

فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الجماعي والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال اللاجئين

جلال كايد ضمرة*

الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن

قُبِل بتاريخ: ٢٠١٣/٥/٢٣

عُدل بتاريخ: ٢٠١٣/٥/٢٣

استُلم بتاريخ: ٢٠١٣/٥/١٣

هدفت الدراسة الحالية إلى استقصاء أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي وبرنامج علاجي موسيقي في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الاطفال اللاجئين. اشتملت الدراسة على ٤٨ طفلاً سورياً تراوحت أعمارهم بين ١٠ و ١٢ سنة، تم توزيعهم قصدياً على ٤ مجموعات (مجموعة العلاج بالموسيقى ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي ومجموعة العلاج بالموسيقى - العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الضابطة). ولتقييم أعراض قلق ما بعد الصدمة لأفراد الدراسة تم استخدام قائمة قلق ما بعد الصدمة للأطفال والمكونة من ٣٠ فقرة موزعة على ٤ أبعاد أساسية (إعادة معايشة الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة والأعراض النفسية الأخرى). دلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي المكون من البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي - الموسيقي في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة بالبعد الكلي مقارنة بمجموعات المعالجة الأخرى والمجموعة الضابطة. وفعالية التطبيق المنفرد لكل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الموسيقي في خفض أعراض إعادة معايشة الخبرة والتجنب والأعراض النفسية الأخرى مقارنة بالمجموعة الضابطة. ولم تظهر فعالية العلاج بالموسيقى في خفض أعراض الإثارة الانفعالية الزائدة.

كلمات مفتاحية: الاطفال اللاجئين، العلاج المعرفي السلوكي، العلاج بالموسيقى، قلق ما بعد الصدمة.

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy and Music Therapy on Reducing Posttraumatic Stress Symptoms among a Sample of Refugee Children

Jalal K. Damrah*

Hashemite University, Zarqa, Jordan

The aim of this study was to explore the efficacy of a Cognitive Behavioral Group Therapy (CBT) and Music Therapy (MT) on reducing Posttraumatic Stress (PTS) symptoms among a sample of refugee children. The sample consisted of 48 Syrian refugee children 10 to 12 years of age. They were distributed into 4 different groups (MT group, CBT group, MT/CBT group and control group). The children PTS Inventory was used to assess the children's PTS symptoms which contains 30 items, located into 4 different dimensions (re-experiencing the traumatic event, avoidance, hyper arousal and other psychological symptoms). The findings revealed that the MT/CBT group was more effective in reducing the PTS symptoms than the other treatment groups and control group. CBT and MT treatments were found effective in reducing the re-experience, avoidance and other psychological symptoms compared with the control group. In addition the results indicated that implementing MT alone was not effective to reduce the hyper arousal symptoms.

Keywords: refugee children, cognitive behavioral therapy, music therapy, post-traumatic stress.

*jalal@hu.edu.jo

أو المهدة كالأشخاص أو الأماكن أو المواقف وغيرها من المثيرات. (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization -WHO, 2011)

وتم استهداف أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللاجئين من قبل العديد من الدراسات (Dyregrov, Gupta, Gjestad., & Mukanohele, 2000; Papageorgiou et al., 2000; Sack, Seeley., & Clarke, 1997; Saigh, 1991; Uguak, 2004) والتي أشارت نتائجها إلى شيوع أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال بشكل كبير وبنسب تتراوح ما بين (10%-100%). ومن هنا تظهر أهمية توظيف وتطوير مجموعة من الخدمات والأساليب العلاجية المتخصصة القائمة على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين للتقليل من تلك الأعراض المرضية ذات الطابع الانفعالي. ويشير ثابت وعبد وفوستيانس (Thabet, Abed., & Vostianis, 2004) إلى شيوع أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكئاب لدى الأطفال البوسنيين والأفغان والفلسطينيين الذين شهدوا الأحداث العنيفة والحروب في بلدانهم بالرغم من مغادرتهم لها قبل سنة؛ مما يشير إلى استمرار المعاناة النفسية للأطفال بعد تعرضهم للمواقف المهدة لفترات طويلة بعد انقضائها.

ويعتبر البحث في أثر وفعالية التدخل النفسي العلاجي في الحد من الآثار النفسية والأعراض المرضية لدى الأطفال المسببة بفعل الحروب، من أهم مجالات البحث في الوقت الحاضر، حيث كانت ضمن اهتمام العديد من الدراسات السابقة من قبيل دراسات: (Cohen, 2005; King, Tonge, Mullen, Myerson, Heyne, Rollings Martin, & Ollendick, 2000; Oras, Cancela., & Ahmad, 2004) والتي أشارت إلى أهمية وفعالية التدخلات العلاجية القائمة على الأساليب المعرفية والسلوكية والانفعالية في الحد من مستويات أعراض القلق لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمات ومواقف الحروب.

وتعتمد حدة ظهور أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللاجئين على مجموعة من العوامل والتغيرات والتي قد يكون من أهمها الخصائص الشخصية للطفل ومدى توافر مصادر الدعم الانفعالي في البيئة وأثر الأحداث الصادمة والمهدة على فقدان الطفل لأشخاص مهمين في حياته أو التسبب بأصابته الجسدية وخبرات الطفل السابقة بالإساءة والتعرض للعنف (Heptinstall, Sethna & Taylor, 2004; Thabet, Abed & Vostianis, 2004).

وكثيراً ما يعجز الأطفال اللاجئين والقادمين من مناطق الصراعات المسلحة عن التعبير لفظياً عن مشكلاتهم

بعد الأطفال من أكثر فئات اللاجئين تعرضاً للآثار السلبية الناتجة عن مشاهدة مواقف الاعتداءات والحروب وغيرها. حيث شهدت منطقتنا خلال السنوات القليلة الماضية الكثير من مظاهر الصراع المسلح والحروب توجه نتيجتها العديد من الأفراد إلى الدول المجاورة طلباً للأمن. ويعتبر الأردن مكاناً آمناً للعديد من اللاجئين القادمين من الدول المجاورة التي تشهد صراعات مسلحة مثل الأراضي الفلسطينية المحتلة والعراق وسوريا. وتشير تقديرات المفوضية السامية لشؤون اللاجئين إلى تواجد ما يقارب من 120 ألف لاجئ عراقي و102 ألف لاجئ سوري في الأردن. إلا أن التقديرات غير الرسمية لعدد اللاجئين السوريين في الأردن تشير إلى وجود ما يقارب من 500 ألف لاجئ نصفهم من الأطفال والعدد مرشحاً للزيادة خلال الفترات القادمة (UNHCR, 2013). ان مشاهدة الاطفال للأحداث المرافقة للصراعات والحروب سيؤثر سلباً في متغيرات الصحة النفسية لهم، حيث تظهر أعراض القلق والاكئاب والخوف والعزلة الاجتماعية والاضطرابات السلوكية ومشكلات التحصيل الدراسي بشكل واضح لدى الأطفال نتيجة التعرض لتلك المواقف (Brown, Pearlman, Goodman, 2004; Cohen, Mannarino, Berliner, & Deblinger, 2000) مما يبرر ضرورة تطوير البرامج العلاجية للتعامل مع الأعراض النفسية المرضية للأطفال القادمين من مناطق الصراعات المسلحة واستقصاء فعاليتها.

ويشير البلهان (AL-Balhan, 2006) إلى أن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى الأطفال اللاجئين اضطراب قلق ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder -PTSD). والذي يشير إلى ظهور مجموعة من الأعراض النفسية المرضية بعد التعرض للمواقف الصادمة (Traumatic Events) والتي تنطوي على ثلاثة أعراض أساسية:

أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم

(Re-Experience the Traumatic events) والتي تشير إلى استمرار الفرد في معايشة الحدث الصادم مثل: التخيلات والأحلام والكوابيس. وقد تظهر هذه الأعراض لدى الأطفال من خلال الميل إلى ممارسة أنشطة أو ألعاب ترتبط بأحداث الصدمة التي تم اختبارها ومعايشتها.

