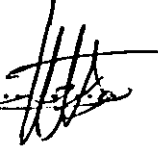




## قرار لجنة المناقشة

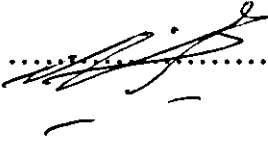
نوقشت هذه الأطروحة (تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً) وأجيزت بتاريخ 2006/5/16

التوقيع

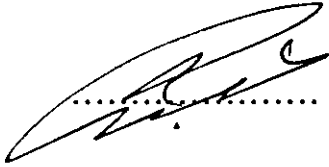
.....  


أعضاء لجنة المناقشة

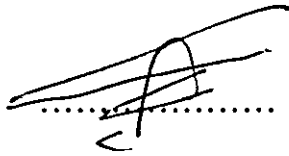
الدكتور موسى عبدالخالق جبريل، مشرفاً  
 أستاذ الصحة النفسية

.....  


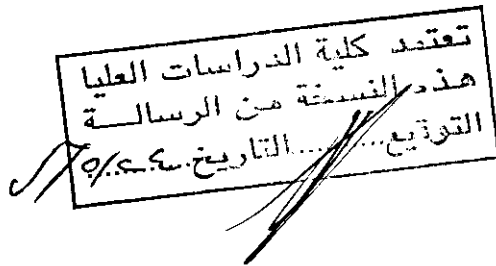
الأستاذة الدكتورة نسيمه علي داود، عضواً  
 أستاذة إرشاد نفسي وتربوي

.....  


الدكتور عادل جورج طنوس، عضواً  
 أستاذ مساعد إرشاد نفسي وتربوي

.....  


الدكتور محمد الياس بكر العزاوي، عضواً  
 أستاذ علم النفس (الجامعة الهاشمية)

تعتمد كلية الدراسات العليا  
 هذه النسخة من الرسالة  
 التوقيع..... التاريخ 2006/5/16  


## الإهداء

إلى من أستقي منه العزم لأرتقي، إلى من صبر وكافح لأعلو، إلى التاج الذي أضعه على رأسي .....أبي الغالي.

إلى أحق الناس بحسن صحبتي، إلى من حملت همي وأمدتني القوة في لحظات ضعفي، إلى من تعجز الكلمات عن وصف روعتها وعطائها وعزتها، إلى من نبض عروقي حبها.....أمي الغالية.

إلى من رويأ بعطائهما قحط أرضي، إلى من أنارا بقتاديلهما عتمة دربي، إلى دفتي هذه الرسالة،.....أخوأي محمد وعلي.

إلى من هم سندي، وبسمة فرحي، إلى من سرت معهم درب الحياه، إلى قررة عيني،.....أخوتي مها وميساء ومحمود ومصعب.

إلى من تكتمل فرحتي ووجودي بهم، إلى عيني اللتين أرى بهما الحياه جميلة، إلى أملي في الحاضر والمستقبل،.....ولداي محمد وأحمد.

إلى من كن مصدر بسمتي وأملي في عز ياسي .....صديقاتي.

اليهم جميعاً أهدي ثمرة جهدي المتواضع

مي الذويب

## شكر وتقدير

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان والامتنان لأستاذي الفاضل الدكتور موسى جبريل المشرف على هذه الرسالة على ما بذله من جهد، ولما قدمه من معلومات وارشاد نابعين من خبرته التربوية والعلمية لاجراء هذه الرسالة في أفضل صورها.

كما أتقدم بالشكر والتقدير والعرفان الى أعضاء لجنة المناقشة الأستاذة الدكتورة نسيمه داود والدكتور عادل طنوس والدكتور محمد العزاوي لتفضلهم بالمشاركة في لجنة المناقشة، ولما قدموه من توجيه وأهتمام.

وأوجه بجزيل الشكر والعرفان لمديري وباحثي وكالة الأمم المتحدة، ولأطباء المركز الوطني للصحة النفسية، وباحثي مراكز تعليم وتأهيل الأحداث، على ما قدموه لي من مساعدة في جمع عينة الدراسة.

الباحثة

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	شكر وتقدير
هـ	فهرس المحتويات
و	قائمة الجداول
ح	قائمة الملاحق
ط	الملخص باللغة العربية
1	الفصل الأول: مقدمة الرسالة وإطارها النظري
61	الفصل الثاني: الدراسات السابقة.
89	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
105	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
120	الفصل الخامس: المناقشة والتوصيات.
131	المراجع والمصادر
146	الملاحق
157	الملخص باللغة الانجليزية.

## قائمة الملاحق

الصفحة	اسم الملحق	رقم الملحق
146	مقياس القلق	1
150	مقياس الاكتئاب ٦٢٦٣٣١	2
154	مقياس تقدير الذات	3

## تقدير الذات والاكنتاب والقلق لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً

إعداد

مي شحاده علي الذويب

المشرف

الدكتور موسى جبريل

### ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر وجود والد كحولي أو مضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكنتاب والقلق لدى الأبناء، والتحقق من وجود فروق ذات دلالة في تقدير الذات والاكنتاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء المضطربين نفسياً وأبناء العاديين، والتحقق فيما إذا كانت توجد فروق لدى أبناء الكحوليين وأبناء المضطربين نفسياً تعزى لمتغيرات جنس الوالد وجنس الطفل، ونوع الاضطراب النفسي للوالد والتفاعل بينهما.

