

# تأثير برنامج معرفى - سلوكى لاضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال التحرش الجنسى

أ.د. محمد نجيب الصبوة  
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

د. سماح نبيل أحمد محمد  
باحث بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي

## ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة تأثير برنامج معرفى - سلوكى لخفض بعض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال تعرضوا للتحرش الجنسى من وجهة نظر الآباء والمعلمين والمؤسسات النفسية- الاجتماعية، وقد تكونت عينة الدراسة الحالية من مجموعتين: المجموعة التجريبية التى تلقت برنامج العلاج المعرفى - السلوكى، وتكونت من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسى وبلغ عددهم (٦) أطفال بمتوسط عمرى ١٠,٥ عاماً، وانحراف معيارى ١,٢ عاماً، وقد سحبت العينة من مؤسسة كاريثاس مصر بالهرم، وشبرا. والمجموعة الضابطة، وتكونت من (٦) أطفال تعرضوا للتحرش الجنسى مكافئين للعينة التجريبية فى جميع الصفات، ولكن لم تتلق أى جلسات علاجية، وبمتوسط عمرى ٩,٥ عاماً، وانحراف معيارى ١,٢ عاماً، وقد تم سحبهم من مؤسسة كاريثاس مصر بالهرم وشبرا. وتم تطبيق جلسات البرنامج العلاجى التى استمرت أربعة أشهر، أتبعتهم الباحثة بالمتابعة الأولى بعد أربعة أشهر من انتهاء العلاج، والمتابعة الثانية بعد ثمانية أشهر من انتهاء العلاج. واتبعت الدراسة الحالية المنهج التجريبي، حيث تم فيه معالجة المتغير المستقل والتحكم فيه بشكل عمدى، ويقصد به فى هذه الدراسة التدخل باستخدام برنامج معرفى - سلوكى لتقليل المعاناة من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسى بهدف تقليل هذه الأعراض لديهم وتقليل مشاعر القلق والاكتئاب، والتى تمثل المتغيرات التابعة فى هذه الدراسة، وتم هذا التدخل تبعاً لخطوات وجلسات محددة بواقع جلستين أسبوعياً، ومدة كل جلسة (٦٠) دقيقة. وتكونت بطارية هذه الدراسة من الاستخبارات التالية:

برنامج العلاج المعرفى - السلوكى، واستخبار التحرش الجنسى ( من إعداد الباحثة)، واستخبار اضطرابات ما بعد الصدمة ( من إعداد الباحثة)، ومقياس القلق العام (إعداد فداء أبو الخير)، ومقياس الاكتئاب النفسى ( إعداد فداء أبو الخير)، ومقياس تقدير ذاتى، والذى طبق مع الأفراد شديدي الصلة بكل طفل على حدة وذلك لقياس التأثير الجوهري للبرنامج العلاجى من وجهة نظر الأطفال وذويهم.

كما تم قياس المتغيرات التابعة عدة مرات قبل تطبيق البرنامج، وبعد تطبيقه، وخلال فترة المتابعة، وبعد انتهاء التطبيق، عقدت المقارنات باستخدام مختلف أساليب التحليل الإحصائى، وتبين من نتائج الدراسة الحالية تحقق فرض الدراسة بوجود فروق ذات دلالة داخل المجموعة التجريبية التى تلقت البرنامج العلاجى، ثم بين المجموعتين، وذلك بعد تقديم البرنامج العلاجى مقارنة بخط الأساس، وفى أثناء المتابعة الأولى والثانية، كما تبين أن البرنامج العلاجى كان ذا تأثير، وذلك من خلال سؤال القائمين بالرعاية حيث أقرؤا بانخفاض اضطرابات ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب لدى أطفالهم.

الكلمات الدالة: التحرش الجنسى - اضطرابات ما بعد الصدمة - علاج معرفى - سلوكى - التأثير - الأطفال.

## مقدمة

يعتبر التحرش الجنسي من الخبرات المؤلمة والصادمة التي يمر بها الأطفال، ويعد من أخطر الخبرات التي يمر بها الطفل، لما لها من تأثيرات وتداعيات مستقبلية خطيرة على الضحية خاصة إذا تكررت، حيث إن خطورتها لا تقل في حالات كثيرة عن الاعتداءات الجنسية المباشرة (على عبد الرحمن، ٢٠٠٦). ويعد التحرش الجنسي مشكلة اجتماعية ونفسية لها ماضٍ طويل وتاريخ قصير؛ فمع أن قضايا التحرش الجنسي لم تتداول في المحاكم الأمريكية إلا في عام ١٩٧٠م، فإنها موجودة منذ القدم (محمد مرسى، ٢٠١٠، ص ٤)

والتحرش الجنسي يتجسد في سياق الحياة اليومية في عدد من الأشكال، فهناك التحرش الجنسي بالمحارم، وهو ذلك الشكل الذي يظهر داخل الأسرة ويكون طرفاه من الأشخاص الذين تربطهما صلة دم أو قرابة قد تحرم الزواج بينهما، أو درجة من القرابة قد لا تحرم الزواج بينهما، وهناك التحرش الجنسي العام، وهو التحرش الجنسي الذي يتعرض له الطفل في عديد من السياقات سواء في الشارع ووسائل المواصلات أو حتى في المنزل من قبل أشخاص لا يعرفهم أو يعرفونه (أحمد، ٢٠٠٧).

إن علاج طفل (أو طفلة) تعرض لتحرش جنسي هو في الحقيقة تحد صعب. فالأطفال الذين تعرضوا لمثل تلك الاعتداءات تحدث عندهم أعراض تضعف معنويات كل العائلة. ويجب على الآباء ألا ينظروا إلى تلك الأعراض السلوكية على أنها ذات قصد سيئ أو خبيث؛ لأن هذه الأعراض هي في الحقيقة أرجاع أو استجابات للصدمة النفسية الناتجة عن التحرش الجنسي. وفي العادة إذا صرح طفل إلى شخص بالغ أنه تعرض إلى تحرش جنسي فإن هذا الشخص يشعر بالضيق و لا يعرف ما يجب قوله أو فعله . ويمكن تقسيم أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة الناتجة عن التحرش الجنسي إلى أربعة أنماط، هي:

(١) المشكلات المعرفية: وهي عبارة عن الأفكار الآلية السلبية والمعتقدات اللاعقلانية، والصور الذهنية الناتجة عن التحرش الجنسي لحادث صدمي. وسيتم علاجها بأساليب العلاج المعرفي- السلوكي من قبل جدول السات، والتفنيذ المعرفي، وضرب الأمثلة من البشر كمراجع وغيرها.

(٢) مشكلات مزاجية انفعالية، كالقلق والأعراض الاكتئابية، والمخاوف والرهاب الاجتماعي. وسيتم علاجها بجميع أنواع الاسترخاء، ومعظم أساليب التعرض التخيلي والحي المباشر، وأساليب تنمية الثقة بالنفس وتوكيد الذات.

(٣) مشكلات جسمية وفيزيولوجية: وسيتم علاجها بالاسترخاء وأساليب التحكم والسيطرة كأساليب السلوكية لإدارة العواقب، مثل الدعم الموجب والسالب، وتكاليف الاستجابة، وأسلوب الوقت المستقطع.

(٤) مشكلات سلوكية: وسيتم علاجها بإعادة تشكيل السلوك والنمذجة وبعض أساليب الصمود النفسي والمواجهة والتصدي.

كل هذه الأعراض الرهابية والسلوكيات الجنسية والعوانية السابقة يمكن أن تشاهد عند الأطفال الذين تعرضوا لحوادث أخرى مثل طلاق الوالدين، والعنف الجسدي، وموت أحد الأقارب، ومشاهد من العنف

العائلي، بل أحيانا يمكن ظهور هذه الأعراض عند الأطفال الذين لم يتعرضوا لأى عنف من ظواهر فترة البلوغ (Brimhall,2002).

ويعد العلاج المعرفي- السلوكي من الأساليب العلاجية الأكثر مناسبة للعمل مع الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي لما يشمله من أساليب علاجية تمكنهم من تعديل سلوكهم وإحداث تغييرات معرفية لرفع معدلات التوافق مع البيئة التي يعيشون بها بما يحقق الاستقرار والتفاعل الإيجابي لديهم. فالعلاج المعرفي - السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبيا نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي، حيث من المؤكد أنه يوجد ارتباط بين التفكير والانفعال والسلوك؛ لأن الفرد حينما يفكر فهو ينفعل ويسلك أيضا. وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك في الوقت نفسه، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك، وقد شهدت بداية هذا المنحى العلاجي ظهور ثلاثة نماذج علاجية ارتبط كل منها باسم صاحبه فجاء على رأس تلك النماذج على التوالي آرون بيك A. Beck ، وألبرت إليس A. Ellis ، ودونالد مايكينباوم D. Meichenbaum ، ونموذج سليجمان (١٩٩٤)، ونموذج المعرفة الاجتماعية لألبرت باندورا (١٩٨٩)، وهي عبارة عن مداخل معرفية تفسر حدوث التغييرات التي تحدث في البنية المعرفية لدى المرضى والمنحرفين، التي تحدث جراء العلاج (إسماعيل، ٢٠١٢).

ويقصد بالعلاج المعرفي - السلوكي في هذه الدراسة التدخل المنظم والمخطط باستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية للعمل مع الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي، وذلك بإحداث تغيير في العمليات المعرفية لمساعدتهم على تعديل سلوكهم من خلال تغيير الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية والمشاعر السلبية والحالات الجسمية والفيزيولوجية، وأنماط السلوك الخاطئ لهؤلاء الأطفال. ومن المشكلات التي يتعامل معها هذا المنحى العلاجي مشكلات الأطفال وكبار السن، والاضطرابات الذهانية، والإدمان، وإساءة استخدام المواد المخدرة، والتخلف العقلي، واضطرابات الشخصية، واضطرابات القلق، وغيرها. ويتسم هذا المنحى العلاجي بأنه يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي، حيث يتناول المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية، بالإضافة إلى استخدامه لخطط المواجهة التي تساهم في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي، وهو ما جعل هذا الأسلوب العلاجي أقل أساليب العلاج النفسي فيما يتعلق باحتمال حدوث انتكاسة فيما بعد (إسماعيل، ٢٠١٢).

### مشكلة الدراسة

يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الآتي:

١- هل هناك فروق جوهرية بين متوسط درجات التقدير الذاتي من قبل المجموعة التجريبية ومتوسط المجموعة الضابطة الخاصة بتأثير العلاج المعرفي - السلوكي من وجهة نظر الأطفال وأسرههم والمؤسسة المترددين عليها ؟

### مفاهيم الدراسة

أولاً : مفهوم التحرش الجنسي:

التحرش هو إشراك الأطفال بشكل غير طوعي بأفعال وسلوكيات جنسية تسبب لهم الأذى الجسدي أو النفسي أو العاطفي، وعادة ما يكون التحرش من قبل شخص بالغ مع شخص صغير أو شخصين صغيرين

ولكن أحدهما يتفوق بالقوة على الآخر. ويكون التحرش من خلال اللمس اللطيف أو العنيف أو التقبيل والحضن المبالغ فيه، حيث يشمل الألعاب الجنسية والاتصال الجنسي الذي يتضمن المداعبة بكل أشكالها، بالإضافة إلى تعريض الطفل للمشاهد الإباحية، أو وضعه فيها أو التقاط صور عارية أو شبه عارية له، كما يشمل التحرش الجنسي التواصل بطريقة جنسية عبر الهاتف أو شبكة المعلومات العنكبوتية (Hersch,2011).

وقد ذهبت "رقية الخيارى" الى أن التحرش الجنسي هو شكل من أشكال العنف الجسدى، ويحدث أضراراً بمن يقع عليه التحرش، ويظهر فى صيغ مختلفة، هى:

- ١- تلميحات لفظية مباشرة مثال: الإطراء، والنكت، والدعابة.
- ٢- تلميحات مباشرة وغير مباشرة بواسطة الإشارات، مثال: النظرات، والابتسامات، وتقديم صور وحركات ذات إيحاءات جنسية.
- ٣- اللمس: الذى يتدرج من القرص والملامسة إلى الاغتصاب.

وهذا التعريف السابق يتفق مع التعريف الذى مؤداه أن التحرش الجنسي هو أى اتصال لفظى أو غير لفظى أو جسدى تتعرض له الأنثى ويتسم بطبيعة جنسية (عبادة، ٢٠٠٧).

ويتعمد الطفل إخفاء أى حادثة تحرش قد يتعرض لها خوفاً من استجابات الأهل تجاهه، ربما يخبرهم جزءاً مما حدث مخبئاً ما قد يعتقد أنه معيب أو محرج، أو قد يدعى بأن أحد ما غريب قد حصل له هذا؛ لاختبار أرجاعهم أو استجاباتهم، لذا يتوجب على الأهل فى هذه المواقف إظهار الاهتمام والحب لطفلهم وتشجيعه على الكلام ولخبرهم بكل شئ، لأن معرفة ما حدث هو أهم جزء لمساعدة الطفل وعلاجه من المشكلة نفسياً وجسدياً (the Prevention of Bullying and Related Health Risks,2008).