أعراض الإثارة الانفعالية الزائدة (Hyper Arousal) والحساسية الزائدة من المثيرات البيئية والاستجابة المبالغ لها. والانزعاج من المثيرات الصوتية المرتفعة والمفاجئة. وكذلك الحال للمثيرات البصرية والحسية.

ردود الفعل التجنبية (Avoidance Reactions) وتشتمل على ميل الفرد لتجنب المثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة

للأطفال (O'Callaghan, Sexton & Wheeler, 2007) ولعلاج مشكلات سوء السلوك لدى طلبة المدارس اللاجئين (Baker & Jones, 2006) ولتوفير الدعم النفسي للأطفال المساء لهم جنسياً (Amir, 2004; Rogers, 2003; Purdon, 2006) بعد التعرض للإصابات الجسدية (Kennelly & Brien-Elliott, 2001).

وتعود جذور العلاج بالموسيقى إلى الاتجاه التحليلي في العلاج النفسي. من خلال إتاحة المجال لإخراج المحتويات اللاشعورية بشكل غير لفظي والسماح للمحتويات الانفعالية بالتحرر. إلا أن هذا الاتجاه العلاجي لم يظهر بشكل فعلي إلا في منتصف القرن الماضي (Kemper & Danhauer, 2005) في الوقت الذي ظهرت فيه اتجاهات أخرى مختلفة مثل أسلوب الخيلة الموجهة والموسيقى (Guided Imagery and Music) والتي تركز على الاستماع للخبرات الموسيقية ومحاولة استدعاء الصور والتخيلات الداخلية والمرتبطة مع تلك الخبرات. كذلك وجد العلاج بالموسيقى طريقه وتطبيقاته في الاتجاه الانساني من خلال تشجيع المسترشدين في المجموعة العلاجية على الاحساس بمفهوم هنا والآن (Gold, Voracek & Wigram, 2004).

وتركز أساليب العلاج بالموسيقى على استخدام أساليب الاتصال غير اللفظي ضمن اجراءاتها والتي تعتبر من أهم أساليب التأثير في حل مشكلات الأطفال. ضمن المواقف التي يعجز فيها الطفل عن التعبير عنها لفظياً. بما يضع العلاج بالموسيقى على لائحة الأساليب العلاجية المرشحة للتعامل مع مشكلات الأطفال النفسية الناجمة عن التعرض للصدمات والتهديد بما تحتويه من أساليب غير لفظية (Wigram & Voracek, 2007).

وترى بارتون (Barton, 2011) ضرورة اشتمال البرامج العلاجية الخاصة بالأطفال أو الأفراد الذين يعانون من الأعراض النفسية المرتبطة بالقلق والاكتئاب على العديد من الخبرات والأنشطة والبرامج مثل اليوغا والحركة والرقص والغناء والموسيقى إلى جانب العلاج النفسي المعرفي والسلوكي. وأشار كل من جولد وفوراسيك وويغرام (Gold, Voracek., & Wigram, 2004) خلال مراجعتهم الشاملة للعديد من الأبحاث والدراسات -التي قامت بتوظيف أساليب العلاج بالموسيقى إلى جانب أساليب العلاج النفسي الأخرى - إلى فاعلية توظيف برامج العلاج بالموسيقى المتزامنة مع برامج العلاج النفسي المعرفي - السلوكي لعلاج مشكلات القلق والاكتئاب للأطفال والمراهقين. حيث تعتمد فعالية تلك البرامج على حدة الاضطرابات التي

وصعوباتهم النفسية المرتبطة بالأحداث التي تمت معاشتها في بلدانهم الأصلية وهذا ما أطلق عليه أسم ضحايا الصدمة الصامتة (Silent Trauma Victims). مما يؤكد على أهمية التكامل ما بين أساليب العلاج غير اللفظية كالعلاج بالموسيقى والدراما والفرن وأساليب العلاج النفسية الأخرى كالعلاج المعرفي السلوكي في التقليل من الآثار السلبية للتعرض لتلك الحوادث (Strehlow, 2009). وبذلك حاول الدراسة الحالية استقصاء ومقارنة أثر برنامج علاجي قائم على توظيف الموسيقى وبرنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض مستويات اعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الاطفال اللاجئين السوريين.

ويمكن توضيح مفهوم العلاج بالموسيقى (Music Therapy) بكونه عملية علاجية متسلسلة ومنظمة، يحاول المعالج خلالها مساعدة الطفل على تحسين مستويات الصحة النفسية لديه باستخدام الخبرات الموسيقية، واستغلال العلاقات التي تنشأ بين الأطفال في المجموعة العلاجية خلال أداء النشاط الموسيقي. ما يمكن اعتبارها كطاقة ديناميكية للتغيير (Kennelly, Brien-Elliott, 2001). ويتم توظيف الموسيقى لتسهيل الحصول على نتائج علاجية إيجابية مثل: تحسين مستويات الاتصال وضبط الذات والتعامل مع المشكلات الاجتماعية والتفريغ الانفعالي وغيرها. ويمكن أن تتضمن الخبرات الموسيقية مجموعة من أنشطة العزف على الآلات الموسيقية المختلفة أو المتشابهة بشكل حر أو منظم وترديد أغاني محددة أو مرجلة والاستماع للموسيقى وتقديم التغذية الراجعة اللفظية حول الأنشطة الموسيقية التي تم الاستماع لها وتنفيذها (Wigram, Nygaard & Bonde, 2002). وضمن نفس السياق يشير باول ورامسي (Paul, & Ramsey, 2000) إلى أهمية وضرورة تطبيق العلاج بالموسيقى بشكل جماعي على عكس العلاج باللعبة. الذي يمكن تطبيقه بشكل جماعي وفردى.

وتتعدد الفوائد العلاجية لاستخدام الموسيقى ضمن الظروف العلاجية للتعامل مع مشكلات الأطفال اللاجئين المعرضين لخبرات التهديد والعنف. من خلال دورها في استعادة الشعور بالأمن والقدرة على التنبؤ بالأحداث القادمة. ما يساعد في التعامل مع الآثار السلبية للحوادث المرعبة أو الصادمة التي تعرضوا لها. والتقليل من مستويات الاكتئاب والإثارة الانفعالية المرتبطة بتلك الاحداث (Paul & Ramsey, 2000).

وقد وجد العلاج بالموسيقى طريقه في المجالات العلاجية النفسية الخاصة بالأطفال من قبل العديد من المحاولات والدراسات السابقة، حيث تم استخدامه لعلاج أعراض القلق المرتبطة بالتعرض للمواقف الطبية والجراحية

سادساً: التدريب على التعامل مع الأحداث المثيرة
لذكرات الصدمة (In-vivo mastery of Trauma
Reminders-I)

سابعاً: جلسة مع الأهل (Conjunction Child –Parent
session - C)

ثامناً: تحسين الأمن (Enhancing Safety and Future
Developmental Trajectory –E)

وتتنوع الدراسات السابقة التي حاولت دراسة أثر العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال. بالإضافة إلى استقصاء فعالية البرامج العلاجية التي تدمج ما بين العلاج بالموسيقى والسلوكي المعرفي. حيث حاولت دراسة أغوايك (Uguak, 2004) استقصاء فاعلية برنامج علاجي قائم على استخدام حزمة من الأساليب العلاجية غير اللفظية (العلاج بالرسم والمسرح والدراما وألعاب الكمبيوتر واللعب المنظم والعلاج بالموسيقى) في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى 13 طفلاً سوادني من اللاجئين في الولايات المتحدة. اشتملت الدراسة على مجموعتين تجريبية وضابطة. وقد دلت النتائج إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين السلوك الاجتماعي للأطفال في المجموعة التجريبية مقارنة بأقرانهم في المجموعة الضابطة.