تألفت عينة الدراسة من (111) طفلاً من أبناء الكحوليين منهم 56 من الإناث و 55 من الذكور و (103) طفلاً من أبناء المضطربين نفسياً منهم 54 من الإناث و 49 من الذكور، تراوحت أعمارهم ما بين 12- 15 عاماً، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية، وروعي في عملية الاختيار أن يكون أحد الوالدين فقط كحولياً أو مضطرباً نفسياً، وكان عدد الأمهات الكحوليات 51 أما وعدد الآباء الكحوليين 60 أباً، وعدد الأمهات المضطربات نفسياً 44 أما وعدد الآباء المضطربين نفسياً 59 أباً، وتم اختيار عينة من أبناء العاديين تألفت من 200 طفلاً تكافئ عينة أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً في متغيرات العمر والجنس.

واستخدمت الدراسة المقاييس التالية:

1- مقاييس تقدير الذات: المعرب من قبل الباحثة.

2- مقياس الاكنتاب: المعرب من قبل الباحثة.

## 3- مقياس القلق: المعرب من قبل الباحثة.

وللإجابة عن أسئلة الدراسة، فقد تم استخدام الإحصائي (ت) وتحليل التباين الأحادي، بالإضافة إلى تحليل التباين الثنائي (2×2).

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة في الاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً، حيث كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين أعلى منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، بينما لم تظهر النتائج وجود فروق في تقدير الذات بين أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً، كما تبين وجود فروق ذات دلالة في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء العاديين، حيث كان تقدير الذات لدى أبناء العاديين أعلى منه لدى أبناء الكحوليين، بينما كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين أعلى منه لدى أبناء العاديين، وتبين أيضاً وجود فروق ذات دلالة في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء المضطربين نفسياً وأبناء العاديين، حيث كان تقدير الذات لدى أبناء العاديين أعلى منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، بينما كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء المضطربين نفسياً أعلى منه لدى أبناء العاديين.

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة في تأثير جنس الوالد الكحولي في الاكتئاب والقلق لدى الأبناء، حيث كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الأمهات الكحوليات أعلى منه لدى أبناء الآباء الكحوليين، بينما لم تظهر النتائج أثر لجنس الوالد الكحولي في تقدير الذات لدى الأبناء، كما تبين وجود فروق ذات دلالة في تأثير جنس الطفل في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، حيث كان تقدير الذات لدى الذكور من أبناء الكحوليين أعلى منه لدى الإناث من أبناء الكحوليين، بينما كان الاكتئاب والقلق لدى الإناث من أبناء الكحوليين أعلى منه لدى الذكور من أبناء الكحوليين، ولم تبين النتائج وجود أثر للتفاعل بين هذه المتغيرات على الأبناء، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة في تأثير جنس الوالد المضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، حيث كان تقدير الذات لدى أبناء المضطربين نفسياً أعلى منه لدى أبناء الأمهات المضطربات نفسياً، بينما كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الأمهات المضطربات نفسياً أعلى منه لدى أبناء الآباء المضطربين نفسياً، كما تبين وجود فروق ذات دلالة في تأثير جنس الطفل في تقدير الذات لدى الأبناء، حيث كان تقدير الذات لدى الذكور من أبناء المضطربين نفسياً أعلى منه لدى الإناث من أبناء المضطربين نفسياً، بينما لم تظهر النتائج



وجود أثر لجنس الطفل في الاكتئاب والقلق لدى الأبناء، ولم تبين النتائج وجود أثر للتفاعل بين هذه المتغيرات على الأبناء.

ولم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة في تأثير نوع الاضطراب النفسي للوالد في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء.

## الفصل الأول

### المقدمة والإطار النظري

تعد الأسرة من أهم المؤسسات الاجتماعية، إذ أنها تحتضن الطفل منذ سنوات عمره الأولى وهي السنوات التكوينية، التي يوضع فيها أساس العديد من خصائص الشخصية المهمة والسلوك المميز للفرد (Buehler and Gerard, 2002). ومن هنا فإن بيئة الطفل المحيطة والتي تشكل الأسرة نواتها الأولى، تمثل عاملاً هاماً في تشكيل الفرد، وتكوين اتجاهاته، وميوله، ونظرة للحياة، فإذا كانت البيئة الأسرية والأساليب التي يعامل بها الطفل مستقرة، ويتوافر للطفل فيها جو مليء بالحب والعطف والطمأنينة، فإن الطفل ينمو نمواً سليماً متوافقاً مع ذاته، ومع المجتمع الذي يعيش فيه، أما إذا كانت تلك البيئة مضطربة تعصف فيها أجواء الخصام والقلق، فإن ذلك يفضي إلى سوء التكيف النفسي والاجتماعي لديه (Criss et al., 2003).

وتجمع آراء العلماء على أهمية الأسرة في تحديد خصائص شخصية الطفل، ويتوقف أثر الأسرة في عملية التربية على عوامل تركيبها، وعلى أجوائها العاطفية، ومستواها الاجتماعي والاقتصادي، وتشكل الأسرة حجر الزاوية، في نمو الطفل، بما تتركه من بصمات واضحة في بناء شخصيات الأبناء، وفي تطورهم، ونموهم، وتعزيز إحساسهم بالأمن والثقة، وقد أصبح من الواضح تأثير الأسرة في نمو الطفل وتفتح قدراته ومستوى إنجازه وتحصيله الدراسي (Buehler and Gerard, 2002).