وكثيراً ما تحدث حالات تحرش بالأطفال ولا يعلم بها الوالدان، ويتم الكشف عن تفاصيل هذه الحوادث عندما يكبر الأولاد، ويمتلكون الجرأة للتحدث عن هذا الموضوع أو قد يبقى طى الكتمان، ولكن لماذا يخفى الأطفال هذه المعلومات؟ ذلك لأن المتحرش يقنع الطفل بأن والديه سيغضبان إن علما بهذا الأمر، بسبب تلك الأفكار يتم تشويش المفاهيم لدى الطفل ويختلط عليه الخطأ مع الصواب، وقد يصل لحالة لا يستطيع أبداً التمييز بينهما. يهدد المتحرش الطفل بأنه سيؤذى أحد أفراد العائلة إن علم أحد ما بهذا الموضوع، ويقنع المتحرش الطفل بأن الذى حدث بينهما هو لعبة ممتعة أو سر خاص بهما، ويعتقد الأطفال أن ما حدث هو خطأ منهم، وأنه من المفترض عليهم القيام بشئ ما لمنع ما حدث، وعلى الوالدين ألا يشعروا الطفل بالذنب أو المسؤولية، فهو ليس المخطئ بما حدث (Maryland State Department of Education,2008)

#### ثانياً: أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة:

حدد الدليل الاحصائى والتشخيصى للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-IIIV) الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال، وهى:  
أ- أن يكون الشخص قد تعرض لحدث صدمى تهديدى أو كارثى عاشه على النحو التالى:

- ١- أن يكون قد شاهد أو خبر حدثاً أو أكثر فيه حالات من الموت أو التهديد أو بسلامة الجسم له وللآخرين.
  - ٢- أن يستجيب لهذا الحدث بخوف شديد أو رعب أو عجز جزئى أو كامل ( فى حالة الأطفال قد يظهر على الطفل سلوك مضطرب أو متهيج).
  - ٣- أن يتجنب الشخص الظروف (القائمة فعلياً أو محتملة) التى تشبه ظروف الصدمة.
- ب- يستعيد الطفل الحدث الصدمى بشكل إقحامى فى واحد أو أكثر مما يلى:
- ١- ظهور ذكريات أليمة تبدو على شكل صور، أو أفكار اقتحامية، أو إدراكات ملحة ترتبط بالحدث الصدمى (فى حالة الأطفال يظهر لديهم نوع من اللعب التكرارى يرتبط موضوعه بالحدث الصدمى)، والإحساس بالحزن فى الحالات التى تتصل أو التى تشبه ظروف الصدمة.
  - ٢- ظهور الحدث الصدمى، أو أجزاء منه فى الأحلام ( فى حالة الأطفال تكون أحلامهم مفزعة دون أن يستطيعوا تحديد مضمونها، واجترار الأحلام، والكوابيس).
  - ٣- يتصرف الشخص، أو يشعر كما لو أن الحدث الصدمى يحدث مرة أخرى، فهو يتذكر الحدث الصادم باستمرار (فى حالة الأطفال قد تظهر فى سلوكياتهم أجزاء محتدة من الحدث الصدمى)
- ١- شعور الشخص بالضيق والارتباك عند التعرض لإشارات أو رموز داخلية أو خارجية ترتبط بالحدث الصدمى بشكل عام.
- ٢- تظهر لدى الشخص استجابات أو أرجاع فيزيولوجية عند التعرض لهذه الإشارات.
- ج- يتجنب الشخص بشكل مستمر كل المثيرات المرتبطة بالحدث الصدمى، ويبدو هذا فى ثلاثة -على الأقل- مما يلى:
- ١- يبذل الشخص جهداً فى تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
  - ٢- يبذل الشخص جهداً فى تجنب الأشخاص والأماكن والأنشطة المرتبطة بالصدمة.
  - ٣- نسيان أجزاء مهمة من الحدث الصدمى.
  - ٤- الشعور بالعزلة والاعترا ب عن الآخرين.
  - ٥- العجز عن مشاعر العطف والحب، وضيق سعة الانفعالات.
  - ٦- نقص واضح فى الاهتمام بالأنشطة المهمة أو المشاركة فيها.
- د- وجود أعراض مستمرة فى يقظة مرتفعة تظهر فى اثنين على الأقل مما يلى ( لم تكن موجودة قبل الصدمة):
- ١- صعوبة الدخول فى النوم أو الاستمرار فيه، أو الأرق.
  - ٢- قابلية للاستثارة ونوبات غضب وتهيج Irritability.
  - ٣- صعوبة التركيز.
  - ٤- التحفز وفرط التيقظ Hyper Vigilance.
  - ٥- استجابات هلع مبالغ فيها.

هـ- استمرار الأعراض في (ب- ج- د) مدة أكثر من شهر. وتقسم الأعراض إلى ثلاثة أنواع حسب زمن التعرض للحدث الصادم:

١- الأعراض الحادة: تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.

٢- الأعراض المزمنة: تستمر الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر.

٣- الأعراض المتأخرة: تبدأ بعد ستة أشهر من التعرض للحدث.

و- يرافق ذلك في كثير من الأحيان الانسحاب، والانعزال الاجتماعي، ووجود شعور من الحذر، والبلادة العاطفية، واللامبالاة إزاء الأشخاص الآخرين فضلاً عن تعكر المزاج (DSM-IIIV,2013,p.265).

ومن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أن المريض يعاني من تكرار تجربة الصدمة على شكل استرجاع ذهني للأحداث أو على شكل كوابيس. كما يتجنب المريض أية مثيرات مرتبطة بالصدمة (مثل الحديث أو أية أشياء قد تعيد إليه ذكريات الحادثة)، ويعاني المريض من صعوبات في النوم وفرط اليقظة. ومن الناحية الطبية إذا ما عانى شخص ما تعرض لأحداث قاسية أصابته بالهلع أو الخوف الشديد، أو العجز أمامها من أعراض الكرب لفترة تتجاوز الشهر، وعانى من عجز كبير عن العودة إلى المجتمع والعمل، فإن هذا المريض سيُشخص على أنه مصاب فعلياً باضطرابات ما بعد الصدمة (Wikipedia,2013,p.46).

وتظهر لدى كثير من ضحايا التحرش الجنسي أعراض خاصة بعد الصدمة بأسابيع أو أشهر وحتى السنوات التالية للحادثة؛ حيث يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن اضطرابات ما بعد الصدمة تشخص بصورة جيدة بعد مرور شهر على الأقل من الحادث الصدمي (Lloyd,2010).

### ثالثاً: العلاج المعرفي- السلوكي:

يعد العلاج المعرفي- السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بمختلف أساليبه من ناحية، والعلاج السلوكي بما يضمنه من أساليب علاجية من ناحية أخرى، انطلاقاً من نظريات معرفية تتلخص رؤيتها في أن مختلف الانحرافات سببها اضطراباً في المعرفة والتشويهاة المعرفية التي يترتب عليها جميع المشكلات التي يعاني منها جميع المرضى والمنحرفين، هذا بالإضافة إلى الخلل الذي يصيب المخططات والمعتقدات والاتجاهات والفروض والقواعد والأفكار السلبية والمشكلات الانفعالية والمزاجية، وقوائم المشكلات السلوكية، وسوء نوعية حياتهم. ويترتب على ذلك حاجة المرضى للخضوع لأساليب علاجية معرفية، وأخرى سلوكية، وثالثة طبية نفسية، وقد نجم بين الأساليب العلاجية. كذلك تنطلق صياغة الحالات المرضية وحالات الانحرافات السلوكية والأخلاقية من مفاهيم النظرية المعرفية- السلوكية (على، ٣٦، ٢٠١٧).

والعلاج المعرفي- السلوكي للأطفال المتأثرين بالصدمة النفسية نتيجة تعرضهم للتحرش الجنسي، هو علاج يركز على الصدمة والتخفيف منها لمساعدة الأطفال، ومقدمي الرعاية للتغلب على الصدمة ذات الصلة بتعرضهم للتحرش. والعلاج قائم على التعلم المعرفي، ويوفر بيئة داعمة يتم فيها تشجيع الأطفال على الحديث عن الصدمة، ويساعد أيضاً الآباء والأمهات بشكل فعال، وكذلك يساعد على

تطوير المهارات التي تدعم أطفالهم. وهي فعالة في معالجة آثار الأحداث الصادمة، وغالباً ما يعاني هؤلاء الأطفال من:

١- المعتقدات غير الملائمة أو غير المفيدة، والسمات المتعلقة بالأحداث المسيئة بما فيها:

- الشعور بالذنب لدورهم في الاعتداء.
- مشاعر العجز.
- الغضب من الآباء والأمهات لسوء المعاملة.
- الخوف من أن يعاملهم الناس بشكل مختلف بسبب سوء المعاملة.
- اضطرابات الصحة العقلية، بما في ذلك الاضطرابات الرئيسية.
- اضطرابات ما بعد الصدمة.
- صعوبة في النوم وفي التركيز.
- فرط التوتر الجسدي والعاطفي.
- سرعة الغضب والبكاء.
- تجنب تذكير الصدمة.

هذه الأعراض يمكن أن تؤثر على الحياة اليومية للطفل، وتؤثر على السلوك، والأداء المدرسي، والانتباه والإدراك الذاتي، والتنظيم العاطفي.

وقد أثبتت الدراسات فعالية هذا الأسلوب للأطفال والآباء، وفي دعم الوالدين في عملية إنعاش الطفل (Mannarino&Iyengar,2011).

ويهدف البرنامج العلاجي المعرفي- السلوكي لخفض وشفاء بعض الاضطرابات المزاجية لعينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي، وذلك بالاعتماد على الإطار النظري الإكلينيكي الذي قدمه أرون بيك وزملاؤه، وبعض البرامج العلاجية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي لبناء هذا البرنامج. والعلاج المعرفي السلوكي هو مدرسة للعلاج هدفها تصحيح الأخطاء المعرفية للعملاء بالنسبة لعالمهم ولأنفسهم، بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك، فمعظم عمليات التعلم البشري كما أشار كيندال Kendall تتم عن طريق المعرفة، وأن المعرفة والسلوك متداخلين والاتجاهات والتوقعات ونشاطات معرفية أخرى هي الأساس الذي يقوم عليه السلوك، ومن خلالها يتم فهمه والتنبؤ به (عبد الحكيم، ٢٠٠٩، ٧١١).

وتجدر بنا الإشارة إلى أهمية العلاج المعرفي- السلوكي في حالات التحرش الجنسي لدى الأطفال، إذ تبين البحوث السابقة فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع هؤلاء الأطفال، إذا تم تصميم التدخلات بحيث تكون معرفية وسلوكية، حيث أوضح كوهين، ومارينو، وإينغار (٢٠١١) فاعلية العلاج المعرفي- السلوكي على الأطفال الذين وقعوا ضحية للتحرش، والإيذاء الجنسي أو الصدمات الأخرى، فكان هذا العلاج مناسب للاستخدام مع الجنسين، أو الأطفال المعرضين للصدمات والذين تراوحت أعمارهم بين ٣: ١٨ سنة. كما أكد ميلر، وراتوس، ولينهان (٢٠٠٧) على استخدام أسلوب التعرض التدريجي للتذكير بالصدمة في بيئة الطفل، ومن ثم يتعلم الطفل السيطرة على الاستجابات الانفعالية الخاصة به. هذا بالإضافة إلى جلسات العمل العائلي لتعزيز الاتصالات، وخلق فرص للنقاش العلاجي فيما يتعلق بالتحرش، وقد أثبت

تأثير هذا الأسلوب العلاجي من خلال نتائج الدراسات، حيث أجريت حتى الآن ما لا يقل عن ١١ دراسة تجريبية لتقييم أثر هذا الأسلوب المعرفي - السلوكي على الأطفال الذين وقعوا ضحية للتحرش الجنسي، ويتضمن هذا الأسلوب تقنيات الاسترخاء، والاسترخاء العضلي التدريجي، والصور البصرية، والتعبير الانفعالي، ومساعدة الطفل والأم على إدارة استجاباتهم الانفعالية، وتحسين القدرة على التعبير عن المشاعر، ومساعدة الطفل والوالدين على فهم العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، ومراجعة الأحداث اليومية، والتقرير اللفظي، أو المكتوب، أو الرمزي للأحداث ومعالجة الأفكار غير الدقيقة حول التحرش (Cohen, Mannarino and Lyengar, 2011).