وحاول بيكر وجونز (Baker & Jones, 2006) التعرف على أثر برنامج علاجي قائم على توظيف الموسيقى في خفض مستويات الاضطرابات السلوكية كالعُدوانية والحركة الزائدة وأعراض القلق لدى الأطفال الاندونيسيين اللاجئين في أستراليا والقادمين من منطقة تيمور الشرقية. اشتمل البرنامج العلاجي على توظيف مجموعة من الأنشطة الموسيقية بهدف اكتساب الأطفال لمهارات الضبط الذاتي والسلوك الاجتماعي وأساليب ضبط القلق. حيث تم تطبيق البرنامج العلاجي لمدة 5 أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً. ولم تظهر النتائج فعالية البرنامج العلاجي في التقليل من مستويات القلق أو السلوك العدواني والحركة الزائدة لدى أفراد الدراسة.

وقام كل من جولد وويغرام وفورسيك (Gold, Wigram & Voracek, 2007) بالتعرف على أثر العلاج بالموسيقى في التقليل من القلق لدى 136 طفلاً ومراهقاً صومالياً لاجئاً في الولايات المتحدة. تلقوا ما يقارب من 25 جلسة علاجية بالموسيقى بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. دلت النتائج إلى عدم فعالية الموسيقى لوحدها في التقليل من مستويات القلق لدى أفراد الدراسة.

يعاني منها الأطفال ومدى تنوعها وحجم المجموعة وعمر المستفيدين.

من ناحية أخرى. يعد استخدام العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy -CBT) من الأمثلة على الأساليب العلاجية الموظفة للتعامل مع أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لخبرات صادمة كالحروب أو الإساءة (Brown, Pearlman & Goodman, 2004; Feather, Ronan, 2009). ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على توظيف أساليب الاسترخاء وضبط المثير ومناقشة المعتقدات والأفكار الخاصة بالصدمة والتعرض التدريجي (Gradual Exposure) وتعليم بعض من المهارات المعرفية مثل حل المشكلات ومهارات التوافق مع الضغوط النفسية (Coping Skills) ومهارات التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Training). وهناك من يعتقد بأهمية وأثر اختراط الأهل مع الأطفال في الحصول على نواتج إيجابية من العلاج. حيث يشدد كل من براون وبيرلمان وجودمان (Brown, Pearlman & Goodman, 2004) على دور الأهل في نجاح العلاج المعرفي السلوكي وتسهيل نقل أثر التعلم والعلاج من بيئة الإرشاد إلى البيئة الفعلية للطفل. كذلك الحال قد تتضاعف فعالية الآثار الإيجابية للعلاج المعرفي السلوكي إذا ما تم دمجها مع أنماط علاجية أخرى مثل العلاج باللعب أو الرقص أو الموسيقى (Poliaten, Jones, Akhaal, Mehraba, Kaseeni & Jaceman, 2008). وتشير كوهين ومانارينو وديبلينجر (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010) إلى نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة TF-CBT كنموذج من نماذج العلاج المعرفي السلوكي المطبقة لعلاج الآثار النفسية الناتجة عن التعرض للصدمة النفسية. ولهذا النموذج ثمانية مكونات (King et al., 2000; National Child Traumatic Stress Network, 2008; Rachamim, Nacasch, Shafran, Tzur & Gilboa-Schechtman, 2009) والتي يرمز لها بكلمة ممارسة (PRACTICE):

أولاً: التنقيف النفسي (Psycho Education – P) ورفع الوعي والمهارات الوالدية.

ثانياً: مهارات وتمارين الاسترخاء (Relaxation – R).

ثالثاً: التعبير والتفريغ الانفعالي (Affective Modulation skills -A)

رابعاً: مهارات التوافق المعرفية (Cognitive Coping skills – C)

خامساً: سرد قصة الصدمة النفسية (Trauma Narrative -T) وإعادة إدراك ومعالجة الحدث الصادم.

للتصورات التي قدمتها كوهين (Cohen, 2005). وقد دلت النتائج على فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستويات قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المشاركين. واستهدفت دراسة حسانوفيتش وزملاؤه (Hasanović, Srabović, Rašidović, Šehović, Hasanbašić, Husanović, & Hodžić, 2011) استقصاء أثر برنامج علاجي قائم على العلاج بالتعرض التدريجي المركز على الصدمة والمتراق مع الدعم الاجتماعي في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى مجموعة من الأطفال البوسنيين. اشتملت الدراسة على ٣٦ طفل الذين تراوحت أعمارهم ما بين ١٠ - ١٢ سنة تم اخضاعهم لبرنامج مدرسي علاجي بهدف المساعدة في التعامل مع ردود الفعل النفسية المرتبطة بالصدمة النفسية الناتجة عن التعرض لأحداث الحرب الأهلية التي حدثت في منطقة البوسنة والهرسك (١٩٩٢ - ١٩٩٥) حيث أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج العلاجي في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال المشاركين.

خلال عرض الدراسات السابقة جُذ قلة عدد الدراسات التي قامت بمقارنة أثر البرامج العلاجية الموسيقية والأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية للتعامل مع مشكلات الأطفال اللاجئين (Catani et al, 2009; Raider et al, 2008; Poliaten et al., 2008) في المقابل جُذ توظيف العلاج بالموسيقى في الكثير من الدراسات التي استهدفت علاج أعراض قلق ما بعد الصدمة وغيرها من الأعراض النفسية بشكل مستقل (Baker, & Jones, 2006; Gold, Wigram, & Voracek, 2007; Uguak, 2004) كذلك الحال جُذ شيوع استخدام برامج العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من قلق ما بعد الصدمة (Feather, & Ronan, 2009; Hasanović et al., 2011) وبذلك تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أهدافها : إلا إنها تختلف في منهجيتها باعتمادها على المنهج شبه التجريبي المشتمل على ٤ مجموعات علاجية، واختلافها في مكان تطبيقها وأفرادها، حيث يظهر من خلال استعراض بعض من الدراسات السابقة عدم وجود أي من الدراسات التي أجريت في البيئة العربية لمساعدة الأطفال اللاجئين للتعامل مع الآثار السلبية لمشاهدة أحداث الحروب والصراعات المسلحة.

مشكلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة في محاولة استقصاء أثر مجموعة من البرامج العلاجية (العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالموسيقى والعلاج المعرفي السلوكي - الموسيقي) في خفض مستويات قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال السوريين اللاجئين في الأردن.

واستهدفت دراسة بولاتن وزملاؤه (Poliaten et al., 2008) استقصاء فعالية برنامج علاجي جمعي تكاملي (النفسي والموسيقي والأسري) يشتمل على الرسم وعزف الموسيقى والحركة ولعب الدور والتمثيل والإرشاد الأسري - مقارنة مع برنامج علاجي موسيقي في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من الأطفال اللاجئين في كمبوديا. اشتملت الدراسة على ٤٢ طفل تم توزيعهم مناصفة على مجموعتين ضابطة وتجريبية، حيث دلت النتائج على فعالية البرنامج العلاجي التكاملي المكون من ١٤ جلسة في خفض الأعراض الانفعالية الخاصة بالصدمة النفسية لدى الأطفال مقارنة مع العلاج الموسيقي.