كما تؤثر الأسرة تأثيراً كبيراً في شخصية الطفل وسلوكه، من خلال نوع العلاقات السائدة بين الأبوين، ومن خلال العلاقة بينهما وبين الطفل، فالطفل يتفاعل في السنوات الأولى من عمره مع الأسرة أكثر من تفاعله مع أي مجتمع آخر، كما أن الطفل يكون فكرته عن نفسه وعن العالم المحيط به من خلال علاقته بالأسرة، فقد يرى نفسه محبوباً أو مرغوباً به أو منبوذاً، كفوياً أو غير كفوياً، فيكون راضياً عن نفسه أو غير راضٍ (عبدالله، 2003).

وتعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الفرد حيث إن شخصيته تبدأ في التشكل في هذه المرحلة، ويؤكد العديد من علماء النفس على أهمية هذه المرحلة والخبرات التي يمر بها الطفل (صالح، 1997). ومن المهم أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة غنية بفرص التعلم والنمو، ومن المهم أن تكون أيضاً مرحلة يغلب عليها السعادة إلا أن بعض الأطفال يعيشون في هذه المرحلة صراعات عميقة مع الآخرين ومع أنفسهم، وقد يكون ذلك بسبب الأوضاع الخاصة في بيئاتهم وأسرها مثل وجود مشكلة إيمان على الكحول أو اضطراب نفسي لدى أحد الوالدين أو كليهما (Ellis et al., 1997).

والوالدين دور أساسي ومهم في تنشئة الأطفال وحمايتهم من الاضطرابات النفسية وعدم إعاقة نموهم، ومن ثم فالوالدان اللذان لا يشبعان حاجات أطفالهم إلى الحب والعطف والحنان ويلجآن إلى العقاب الجسدي كوسيلة للتأديب، والوالدان المدمنان أو اللذان يعانيان من اضطراب نفسي، يسهمان في إصابة أبنائهم بالاضطرابات النفسية (حلاوة وشريت، 2002).

### تقدير الذات Self-Esteem

يعد تقدير الذات مفهوماً حديثاً نسبياً، وقد احتل مكانة مهمة منذ أواخر الخمسينات ضمن نظريات الذات، وهو أحد جوانب مفهوم أوسع هو مفهوم الذات Self-Concept ويشير مفهوم الذات إلى تنظيم متعدد الأوجه ومعقد لإدراكات الفرد التي تتعلق بذاته، بينما يشير تقدير الذات إلى اتجاه كلي مصمم لدى الفرد نحو ذاته يتضمن هذا الاتجاه التقييم الذي يعطيه الفرد لذاته في كليتها وخصائصها والذي يسهم في توجيه مشاعره نحو ذاته (Feshbach and Weiner, 1991).

ويرى كالهين واكوسيللا (Calhoun and Acocella 1990) أن مفهوم الذات هو وجهة نظر الشخص في ذاته، وهو يتضمن ثلاثة أبعاد هي معرفة الفرد لذاته وتوقعاته منها وتقييمه لها، ومن المهم الإشارة إلى أن عدداً ليس قليلاً من الكتاب ما زالوا يستخدمون المصطلحين ليعبرا عن الفكرة ذاتها.

كما يرى روجرز (Rogers) أن مفهوم الذات هو المجموع الكلي للخصائص التي يعزوها الفرد لنفسه، والقيم الإيجابية والسلبية التي تتعلق بهذه الخصائص (Weiten et al., 1994).

وفيما يتعلق بتقدير الذات تعد نظريتا روزنبرج (Rosenberg) وكوبر سميث (Cooper smith) من أكثر نظريات تقدير الذات أهمية، ويرى روزنبرج أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، وأن للفرد اتجاهات نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها بما في ذلك الذات. والاتجاه نحو الذات يتضمن تقييماً لها. وتقدير الذات المرتفع يشير إلى شعور الفرد بأهميته واحترامه لذاته في صورتها التي هي عليها.

أما كوبر سميث فيرى أن تقدير الذات يشير إلى اتجاه يتضمن تقييماً للذات من حيث الأهمية والقدرة، ويتسم هذا التقدير بالقبول والاستحسان أو الرفض، كما يتضمن استجابات دفاعية (جبريل، 1998).

ويشير تقدير الذات إلى القيمة التي يعطيها الأفراد لذواتهم المدركة (Rice, 1992). ويرى جيلمور Gillmore بأنه حكم ذاتي على الأهمية التي يشعر بها الفرد نحو ذاته (صفوت، 1991). أما بورن Born فيعرفه بأنه الحكم أو التقييم الذي نضعه لأفعالنا ورغباتنا، وتركز هذه الأحكام على القيم التي يعيش فيها الفرد ويؤمن بها ويتبناها، ويعرفه فريدين على أنه التصور الذي يملكه الفرد عن نفسه ومدى قدرته على مجابهة المشكلات والصعوبات (أولبستير، 1995).

ويؤكد تريجر Traeger على أهمية تقييم الذات كمكون أساسي في تقدير الذات، ويشدد على أهمية درجة اقتناع الفرد بهذا التقييم كبعد آخر (جبريل، 1998). ويرى سيمونز وآخرون (1994) Simons et al. أن تقدير الذات يتضمن عمليتين هما، تقييم الذات والشعور بجدارية الذات، حيث تشير الأولى إلى عملية القيام بحكم شعوري على الأهمية الاجتماعية للذات، استناداً إلى الانجازات الشخصية، بينما تشير الثانية إلى المدى الذي يشعر فيه الفرد بقيمته الشخصية. وفي سياق النمو يؤدي التقييم الإيجابي للذات في مواقف متعددة إلى شعور بالأهمية والجدارة.