كما أظهرت النتائج التي قام بها وينر، وشنايدر، وليونز عام ٢٠٠٩، أن العلاج المعرفي- السلوكي مفيد في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وكذلك أعراض الاكتئاب، والصعوبات السلوكية في الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء الجنسي والصدمات الأخرى، وقد أظهرت دراسات المتابعة (التي تصل إلى سنتين بعد إجراء العلاج) أن هذه المكاسب مستمرة على مر الزمن. وقد ساعد العلاج على تخفيف القلق، والاكتئاب، وتحسين الكفاءة الاجتماعية، وإظهار الثقة بين الأشخاص، ومواجهة الحدث الصادم (Misurell, and Springer, 2014).

#### محاولة لتفسير ظاهرة التحرش الجنسي.

#### ١- المنحى الحيوى العضوى :

وهو يرى أن العوامل الفسيولوجية لها دور في تشكيل السلوك الجنسي، فمستويات هرمون الأندروجين والكروموسومات يكون لها تأثير على السلوك، فهرمون الأندروجين وهو هرمون الذكورة يعزز الشهوة والنشوة الجنسية، كما إنه ينظم الحياة الجنسية، والعاطفة والعدوان، ونتيجة لذلك فالمنحى الحيوى مسئول عن السلوك الجنسي المنحرف الذى يتعلق عادة بالتحرش والاعتصاب اللذين يعدان من أعمال العنف، كذلك يعتقد أن هناك علاقة بين مستويات هرمون التستوستيرون والدافع الجنسي. فقد وجد "برلين عام ١٩٨٣" أن هناك زملة هى المسئولة عن زيادة السلوك المسمى جنسياً، وهى زملة كلاينفلتر. يرى هذا المنحى أن الولع الجنسي يرجع إلى إفرازات غير طبيعية لمستوى الأندروجين فى الدماغ، ولذلك فإن السلوك الجنسي المنحرف يرجع إلى دور الأندروجين، ويتم التحكم فى إفراز الأندروجين من قبل الغدة النخامية، ويتم نقل هذه الهرمونات من الفص الأمامى من الغدة النخامية إلى الخصيتين، وهى مساهم مهم فى إنتاج الجسم لهرمون التستوستيرون. والزيادة الكبيرة فى مستويات هرمون التستوستيرون فى الخصيتين يؤدي إلى زيادة الدافع الجنسي بشكل كبير فى هذا الوقت، ويعتقد أن هناك علاقة بين التستوستيرون ومستويات الدافع الجنسي. وتشير الدراسات إلى أن انتشار الانحراف الجنسي بين الأفراد الذين يتم تشخيص زملة كلاينفلتر أعلى مما هى عليه بين الأفراد الآخرين (Susan, 2004).

#### ٢- المنحى النفس إجتماعى :

ووفقاً للنظرية الاجتماعية الثقافية، فيرى أصحاب هذا المنحى أن التحرش الجنسي يحدث نتيجة لعدم المساواة بين الجنسين، والتحيز الجنسي الموجود فى المجتمع، فالتحرش الجنسي بغض النظر عن شكله يرتبط بمعتقدات التحيز الجنسي من الذكور، فالتحرش موجود بسبب الآراء التى ترى أن المرأة هى الجنس



الأدنى، كذلك فالتحرش يؤكد على دور الجنس، وعلى أن المرأة لها وضع أدنى في مكان العمل والمجتمع بشكل عام، ليس ذلك فقط بل هي أيضاً سبب التحرش الجنسي. ويرى أصحاب هذا المنحى أن أدوار الرجال تكون عدوانية، ومن المتوقع أن تكون أدوار الإناث سلبية، ومن ثم فإن هذا ينطبق على عديد من الأوضاع المختلفة بما في ذلك مكان العمل، وتأكيداً على ما سبق فإن دراسات الانتشار تبين أن معظم الجناة من الذكور، وتشير بعض الدراسات إلى أن المضايقات كانت سائدة أكثر في مجتمع العمل (Pina, Gannon and Saunders, 2009).

### ٣- المنحى التنظيمي:

ويرى أصحاب هذا المنحى عدم المساواة في السلطة والوضع داخل المجتمع ومؤسساته المختلفة يزيد من احتمال التحرش الجنسي، فعلى غرار التفسيرات الاجتماعية والثقافية، تعترف النظرية التنظيمية بأن فروق القوة يؤثر على احتمال حدوث التحرش الجنسي. ويرى أنصار هذه النظرية أن واحدة من المفاهيم المركزية التي تساعد على تفسير التحرش الجنسي هو السلطة، وترى هذه النظرية أنه ليس مجرد فرق القوة داخل المجتمع هو الذي يسهل السلوك المسيء جنسياً. ولكن عوامل أخرى مثل التسامح والمناخ التنظيمي، والاختلافات التنظيمية، والمعايير، والسياسات تؤثر على احتمال حدوث التحرش الجنسي (Pina, Gannon, and Aunders, 2009).

### ٤- المنحى السلوكي:

وقد حاول المنظرون السلوكيون شرح السلوك الجنسي المنحرف عن طريق شرح الدافع لارتكابه، حيث تبين أن الرجال الذين يعتدون على الأطفال جنسياً، في كثير من الأحيان، لم تتطور المهارات الاجتماعية والثقة بالنفس اللازمة لهم لتشكيل علاقات حميمة وفعالة مما ينتج عنه كثير من الإحباط والفشل، ووفقاً لهذا فإن مرتكبي الجرائم الجنسية لديهم نقص في المهارات الاجتماعية، ويعانون من انعدام الأمن والعاطفة، والمفهوم السلبي للذات وللآخرين، وفقدان الثقة بالنفس (Susan, 2004).

### ٥- المنحى الاجتماعي المعرفي:

ويرى أصحاب هذا المنحى أن الجناة من المتحرشين يلقون اللوم على الضحية ووقوعها ضحية للاعتداء أو التحرش الجنسي، وتبرير العدوان عليهم عن طريق تبرئة أنفسهم في هذه الحالات. كما تشير الأبحاث إلى أن الجناة يلومون ضحاياهم عند مواجهتهم بدلاً من لوم أنفسهم (Pina, Gannon, and Saunders, 2009).

### ٦- نظرية العامل المتعدد للتحرش الجنسي:

نظرية العوامل الأربعة عن التحرش الجنسي، وهي نظرية متعددة العوامل، تتضمن المكونات الرئيسية للعديد من نظريات العامل، وتفترض هذه النظرية أنه من أجل التحرش الجنسي يحدث أربعة عوامل:

- ١- يجب أن يحفز الفرد، أي مدفوعة بأي مزيج من السلطة، أو السيطرة، أو الجاذبية الجنسية.
- ٢- يجب على الفرد التغلب على القيود الداخلية مثل القيود الأخلاقية بداخله.
- ٣- يجب على الفرد التغلب على الموانع الخارجية للتحرش، مثل الحواجز التنظيمية المحددة في مكان العمل.

٤- يجب على الفرد أن يتغلب على مقاومة الضحية (مثل وضع الضحية النسبي في مكان العمل). وقد وجد أصحاب هذه النظرية أنها قدمت شرحاً أفضل للبيانات من أى نظرية شملت عاملاً واحداً، ومن ثم فهذه النظرية متعددة العوامل تجمع بين العوامل الاجتماعية، والثقافية، والتنظيمية (Pina, Gannon and Saunders, 2009).

والبعض الآخر حاول أن يقدم نماذج أخرى لتفسير ظاهرة التحرش الجنسي منها:

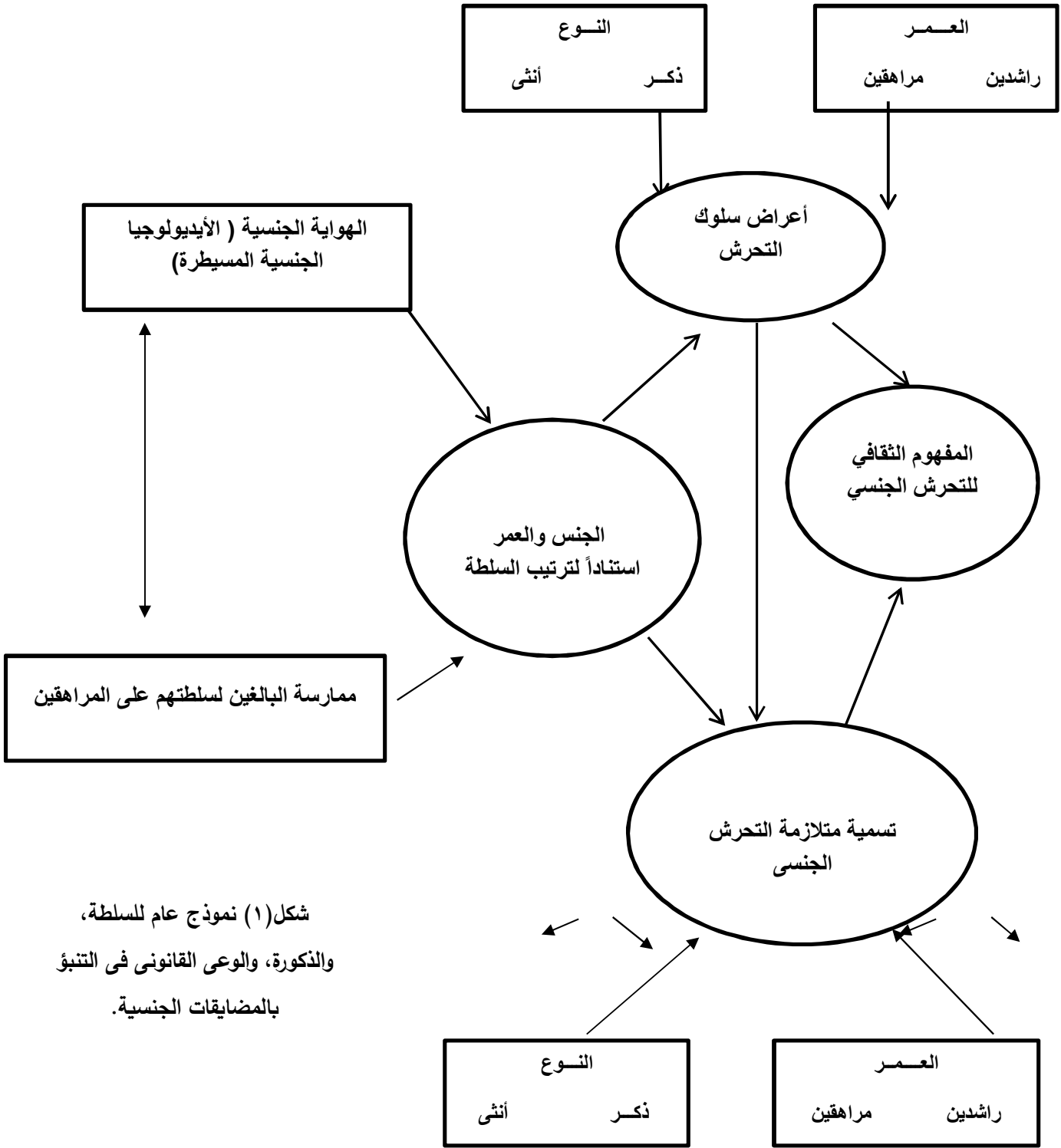
### (١) - نموذج التحرش الجنسي:

ويرى هذا النموذج أن التحرش الجنسي قائم على التمييز بين نوع الجنس، والعلاقات المتبادلة بين الجنسين، ويظهر مفهوم الذكورة المهيمنة كنظام جنسى فى هذا النموذج، حيث يظهر الامتيازات للذكور على جميع أشكال الأنوثة، ومن ثم الجنس والحياة الجنسية يتم تحديدها على أساس السلطة، ويمارس الرجال القوة الجنسية لتأكيد الهيمنة على النساء، ومن ثم فإننا نتوقع أن المعنى الكامن وراء نكتة جنسية أو لمسة هو نوع الجنس، ومن غير المرجح أن يعد الرجال أنفسهم أهدافاً محتملة فى مجتمع يتميز بالذكورة.

ويظهر هنا فى النموذج الذى وضعه "ماكينون" السلطة القائمة على نوع الجنس التفاضلية، ومن ثم نجد أن معظم الأشخاص الذين يتعرضون للتحرش الجنسي هم من النساء، بينما تظهر البحوث باستمرار أن عديداً من النساء البالغات يتعرضن للتحرش الجنسي فى مكان العمل (Uggen & Blackstone, 2012).

### ٢ - النموذج المفاهيمي Conceptual Model:

حيث يظهر الشكل (١) نموذجاً مفاهيمياً متكاملاً من السلطة، والذكورة، والتحرش الجنسي استناداً إلى نظرية "مكينون" للتحرش الجنسي، ونظرية "كونيل" للعلاقات بين الجنسين. حيث يظهر من هذا المفهوم الامتيازات الذكورية فى مكان العمل، بالإضافة إلى العلاقات العمرية التى تعطى حقوق للرجال البالغين على المراهقين، ومن ثم يواجه الأفراد المضايقات خاصة السلوكيات الشديدة المتزامنة فى الزمان والمكان. وتشكل زملة التحرش الجنسي السلوكي، وانتشار هذه الزملة تختلف حسب النوع، والعمر، مع وضع ترتيبات السلطة عادة، ووضع النساء البالغات، والمراهقين على وجه الخصوص (Uggen & Blackstone, 2012).