حاول رايدر وزملاؤه (Raider, Steele, Delillo-Storey, Jacobs & Kuban, 2008) استقصاء أثر التدخلات العلاجية المستندة على العلاج بالحركة والتفريغ الانفعالي والموسيقي المترافقة مع التدخلات النفسية المعرفية والسلوكية في التقليل من الأعراض النفسية للمراهقين الذين تعرضوا للصدمة النفسية، حيث اشتملت الدراسة على ١٠ مراهقين تراوحت أعمارهم ما بين ١٥-١٨ سنة. أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض مستويات قلق ما بعد الصدمة لدى المراهقين المشاركين بالجلسات العلاجية. وحاول كاتاني وزملاؤه (Catani, Kohiladevy, Ruf, Schauer, Elbert & Neuner, 2009) مقارنة أثر برنامج علاجي قائم على استخدام فنيات وأساليب العلاج السلوكي (العلاج بالتعرض) مع برنامج علاجي قائم على التأمل والاسترخاء واستخدام الموسيقى في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال اللاجئين الذين تعرضوا للصدمة النفسية جراء مشاهدتهم للدمار الذي سببته موجات تسونامي في سيريلانكا. اشتملت الدراسة على ٣١ طفلاً ادخلوا للمستشفى لتلقي المساعدة الطبية والنفسية اللازمة بسبب التعرض للصدمة النفسية الناتجة عن الحروب، حيث توزيعهم على مجموعتين (العلاج بالتعرض والعلاج بالاسترخاء والموسيقى) بمعدل جلسة واحدة على مدار ٦ اسابيع، دلت النتائج على فعالية كل من البرنامجين العلاجيين في خفض الأعراض المرضية لدى أفراد الدراسة وخلال فترة متابعة بلغت ٦ أشهر.

كما حاول كل من فيذر ورونان (Feather & Ronan, 2009) التعرف على أثر برنامج علاجي قائم على توظيف الأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المعرضين لصدمة وخبرات الإساءة الجنسية والجسدية، اعتمدت الدراسة على تصميم الحالات الفردية والقياسات القبلية والبعديّة حيث ضمت ٤ اطفال ممن يعيشون في نيوزيلندا. اشتمل البرنامج العلاجي على تطبيق أساليب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة وفقاً

أهمية الدراسة

الشعبية ضد النظام الحاكم. ولأغراض الدراسة الحالية تم تحديدهم بالأطفال الذين قدموا للأردن خلال عام ٢٠١١. أعراض قلق ما بعد الصدمة: مجموعة من الأعراض النفسية والانفعالية والاجتماعية الناتجة عن التعرض لموقف صادم. ينطوي على الخطورة والتهديد أو فقدان وتتضمن ثلاثة أبعاد: إعادة معايشة الأحداث الصادمة والتجنب والإثارة الانفعالية المرتفعة. ولأغراض الدراسة الحالية تعرف أعراض قلق ما بعد الصدمة إجرائياً بدرجة الطفل على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة المعربة والتي تتراوح درجاتها ما بين ٣٠-٩٠.

البرنامج العلاجي الموسيقي: توظيف الخبرات العلاجية الموسيقية باستخدام الأدوات والآلات الموسيقية المختلفة لعزف نغمات موسيقية أو إصدار أصوات معينة، وترديد أغاني تقليدية بشكل جماعي بين أفراد المجموعة لتحقيق أهداف علاجية، ويتكون من عشر جلسات مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة.

برنامج العلاج المعرفي السلوكي: برنامج علاجي يستند على تطبيق مبدأ التعرض التدريجي للحوادث والمواقف الصادمة، باستخدام التطبيقات المعرفية والسلوكية في علاج الأعراض النفسية المرضية الناتجة عن تعرض الطفل للحوادث الصادمة ضمن الجو الأمن ويتكون من عشر جلسات مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة.

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي - الموسيقي: برنامج علاجي يجمع ما بين النشاطات والفعاليات غير اللفظية الواردة في البرنامج العلاجي الموسيقي وتلك اللفظية في البرنامج المعرفي السلوكي ويتكون من عشر جلسات مدة كل جلسة ١٢٠ دقيقة.

الطريقة والإجراءات**أفراد الدراسة**

اشتملت الدراسة الحالية على ٤٨ طفلاً سورياً، تراوحت أعمارهم ما بين ١٠-١٢ عاماً من يراجعون مؤسسة رعاية الطفل في المرفق وجمعية إعادة التأهيل النفسي للأطفال الأحداث في الزرقاء للتعامل مع مشكلاتهم النفسية والاجتماعية الناتجة عن التعرض للحوادث الصدمة وأعمال التفجير والقصف. وتم اختيار أفراد الدراسة اعتماداً على نتائج تطبيق قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة على ١٢١ طفلاً من نفس العمر. من قدموا إلى الأردن خلال عام ٢٠١١. وتم اختيار الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات وتوزعهم قصدياً على ٤ مجموعات وفقاً لمكان سكن الطفل وإمكانية المشاركة من قبل الأهل: المجموعة التجريبية الأولى: اشتملت على ١٢ طفلاً تم إخضاعهم لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي. المجموعة التجريبية الثانية: اشتملت على ١٢ طفلاً تم

تظهر أهمية الدراسة الحالية من خلال ما نشهده من أحداث صادمة، حيث يتعرض الكثير من الأطفال للحوادث المرعبة والضاغطة، والتي تقودهم إلى تطوير العديد من الأعراض النفسية المرضية طويلة المدى. حيث تشهد منطقتنا العربية الكثير من مظاهر الصراع المسلح والحروب، والتي بدورها تؤثر في التغيرات النفسية للأطفال، مما يبرر ضرورة تطوير البرامج العلاجية للتعامل مع الأعراض النفسية المرضية واستقصاء فعاليتها.

وتنبثق أهمية الدراسة في محاولتها استقصاء أثر مجموعة من البرامج العلاجية الجماعية في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال اللاجئين ومقارنة أثر هذه البرامج، مما قد يساهم في تعويض النقص الواضح في أعداد تلك الدراسات الموجهة لبناء البرامج الهادفة للتعامل مع مشكلات الأطفال اللاجئين في المنطقة العربية، ولسد حاجة العديد من المؤسسات والهيئات المحلية والدولية لامتلاك أدوات وبرامج علاجية للتعامل مع مشكلات الأطفال اللاجئين من قبل مقدمي الخدمات والمرشدين النفسيين والعاملين في المجالات الاجتماعية والتأهيلية. وقد تزداد أهمية الدراسة في محاولتها لتوفير أدوات تشخيصية تتصف بالصدق والثبات والموضوعية، يمكن استخدامها من قبل المختصين والمهتمين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي لتقييم مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال بشكل عام والأطفال اللاجئين بشكل خاص.

سؤال الدراسة

تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن السؤال الآتي:

هل هناك فروق في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة بالدرجة الكلية والأبعاد الفرعية في القياس البعدي ما بين أفراد الدراسة تبعاً لاختلاف مجموعات المعالجة؟

محددات الدراسة

تقتصر نتائج الدراسة في ضوء خصائص أفرادها وهم مجموعة من الأطفال اللاجئين السوريين في الأردن الذين تراوحت أعمارهم ما بين ١٠-١٢ عاماً وأدواتها المتمثلة في قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال، ومكونات برنامج العلاج الموسيقي وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي وظروفها المكانية والزمانية.

تعريف مصطلحات الدراسة

الأطفال اللاجئين: الأطفال السوريون الذين قدموا إلى الأردن طلباً للأمن مع أسرهم بعد بدء الاحتجاجات

بين التطبيق الأول والثاني حيث بلغ معامل الثبات ٨٤.،
للبعد الكلي. وجدول ١ يوضح هذه النتائج.

ويتم تصحيح القائمة بالاعتماد على ميزان ثلاثي تراوح
بين دائماً (٣ درجات، أحياناً (درجتين). أبدأ (درجة واحدة
فقط). وتتراوح الدرجة الكلية ما بين ٣٠-٩٠ وتعكس
الدرجات المرتفعة وجود أعراض مرتفعة من قلق ما بعد
الصدمة.