كما يرى كيمبل (1990) Kemble أن تقدير الذات يشير إلى توقعات النجاح في مهمات لها أهمية شخصية واجتماعية . على أن نتائج البحث والدراسة تؤكد أهمية تقدير الذات في الحياة النفسية، فأصحاب تقدير الذات المرتفع أميل إلى التمتع بصحة نفسية، أما أصحاب تقدير الذات المنخفض أكثر ميلاً إلى الشعور بالنقص والصراع والقلق (Weiten et al., 1994). ويختلف تقدير الذات تبعاً للخبرات المختلفة التي يمر بها الفرد تبعاً للجنس والعمر، وبعض الظروف الأخرى، ولعل خبرات الفشل أو النجاح هي الأساس الذي يقوم عليه حكم الفرد على نفسه، أو بمعنى آخر تقييمه لذاته (أولبستير، 1995).

وتتوقف نشأة تقدير الذات على نتيجة التفاعل الاجتماعي المستمر بين الفرد والبيئة الاجتماعية المحيطة به، فيكتسب الفرد تقديره لذاته عن طريق التنشئة الاجتماعية، وللأسرة الدور الكبير في تكوين تقدير إيجابي للذات والذي يعد أحد العوامل الهامة، والتي تحدد للفرد أهدافه وطموحاته المستقبلية. وغالباً ما يتأثر تقدير الذات بمعاملة الوالدين، فآباء الأطفال ذوو التقدير المرتفع أكثر رغبة في مدح الطفل وأكثر اهتماماً به، ونادراً ما يستخدمون أسلوب الحرمان كنوع من العقاب، أما آباء الأطفال ذوي التقدير المنخفض، فهم أقل اهتماماً بالطفل، ويتسمون بالتذبذب في المعاملة ويسرفون في استخدام العقاب والتسامح (البقور، 2002).

وقد خلص سميث Smith من خلال دراسته على 1730 أسرة بهدف تحديد أنماط سلوك الكبار الذي أثر بشكل غير عادي على تقدير الذات عند الأطفال، إلى القول بأن هناك ثلاثة عوامل أساسية تسهم في بناء تقدير عال للذات عند الطفل، وهي:

- 1- أن يشعر بالمحبة والتقبل في السنوات العمرية الأولى من حياته وفي مختلف مراحل نموه بشكل غير مشروط.
- 2- أن تكون عند الأسرة قوانين حياتية جيدة ومحددة، ويتم تطبيقها بشكل متكامل ومقبول.
- 3- أن تظهر الأسرة لأطفالها الاحترام من لحظة ميلادهم وطيلة أيام حياتهم.

إذا توافرت هذه العوامل فإن الأطفال يبدأون بتكوين اتجاهاتهم عن ذواتهم بشكل إيجابي، يقوم على أساس شعورهم بأهميتهم، فتتشكل لديهم الثقة بالنفس والرغبة في تقدير ذواتهم، وأما إذا لم تتوافر هذه العوامل لهم، فإنهم سيميلون إلى الشعور بأنهم أشخاص غير

مرغوب فيهم، وأنهم أقل أهمية من غيرهم، وبناءً على هذه المعطيات، فإن تقديرهم لذواتهم لن يكون مناسباً بل وسيكون متدنياً (عبد الكريم ، 2004) .

ويرى أندرسن وآخرون Anderson et al. أن لصورة الذات لدى المراهقين أهمية تعود إلى أنها تؤدي دوراً رئيسياً في تطوير الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى المراهقين، وهي تتأثر وبشكل قوي ببيئة العائلة التي يعيش فيها المراهق (Burnett 1994b) .

## القلق Anxiety

القلق انفعال إنساني يخبره كل شخص، وهو خبرة انفعالية مكررة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد، أو يقف في موقف صراعي أو إحتياطي (كفافي، 1990). ويبدو القلق في كل حالاته على شكل توتر لدى الشخص أمام حادث ينتظر أن يقع، وأن يواجهه بخطر، وهو ينطوي على توتر انفعالي، وتصحبه أعراض نفسية وفسولوجية (رفاعي، 1989).

ويبدو أن للقلق وظيفة تكيفية، فعندما يواجه الفرد مصادر قلق من قبيل مطالب البيت أو المدرسة أو الصراعات مع الآخرين، فإن الشخص العادي يعمل على التعامل مع مثل هذه الأمور الضاغطة وتدبرها، وهنا يبدو القلق استجابة دفاعية سوية في طبيعتها وفي مآلها، إلا أن القلق عند مرحلة معينة يمكن أن يصل إلى مستوى لا يتناسب مع موضوعه، بحيث يتضرر الأداء الاجتماعي والوظيفي لدى الشخص ويسبب له كرباً شديداً، عندئذ يكون الحديث عن أنواع أخرى من القلق يصبح فيها القلق اضطراباً نفسياً (Rachman, 1998).

يعد القلق بمثابة العرض الجوهرى المشترك في أكثر الاضطرابات النفسية، بل وفي أمراض عضوية متنوعة وهو أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، ويرى الباحثون أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية (عبد الخالق، 1994).