شكل (١) نموذج عام للسلطة،  
والذكورة، والوعي القانوني في التنبؤ  
بالمضايقات الجنسية.

أما عن الفروض الذي يقوم عليها هذا النموذج هي:

- ١- الفرق بين الجنسين في التحرش، حيث إن الإناث أكثر من الذكور في تعرضهم للتحرش الجنسي.
- ٢- الزمالة السلوكية الخاصة بالتحرش الجنسي يمكن ملاحظتها للذكور، والمراهقين، وكذلك النساء الراشدين.

٣- هذه الزلّة السلوكية تحدث لدى الجنسين، ومن ثم فإن سلوكيات التحرش سوف تتجمع في زلّة لدى الجميع، ولكنها تختلف في بنيتها حسب العمر، والجنس.

٤- الفرق بين الجنسين في الرابطة بين السلوكية، والذاتية. فالتحرش تصورات عامة "ذاتية" ستكون أكثر ارتباطاً مع زلّة التحرش الجنسي السلوكي للإناث من الذكور، وبالمثل فهي أقل استمرارية بين المراهقين، والبالغين الإناث؛ لأن جميع النساء البالغات يتم تحديدهن ثقافياً كأهداف محتملة، في حين ، أنه سيتم استهداف الذكور بشكل مستمر.

٥- الفرق بين الجنسين في دورة الحياة، فالاستمرارية أو العلاقة بين التحرش الجنسي السلوكي في مرحلة المراهقة سيكون سن البلوغ فيه أقل لدى الإناث مقارنة بالذكور.

٦- قوة مكان العمل، فالرجال والنساء اللاتي يشغلن طاقة أقل في مكان العمل، أكثر عرضة للاســـــــــــــــتهداف من الرجـــــــــــــــال والنساء (Uggen&Blackstone,2012).

#### الدراسات السابقة

قام كل من دبلنجر وآخرين (Deblinger et al ١٩٩٨) باختبار التأثيرات المختلفة لمشاركة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وأمهاتهم في برنامج معرفي- سلوكي تم تصميمه للأطفال المساء إليهم جنسياً. وقد شارك (١٠٠) طفل مساء إليهم جنسياً، تراوحت أعمارهم بين (١٣-٧) سنة، وقد ظهرت جميع أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى (٧٥) طفلاً و (٢٥) طفلاً أظهروا بعض أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، وقد تم توزيع العائلات عشوائياً على ثلاث مجموعات للعلاج المعرفي- السلوكي، مجموعة الطفل فقط والأم فقط أو مجموعة الطفل والأم معاً أو المجموعة الضابطة، وقد أكملت الدراسة (٩٠) طفلاً، وقد تضمن التقييم القبلي والبعدي مجموعة من المقاييس منها قائمة أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، وتقارير ذاتية للقلق والاكتئاب، وتقديرات الوالدين على قائمة سلوك الطفل، وتقارير الوالدين للتفاعلات العائلية والممارسات الوالدية. وقد دعمت النتائج الفعالية العالية للعلاج المعرفي- السلوكي. وقد انخفضت أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة انخفاضاً كبيراً وداًلاً في المجموعات العلاجية التي يكون الطفل مشاركاً فيها (مثل المجموعة التي تضمنت الطفل فقط أو الطفل والأم معاً، كما أن المجموعة التي تضمنت الأم (مثل المجموعة التي تضمنت الأم فقط أو الأم والطفل معاً) ارتبطت بانخفاض كبير وداًل في السلوك الخارجي للطفل (مثل السلوك العدواني) وكذلك حدثت تحسنات كبيرة في المهارات الوالدية للأمهات أنفسهن.

وفي دراسة أخرى أجراها فاريل وآخرون (Farrellet.al ١٩٩٨) بعنوان تقييم فعالية التدخل المعرفي- السلوكي في علاج الأطفال المساء إليهم جنسياً ويعانون من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة. تكونت

عينة الدراسة من ٤ أطفال (٣) إناث، و(١) ذكر من المساء إليهم جنسياً، والذين أظهروا أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، تراوحت أعمارهم من (١٠-٨) سنوات.

وقد استخدمت الدراسة المقابلة الإكلينيكية حيث تم تقييم أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة من خلالها، ومقياس اضطرابات ما بعد الصدمة، وكذلك مقاييس التقرير الذاتي للقلق والاكتئاب، ومن ثم تم تطبيق البرنامج العلاجي فردياً مع كل طفل لمدة (١٠) أسابيع. وقد تألف البرنامج من (٩) جلسات تضمنت التدريب على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، وأداء الأدوار، والمراقبة الذاتية وقد أظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً في أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة وكذلك في الاكتئاب والقلق لدى أطفال عينة الدراسة الأربعة، كما أن نتائج خط الأساس المتعدد تشير إلى أن الأساليب المعرفية- السلوكية يمكن أن تكون فعالة في علاج الأطفال المساء إليهم جنسياً.

وقد أشارت نتائج اثنين من برامج الوقاية من التحرش والاعتداء الجنسي لكل من اليوت، ومايرز (١٩٩٩) Elliot, Myers والتي طبقت على عينة حجمها (٦٨) من الذكور) تعرضوا لخطر التحرش الجنسي وتم توزيعهم عشوائياً على العلاج الانفعالي، والعلاج الواقعي في مقابل المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للعلاج. وتم تقييم أثر العلاج باستخدام درجات قبل التعرض وبعض التعرض للبرنامج على مقياس الإساءة الجنسية، ومقياس الاغتصاب، ومقياس العنف، ومقياس المعتقدات الجنسية، ومقياس التقرير الذاتي للإثارة الجنسية في مقابل الموافقة على الجنس.

كذلك تم الحصول على درجات القياس البعدي على هذه المقاييس، وأشارت النتائج إلى أن درجات العينة عالية المخاطر (التجريبية) مختلفة عن العينة الضابطة (منخفضة المخاطر) على مقياس المتغيرات الخاصة بالاغتصاب، والتأثيرات النفسية للضحية. وأن العلاج كان مفيداً بالمقارنة بين المجموعتين حيث خفض من الدرجات على المقاييس.

وقام كنج King (٢٠٠٠) بدراسة هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي- السلوكي على عينة من الأطفال المساء إليهم جنسياً، والذين يعانون من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة. تكونت العينة من (٣٦) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١٧) سنة تم توزيعهم عشوائياً على ثلاث مجموعات، هي مجموعة العلاج المعرفي- السلوكي الفردي للطفل، ومجموعة العلاج المعرفي- السلوكي للعائلة، والمجموعة الضابطة، وهي مجموعة قائمة الانتظار. وتضمن العلاج (٢٠) جلسة علاجية تم فيها استخدام الاسترخاء، والحديث مع الذات، ومناقشة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وتدريب الطفل على أساليب توكيد الذات، والتعرض التدريجي عن طريق التخيل والرسم، وأداء الأدوار. وقد أظهرت النتائج أن الأطفال

الذين تلقوا العلاج أظهروا تحسناً ذا دلالة لأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، كما حدث تحسن دال في علاقة الآباء الذين أكملوا المقاييس والتقديرات الإكلينيكية، وقد كان الاحتفاظ بالتحسن واضحاً عند تقييم المتابعة بعد (١٢) أسبوعاً.

وفى دراسة ماراما Marama (٢٠١٠) تم تنفيذ برنامج للعلاج المعرفي السلوكي للأطفال الذين تعرضوا للاعتداء والتحرش، وطبق هذا البرنامج في نيوزلندا واستغرق (٣٢ أسبوعاً) وشمل تقييماً لمدة أربع أسابيع قبل وبعد (٢٤ أسبوعاً) من العلاج المكثف على حد سواء.

وتضمن العلاج مجموعة من المهارات الاجتماعية، وحل المشكلات والمهارات الحياتية، وإدارة المشقة، والتدريب على الوقاية من الانتكاسة، وقد جاءت النتائج إيجابية. وأشارت إلى أن البرنامج ذا قيمة في التخفيف من معاناة الأطفال الذين وقع عليهم التحرش.

كما اهتمت دراسة ماري لاند Maryland (٢٠١٢) بالتركيز على العلاج المعرفي - السلوكي للصدمة، والذي يعتمد على تقديم المساعدة لهؤلاء الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية. كذلك فإن القائمين عليهم بالرعاية يعانون من صعوبات تتعلق بهذه الصدمة. وقد بلغت العينة الكلية للدراسة ٢٠ طفلاً في الفئة العمرية من ١٢ حتى سن ١٦ سنة. وهدف العلاج إلى التقليل من الانفعالات السلبية، والاستجابات السلوكية التي تظهر لدى هؤلاء الأطفال المساء إليهم جنسياً، والذين تعرضوا للعنف الجسدي والأحداث الصدمية. وقد اعتمد العلاج على النظريات المعرفية ونظريات التعلم لتعديل المعتقدات المشوهة لديهم والمرتبطة بالإساءة، وتحسين البيئة الداعمة والمشجعة على تجاوز هؤلاء الأطفال للخبرات الصادمة، كذلك ساعد العلاج المعرفي - السلوكي على مساعدة الوالدين على أن يكونوا أكثر فعالية مع أبنائهم، وكذلك تطوير مهاراتهم التي تدعم الأبناء.

كما أجرى الباحثون جوستين، وكريغ، وكوستا، وليندساى، وكرانز دراسة (٢٠١٤) لاستكشاف فعالية البرنامج المعرفي- السلوكي القائم على عناصر العلاج باللعب؛ حيث استخدم الأطفال اللعب كوسيلة للتعبير والعمل من خلال المشاعر، وقد أجريت الدراسة على (٧٨) طفلاً تعرضوا للتحرش الجنسي، وكان عمر الأطفال يتراوح من ٤ إلى ١٧ عاماً، وقد دعمت النتائج تحسناً في أعراض الصدمة الخاصة بالتحرش. وكان من النتائج المشجعة بشكل خاص أن الأطفال أظهروا سلوكيات أقل سوءاً جنسياً بعد العلاج، وأنهم أظهروا تحسناً في المعرفة، والمهارات الاجتماعية، والشخصية، وكان مستوى الرضا عن العلاج مرتفعاً لكل من الأطفال ومقدمي الرعاية.

وقد أجرى موراي وزملاؤه Murray.et.al., (٢٠١٦) دراسة لفحص تأثير العلاج المعرفي- السلوكي في علاج الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للتحرش الجنسي ويعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة، شارك في الدراسة (٧٥٨) من الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية، وكانت العلاجات المستخدمة في هذه الدراسة العلاج المعرفي- السلوكي، حيث أظهرت المجموعة التي تلقت العلاج تحسناً في التكيف الانفعالي، والتواصل مع الأسرة، والتغلب على القلق، وقد تراوح أعمار الأطفال المشاركين في الدراسة من سن ٦-١٨ سنة، وقد شمل البرنامج مقدمي الرعاية في جلسات موازية أسبوعياً، على مدى يتراوح من ١٢-١٦ جلسة، تتضمن الجلسات: الاسترخاء، التعديل الانفعالي، المعالجة المعرفية، التعرض التدريجي للصدمة النفسية، إعادة البناء المعرفي للصدمة، بالإضافة إلى جلسات مشتركة بين الوالدين والطفل، وتعزيز مهارات التواصل بين الطفل والأسرة، وقد أظهر الأطفال تحسن في مهارات التكيف الانفعالي، ومهارات التأقلم المعرفي، وقد شمل العلاج إدخال الأفراد تدريجياً للتذكير بالصدمة (التعرض) مثل الأماكن والأشخاص، والذكريات الخاصة بالأحداث الصادمة؛ لإعادة البناء المعرفي، ومناقشة الأفكار والمعتقدات ولوم الذات حول الحدث الصدمي. وقد وجدت الدراسة أن العلاج المعرفي- السلوكي فعال في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والقلق والسلوكيات الأخرى على نطاق واسع من وجهة نظر حالات التحرش الجنسي والقائمين على رعايتهم.

وفي دراسة قدمها بيركويتز، وستوفر، ومارانس Berkowitz, Stover, and Marans (٢٠١٧) لتقييم أثر التدخل لعينة من ١٨ طفلاً تعرضوا لصدمة التحرش الجنسي، تراوحت أعمارهم من (١٦-٧ سنة)، وقد أدى العلاج المعرفي- السلوكي الذي استغرق ٣ أشهر، واستمر لمدة أربعة دورات، إلى تحسين التواصل بين مقدمي الرعاية والطفل، وزاد من التكيف بينهما، وتقليل الشعور بالصدمة من خلال الإرشاد الداعم لفترة تراوحت من (٢-٦ أشهر).