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

أولاً: برنامج العلاج المعرفي السلوكي : أشتمل على
مجموعة من النشاطات المعرفية السلوكية العلاجية
المركزة على التعامل مع الخبرات الصادمة والمهددة
كخبرات التفجير والإرهاب والافتحامات والهدم
والقصف. وتم الاستفادة من البرامج العلاجية المشابهة
الواردة في دراسات وأبحاث كل من (Brown, Pearlman., &
Goodman, 2004; Cohen, Mannarino., & Deblinger,
2010; Cohen, & Mannarino, 1998; Feather, &
Ronan, 2009; National Child Traumatic Stress
Network, 2004) في تصميم البرنامج العلاجي. وتم
حكيمه من قبل ٣ خبراء في مجال العلاج والإرشاد
النفسية. من يعملون في الجامعة الأردنية والميدان. ويتكون
البرنامج من ١٠ جلسات مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة
وبواقع جلستين اسبوعياً. وتولت المرشدة النفسية
العاملة في مؤسسة رعاية الطفل في المرفق تطبيق
الجلسات العلاجية.

ثانياً: برنامج العلاج بالموسيقى : أشتمل على توظيف
أساليب العلاج بالموسيقى للتعامل مع الأعراض
النفسية المسببة بفعل الأحداث المرعبة والصادمة. وتم
تصميمه وتنفيذه من قبل اخصائية تحمل درجة
الماجستير في العلاج بالموسيقى في جمعية إعادة التأهيل
النفسية للأطفال الاحداث في الزرقاء. وخلال عملية
تطوير البرنامج العلاجي. وتم الاستناد إلى بعض البرامج
الواردة في دراسات سابقة (Baker, & Jones, 2006;
Foran, 2009; O'Callaghan Sexton., & Wheeler,
2007). وتم حكيم البرنامج بإرساله إلى ٣ خبراء في المركز
الوطني للموسيقى في مدينة عمان. وقد وافق المحكمون
على ما جاء بالبرنامج ولم يتم تغيير أي نشاط من
نشاطاته. وتكون من ١٠ جلسات مدة كل جلسة ٦٠
دقيقة وبواقع جلستين اسبوعياً.

ثالثاً: برنامج العلاج التكاملية. ويدمج البرنامج ما بين
الفعاليات المتضمنة في العلاج بالموسيقى وتلك
المتضمنة في العلاج السلوكي المعرفي المركز على
الصدمة. وتكون من ١٠ جلسات علاجية بواقع جلستين
اسبوعياً مدة كل جلسة علاجية ١٢٠ دقيقة، وتولت كل
من المرشدة النفسية وأخصائية العلاج بالموسيقى

إخضاعهم لبرنامج لعلاج بالموسيقى المجموعة التجريبية
الثالثة : اشتملت على ١٢ طفلاً تم إخضاعهم لبرنامج
العلاج المعرفي السلوكي والموسيقى المجموعة الضابطة :
اشتملت على ١٢ طفلاً لم يتم إخضاعهم لأي من
المعالجات النفسية المشابهة خلال فترة إجراء الدراسة.

أدوات الدراسة

١- قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال
(Children Posttraumatic Stress symptoms
Inventory) والمطورة من قبل أحمد وزملاؤه (Ahmad,
Sundelin-Wahlsten, Sofi, Qahar., & Knorrning,
2000). وتضم ٣٠ فقرة يتم الإجابة عنها بنعم أو بلا.
وتتوزع فقرات القائمة على أربعة أبعاد أساسية: إعادة
معايشة الحدث الصادم (٤ فقرات). والتجنب (٧ فقرات).
والإثارة الانفعالية الزائدة (٦ فقرات). وأعراض نفسية
أخرى مرتبطة بالصدمة (١٣ فقرة). ولأغراض الدراسة
الحالية تم ترجمة القائمة إلى اللغة العربية من قبل خبير
بالترجمة. ومن ثم إعادة ترجمتها إلى اللغة الإنجليزية من
قبل خبير آخر للتأكد من دقة وصحة الترجمة. وتم عرض
القائمة بصورتها الأصلية على ١٠ من المحكمين الخبراء
في الصحة النفسية والإرشاد النفسي وعلم النفس
الأكاديمي من يحملون درجة الدكتوراه في الجامعة
الأردنية والجامعة الهاشمية. للتأكد من صدقها
وسلامة ووضوح اللغة وملائمة فقراتها لأغراض
الدراسة. حيث تم الاعتماد على معيار إتفاق ٨٠% من
المحكمين على قبول الفقرة أو رفضها. وخلال إجراءات
التحكيم تم إعادة الصياغة اللغوية لست فقرات. وتغيير
مفتاح الإجابة ليكون ثلاثياً (دائماً، أحياناً، أبدأ). ولم
يقترح المحكمون إضافة أو حذف أي فقرة، أما فيما يتعلق
بثبات القائمة فقد استخرجت دلالات الاتساق الداخلي
للقائمة بتطبيقها على عينة استطلاعية بلغت ٢٠
طفلاً خارج أفراد الدراسة. باستخدام معامل كرونباخ
الفا بين درجة كل بعد من أبعاد القائمة الفرعية والدرجة
الكلية لها (أنظر جدول ١).

جدول ١

معامل الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا ومعامل ارتباط
بيرسون لقائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

الابعاد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل ارتباط بيرسون
إعادة معايشة الحدث الصادم	٤	٠,٧٥	٠,٨١٢*
التجنب	٧	٠,٨٩	٠,٧٦١*
الإثارة الانفعالية الزائدة	٦	٠,٨٧	٠,٧٧٧*
أعراض نفسية أخرى	١٣	٠,٨١	٠,٧٤٧*

* دالة عند مستوى > ٠,٠٥

كذلك تم التأكد من ثبات القائمة من خلال طريقة
الإعادة بتطبيقها على ١٧ طفلاً من غير أفراد الدراسة
بفاصل زمني ١٠ أيام. وتم حساب معامل ارتباط بيرسون

١٠. البدء بتطبيق المعالجات خلال الفترة الواقعة ما بين ١١/٦-١١/٧-٢٠١١/١٢، حيث تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي - الموسيقي في جمعية رعاية الطفل في المفرق. وبرنامج العلاج بالموسيقى في جمعية إعادة التأهيل النفسي للأطفال الأحداث بالزرقاء.
١١. تطبيق أداة الدراسة على أفراد المجموعات بعد انتهاء التجربة.
١٢. تطبيق برنامج العلاج المركز على الصدمة على أفراد المجموعة الضابطة.

تصميم الدراسة والتحليل الإحصائي

تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي باعتمادها على تصميم ضمن 4 مجموعات واختبارات قبلية وبعديّة، وذلك لملاءمته لأغراضها ولظروفها التجريبية. كما اعتمدت الدراسة على الإحصاء الوصفي (المتوسط الحسابي والاختلاف المعياري) والإحصاء التحليلي المتمثل بتحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاستخراج دلالات الفروق في الأداء البعدي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بين مجموعات الدراسة المختلفة.

نتائج الدراسة

للإجابة عن سؤال الدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والاختلافات المعيارية لجميع أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بالأداء القبلي وجدول ٢ يوضح ذلك.

يتضح من البيانات الموصوفة في جدول ٢ وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية والاختلافات المعيارية في الأداء القبلي بين أفراد الدراسة. وللتعرف على دلالات الفروق بالأداء القبلي، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي وجدول ٣ يوضح ذلك.

يتضح من البيانات الموصوفة في جدول ٣ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء القبلي لأفراد الدراسة على جميع أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة والبعدي الكلي. وللتعرف على دلالات الفروق بالأداء البعدي على القائمة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والاختلافات المعيارية للأداء البعدي وجدول ٤ يوضح ذلك.

يشير جدول ٤ إلى وجود فروقاً ظاهرية في الأداء البعدي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة تبعاً للمجموعات. وللتعرف على دلالات الفروق في المتوسطات الحسابية والاختلافات المعيارية، تم استخدام اختبار تحليل

تطبيق جلساته ونشاطاته بشكل تشاركي في جمعية رعاية الطفل في المفرق.