تعددت تعريفات القلق ومراد ذلك إلى تباين التوجهات النظرية للعلماء والباحثين، وقبل

أن نعرض لبعض تلك التعريفات يجب أن نشير إلى القلق من حيث اللغة، فيشير المعجم الوسيط (1985) إلى أن قلق قلقاً: لم يستقر في مكان واحد، وقلق اضطرب وانزعج. وأقلق الهم فلاناً أي أزعجه والمقلق هو الشديد القلق.

ويشير القلق إلى شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللارادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة، والحبسة في الصدر أو ضيق في التنفس، والصداع وكثرة الحركة... إلخ (عكاشة، 1998).

كذلك يعرف القلق بأنه شعور بالخوف والتوتر وإدراك متنامٍ بوجود تهديدات غامضة موجودة في المستقبل، ويبدأ القلق عادة باستجابة الخوف وتتحول بعد ذلك إلى التوتر والتيقظ المستمر لإشارات الخطر والشعور المزمن بعدم الراحة (Riskind et al., 2005).

ويرى دولارد وميللر أن القلق هو مشاعر بغیضة مشابهة للخوف الذي يصدر بدون تهديد خارجي واضح وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية أو عرضاً لمرض جسدي ضمنى أو حالة مرضية (Walker and Roberts, 1983).

أما رايس (Rice 1992) فيشير إلى أن القلق مرتبط بالخوف، ولكنه قد ينشأ من مواقف غير سارة متخيلة أو حقيقية، فالعقل يتخيل أو يتصور ما يمكن أن يحدث، وكثيراً ما يتم تخيل الأسوأ الذي قد لا يحدث. ويعرف ديفسون وآخرون (Davison et al. 2004) القلق بأنه شعور عام غامض وغير سار، مملوء بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر ومصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية.

كما يذكر كابن وسادوك (Kaplan and Sadok 1996) أن إحساس القلق هو إحساس يمكن اعتباره طبيعياً إذ يشعر الفرد بمشاعر عدم الرضا، والإحساس بالغموض والرعب

والذي غالباً ما يصاحب ببعض الأعراض اللاإرادية مثل الصداع، وزيادة عدد ضربات القلب والشعور بالضيق في الصدر وشعور بالألم متوسطة في المعدة .

وقد حدد لويس (Lewis) الخصائص الست التالية للقلق:

- 1- إنه حالة انفعالية يرتبط به ذعر، فزع، خشية، توقع خطر وتوجس.
- 2- هذا الانفعال يتميز بأنه غير سار.
- 3- إنه انفعال موجه نحو المستقبل.
- 4- لا يوجد تهديد معروف أو محدد، أو أن التهديدات إن وجدت فعلاً فهي لا تستدعي مثل هذا الانفعال، ولا تتناسب معه بهذه الدرجة من التهويل.
- 5- هناك شكاوى جسمية ذاتية تحدث في القلق وبخاصة شعور بضيق الصدر.
- 6- يرافقه أيضاً اضطرابات وتغيرات عضوية وجسمية واضحة (قاسم، 2001).

وعلى الرغم من أن اهتمامنا ينصب على القلق المرضي، إلا أنه يجب أن نفرق بين القلق العادي والقلق المرضي، فالقلق العادي هو قلق يمر به كل الناس ويتصف بأنه موضوعي، ويعزى إلى موقفاً يسبب القلق لمعظم الناس، مثل قلق الامتحان.

أما القلق المرضي أو داخلي المنشأ فهو خوف مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضي ويستخدم مصطلح اضطراب القلق للدلالة عليه (Myers, 1995).

تتسم اضطرابات القلق بالأسى الانفعالي الشديد، والذي يرجع إلى التعرض للهجوم أو توقع الشر أو الخوف، ويحاول بعض الأشخاص أن يواجهوا هذه المشاعر بواسطة السلوك القهري، ويحاول البعض الآخر تجنب المواقف التي تثير القلق ولكن بشكل يتعارض مع الحياة العادية التي يعيشها هؤلاء الأفراد (Davison et al, 2004). ويتخذ قلق الأطفال والمراهقين شكلاً دفاعياً حول أوضاع تتعلق بأدائهم (مثلاً هل سينجحون في الامتحان، هل سيتم اختيارهم لفريق كرة القدم... إلخ)، وعادة ما يكون لديهم شكوك مزمنة حول قدراتهم مما يدفعهم دائماً



لطلب الموافقة والدعم من الآخرين (Riskind et al., 2005). وفي الحالات المرضية يظهر الأطفال أعراضاً جسدية متعددة ونقصاً في الإنجاز المدرسي وعزلة اجتماعية، واكتئاباً، كما يعجز الطفل عن الوفاء بالاحتياجات الواقعية المطلوبة في البيت والمدرسة (عبد المعطي، 2001).