وفي دراسة أخرى لليون، وأشلي، وريان Leon, Ashleigh, Rian (٢٠١٨) تمت على (٢٩ طفلاً ومراهقاً) تراوحت أعمارهم من ٨-١٧ سنة تعرضوا للتحرش الجنسي ويعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة، وذلك بعد مرور ٦ أشهر من تعرضهم للصدمة (من ٢-٦ أشهر) وفقاً لمعايير التشخيص على DSM-IV تم اختيارهم بصورة عشوائية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وحجمها (١٤ طفلاً). وقد أخذت العلاج المعرفي- السلوكي لمدة ١٠ أسابيع، وبلغ عدد الجلسات ١٥ جلسة علاجية، أما المجموعة الضابطة والتي بلغ حجمها (١٥ طفلاً) فلم تتعرض للبرنامج العلاجي. وقد أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً أكبر بعد العلاج على اختبار التحسن من اضطرابات ما بعد الصدمة، والاكنتاب، والقلق، وقد أقر الآباء بهذه النتائج، واستمرت هذه النتائج على حسب تقارير الآباء بعد ٦ أشهر، وبعد ١٢ شهراً من العلاج المعرفي- السلوكي.

### فروض الدراسة

١- توجد فروق جوهرية بين متوسط درجات التقدير الذاتي للمجموعة التجريبية ومعلميهم وذويهم ومتوسط المجموعة الضابطة الخاصة بتأثير العلاج المعرفي - السلوكي.

## منهج الدراسة وإجراءاتها

### منهج الدراسة:

يندرج البحث الراهن ضمن بحوث المنهج التجريبي؛ وذلك لأن البحث تناول الوقوف على فعالية البرنامج العلاجي كمتغير مستقل يمارس تأثيره لتخفيف المعاناة من القلق والاكتئاب وأعراض ما بعد الصدمة (والتي تمثل المتغيرات التابعة في الدراسة الحالية) لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وتم هذا التدخل تبعاً لخطوات وجلسات محددة بواقع جلستين أسبوعياً، مدة الجلسة (٦٠) دقيقة. كما تم قياس المتغيرات التابعة عدة مرات قبل تطبيق البرنامج (أي مرحلة تحديد خط الأساس المتعدد)، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وخلال فترة المتابعة الأولى والثانية، وفيما يلي وصف لكل مكون من مكونات المنهج التجريبي.

### أولاً : التصميم البحثي:

اتبعت الدراسة الحالية تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة غير المتكافئتين بقياس قبلي- بعدى متكرر. وتعد الدراسة الحالية من البحوث التجريبية المقارنة، حيث تتم المقارنة بين مجموعتين، لمعرفة أثر التعرض لبرنامج معرفي- سلوكي على تحسين الاكتئاب والقلق وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال. وتم قياس المتغيرات التابعة على أربع مراحل نذكرها فيما يلي:

١- خط الأساس المتعدد: ويشير إلى تقدير أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال، وكذلك أعراض الاكتئاب، والقلق، وتم تقسيم الأفراد إلى عینتين بطريقة عشوائية بحيث تلقت المجموعة التجريبية جلسات البرنامج المعرفي- السلوكي، والمجموعة الضابطة لم تتلق أي جلسات.

٢- القياس البعدى: ويشير إلى تقدير مدى التحسن في أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق عقب انتهاء البرنامج مباشرة من قبل الحالات ومعلميهم وذويهم.

٣- قياس المتابعة الأولى: وتشير إلى تقدير مدى استمرار التحسن بعد مرور فترة تساوى فترة العلاج الفعلية، والتي استغرقت أربعة أشهر من قبل الحالات ومعلميهم وذويهم.

٤- قياس المتابعة الثانية: وتشير إلى تقدير استمرار التحسن بعد فترة تساوى ضعفى فترة العلاج أى بعد ثمانية أشهر من انتهاء العلاج من وجهة نظر الحالات ومعلميهم وذويهم.

### ثانياً : عينة الدراسة:

أجريت الدراسة الحالية على عينة قوامها (٣٠) طفلاً تعرضوا للتحرش الجنسي يعانون من الآثار النفسية السلبية للتحرش الجنسي (الذكور والإناث) تراوحت أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة، بمتوسط عمري ١٠,٥ عاماً، وانحراف معياري ٢,٢ عاماً، من مستوى اقتصادي اجتماعي متقارب، ومتقاربين في الوقت نفسه في المستوى التعليمي (مدارس حكومية) ومستوى الذكاء (وقد تم ضبطه من خلال استخدام اختباري الفهم والمفردات من وكسلر لذكاء الأطفال)، وقد سحبت العينة من مؤسسة كاريتاس بالهرم، ومؤسسة كاريتاس بشبرا. تلقت المجموعة التجريبية البرنامج العلاجي المستهدف (سته أطفال) (\*) بينما لم تتلق المجموعة الضابطة هذا

(\*) حدث تسرب في كل مجموعة لتسعة أطفال، فأصبح العدد ستة أطفال بعد أن كان خمسة عشر طفلاً.



العلاج (ستة أطفال)\*، وتم المقارنة بينهما فى درجاتهم على قائمتى الاكتئاب، والقلق، وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة.

ويوضح الجدول التالى المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعتى الدراسة:

### جدول (١)

الفروق بين مجموعتى الدراسة فى كل من متغير العمر والتعليم والمستوى الاجتماعى الاقتصادى، وكذلك اختبارى الفهم والمفردات من وكسلر باستخدام دلالات قيمة (ت)

		المجموعة الضابطة ن=١٥*		المجموعة التجريبية ن=١٥*		المجموعات المتغيرات
الدلالة	ت	ع	م	ع	م	
٠,٠٦	١,٨٧-	١,٢	٩,٥	١,٢	١٠,٥	العمر
٠,٢١	١,٢٧-	١,٣	٣,٣	١,٧	٤	التعليم
٠,٣٨	٠,٨٧-	٠,٥	١,٥	٠,٦	١,٧	المستوى الاجتماعى الاقتصادى
٠,٧٦	٠,٣٠-	١,٣	١٣,١	١,٣	١٣,٣	الفهم
٠,٦٢	٠,٥٠-	٢,٧	١٣,٦	٢	١٣,٥	المفردات

\* هذا هو العدد قبل التسرب وإجراء التجربة العلاجية.

ويوضح الجدول السابق المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على كل من متغير العمر، وسنوات التعليم، والذكاء، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى.

### ثالثاً: وصف الأدوات وتقدير الكفاءة القياسية للاختبارات:

قامت الباحثة بحساب الكفاءة السيكمترية لاختبارات الدراسة التى قامت بتصميمها فى البطارية، وهى الاختبارات التالية:

-استخبار التحرش الجنىسى.

-استخبار اضطرابات ما بعد الصدمة، وقائمتا القلق والاكتئاب.

(أ) - حساب معاملات ثبات أدوات الدراسة:

تم حساب الكفاءة السيكمترية لاستخبار التحرش الجنىسى، واستخبار اضطرابات ما بعد الصدمة، وقائمة القلق وقائمة الاكتئاب باستخدام طريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، كما يتضح من الجدول التالى:

جدول (٢)

معاملات الثبات لأدوات الدراسة لدى المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة الضابطة ن=١٥*		المجموعة التجريبية ن=١٥*		المجموعات الأدوات
القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	
٠,٨٥	٠,٦٣	٠,٦٠	٠,٨٤	استخبار التحرش الجنسي وعدد بنوده (٩ ابناً)
٠,٩٢	٠,٩٥	٠,٩٤	٠,٩٤	استخبار اضطرابات مابعد الصدمة (٢٠) بنداً
٠,٧٩	٠,٩٠	٠,٨٩	٠,٩٥	قائمة القلق للأطفال والمراهقين (٢٥) بنداً
٠,٨٢	٠,٩٢	٠,٨٦	٠,٩٣	مقياس القلق العام (٩) بنود
٠,٩٢	٠,٨٤	٠,٨٥	٠,٩١	قائمة الاكتئاب (٢٣) بنداً
٠,٨٨	٠,٩٠	٠,٩٧	٠,٩٦	مقياس الاكتئاب النفسي (٨) بنود

\* هذا هو عدد كل مجموعة قبل حدوث التسرب وقبل إجراء التجربة العلاجية.

ويوضح الجدول أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية (جتمان) لكلتا المجموعتين جاءت مرتفعة على اختبار التحرش الجنسي، وهو ما يجعلنا نثق في جميع البيانات به. كذلك يشير الجدول الى ارتفاع معاملات الثبات لكلتا المجموعتين بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان براون) على اختبار اضطرابات مابعد الصدمة وهو ما يجعلنا نثق في أدوات جمع البيانات، ونتقدم في إجراء التحليلات الإحصائية باطمئنان.

كما جاءت معاملات الثبات لمقاييس القلق، والاكتئاب لكلتا المجموعتين باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية (جتمان، وسبيرمان- براون)، متقاربة في المجموعتين التجريبية والضابطة.

(ب) - حساب معاملات صدق أدوات الدراسة بطريقة الارتباط بمحك خارجي:

ويشير هذا المفهوم إلى أي مدى أو درجة يرتبط المقياس بمحك أو بمؤشر له صلة به، ويكون هذا المحك ذا معاملات صدق مرتفعة، ولذلك فقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل مقاييس الدراسة الراهنة، وبعض المقاييس الأخرى في الإنتاج العلمي السابق ذات معاملات ثبات وصدق مرتفعة، وذلك كما هو موضح على النحو الآتي:

### جدول (٣)

#### معاملات الصدق لاستخبارات الدراسة بطريقة التعلق بالمحك الخارجي لدى كل من العينة التجريبية والعينة الضابطة

اسم الاستخبار	الاستخبار المحكى	معاملات صدق المجموعة التجريبية	معاملات صدق المجموعة الضابطة
استخبار التحرش الجنسى	مقياس الإساءة الجنسية	٠,٨٢	٠,٨٧
استخبار اضطرابات ما بعد الصدمة	مقياس اضطراب ما بعد الصدمة	٠,٩٤	٠,٨٩
قائمة القلق	مقياس القلق العام	٠,٩٢	٠,٨٣
قائمة الاكتئاب	مقياس الاكتئاب النفسى	٠,٩٠	٠,٧٧

يظهر لنا من خلال النظر إلى الجدول السابق أن معاملات الصدق مرتفعة؛ حيث إنها لا تقل عن ٠,٧؛ مما يدعم أن بطارية استخبارات الدراسة صادقة وتقيس ما وضعت لقياسه.

#### وصف الأدوات المستخدمة فى الدراسة والكفاءة القياسية لها:

قامت الباحثة بإعداد البرنامج العلاجي (برنامج التدخل ضد التحرش الجنسى "الجين اندرسون، وجيل براون، وجوليا إيفانز، وإيلين سـانكوفيش، وجينيفر سـيمز، ٢٠٠٩) Anderson, Brown, Evans, Sankovich, and Sims الذى يحتوى على عدد من الجلسات وفق برنامج زمنى محدد ومهام محددة، وعدد محدد من الجلسات العلاجية. وهو برنامج دولى تم تجريبه فى دراسات سلبية، ومن ثم فهو معد سلفاً، وتوفرت له مؤشرات للفعالية أو الكفاءة، ومؤشرات للتأثير، ومن ثم فهو لا يحتاج للتحكيم، ويستخدم كبرنامج وقائى عندما يطبق على المستوى الثانى للوقاية على أعداد ضخمة من الحالات تطبيقاً جمعياً، ويستخدم كبرنامج علاجى عندما يطبق تطبيقاً فردياً على عدد قليل مع الحالات المرضية. يقدم هذا البرنامج للصفوف من الثالث الابتدائى إلى الخامس الابتدائى، ويتكون من ١٦-١٨ جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، كل جلسة لمدة ٦٠ دقيقة. يحتوى البرنامج على:

- جلستين للوقوف على خط الأساس المتعدد.
- تحديد من ٨-١٢ جلسة للعلاج كالاتى:
- جلسات لعلاج التحرش الجنسى، والقلق، والاكتئاب الناتج عنه، وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة المعرفية والانفعالية، والجسمية، والسلوكية.
- جلسات لعلاج قوائم المشكلات المعرفية المرتبطة بالتحرش الجنسى.
- جلسات لعلاج قوائم المشكلات الاجتماعية.
- جلسات لعلاج قوائم المشكلات الانفعالية.
- جلسات لعلاج قوائم المشكلات الجسمية (كالاندفاعية، والشطط، والخدر فى الجسم)
- جلسات لعلاج قوائم المشكلات السلوكية.

- تحديد جلسيتين للمتابعة.