متغيرات الدراسة

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

المتغيرات المستقلة: وتتمثل في البرامج العلاجية وهي على ٣ مستويات: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والبرنامج العلاجي الموسيقي والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي - الموسيقي.

المتغيرات التابعة: أبعاد أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المشاركين في الدراسة.

إجراءات الدراسة

تم إتباع الإجراءات الآتية خلال محاولة الإجابة عن سؤال الدراسة:

١. ترجمة أداة الدراسة واستخراج دلالات الصدق والثبات الخاصة بها.
٢. إعداد البرامج التدريبية وتهيئتها.
٣. مراجعة إدارتي جمعية رعاية الطفل بالمفرق وجمعية إعادة التأهيل النفسي للأطفال الأحداث في الزرقاء، للحصول على التصريح والموافقة لإجراء الدراسة.
٤. تدريب المرشدتين في كل مؤسسة على إجراءات تطبيق أداة الدراسة.
٥. تطبيق أداة الدراسة على الفئة المستهدفة من الأطفال بشكل فردي بمساعدة وإشراف من المرشدة النفسية في كل جمعية، خلال الفترة ما بين ١٥/٧-٣٠/٩/٢٠١١ حيث تم استهداف ١٢١ طفلاً تراوحت أعمارهم من ١٠-١٢ سنة.
٦. تحديد ٤٨ طفلاً من حصلوا على أعلى الدرجات على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة.
٧. الالتقاء مع أسر الأطفال وتوضيح أهداف الدراسة وكيفية إجرائها والفترة الزمنية اللازمة للتطبيق.
٨. التوزيع القصدي الأفراد الدراسة على ٤ المجموعات (مجموعتين في كل جمعية).
٩. الالتقاء مع فريق العمل (المرشدة النفسية وأخصائية العلاج بالموسيقى) وعرض البرامج التدريبية، وتوضيح كيفية تطبيقها، حيث تم تدريب المرشدتين النفسيتين على كيفية تطبيق وممارسة العلاج المعرفي السلوكي خلال أسبوع، في حين كانت أخصائية العلاج بالموسيقى على علم تام بتطبيقات الموسيقى في علاج مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية.

جدول ٢

المتوسطات الحسابية والاختلافات المعيارية للأداء القبلي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

المجموعات	العلاج المعرفي السلوكي		العلاج بالموسيقى		العلاج المعرفي السلوكي		الابعاد الفرعية	
	ع	م	ع	م	ع	م		
إعادة معايشة الحدث الصادم	١,٧١	٩,٢٥	٠,٩٩	٨,٩١	١,٥	٨,٥	٠,٩٠	٨,٥٨
التجنب	٢,٣٣	١٧	٢,٩٦	١٦,٦٦	٢,٥٧	١٧,٣٣	٣,٠٤	١٦,٨٣
الإثارة الانفعالية الزائدة	٢,٧٤	١٢,٥	٢,٣١	١٢,٤١	٢,٠٣	١١,٨٣	٢,٠٥	١٣,٣٣
أعراض نفسية أخرى	٤,٥٦	٣٠,٥٨	٣,٩٤	٢٩,٥	٣,٠٧	٢٩	٢,٧٦	٣٠,٧٥
القائمة ككل	٥,٣٣	٦٩,٣٣	٦,٦٨	٦٧,٥	٤,٤٣	٦٦,٦٦	٥,٥٣	٦٩,٥

م = المتوسط الحسابي. ع = الاختلاف المعياري

جدول ٣

نتائج تحليل التباين الأحادي للأداء القبلي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

البعد	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف *
إعادة معايشة الحدث الصادم	بين المجموعات	٤,٢٢٩	٣	١,٤١٠	٠,٨٠٥
	الخطأ	٧٧,٠٨٣	٤٤	١,٧٥٢	
	الكلية	٨١,٣١٣	٤٧		
التجنب	بين المجموعات	٢,٩١٧	٣	٠,٩٧٢	٠,١٢٩
	الخطأ	٣٣١,٠٠٠	٤٤	٧,٥٢٣	
	الكلية	٣٣٣,٩١٧	٤٧		
الإثارة الانفعالية الزائدة	بين المجموعات	١٣,٧٢٩	٣	٤,٥٧٦	٠,٨٦٠
	الخطأ	٢٣٤,٢٥٠	٤٤	٥,٣٢٤	
	الكلية	٢٤٧,٩٧٩	٤٧		
أعراض نفسية أخرى	بين المجموعات	٢٥,٧٥٠	٣	٨,٥٨٣	٠,٦٤٢
	الخطأ	٥٨٨,١٦٧	٤٤	١٣,٣٦٧	
	الكلية	٦١٣,٩١٧	٤٧		
القائمة ككل	بين المجموعات	٦٩,٦٦٧	٣	٢٣,٢٢٢	٠,٧٥٣
	الخطأ	١٣٥٧,٣٣	٤٤	٣٠,٨٤٨	
	الكلية	١٤٢٧,٠٠	٤٧		

* كل قيم ف غير دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥

جدول ٤

المتوسطات الحسابية والاختلافات المعيارية للأداء البعدي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

المجموعات	العلاج المعرفي السلوكي		العلاج بالموسيقى		العلاج المعرفي السلوكي		الابعاد الفرعية	
	ع	م	ع	م	ع	م		
إعادة معايشة الحدث الصادم	١,٢٧	٩	١,٦٢	٦,٩١	٠,٩	٧,٥	٠,٧٣	٧
التجنب	٢,٣٤	١٥,٢٥	١,٤٦	١٠,١٦	٢,٣٩	١٤,٠٨	٢,٣	١٣,٧٥
الإثارة الانفعالية الزائدة	٢,٥٧	١١,٩١	١,٢٣	٨,٣٣	٢,٠٥	١٠,٧٥	١,٨٣	١١,٥
أعراض نفسية أخرى	٤,٢٧	٢٩,٥	٢,٧٣	١٧	٢,٤٢	١٩,٩١	٢,٠٢	٢١,٥
القائمة ككل	٤,١٧	٦٥,٦٦	٤,٤٢	٤٢,٤١	٤,٥١	٥٢,٢٥	٤,٣٣	٥٣,٧٥

م = المتوسط الحسابي. ع = الاختلاف المعياري

جدول ٥

تحليل التباين الأحادي لأداء أفراد الدراسة بالقياس البعدي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف
إعادة معايشة الحدث الصادم	بين المجموعات	٣٣,٥٦	٣	١١,١٩	*٧,٩٥
	الخطأ	٦١,٩٢	٤٤	١,٤١	
	الكلية	٩٥,٤٨	٤٧		
التجنب	بين المجموعات	١٧٣,٢٣	٣	٥٧,٧٤	*١٢,٣٨
	الخطأ	٢٠٥,٠٨	٤٤	٤,٦٦	
	الكلية	٣٧٨,٣١	٤٧		
الإثارة الانفعالية الزائدة	بين المجموعات	٩٢,٤٢	٣	٣٠,٨١	*٧,٨٤
	الخطأ	١٧٢,٨٣	٤٤	٣,٩٣	
	الكلية	٢٦٥,٢٥	٤٧		
أعراض نفسية أخرى	بين المجموعات	١٠٣٠,٠٦	٣	٣٤٣,٣٥	*٣٨,٤٥
	الخطأ	٣٩٢,٩٢	٤٤	٨,٩٣	

جدول ٥

تحليل التباين الأحادي لأداء أفراد الدراسة بالقياس البعدي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف
الفائمة ككل	الكلية	١٤٢٢,٩٨	٤٧	١٠٨٩,٩٧	*٥٤,١٢
	بين المجموعات	٣٢٦٩,٩٠	٣	٢٠,١٣٨	
	الخطأ	٨٨٦,٠٨	٤٤		
	الكلية	٤١٥٥,٩٨	٤٧		