### أسباب قلق الأطفال

توجد أسباب متعددة تثير القلق لدى الأطفال وقد حدد علماء النفس هذه الأسباب، ومنها ما يلي:

- 1- العامل الوراثي: فقد وجد نويز وآخرون Noyes et al نسبة تكرار عالية لاضطراب القلق العام لدى الأفراد الذين تربطهم صلة قربي، وتوضح الأبحاث التي تمت على التوائم المتماثلة الذين ينحدرون من آباء لديهم قلق عام ارتفاع نسبة القلق لدى التوائم المتماثلة مما يوحي بفكرة تأثر هذا الاضطراب بالعامل الوراثي.
  - 2- إصابة أحد الوالدين بالقلق: إذ ينتقل القلق إلى الأطفال نتيجة لتصرفات الأم أو الأب المضطرب.
  - 3- التهديد المستمر للطفل وعقابه: فكثر تهديد الطفل من قبل الوالدين أو كثرة التوبيخ أو الوعيد تجعل الطفل يعتقد أنه واقعاً لا محالة تحت طائلة العقاب، فضلاً عما تسببه قسوة الوالدين من جرح نفسي يؤدي إلى ظهور القلق لدى الأطفال.
  - 4- التعرض لمواقف الإحباط: فكثيراً ما يعاني الطفل من القلق نتيجة حرمانه من مزاوله أشياء كثيرة يتمنى إشباعها مثل: رغبة الطفل في مص الإصبع، أو رغبته في امتلاك الأم، مشاعر الطفل نحو الوالدين، ومن الظروف التي تسبب القلق مواقف الخطر من فقدان الحب.
- كما يندرج تحت الاحباطات المولدة للقلق اهتمام الأسرة الشديد بالإنجاز وعدم رضاهم حتى عندما يكون أداء الطفل مناسباً، وتفرض هذه الأسر إنجازاً أعلى من قدرات الطفل (حمودة، 1991) (Nilzon and Palmerus, 1997) .

5- الشعور بعدم الأمن نتيجة القصور العضوي: فقد يحدث القلق نتيجة لقصور الطفل الجسدي والفسولوجي وبخاصة في حالات الإعاقة البدنية والحسية، أو نتيجة لقصور نفسي يرجع إلى نوع التربية والتنشئة الاجتماعية الوالدية، فلقد عزا أدلر القلق وعدم الشعور بالأمن إلى شعور الطفل بالقصور والعجز العضوي والبدني والقصور المعنوي والاجتماعي (عبد المعطي، 2001) (Davison et al, 2004) .

### الاكتئاب Depression

الاكتئاب حالة من حالات الشعور، ولون من المزاج الذي يمكن أن يصيب الأشخاص في فترات متفاوتة من أعمارهم، فهو تجربة نفسية تعيشها كل الثقافات والحضارات (Olthmas and Emery, 2003) .

ويعاني الناس في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة، والاكتئاب منتشر في جميع الطبقات الاجتماعية، والأجناس وجماعات الأقلية، وهو شامل جداً لدرجة أنه يسمى بالبرد العام للاضطرابات النفسية، وهو على نحو التقريب شائع بين النساء ضعف شيوعه لدى الرجال (Beach, 1998) .

كما تشير معظم الدراسات المسحية في مجال الاكتئاب إلى أن حوالي 12% من المجتمع الأمريكي يعانون من الاكتئاب لمدة تزيد عن سنة، كما توصلت تلك الدراسات إلى وجود مخاطرة لتطوير الاكتئاب بنسبة تتراوح ما بين 8- 12% بالنسبة للرجال وما بين 20- 26% بالنسبة للنساء (Anderson et al, 1993).

يعرف إنجرام (Ingram 1994) الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى، ويرى مارسيلا (Marsella) الاكتئاب باعتباره مصطلحاً لوصف مزاج، وعرض، وزملة أعراض خاصة باضطرابات وجدانية، فالإكتئاب كمزاج يشير إلى حالة عابرة من الشعور بالحزن، والكآبة، واليأس، وفقدان

السعادة، والتعاسة أو انقباض الصدر. أما الاكتئاب كعرض يشير إلى شكوى غالباً ما تصاحب مجموعة من المشكلات البيولوجية النفسية والاجتماعية، والاكتئاب كزملة أعراض يشير إلى طائفة أعراض من الاختلالات البيولوجية النفسية التي تختلف في التكرار، والشدة والفترة الزمنية (عبد اللطيف، 2002).

وهذا ما دعمه روكلين (1998) Roecklein حيث يرى أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم الأهمية، والشعور بالكآبة، والحزن، والتشاؤم، ونقص النشاط، وتتضمن الاضطرابات الاكتئابية طيفاً من الاختلالات النفسية، التي تختلف في التكرار، والمدة والشدة.

أما جلبرت (2001) Gilbert, فيعرف الاكتئاب بأنه خبرة وجدانية ذاتية، أعراضها الحزن، والتشاؤم وفقدان الاهتمام، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، وفقدان الشهية والشعور بالذنب وعدم القدرة على بذل أي جهد.

ويشير ديفسون وآخرون (2004) Davison et al. إلى أن الاكتئاب حالة انفعالية تتميز بوجود حزن شديد، وشعور بعدم الأهمية، وتشاؤم وشعور بالذنب، وقلة النوم وفقدان الشهية وعدم القدرة على التمتع بأداء النشاطات اليومية.

كما يعرف بيتروفيسكي petrovesky الاكتئاب بأنه حالة من القنوط واليأس وانقطاع الأمل والخوف، يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية، وتغيرات في الدافعية أو القوى المحركة للإنسان وفي الانطباعات المعرفية، وبشكل عام في السلوك السلبي والفردية في حال كونه في حالة اكتئاب يخبر بعض الانفعالات، منها الحزن والقلق واليأس (سعد، 1994). ويستخدم مصطلح الاكتئاب لوصف مدى من الخبرات يتراوح من انخفاض المزاج الذي يمكن ملاحظته ويعدّ مؤقتاً نوعاً ما، إلى اضطراب يهدد الحياة. (Hammen, 1997).