### وصف بطارية الاستخبارات:

تكونت بطارية هذه الدراسة من:

- مقياس التحرش الجنسي (من إعداد الباحثة)
- اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة (من إعداد الباحثة، وقامت الباحثة بتحديد قوائم مشكلات معرفية، وأخرى مزاجية، واجتماعية، وسلوكية لاضطرابات ما بعد الصدمة)
- مقياس القلق العام (إعداد فداء أبو الخير)
- مقياس الاكتئاب النفسي (إعداد فداء أبو الخير)
- مقياس تقدير ذاتي والذي طبق مع الأفراد شديدي الصلة بكل طفل على حدة، كالأباء وذلك لقياس التأثير الجوهري للبرنامج العلاجي.

### ١- مقياس التحرش الجنسي (من إعداد الباحثة):

ويتكون هذا المقياس من ١٩ بنداً، وتكون الإجابة عليه ب (نعم) أو (لا)، وتتراوح الدرجة الكلية عليه ما بين ١٩ درجة و ٣٨ درجة.

### ٢- اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة (من إعداد الباحثة):

ويتكون هذا المقياس من ٣٠ بنداً، وتتطلب الإجابة عليه أن يحدد الطفل درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(أربع) درجات، وتتراوح الدرجة الكلية عليه من ٣٠ درجة و ١٢٠ درجة، ويمكن حساب الدرجات الفرعية والكلية عليه على النحو التالي:

- من الدرجة ١ إلى الدرجة ٣٠ اضطرابات ما بعد الصدمة بسيطة.
- من الدرجة ٣١ إلى الدرجة ٦٠ اضطرابات ما بعد الصدمة متوسطة.
- من الدرجة ٦١ إلى الدرجة ٩٠ اضطرابات ما بعد الصدمة شديدة.
- من الدرجة ٩١ إلى الدرجة ١٢٠ اضطرابات ما بعد الصدمة شديدة جداً .

### مراحل إعداد البرنامج الحالي:

مر إعداد البرنامج الحالي بعدة مراحل نذكرها فيما يلي:

- ١- إعداد إطار نظري شامل للتحرش الجنسي وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة التي يعاني منها الطفل الذي تعرض لصدمة التحرش الجنسي، بحيث يمثل هذا الإطار النظري الفلسفة العامة للبرنامج.
- ٢- إعداد البرنامج وترجمته في صورته المبدئية ثم تطويره مع البيئة العربية وإجراء التعديلات عليه من قبل المشرف وفي أثناء التدريس.
- ٣- التدريب الذي تلقت به الباحثة:

تلقت الطالبة تدريباً في مجال العلاج المعرفي- السلوكي اشتمل على دورة تدريبية تخصصية لمهارات تطبيق العلاج المعرفي- السلوكي للقلق والرهاب الاجتماعي بإجمالي ٣٠ ساعة تدريب، وقام بتقديمها أ.د محمد نجيب الصبوة، ودورة أخرى تخصصية للعلاج المعرفي- السلوكي متعدد الأبعاد للاكتئاب الأساسي بإجمالي ٣٠ ساعة تدريب وقدمها أ.د محمد نجيب الصبوة، وورشة عمل بعنوان " كيفية إعداد برامج

التدخل في البحوث النفسية " بإجمالي ٨ ساعات، وقد قام بتقديمها والتدريب عليها أ.د محمد نجيب الصبوة.

رابعاً: وصف البرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي لتحسين أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي.

#### أ- الإطار العام للبرنامج

يشتمل البرنامج على ثلاث مراحل وهي:

**المرحلة الأولى:** مرحلة تحديد خط الأساس المتعدد للمشكلات بهدف تقييم المشكلات قبل تقديم البرنامج العلاجي.

**المرحلة الثانية:** وهي مرحلة التدخل وفيها جلسات البرنامج وإنهاؤه.

**المرحلة الثالثة:** وهي مرحلة المتابعة، وتنقسم إلى متابعتين:

**المتابعة الأولى:** مساوية لمدة البرنامج العلاجي؛ أي أربعة أشهر.

**المتابعة الثانية:** وتكون ضعفى مدة البرنامج العلاجي؛ أي ثمانية أشهر.

#### ب- بنية الجلسات:

لكل جلسة إطار واضح ومحدد ومنظم، وتتضمن كل جلسة ما يلي:

١- مراجعة الواجب المنزلي وتصحيحه.

٢- وضع جدول أعمال للجلسة التالية.

٣- الربط بين كل جلسة والجلسات السابقة.

٤- مناقشة جدول الأعمال.

٥- تقديم عائد في نهاية كل جلسة.

#### ج- التوقيت:

مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً تخصص الجلسة الأولى لثلاث حالات، وتخصص الجلسة الثانية للحالات الثلاث الأخرى، وكان التطبيق يتم بشكل فردي لأنها تجربة علاجية مضبوطة. وانتهت المتابعة الأولى ٢٠١٧/١/٢٠ والمتابعة الثانية في ٢٠١٧/٤/٢٠

د- الأهداف العلاجية طويلة المدى والأهداف العلاجية قصيرة المدى المنبثقة عنها:

#### الهدف العلاجي طويل المدى:

أ- التغلب على صدمة التحرش التي تعرض لها الطفل والتخفيف من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة التي يعانى منها، ويتم ذلك من خلال:

١- تحديد الأفكار السلبية المرتبطة بصدمة التحرش، وعلاجها أسلوب إعادة البناء المعرفي.

٢- تحديد الأفكار السلبية التي تدور حول المواقف والأشخاص والأحداث وتؤدي للقلق والاكتئاب ويتم من خلال الاسترخاء والتعرض المباشر.

ب- التعبير عن الغضب بشكل منظم ومحترم، وكذلك التعبير عن المشاعر وتوكيد الذات من خلال:

- ١- التعرف على الأفكار السلبية التى تسبب الانفعال والخوف والاستثارة، ويتم عن طريق إعادة البناء المعرفى.
- ٢- مناقشة الأفكار الخاطئة ودحضها بالأدلة والأدلة المضادة حتى يتحكم المريض فى انفعالاته
- ٣- التحكم فى الغضب عن طريق التعرض المباشر والاسترخاء.
- ج- إكساب الطفل مهارات جديدة للتعامل مع مثل هذه المواقف الخاصة بالتحرش كطرق وقائية للطفل، إذا تعرض لمثل هذه المواقف مرة أخرى، مع التدعيم الإيجابى للطفل وتعليم الطفل وتشجيعه على اتخاذ القرار الملائم فى مثل هذه المواقف.
- د- مساعدة الطفل للتغلب على الأفكار الآلية المرتبطة بالأشخاص، والأماكن، والأحداث المتعلقة بصدمة التحرش، ويتم ذلك من خلال:
  - ١- تحديد الأفكار الآلية التى تسيطر على الطفل بمجرد تذكر الحدث الصدمى، أو رؤية مكان الحدث، ويتم ذلك من خلال أسلوب إعادة البناء المعرفى.
  - ٢- تحديد الأفكار السلبية الآلية المرتبطة بتأنيب الذات واستبدالها بأخرى إيجابية، ويتم ذلك من خلال تغيير القواعد، وأداء الأدوار.
  - هـ- تعليم الوالدين أساليب التعامل مع الأطفال الذين تعرضوا لصدمة التحرش عن طريق:
    - ١- تقوية علاقات الآباء مع أطفالهم.
    - ٢- تدعيم الأسلوب الوالدى الإيجابى.
    - ٣- تحسين مهارات التواصل وضبط الغضب لدى الوالدين.
    - ٤- زيادة المساندة الأسرية، وتعليم الأبناء اتخاذ القرار، وعدم الخوف باستخدام أداء الأدوار، وقلب الأدوار، والنمذجة.

#### ظروف التطبيق وإجراءاته:

- ١- تم إعداد البرنامج العلاجى بناء على التدريب المسبق.
- ٢- تم تطبيق البرنامج تطبيقاً فردياً.
- ٣- بدأ التطبيق ٢٠١٦/٧/٢٠ وانتهى التطبيق ٢٠١٦/١٠/٢٠ والمتابعة الأولى فى ٢٠١٧/١/٢٠ والمتابعة الثانية ٢٠١٧/٤/٢٠.

#### خامساً : التحليلات الإحصائية للدراسة:

- اعتمدت الباحثة فى التحليلات الإحصائية التى حاولت من خلالها الإجابة عن أسئلة الدراسة، وتحقيق أهدافها على أساليب الاستدلال الإحصائى الملائمة للعينات الصغرى والإحصاء اللامعلمى:
- ١- الوسيط ونصف مدى الانحراف الربيعى.
  - ٢- اختبار ويلكوكسون، ويسمى اختبار إشارات الرتب، ويستخدم هذا الاختبار فى تحديد الفروق بين عينتين مرتبطتين فيما يتعلق بمتغير تابع معين، بحيث تشمل العينتان على المجموعة نفسها من الأفراد يجرى عليهم قياس قبلى وقياس بعدى.

٣- اختبار مان ويتنى للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب.

٤- اختبار فريدمان للمقارنات المتعددة داخل المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة.

عرض نتائج الدراسة:

نتائج تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظر الأطفال أنفسهم، والوالدين، والمؤسسة.

حتى نتمكن من اختبار صحة فرض تأثير البرنامج العلاجي، استخدمت الباحثة أسلوب التقرير الذاتي مع الأطفال، ووالديهم، وأفراد المؤسسة لمعرفة هل حدث انخفاض وتحسن في مشكلات الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي أم لا، وستناول ذلك فيما يلي:

١- نعرض في الجدول التالي الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في التقرير الذاتي لمدى التحسن في الأعراض.

#### جدول (٤)

الفروق بين مجموعتي الدراسة في قياس نسبة التحسن (الطفل) من وجهة نظر الحالات

مستوى الدلالة	قيمة ذ	المجموعة الضابطة ن=٦		المجموعة التجريبية ن=٦		مراحل العلاج
		نصف المدى الربيعي	الوسيط	نصف المدى الربيعي	الوسيط	
٠,٠٠٢	٢,٩١-	١,٢٥	٢٦,٠٠	٢,٢٥	١٨,٠٠	قياس بعدى
٠,٠٠٢	٢,٩٤-	٢,٠٠	٢٣,٠٠	٠,٨٤	١٥,٥٠	متابعة (١)
٠,٠٠٢	٢,٩٤-	١,٣٦	٢٧,٠٠	٠,٤٩	٩	متابعة (٢)

يظهر لنا من خلال النظر إلى الجدول السابق وجود فروق بين المجموعتين في تقدير نسبة التحسن في اتجاه تفوق المجموعة التجريبية، والتي تلقت جلسات البرنامج العلاجي؛ حيث نرى من هذه النتائج مدى شعور الأطفال في المجموعة التجريبية بتحسّنهم بعد انتهاء جلسات البرنامج العلاجي مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة التي لم تتلق أى جلسات علاجية؛ مما يدعم فكرة أن البرنامج العلاجي كان له تأثير فعال من وجهة نظر الأطفال أنفسهم.

٢- ونعرض فيما يلي لنتائج الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس نسبة التحسن وفقاً لوجهة نظر الآباء.

### جدول (٥)

الفروق بين مجموعتي الدراسة في قياس نسبة التحسن من وجهة نظر (الوالدين)

مستوى الدلالة	قيمة ذ	المجموعة الضابطة ن=٦		المجموعة التجريبية ن=٦		مراحل العلاج
		نصف المدى الربيعي	الوسيط	نصف المدى الربيعي	الوسيط	
٠,٠٠٢	٢,٩٣-	١,٧٥	٢٧,٠٠	٢,٢٥	١٨,٥٠	قياس بعدى
٠,٠٠٣	٢,٩٦-	٢,٠٠	٢٤,٠٠	٠,٨٨	١٤,٠٠	متابعة (١)
٠,٠٠٣	٢,٩٦-	١,٣٨	٢٧,٠٠	٠,٥٠	١٠,٠٠	متابعة (٢)

يظهر لنا من خلال النظر إلى الجدول السابق وجود فروق بين المجموعتين في تقدير نسبة التحسن في اتجاه تفوق تقديرات آباء المجموعة التجريبية، والتي تلقت جلسات البرنامج العلاجي؛ حيث أقر الآباء بوجود فروق ملحوظة في سلوكيات أبنائهم، والتي تعدلت وتغيرت للأفضل بشكل كبير مقارنة بآباء أطفال المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا أى جلسات علاجية.

٣- ونعرض فيما يلي لنتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في قياس نسبة التحسن وفقاً لوجهة نظر المؤسسة.