* دالة عند مستوى > ٠,٠١

جدول ٦

نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية بين المتوسطات في أعراض قلق ما بعد الصدمة تبعاً لمجموعات المعالجة

مجموعات المعالجة	البعد	العلاج المعرفي السلوكي	العلاج بالموسيقى	العلاج المعرفي السلوكي	المجموعة الضابطة
إعادة معايشة الحدث الصادم	العلاج المعرفي السلوكي	-	٠,٥ -	٠,٨٣ -	*٢ -
	العلاج بالموسيقى	٠,٥ -	-	٠,٥٨ -	*١,٥ -
التجنب	العلاج المعرفي السلوكي	*٢ -	٠,٥٨ -	*١,٥ -	*٢,٠٨ -
	العلاج بالموسيقى	-	٠,٣٣ -	*٣,٥٨ -	-
الإثارة الانفعالية	العلاج المعرفي السلوكي	*٣,٥٨ -	*٣,٩٢ -	*١,١٦ -	*٥,٠٨ -
	العلاج بالموسيقى	٠,٧٥ -	٠,٧٥ -	*٣,١٦ -	٠,٤ -
أعراض نفسية اخرى	العلاج المعرفي السلوكي	٠,٤١ -	١,١٧ -	*٢,٤٢ -	٣,٥٨ -
	العلاج بالموسيقى	-	١,٥٨٣ -	٤,٥ -	*٨ -
الاداء الكلي	العلاج المعرفي السلوكي	٤,٥ -	٢,٩٢ -	*٩,٥٨ -	*١٢,٥ -
	العلاج بالموسيقى	*٨ -	١,٥ -	*١١,٣٣ -	*١١,٩ -
المجموعة الضابطة	العلاج المعرفي السلوكي	*١١,٣٣ -	*٩,٨٣ -	*١١,٣٣ -	*١٣,٤ -
	العلاج بالموسيقى	*١١,٩١ -	*١٣,٤٢ -	*٢٣,٢ -	-

* دالة عند مستوى > ٠,٠٥

التباين الأحادي وجدول ٥ يوضح ذلك.

يتضح من جدول ٥ وجود فروق ذات دلالة احصائية في الأداء البعدي على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة في جميع الأبعاد والبعد الكلي تبعاً لاختلاف مجموعات المعالجة، وللتعرف على اتجاهات الفروق تم استخدام اختبار شافيه، وجدول ٦ يوضح الفروق في المتوسطات.

يتضح من جدول ٦ بأن اتجاهات الفروق في المتوسطات الحسابية بالأداء الكلي وبعدي إعادة معايشة الحدث الصادم والأعراض النفسية الأخرى كانت ما بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي - العلاج بالموسيقى من جهة والمجموعات الأخرى من جهة أخرى ولصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي - العلاج بالموسيقى. أما فيما يتعلق ببعد أعراض التجنب، فقد كانت فروق ما بين

جميع البرامج الإرشادية والعلاجية في المجموعات الإرشادية الثلاث والمجموعة الضابطة ولصالح البرامج العلاجية. كذلك ظهرت فروق ما بين برنامج العلاج المعرفي السلوكي - الموسيقي ومجموعات العلاج الأخرى ولصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي - الموسيقي. وفيما يتعلق ببعد أعراض الإثارة الانفعالية الزائدة، فقد كانت الفروق ما بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي - الموسيقي من جهة وباقي المجموعات من جهة أخرى ولصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي - الموسيقي. إن النتائج التي تم التوصل لها تشير إلى تفوق البرنامج العلاجي الذي يدمج مابين العلاجات المعرفية السلوكية والعلاج بالموسيقى والحركة في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

مناقشة النتائج

العلاج السردي ومناقشة المشاعر والانفعالات الخاصة بالحوادث المرعبة التي تمت مشاهدتها خلال الحروب من جهة. بالإضافة إلى اشتماله على مجموعة النشاطات والأساليب غير اللفظية التي تضمنها العلاج بالموسيقى، والتي أدت إلى تسهيل التعبير عن الانفعالات والمشاعر المرتبطة بالصدمة، وهذا ما يتفق مع ما تم ذكره حول اعتبار الاطفال اللاجئين الذين يعانون من اعراض قلق ما بعد الصدمة بأنهم ضحايا الصدمات النفسية الصامتة. وبالتالي كل البرامج والفعاليات العلاجية المقترحة يجب ان تراعي تلك الخصائص المميزة لهؤلاء الأطفال وهذا ما توافر في برنامج العلاج المعرفي السلوكي - الموسيقي. أن نتائج الدراسة الحالية تشير بوضوح إلى أهمية توظيف مجموعة من النشاطات والأساليب العلاجية اللفظية وغير اللفظية ضمن الجو العلاجي الآمن لإحداث تغييرات إيجابية في متغيرات الصحة النفسية للطفل. فالتأثير العلاجي الإيجابي يجمع ما بين التعرض التدريجي الآمن للمثيرات الضاغطة من جهة، والتعبير عن الانفعالات والمشاعر المتعلقة بتلك المثيرات بشكل غير لفظي من جهة أخرى.

إن إتاحة المجال الآمن للطفل للتعبير اللفظي وغير اللفظي عن انفعالاته وأفكاره خو الحبرات الصادمة، وخاصة إذا ما رافقها فقدان أو خسارة، سيسهل عملية تعامل المعالج الفعال مع ظاهرة المقاومة العلاجية التي يظهرها الاطفال عند محاولة مناقشة مشكلاتهم وخبراتهم المؤلمة، مما يقود في النهاية إلى التنفيس الانفعالي وإعادة التوازن النفسي للطفل وإعادة اختبار الشعور بالأمن وجعله قادراً على التمييز ما بين الماضي المهدهد والواقع الآمن.

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

أظهرت نتائج الدراسة الحالية فعالية البرامج الإرشادية الثلاثة في خفض مستوى قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال، وأن دلت النتائج على فعالية عملية الدمج ما بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي ومكونات العلاج بالموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الاطفال اللاجئين مقارنة مع الاستخدام المنفرد للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالموسيقى. كذلك دلت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً في أبعاد إعادة معايشة الحدث الصادم والأعراض النفسية الأخرى والبعد الكلي لقائمة قلق ما بعد الصدمة بين المجموعات التجريبية الثلاث من جهة والمجموعة الضابطة من جهة أخرى. وتتفق نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بفعالية البرامج العلاجية في خفض اعراض قلق ما بعد الصدمة مع نتائج دراسات كل من Hasanović et al., (2011; 2000; Cohen et al., 2000; Feather & Ronan, 2009) التي اكدت على أثر برامج الارشاد والعلاج السلوكي المعرفي في خفض مستوى قلق ما بعد الصدمة لدى الاطفال. ومع نتائج دراسات كل من Raider et al., (2008; Poliaten et al., 2008) اللتان أشارتا إلى فعالية استخدام العلاج بالموسيقى إلى جانب العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الاطفال اللاجئين، بالإضافة إلى اتفاقها مع نتائج أغوايك (Uguak, 2004) التي اكدت على فعالية برامج العلاج بالموسيقى في تخفيف الاضطرابات النفسية لدى الاطفال. ولا تتفق مع نتائج دراسات كل من Baker, (2007; Jones, 2006; Gold, Wigram., & Voracek, 2007) التي اكدت دلت نتائجها على عدم فعالية برامج العلاج بالموسيقى في تخفيف الاضطرابات النفسية لدى الاطفال.

