Childhood Depression. *Reports of Psychiatria Fennica Report*, 91, 85-91.
- Mollica, F. Richard. 2007. *Healing Invisible Wounds "paths to hope and recovery in a violent world"*, Vanderbilt University Press, Nashville.
- Morgos, D., Worden, J., Gupta, L. 2008. Psychosocial Effects of War Experiences among displaced Children in southern darfur. *Omega journal*, 56 (3): 229-253.
- National Child Traumatic Stress Network- NCTSN. 2008. *How to Implement Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) Learning from Research and Clinical Practice Core Child Sexual Abuse Task Force*, Durham, NC and Los Angeles, CA: National Center for Child Traumatic Stress, <http://www.NCTSN.org>.
- Psychological Assessment*, 12, 174-185.
- Cohen, A., and Mannarino, P. 2008. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Parents, *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4):158-162.
- 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. and Mannarino, A. P. 1998. Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings, *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. and Staron, V. 2007. Modified Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Traumatic grief (CBT-CTG): A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2 (45): 1465-147.
- Cohen, A. Judith. 2005. Treating Traumatized Children: Current Status and Future Directions, *Acute Reactions to Trauma and Psychotherapy*, 2 (5): 545-551.
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J., Runyon, M. and Steer, R. 2011. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety Journal*, 5 (28): 67-75.
- Eskin, M., Ertekin, K., Demir, H. 2008. Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults, *Cognitive Therapy Researches*, 32(1): 227-245.
- FAFO, Report. 2007. Iraqis in Jordan Their Number and Characteristics, FAFO Organization The Norwegian Research Institute, The Jordanian Statistical Department and UNFPA, 2007.
- Feather, S., Ronan, R. 2009. Trauma-Focused CBT with maltreated children: A clinic-based evaluation of a new treatment manual. *Australian Psychologist*, 44, (3), 174-194.
- Hadi, F., Magdalena, M., Spitzer, S. 2006. Gulf War-Related Trauma and Psychological Distress of Kuwaiti Children and Their Mothers, *Journal of Traumatic Stress*, 19, 653-662.
- Hasanović, M., Srabović, S., Rašidović, M., Šehović, M., Hasanbašić, E., Husanović, J., 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.
- Heptinstall, E., Sethna, V., Taylor, E. 2004. PTSD and

- reliability of the Danish version, *European Child Adolescent Psychiatry*, 14(65): 328-334.
- Thabet, A., Vostanis, P. 1999. Post-Traumatic Stress Reactions in children of war, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (12): 385-391.
- Thabet, A., Tawahina, A., El Sarraj, E., Vostanis, P. 2008. Exposure to War Trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, (4): 191-9 (53 ref).
- Thabet, A., Abed, Y., Vostanis, P. 2004. Comorbidity of PTSD and Depression among Refugee Children during War conflict, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (7): 533-542.
- Uguak, U. 2004. The Importance of Psychological Needs for the Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Displaced Children in Schools. *Journal of Instructional Psychology*, 37 (4): 340-351.
- UNHCR -United Nations High Commissioner for Refugees. 2005. *2004 Global Refugee Trends. Overview of refugee populations, new arrivals, durable solutions, stateless and other persons of concern to UNHCR. Geneva: UNHCR.* Retrieved 26 June 2005, from <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/events/opendoc.pdf?tbl¼ STATISTIC Sandid¼ 42b283744>.
- UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees. 2013. *2013 UNHCR Country operations profile - Jordan Working environment.* 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* (P.55-72). Washington, DC: American Psychological Association.
- WHO - World Health Organization. 2011. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en#/
- Oras, R., Cancela, De Ezpeleta, S., Ahmad, A. 2004. Treatment of Traumatized Refugee Children, with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context, *Nord Journal 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 (6): 84-90.
- Qouta, S., Punamaki, R., El Sarraj, E. 1995.a. The Relations between Traumatic Experiences, activity, and cognitive and emotional responses among Palestinian children, *International Journal of Psychology*, 30 (9): 289-30434.
- Qouta, S., Punamaki, R., El Sarraj, E. 1995.b. The Impact of the Peace treaty on psychological well-being: a follow, *Journal of child abuse and neglect*, 19 (4):1197-1208.
- Rachamim, L., Nacasch, N., Shafran, N., Tzur, D., Gilboa-Schechtman, E. 2009. Exposure-Based Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adults, *Israeli Journal of Psychiatry Relat Sci*, 46 (4): 274-281.
- Raider, Melvyn, C., Steele, William., Delillo-Storey, Margaret., Jacobs, Jacqueline., Kuban, Caelan. 2008. Structured Sensory Therapy (SITCAP-ART) for Traumatized Adjudicated Adolescents in Residential Treatment, *Residential Treatment for Children and Youth*, 25 (2): 167-185.
- Samm, A., Vaõmik, A., Tooding, L., Sisask, M., Koõives, K., Von Knorring, A., Liis, A. 2008. Children's Depression Inventory in Estonia Single items and factor structure by age and gender, *European Child Adolescent Psychiatry*, 17 (6): 162-170.
- Sheena, N. Boyle. 2004. Music Therapy for Traumatized children, *CPJ: Counseling and Psychotherapy Journal*, 15 (6): 16-19.
- Sorensen. M. J, Frydenberg, M., Thastum, M., Thomsen, P.H. 2005. The Children's Depression Inventory and Classification of major Depressive disorder: validity and

The Effect of Cognitive Behavioral Trauma Focused Therapy Model on Sample of War Children's Depression Symptomatology

*Jalal K. Damra., Yahia H. Nassar**

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effect of the Trauma Focused - Cognitive Behavioral Therapy model (TF- CBT) on the depression symptoms for war victims children. 30 Iraqi children participated in this study who fled from Iraq during (1st June 2009 -1st June 2010) were distributed into 2 groups, experimental and control group. The Children Depression Inventory (CDI) which was prepared by Kovacs (1985) consisted of 26 items distributed on different 5 sub dimensions was used. The therapeutic TF- CBT program included 12 treatment sessions, 2 sessions per week. The study findings indicated the efficacy of the TF- CBT on decreasing the children's depression symptomatology. The study recommended the importance of having more studies for investigating the TF- CBT effect on other war refugee children's mental health aspects (e.g. anxiety and posttraumatic stress disorder) and building the workers and counselors capacities to implement and utilize such therapeutic programs.

Keywords: War Children, Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (FT- CBT).

* Department of Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences, Hashemite University, Jordan. Received on 26/9/2012 and Accepted for Publication on 1/8/2013.