### جدول (٦)

الفروق بين مجموعتي الدراسة في قياس نسبة التحسن من وجهة نظر القائمين على

الرعاية

مستوى الدلالة	قيمة ذ	المجموعة الضابطة ن=٦		المجموعة التجريبية ن=٦		مراحل العلاج
		نصف المدى الربيعي	الوسيط	نصف المدى الربيعي	الوسيط	
٠,٠٠٤	٢,٨١-	٢,٧٥	٢٥,٠٠	٢,٠٠	١٦,٠٠	قياس بعدى
٠,٠٠٣	٢,٩٤-	١,٨٨	٢٥,٠٠	٠,٨٨	١٤,٠٠	متابعة (١)
٠,٠٠٣	٢,٩٦-	٢,٢٥	٢٦,٠٠	٠,٤٥	٨,٥٠	متابعة (٢)

ويظهر لنا من خلال النظر إلى الجدول السابق وجود فروق بين المجموعتين في تقدير نسبة التحسن في اتجاه تفوق تقديرات أفراد المؤسسة للمجموعة التجريبية، والتي تلقت جلسات البرنامج العلاجي، بينما انخفضت تقديرات أفراد المؤسسة للمجموعة الضابطة، والتي لم تتلق أى جلسات علاجية، حيث أشار أفراد المؤسسة إلى وجود تحسن في سلوكيات أطفال المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ بعد تلقيهم البرنامج العلاجي، وظهر ذلك في مشاركتهم في أنشطة المؤسسة بشكل أكثر فعالية، كما انخفض لديهم مشاعر



العزلة، والحزن، وذلك مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة الذين لم يظهروا تحسلاً في سلوكياتهم وانفعالاتهم.

وكما عرضنا للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ونعرض فيما يلي للفروق داخل مجموعتي الدراسة قبل تقديم جلسات البرنامج العلاجي وبعد تقديمه، ونبدأ بنتائج المجموعة التجريبية.

### جدول (٧)

#### الفروق داخل المجموعة التجريبية في قياس نسبة التحسن بين القياس القبلي والبعدي

مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس القبلي والبعدي		التحسن
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٠٢	٢,٢٦-	٣,٥٠	صفر	من وجهة نظر الطفل
٠,٠٢	٢,٣٣-	٣,٥٠	صفر	من وجهة نظر الوالدين
٠,٠٣	٢,٢٣-	٣,٥٠	صفر	من وجهة نظر الأفراد داخل المؤسسة

يظهر لنا من خلال الجدول السابق وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في نسبة التحسن بعد انتهاء العلاج، وذلك من وجهة نظر الوالدين، والعاملين بالمؤسسة، والأطفال أنفسهم بشكل يجعلنا نثق في أن النتائج ترجع إلى البرنامج العلاجي وليس إلى الصدفة أو أي عوامل أخرى، وبمعنى آخر نجد أن البرنامج كان له تأثير شديد، وانعكس هذا التأثير على سلوكيات الأطفال بشكل لاحظته الطفل نفسه، وآبائهم، والمحيطين بهم.

### جدول (٨)

#### الفروق بين القياس البعدي وقياسات المتابعة الأولى والثانية للمجموعة التجريبية

مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (٢)		مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (١)		قياس التحسن
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة			متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٠٢	٢,٢٧-	٣,٥٠	صفر	٠,٠٣	٢,٢١-	٣,٥٠	صفر	من وجهة نظر الطفل
٠,٠٣	٢,٢٣-	٣,٥٠	صفر	٠,٠٤	٢,٠٧-	٣,٥٠	صفر	من وجهة نظر الوالدين
٠,٠٣	٢,٢٣-	٣,٥٠	صفر	٠,٠٣	٢,٣٣-	٣,٥٠	صفر	من وجهة نظر المؤسسة

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياس البعدي، وكتا المتابعتين؛ مما يدعم استمرار التحسن بعد انتهاء البرنامج العلاجي لمدة استمرت حتى ثمانية

## تأثير برنامج معرفي- سلوكي لاضطرابات مابعد الصدمة لدى عينة من أطفال التحرش الجنسي

أشهر من انتهاء جلسات البرنامج العلاجي بشكل يؤكد ارتفاع معامل التأثير الخاص بالبرنامج؛ حيث نجد أن الوالدين، وأفراد المؤسسة أشاروا إلى استمرار التحسن وعدم حدوث أي انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي بثمانية أشهر، أي بعد ضعف مدة العلاج.

ونعرض فيما يلي لنتائج المجموعة الضابطة، والتي لم تتلق أي جلسات علاجية؛ وذلك بهدف التحقق من أن التحسن يرجع إلى البرنامج العلاجي وليس لسبب آخر.

### جدول (٩)

#### الفروق داخل المجموعة الضابطة في قياس نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي

مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس القبلي والبعدي		قياس التحسن
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,١٣	١,٥٢-	٣,٢٥	٢,٥٠	من وجهة نظر الطفل
٠,٠٨	١,٧٣-	٢,٠٠	صفر	من وجهة نظر الوالدين
٠,١٨	١,٣٤-	٣,٠٠	٣,٠٠	من وجهة نظر المؤسسة

يظهر لنا من خلال النظر إلى الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة، والتي لم تتلق أي جلسات علاجية، ومن ثم لم يحدث لديهم أي تحسن ولو على سبيل الصدفة أو أي محاولات فردية أخرى؛ مما يجعلنا نثق في أن نتائج المجموعة التجريبية راجعة إلى تأثير البرنامج العلاجي وليس لأي سبب آخر.

### جدول (١٠)

#### نتائج الفروق داخل المجموعة الضابطة في قياس نسبة التحسن بين القياس البعدي والمتابعين (الأولى والثانية)

مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (٢)		مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (١)		قياس التحسن
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة			متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٥٨	- ٠,٥٦	٣,٥٠	٢,١٧	٠,٤١	٠,٨٢-	٢,٢٥	١,٥٠	قياس التأثير (الطفل)
٠,٥٦-	- ٠,٥٨	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٧١	٠,٣٨-	٣	٢	قياس التأثير (الوالدين)
١,٠٠	صفر	١,٥٠	١,٥٠	٠,١٨	١,٣٤-	١,٥٠	صفر	قياس التأثير (المؤسسة)

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين مختلف القياسات لدى المجموعة الضابطة، والتي لم تتلق أى جلسات علاجية، وبالنظر إلى النتائج السابقة نجد عدم وجود فروق بين القياس البعدى وقياس المتابعة الأولى بعد مرور أربعة أشهر من القياس البعدى، والأمر نفسه بين القياس البعدى وقياس المتابعة الثانية بعد مرور ثمانية أشهر من القياس البعدى، وذلك من وجهة نظر المرضى أنفسهم، ووالديهم، وأفراد المؤسسة؛ مما يدعم شدة تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظر الآباء والمؤسسة والأطفال أنفسهم فى تحسن أفراد المجموعة التجريبية، حيث إن هذه النتائج تثبت أن التحسن راجع إلى البرنامج العلاجي وليس للصدفة أو أى عوامل خارجية أخرى.

### مناقشة النتائج.

**أولاً : مناقشة نتائج الدراسة فى ضوء التحقق من صحة فروضها، ومدى اتساق تلك النتائج مع الدراسات السابقة:**

فى سياق تحقق الفرض الخاص بالبحث عن مدى تأثير الجلسات العلاجية التى قدمت للأطفال التى امتد أثرها إلى السياق الذى يعيشون فيه بشكل أدى إلى لفت انتباه القائمين بالرعاية؛ حيث أقروا بتحسن هؤلاء الأطفال، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التى قدمت فى هذا السياق، ويدعم نتائج الدراسة فى أن العلاج المعرفى- السلوكى علاج تعليمى ينتقل أثره إلى المجتمع بشكل يجعلنا نعيش فى مجتمع أفضل، ولما كانت السلوكيات المختلفة وظيفياً تنتج أساساً عن اضطرابات فى التفكير تتمثل فى: المبالغة، والتعميم، والتشويه المعرفى، فإن العلاج المعرفى- السلوكى يمثل حلاً نموذجياً للتعامل مع هذه الأساليب الفكرية الخاطئة، ويحاول إمداد الفرد بأساليب جديدة تعتمد على الواقعية أولاً ثم العقلانية فى التفكير، وإدارة وتنظيم الذات، بشكل يدعم فكرة عدم الانتكاسة، حيث يؤدى العلاج المعرفى- السلوكى إلى إحداث تغيرات فى الطريقة التى يفكر بها الفرد ويمتد أثره من موقف تدريبي إلى كل المواقف المماثلة له فى الحياة بشكل عام، وهو ما أشار إليه جلينون وجريفن (٢٠١٧) Glenon & Greven من أن العلاج المعرفى- السلوكى علاج ممتد الأثر، حيث يمتد ليشمل كل المواقف والأشخاص والأحداث المماثلة أو المشابهة لما يتم التدريب عليه خلال جلسات العلاج، ويؤدى التكرار إلى عدم الانتكاسة لفترات طويلة قد تصل إلى سنوات (نهى على عوض، ٢٠١٢).

ويعتمد العلاج المعرفى- السلوكى على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج إلى المتعالج مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل، وهو يقوم بدور موضوعى بعيداً عن إصدار الأحكام، ويؤدى ذلك التفاعل النشط إلى ثقة المريض فى المعالج بشكل يدعم التغيير الإيجابى وتعميمه عبر المواقف والأشخاص والأحداث، فما يتعلمه الطفل داخل الجلسة يستطيع تطبيقه فى مواقف مختلفة؛ مما يؤدى إلى ظهور تغيرات إيجابية فى سلوكيات الطفل يلاحظها من حوله.

ونجد أن الدراسة الراهنة اهتمت بالدلالة الإكلينيكية من خلال سؤال القائمين بالرعاية عن تأثير البرنامج العلاجي، وأشارت نتائجهم إلى وجود فروق كبيرة بشكل ملحوظ بين سلوكيات آبائهم قبل تلقي الجلسات العلاجية وبعدها؛ مما يدعم تأثير البرنامج العلاجي وذلك من وجهة نظر كل من المرضى أنفسهم، ووالديهم، ومعلميهم.

### ثانياً: مناقشة النتائج في ضوء النماذج النظرية:

انتهت نتائج الدراسة إلى قبول فروض الدراسة والتي رأت أن هناك فروقاً بين وسيط أداء المجموعة التجريبية (الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي)، والتي تعرضت للبرنامج العلاجي ووسيط أداء المجموعة الضابطة (الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي) التي لم تتعرض للبرنامج العلاجي وذلك على اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، وقائمتي القلق والاكتئاب.

ويمكننا تفسير النتائج في ضوء النموذج المعرفي كما صاغه بيك، حيث إن البرنامج العلاجي عمل على تعديل الأفكار حول المواقف أو الأشخاص أو الأحداث التي تثير أعراض ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب لدى الأطفال، وأيضاً لدى القائمين بالرعاية بشكل يساعدهم على إدارة الاضطراب لدى الأطفال والتعامل معه مما أدى إلى هذه النتائج.

أما عن تفسير النتائج في ضوء نماذج التعلم الاجتماعي، نجد أن التعلم الإنساني وأغلب سلوكيات الإنسان متعلمة من خلال المشاهدة والتقليد والافتداء بسلوكيات الآخرين، ويذكر باندورا أن الطفل يتعلم كثيراً من سلوكياته عن طريق المشاهدة والتقليد، وأسباب التحرش نجد أن كثيراً من هذه السلوكيات تكتسب من خلال التقليد؛ سواء من نماذج اجتماعية أو من خلال وسائل الإعلام التي يشاهدها الأطفال المتحرشون ويقلدونها.

أما عن تفسير النتائج في ضوء النماذج النظرية الحيوية الاجتماعية، والتي تفترض أن السلوك المنحرف يحدث بسبب خلل في هذه الهرمونات الجنسية مما يدفع الفرد إلى القيام بالسلوكيات المنحرفة أو الجانحة، كما أن غياب هذه الآلية قد يرجع إلى خلل فسيولوجي يؤثر على تشكيل السلوك الجنسي، أو بسبب نقص في الخبرات ناتج عن التنشئة الاجتماعية أو كليهما معاً.

ويؤدي انخفاض هذه الآلية لدى الأفراد إلى عدم وجود أي مشاعر أخلاقية تجاه الضحية مثل الشعور بالذنب بسبب الإيذاء، بل والسعادة بما يفعل تجاه الآخرين، وأن الطفل بدون هذه الآلية لا يتدعم سلبياً عند ظهور العلامات الدالة على الكرب، ومن ثم فإنه يقوم بالأفعال المنحرفة، والسلوكيات المعادية للمجتمع، ومن ثم فإن العلاج المعرفي- السلوكي يعمل على تعديل هذه الأفكار السلبية والمخططات التي تكمن وراء القيام بالسلوكيات المنحرفة والعدوانية، ومن ثم يعمل العلاج المعرفي- السلوكي على تعديل ذلك من خلال مختلف الأساليب العلاجية.