إن توفير الجو الآمن داخل الجلسات العلاجية قد يكون من أحد العوامل التي أدت إلى إحداث التغيير في اعراض قلق ما بعد الصدمة في البرامج الثلاثة، حيث يعتبر الشعور بالتهديد والخوف وعدم الاستقرار من أهم الخصائص والسمات الشخصية التي يتميز بها الاطفال اللاجئين. إن الفعاليات العلاجية والنشاطات التي اشتملت عليها البرنامج العلاجية تميزت بتوفير الجو الآمن للطفل ومساعدته على التعبير الآمن والحرقن خبراته وانفعالاته ومشاعره المرتبطة بمشاهدة أحداث القتال وأثار الدمار، والتي ساعدت على إعادة معايشة أعراض قلق ما بعد الصدمة ضمن الجو الآمن الجمعي.

وترجع نتائج فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي - العلاج بالموسيقى في الحد من جميع اعراض قلق ما بعد الصدمة لاشتماله على مجموعة من النشاطات والأساليب المتعددة، ذات طابع لفظي مثل أساليب

المراجع

References

- Ahmad, A., Sundelin –Wahlsten, V., Sofi, A., Qahar, A. & Knorring, L. (2000). Reliability and validity of a child-specific cross cultural instruments for assessing posttraumatic stress disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 285-294.
- 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.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association. (4th ed., rev.). Washington DC.
- Amir, D. (2004). Giving trauma a voice: the role of improvisational music therapy in exposing, dealing with and healing a traumatic experience of sexual abuse. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), 96-103.
- Baker, F. & Jones, C. (2006). The effect of music therapy services on classroom behaviors of newly arrived refugee students in Australia-pilots study. *The Journal of Emotional and Behavioral Difficulties*, 11(4), 249-260.
- Barton, J. (2011). Movement and mindfulness: A formative evaluation of a dance/movement and Yoga therapy program with participants experiencing severe mental illness. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 157-181.
- Brown, E., Pearlman, M. & Goodman, R. (2004). Facing fears & sadness: Cognitive-Behavioral Therapy for childhood traumatic grief. *Harvard Review Psychiatry*, 12,187-198.
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, R., Schauer, E., Elbert, T. & Neuner, T. (2009). Treating Children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9(22), 1-11.
- Cohen, J. A. (2005). Treating Traumatized children: current status and future directions. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(2), 109-121.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2010). Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy for traumatized children. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 295-311). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L. & Deblinger, E. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223.

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

ويمكن مناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء التصميم البحثي المستخدم حيث أن التصميم البحثي شبه التجريبي الموظف في الدراسة الحالية. قد يمكننا من عزو الانخفاض في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة في المجموعات التجريبية في ضوء الفعاليات والبرامج العلاجية الموظفة.

إن طبيعة الفقرات المتضمنة في بعد الأعراض النفسية الأخرى مثل مشكلات النوم أو الأكل أو المخاوف المرضية أو مشكلات العادات كمص الإبهام والحركات اللاإرادية وغيرها. قد تشير إلى الحاجة لأساليب علاجية أكثر تخصصاً لعلاج المشكلات المتضمنة في بعد الأعراض النفسية الأخرى المرتبطة بشكل غير مباشر مع مظاهر أعراض قلق ما بعد الصدمة. وقد تكون برامج تعديل السلوك المتخصصة للتعامل مع المشكلات السلوكية المختلفة للأطفال بديلاً مناسباً لما تتضمنه من فعاليات وتطبيقات لبرامج تعديل السلوك وتعليم الوالدين لأساليب التعامل السلوكي مع المشكلات السلوكية للأطفال.

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

الاستفادة من أدوات التقييم والبرامج الإرشادية الموظفة في الدراسة الحالية سواء أكانت منفردة أم تكاملية في التعامل مع مشكلات الأطفال المتعرضين للصدمة النفسية وللحوادث المرعبة. وخاصة المؤسسات ومراكز تقديم الخدمات الداعمة للأطفال اللاجئين.

تقديم الأثر النوعي للبرامج العلاجية بتطبيقها مع مجموعات أخرى من يعانون من قلق ما بعد الصدمة.

ضرورة تطبيق برامج تعديل السلوك بالتزامن مع برامج العلاج المعرفي السلوكي والموسيقى للتعامل مع الأعراض السلوكية المرتبطة بالصدمة مثل قضم الأظافر ومص الإبهام وغيرها من انماط السلوك.

- Cohen, J. & Mannarino, A. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment, 3*, 17-26.
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. & Mukanoheli, E. (2000). Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 3-21.
- 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.
- Foran, M. (2009). Listening to Music: helping children regulate their emotions and improve learning in the classroom. *Educational Horizons, 12*, 51-58.
- Gold, C., Voracek, T., & Wigram, M. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 45*(6), 1054-1063
- Gold, C., Wigram, T., & Voracek, M. (2007). Effectiveness of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A quasi-experimental study. *The Journal of Psychotherapy Research, 17*(3), 289-296.
- 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 depression in refugee children associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *Journal of Europe Child Adolescent Psychiatry, 13*, 373-380.
- Kemper, K. & Danhauer, S. (2005). Music as therapy. *Southern Medical Journal, 98* (3), 282-288.
- Kennelly, J. & Brien-Elliott, K. (2001). The role of Music Therapy in pediatric rehabilitation. *Pediatric Rehabilitation, 4* (3), 137-143.
- King, N., Tonge, J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R. & 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.
- National Child Traumatic Stress Network(2004). How to implement Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) *Learning from Research and Clinical Practice Core, Child Sexual Abuse Task Force.*
- O'Callaghan, C., Sexton, M. & Wheeler, G. (2007). Music therapy as a non-pharmacological anxiolytic for pediatric radiotherapy patients. *Australian Radiology, 51*, 159-162.
- Oras, R., Cancela De E. & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children, with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nord Journal of Psychiatry, 58*(3), 199-203.
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P. & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*, 84-90.
- Paul, S. & Ramsey, D. (2000). Music Therapy in physical medicine and rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal, 47*, 111-118.
- Poliaten, E., Jones, T., Akhaal, R., Mehraba, D., Kaseeni, J. & Jaceman, Y. (2008). The comprehensive treatment for the traumatized children and adolescents at Cambodia. *The Contemporary Psychiatry Journal, 12*(11), 398-401.
- Purdon, C. (2006). Feminist music therapy with abused teen girls. In S. Hadley (Ed.), *Feminist perspectives in Music Therapy* (pp. 205-226). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- 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, 46*(4), 274-281.
- Raider, C., Steele, W., Delillo-Storey, M., Jacobs, J. & Kuban, C. (2008). Structured sensory therapy (SITCAP-ART) for traumatized adjudicated adolescents in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth, 25*(2), 167-185.
- Rogers, P. (2003). Working with Jenny: Stories of gender, power, and abuse. In S. Hadley (Ed.), *Psychodynamic music therapy: Case studies* (pp. 123-140). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Sack, W., Seeley, R., & Clarke, N. (1997). Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer adolescent refugee project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 49-54.
- Saigh, P. (1991). The development of Posttraumatic Stress Disorder following four different types of traumatization. *Behavior Research and Therapy, 29*, 213-216.
- Sheena, N. (2004). Music Therapy for traumatized children. *Counseling & Psychotherapy Journal, 15*(6), 16-16.
- Strehlow, G. (2009). Perspectives on practice the use of music therapy in treating sexually abused

- children. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), 167-183.
- Thabet, M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 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(2013). 2013 UNHCR country operations profile - Jordan Working environment United Nations. Retrieved from: <http://www.unhcr.org/pages/49e486566.html>
- Vernberg, E. (2002). Intervention approaches following disasters. In A. M. LaGreca, W. K. Silverman, E. M. Vernberg, & M. C. Roberts (Eds), *Helping children Cope with disasters and terrorism*. (pp. 55-72). Washington, DC: American Psychological Association.
- WHO, World Health Organization (2011). *Epidemiology of mental health in disasters, WHO projections and recommendations for mental health and psychosocial support after disasters*. Retrieved from: http://www.searo.who.int/linkfiles/publications_2mhs.pdf
- Wigram, T., Nygaard, I., & Bonde, L. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. London: Jessica Kingsly Publishers.