### ثالثاً: دور العلاج المعرفي- السلوكي في ضوء ما كشفت عنه نتائج الدراسة

#### الحالية:

ينصب الاهتمام في العلاج المعرفي- السلوكي على تعديل الأفكار الآلية السلبية المرتبطة بالمواقف والأشخاص والأحداث التي تؤدي إلى ظهور السلوكيات المشككة

لدى الأطفال بأفكار أخرى إيجابية، وذلك من خلال تعليم المريض كيف يكون فعالاً خلال الجلسات العلاجية، ويتم عمل ذلك من خلال عديد من الإجراءات مثل عمليات التعديل المعرفى- السلوكى، وطرق الكشف عن الأفكار الآلية السلبية، والاسترخاء العضلى العميق، وتقنييد الأفكار، والتساؤل السقراطى، ومن خلال النظر فى نتائج الدراسة الحالية نجد أن العلاج المعرفى- السلوكى فى علاج اضطرابات ما بعد الصدمة قد أثبتت فعالية، حيث انتهت معظم مشكلات أطفال المجموعة التجريبية، والتي تلقت جلسات البرنامج العلاجى مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة التى لم تتلق أى جلسات علاجية.

وعندما نتطرق إلى الحديث عن العملية العلاجية نجد أننا نستطيع تفسيرها من خلال كيفية معالجة المعلومات، حيث أشارت النظرية المعرفية إلى أن إحدى وظائف معالجة المعلومات تكمن فى تعديل البناء الشخصى للواقع، وتعمل معالجة المعلومات على تنظيم هذا البناء، حيث إن الطفل الذى تعرض للتحرش الجنسى يعانى من اضطراب ما بعد الصدمة فعندما يعطى معنى للأحداث فهو يفسرها فى ضوء المخططات، والأفكار الآلية السلبية، والتشويه المعرفى، ووفقاً للنظرية المعرفية فإن ما يحدث لهؤلاء الأطفال هو معالجة سلبية للمعلومات المتوفرة فى ضوء المخططات السلبية، والأفكار الآلية السلبية بشكل يؤدي إلى ظهور التشويهات المعرفية، ومن ثم فإن ما يقوم به العلاج المعرفى- السلوكى هو إعادة البناء المعرفى عن طريق معالجة المعلومات بشكل إيجابى، وتعليم الأطفال طرق اكتشاف الأفكار وتقنيدها، وأساليب الاسترخاء العضلى العميق مما يؤدي إلى تعديل الطريقة التى يفسر بها الطفل الأحداث.

ومن خلال النتائج التى خرجنا بها من الدراسة الحالية يمكننا الوقوف على عدد من النقاط التى تتعلق بسير العملية العلاجية فى إطار البرنامج الحالى هى كالتالى:

١- إن تعليم المريض كيف يواجه الأفكار الآلية السلبية، ويتصدى لها أفضل من تعليمه كيفية التخلص منها نهائياً، حيث أن تعليمه كيفية مواجهتها واكتشافها وتعديلها يتم عبر عديد من الجلسات العلاجية، مما يؤدي إلى انتقال أثر التدريب إلى المواقف والأحداث المشابهة أو الأفكار التى قد يكتشفها مستقبلاً بعد انتهاء العلاج؛ لذلك يعد العلاج المعرفى- السلوكى علاجاً تعليمياً.

٢- يؤدي العلاج المعرفى- السلوكى إلى حصول المريض على مجموعة كبيرة من المعارف والمعلومات والمهارات التى تقيده فى الوقت الحالى أو فى المستقبل بعد انتهاء البرنامج العلاجى، وذلك على العكس تماماً من العلاج الدوائى.

#### **رابعاً : مناقشة النتائج فى ضوء حدود تعميم نتائج الدراسة:**

حتى نستطيع تعميم نتائج هذه الدراسة على عينات أخرى يجب أن نأخذ فى عين الاعتبار الآتى:

- ١- أن الدراسة الحالية طبقت على عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي، وتم التأكيد على تعرض هؤلاء الأطفال للتحرش من خلال الاستخبار الخاص بالتحرش الجنسي الذي أعدته الباحثة.
- ٢- أجريت الدراسة الحالية على أطفال تراوح المدى العمري لهم ما بين ٨ و ١٢ سنة، من الذكور والإناث.
- ٣- ستظل النتائج التي تم الخروج بها من هذه الدراسة موضع تساؤل مستقبلي في حال إذا ما طبقت على عينة كبيرة الحجم أو على مدى عمري أكبر.

## المراجع

### أولاً : المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة، الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، (عدد ١٨٠).
- أبو عيشة، زاهدة (٢٠١٢). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية (النظرية - الأعراض - العلاج، الشارقة، دار وائل للنشر.
- إسماعيل، على (٢٠٠٦). العنف الأسري الأسباب والعلاج، (ط٣)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد، إيمان (٢٠٠٤). التحرش الجنسي بالأطفال: التعريف، الأسباب، الوقاية والعلاج، مجلة الحوار المتمدن، (٨٣٧) من خلال: <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=18246>
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٤). الدورة التدريبية لعلاج المعرفي - السلوكي للقلق والرهاب الاجتماعي. الجيزة : الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- الصبوة، محمد (٢٠١٤). ورشة عمل عن "كيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية". الجيزة : الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- الصبوة، محمد (٢٠١٥). الدورة التدريبية لعلاج المعرفي - السلوكي متعدد الأبعاد للاكتئاب الأساسي. الجيزة : الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- الشيخ، منال (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة، مجلة جامعة دمشق، ٢٨(٣)، ٥١٧-٥١٠.
- خالد، وأصر (٢٠١١). التحرشات والاعتداءات الجنسية على الأطفال وتأثيرها على حياتهم ومستقبلهم، مجلة الحوار المتمدن، (٣٢٧٣) من خلال <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=24537>
- صلاح، منتصر (٢٠١٢). برنامج معرفي - سلوكي لتحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة المنيا.
- عبادة، مديحة، أبو دحرج، خالد (٢٠١٣). الأبعاد الاجتماعية للتحرش الجنسي في الحياة اليومية، دراسة ميدانية بمحافظة سوهاج، كلية الآداب، جامعة سوهاج.

- عوض، نهى (٢٠١٧). فعالية برنامج معرفي- سلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية لدى عينة من أطفال اضطرابات المسلك، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.

- مرسى، محمد (٢٠١٠). العنف والاعتداء على الأطفال، (ط٢)، بيروت: دار الشروق للنشر.

## References

## ثانياً: المراجع الإنجليزية :

- Afroditi Pina, Theresa A.Gannon, Benjamin Saunders(2009).**Aggression and Violent Behavior, An Overview of The Literature on Sexual Harassment: perpetrator, Theory, and Treatment Issues, Psychology Department, Keynes College, University of Kent, United Kingdom, vol 14, 126-138.**
- Antecol,H.,Cobb-Clark,D.(2006). "The Sexual Harassment of Female Active-Duty Personnel: Effects on Job Satisfaction and Intention to Remain in Military" **Journal of Economic Behavior and Organization** 61:1:55-80.Dol:10.1016/j.jebo.2004.11.006.
- Bennett, William Ira, and Lisa A. Ennis. (2014). "Post- Traumatic Stress Disorder".**Dictionary of American History.** (Ed): Stanley I. Kutler. (3<sup>rd</sup> ed), Vol.6. New York: Charles Scribners Son.431.Gale Virtual Reference Library.Web.20 Feb.2014.
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (2002). Sexual Abuse of Children. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), **The APSAC Handbook on Child Maltreatment** Thousand Oaks, CA: Sage Publications (pp.55-78).
- Briere & Runtz,(1990): Symptomatology Associated with Childhood Sexual Victimization in Anon Clinical Sample, **Child Abuse and Neglect**,(29),747-752.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and Psychological Sequelae of Self-Reported Childhood Physical and Sexual Abuse in a General Population Sample of Men and Women. **Child Abuse & Neglect**, 27,1205-1222.
- Daniel J.Tomasulo(2010). What Is The Difference Between Individual and Group Therapy?Psychological Today. <https://www.Psychology>

Today.com/blog/the-healing-crowd/201012/what-is-the-difference-between-individual-and-group-therapy

- Deblinger, Meleer S.U & Henry, D. (1990). Cognitive- Behavioral Treatment for Sexually Abused Children Suffering Post- Traumatic Stress, Preliminary Findings, **Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry**, 29,747-752
- Farrel, M,P, Hains,A.A & Davies, W.H (1998). **Cognitive- Behavioral Intervention for Sexually Abused Children Exhibiting PTSD Symptomatology**, Behavior therapy,29,224-255.
- Leon Holtzhausen, Ashleigh Ross,Rian Perry.(2018).Working on Trauma-A Systematic Review of TF-CBT Work with Child Survivors of Sexual Abuse,**Department of Social Development**,University of CapeTown,South Africa,52(4).
- McCann,D.(2005) **Sexual Harassment at Work:National and International Responses**,Geneva: International Labour Office.
- McDonald, P.(2012) "Workplace Sexual Harassment 30 Years on: A Review of the Literature" **International Journal of Management Review**,14(1),1-17
- Misurell,J.,& Springer,C.(2014) Game- Based Cognitive- Behavioral Therapy Individual Model(GB-CBT-IM) for Child Sexual Abuse: Apreliminary Outcome Study,**Psychological Truma: They, Practic, and Policy**,6(3),250-258.
- PTSD Symptoms,Signs,Causes,DSM Cireteria Checklist <http://www.ptsd-symptoms.org>.
- Patterson, C.H.(2000). **Theories of Counseling and Psychotherapy**. New York: Harper& Row Publishers.
- Pina,A., Gannon, T.A., Saunders,B.(2009) "**An Overview of the Literature on Sexual Harassment: Perpetrator, Theory, and Treatment Issues**" Aggression and Violent Behavior 14:2/126-138
- Peter, D.F. (2001). Examining Child Sexual Abuse Evaluations: The Types of Information Affecting Expert Judgment, **Journal of Child Abuse & Neglect**,25,149-178.



- Rajabi M, Bakhshani N, Saravani MR, Khanjani S, Javad Bagian M et al (2017). Effectiveness of Cognitive– Behavioral Group Therapy on Coping Strategies and in Reducing Anxiety Depression, and Physical Complaints in Student Victims of Harassment, **Journal of Vocational Behavior**, 61(1), 32:2
- Richard Meiser, Stedman, Patrick Smith, Anne Mckinnon, Clare Dixon. (2016). Cognitive Therapy as an Early Treatment for Post Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial Addressing Preliminary Efficacy and Mechanisms of Action, **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 29, 135–146.
- Raver, J.L., Gelfand, M.J. (2005) "Beyond the individual Victim: Linking Sexual Harassment, Team Processes, and Team Performance" **Academy of Management Journal** , 48(3), 387–400.
- the Sexual Harassment Prevention Program (2002) **Handout Packet** , university of Maryland, the office of human relations programs <http://www.odec.umd.edu/compliances/shpp/shpplargeprint.pdf>
- Tierny, J.J.A. (2000). Post–Traumatic Stress Disorder in Children: Controversies and Unresolved Issues, **Journal of Child & Adolescent psychiatric nursing**, 13, 147–158.
- wikipedia the free encyclopedia (2009). **Sexual Harassment**. [Http://en.wikipedia.org/wiki/sexual\\_harassment#Harassment\\_situations](http://en.wikipedia.org/wiki/sexual_harassment#Harassment_situations)

## **Effectiveness of Cognitive-Behavioral Program in Reducing some Post-Shock Disorders in a Sample of Sexually Harassed Children**

**Samah N. Ahmed**

**Dr. Mohammed N. Alsabwa**

**Researcher At Anti-Addiction  
And Drug Control Fund**

**Dept. Psychology- Cairo University**

### **Abstract**

This study aimed to identify the effectiveness of a cognitive-behavioral program to reduce some post-shock disorders in a sample of harassment children.

The sample of the current study consisted of two groups, The first group: the experimental group that received the cognitive-behavioral treatment program. It consisted of 6 children with an average age of 10.5 years and a standard deviation of 1.2 years. The sample was denied from Caritas Egypt Institution in El Haram, and Shubra. The second group: the control group, consisted of (6)

children subjected to sexual harassment equivalent to the experimental sample in all the characteristics, but did not received any treatment sessions, with a mean age of 9. 5 years and a standard deviation of 1.2 years, clenved also from Caritas Egypt Insitution in El Haram, and Shubra.The Cognitive-behavioral Therapy program, Sexual Harassment Questionnaire (prepared by the researcher), Post-Shock Disorder Questionnaire (prepared by the researcher), General Anxiety Scale (prepared by Fidaa Abouelkheer), Psychological Depression Scale (Prepared by Fidaa Abouelkheer), A Self-Assessment Scale applied to individuals who are highly related to the child to measure the essential impact of the therapeutic program from the perspective of children and their families.The following variables were measured several times before applying the program, after applying the program, and during the follow-up period, After the application was completed, comparisons were made using different statistical analysis methods. The results of the current study showed that there were significant differences within the experimental group that received the therapeutic program. And then between the two groups, after the presentation of the treatment program compared to the baseline, and during the first and second follow-up, it was found that the therapeutic program was effective, by asking caregivers who recognized the decline of post-stress, anxiety and depression in their children.

Key words: Sexual Harassment - Post-Traumatic Stress Disorder - Cognitive-Behavioral Therapy- Children.