يمكن القول إن أي منا قد يمتلكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق، أو إننا قد نشعر باضطراب يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة كالعمل وتناول الطعام والنوم، وهي من العلامات الدالة على الاكتئاب النفسي، غير أن هناك خطأ شائعاً نقع فيه حين نتوقع أن

الشخص الذي يعاني من الاكتئاب لابد أن تبدو عليه علامات الحزن والأسى الشديد بصورة واضحة للجميع، والواقع هو أن ظهور الحزن وحده ليس دليلاً على الاكتئاب أو مرادفاً لوجوده في كل الأحيان (الشربيني، 2001). فالشعور بالحزن والسعادة عادة ما يكون شعور تكيفي، مثلما يحدث عند فقدان الشخص لأشياء أو علاقات هامة (Carr, 2001).

وغالبا ما يؤثر الاكتئاب في جوانب متعددة من حياة الفرد، إذ يعمل على تعطيل إنتاجيته، ويقوض دعائم علاقاته الاجتماعية، ويحط من مستوى تقديره لذاته، كما أن الفرد يصبح أكثر عرضة للوقوع في خطر الإدمان على الكحول والعقاقير والإقدام على الانتحار، وقد تستمر معاناته إلى المراهقة والرشد إذا لم يتم علاجه مبكراً. (Stark et al., 1993).

وقد زاد الاهتمام بظاهرة الاكتئاب نتيجة الإحساس بالعدد المتزايد من الأطفال المكتئبين تحت سن الثانية عشرة، إذ تشير التقارير إلى أن هناك طفلاً من بين كل خمسة أطفال يعاني من شكل من أشكال الاكتئاب (عبد الهادي والعزة، 1999). وفي الوقت الذي كان يعتقد فيه أن الاكتئاب يقتصر على الراشدين، بينت الدراسات الحديثة أن الأطفال معرضون للإصابة به أيضاً، ليس هذا فحسب، بل قد يضرب الاكتئاب بجذوره إلى مرحلة الرضاعة (Cicchetti et al., 1998) وثمة من الشواهد ما يشير إلى أن مشكلات الاكتئاب هي أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً لدى الأطفال والمراهقين. (Lamarine, 1995).

عادة ما يظهر الاكتئاب لدى الأطفال من خلال المزاج المكتئب، وإحساس الطفل بالقنوط، المؤدي إلى العزلة والانطواء، والحديث بصوت خافت، وسرعة البكاء والتهيج، وبعض الشكاوي الجسدية، (مثل الصداع، وآلام المعدة، وتصيب العرق)، وتدهور المستوى الدراسي، والشعور بالنبذ والإهمال، والإقلال من قيمة الذات، والانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، وعدم الشعور بالرغبة في عمل أي شيء، والميل لإيذاء الذات، واضطرابات النوم (Davison et al., 2004).

وتميل اضطرابات المزاج إلى أن تكون مزمنة إذا بدأت مبكراً، البداية في الطفولة قد تكون الشكل الأكثر شدة، ويبدو أن الأسر التي تنتشر فيها اضطرابات المزاج وإدمان الكحول،

أكثر عرضة لوجود انحراف في السلوك لدى أبنائها، حيث تمتد الإعاقة الوظيفية المرتبطة بالاكْتئاب في الطفولة إلى كل مجالات العالم الاجتماعي والنفسي للطفل، كالأداء الدراسي والسلوك، والعلاقات مع النظراء، والعلاقات الأسرية (مصطفى، 1998).

### أسباب الاكْتئاب

على الرغم من صعوبة الكشف عن أسباب الاكْتئاب، إلا أن الدراسات تقترح مزيجاً من العوامل الثقافية والاجتماعية والبيولوجية، فالعوامل الثقافية تسهم في تفاوت نسب حدوث الاكْتئاب في البلدان المختلفة، وتأثير هذه العوامل قد ينعكس في اختلاف التعبير عن الاكْتئاب بين ثقافة وأخرى وفي مدى تقبل أو اعتبار مظاهر الاكْتئاب طبيعية وغير مرضية، هذا وتشير الدراسات إلى أن الدول تختلف في معدلات انتشار الاكْتئاب فيها (سرحان وآخرون، 2001) (Kendall and Hammen, 1998).

ومن الناحية الاجتماعية، فإن عوامل مثل الضغوط النفسية، قد تكون ذات علاقة بالإصابة بالاكْتئاب، هذه الضغوط قد تتضمن فقدان أحد الوالدين أو شخص مهم في حياة الفرد (سرحان وآخرون، 2001). كما أن للحالة الزوجية الوالدية، وعدد الأشقاء، والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، وانفصال الوالدين والطلاق، والاضطراب النفسي وإساءة استخدام الكحول لدى أحد الوالدين أو كليهما، وعمل الأم والتركيب الأسري، دوراً كبيراً في نشوء الاكْتئاب لدى الأطفال (Kazdin, 1990).

من الناحية الوراثية أشارت الدراسات إلى أن 40-50% من أطفال الأمهات اللواتي يعانون من الاكْتئاب يعانون أيضاً من الاكْتئاب. (Hammen, 1997).

## مفهوم الاضطرابات النفسية

منذ بداية القرن العشرين أخذ الاهتمام يتزايد بالاضطرابات النفسية والعقلية بصورة لم تلقها من قبل، فعلى الرغم من أن كتابات الأقدمين تشير إلى وجود الاضطرابات النفسية والعقلية بين الناس، إلا أن المعتقدات والتفسيرات غير العلمية التي سادت في تلك الفترات، لم تسمح بالنظر إلى تلك الاضطرابات على أنها خلل يصيب الشخص نفسه، فقد كان تفسير القدماء لاضطرابات العقل لا يخرج عن كونه مساً من الشيطان أو حلولاً لروح شريرة في جسد المريض (Carr, 2001).

## تصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية

يوجد تصنيفان أساسيان يعطيان صورة عن تقسيم الاضطرابات النفسية وهما:

- 1- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM وهو صادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية، ويعد أول دليل لتشخيص وإحصاء الاضطرابات النفسية نشر عام 1952 ويرمز إليه DSM-1 ثم نشرت الطبعة الثانية DSM-11 عام 1960، وفي عام 1980 تم نشر الطبعة الثالثة DSM-111 وظهرت فيها اضطرابات جديدة لم تشر لها الطبعة الأولى، فمثلاً لم يعد مصطلح عصائية (Neurotic) مستخدماً كصنف تشخيصي، وتم مراجعة الطبعة الثالثة ونشرت عام 1987 تحت اسم DSM-111-R وفي عام 1994 تم نشر الطبعة الرابعة تحت اسم DSM-1V وعدلت هذه الطبعة عام 2000 ونشرت تحت اسم DSM-1V-TR .
- 2- التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية: International Classification of Diseases (ICD-10) وهو صادر عن منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) عام 1987 في المملكة المتحدة (Barlow and Cross and Mcilveey, 2004), (Durand, 1995) . ويشير الجدول رقم (1) إلى الفئات الأساسية لكلا النظامين (Riskind et al., 2005).

## جدول رقم (1)

## الفئات الأساسية لكل من نظام DSM-IV-TR ونظام ICD-10

ICD-10	DSM-IV-RT AXIS-1
الاضطرابات العقلية العضوية. الفصام- اضطرابات الأوهام النمط الفصامي.	1- اضطرابات مرحلة الطفولة والمراهقة. 2- الهذيان والعتة (الخبيل) واضطرابات الذاكرة واضطرابات معرفية أخرى.
الاضطرابات السلوكية والعقلية خلال إجراء النشاط النفسي.	3- الاضطرابات المتعلقة بمواد ذات تأثير نفسي (الكحول - الأمفيتامينات، الكافيين، الكوكايين، وعقارات الهلوسة... إلخ).
الاضطرابات الإنفعالية (المزاج)	4- الفصام واضطرابات ذهانية أخرى.
الاضطرابات العصابية المرتبطة بالضغط النفسي والجسدية الشكل.	5- اضطرابات انفعالية.
الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث دائماً في الطفولة والمراهقة.	6- اضطرابات القلق.
التخلف العقلي.	7- اضطرابات جسدية الشكل (الاضطرابات التحويلية، توهم المرض... إلخ).
الاضطرابات النمائية.	8- اضطرابات مصطنعة (الحاجة إلى لعب دور المريض)
الاضطرابات في شخصية وسلوك الراشدين.	9- اضطرابات الجنس والهوية الجنسية.
الاضطرابات العقلية والتلازم السلوكي مع	10- اضطرابات الأكل.
الاضطرابات الوظيفية النفسية الاجتماعية والاضطرابات المرافقة.	11- اضطرابات النوم.
	12- اضطرابات ضبط الانفعالات غير المصنفة في الفئات الأخرى.
	13- اضطرابات التكيف.
	14- التخلف العقلي.
	15- شروط أخرى يمكن أن تكون مجالاً للاهتمام العيادي (عوامل نفسية تؤثر على الحالة الجسدية مشكلات العلاقات، مشكلات تتصل بالاضطهاد أو الإهمال.

## الفصام: Schizophrenia

هو اضطراب ذهاني يتميز باختلالات شديدة في العمليات المعرفية، واختلالات الوجدان، تفكك الشخصية، والانسحاب الاجتماعي. إن المصاب بهذا الاضطراب يفقد الصلة مع الواقع ويعيش في عالم من التخيلات التي تتضمن الهذيان (اعتقادات خاطئة عن الذات والآخرين) والهوسات (مثل سماع أصوات أو رؤية أشياء لا تحدث في الواقع، Sue et al., 2003).

والفصام اسم صاغه الطبيب النفسي السويسري بلويلر Bleuler 1911 وهو اسم مشتق من الكلمات اليونانية Schizein ومعناها انفصام و phren ومعناها العقل ولم يقصد بها انشقاق الشخصية إلى أجزاء عديدة كما في اضطراب تعدد الشخصية ولكنه قصد بها انفصال الصلات بين الوظائف النفسية المختلفة (Wortman et al., 1992). وقد عرف الأقدمون هذا الاضطراب منذ تاريخ بعيد، فقد كان كراپلين Kraepelin أول من وصف هذا الاضطراب عام 1898 وأطلق على هذا الاضطراب اسم الخرف المبكر، ووصفه بأنه مجموعة من الأعراض التي تحدث في عمر المراهقة أو بداية البلوغ متمثلة في الانسحاب والسلبية وضعف الإرادة والتناقض الوجداني وامتزاج الواقع مع الخيال. (فايد، 2003).

ويعرف الفصام بأنه مجموعة اضطرابات عقلية تشترك بأعراض أساسية متشابهة كالتفكير المفكك غير الواقعي، والانفصام العاطفي، والبعد عن الواقع والتدهور في بنية الشخصية (عبد الله، 2003).

وتتضمن الأعراض لدى الأشخاص الذين لديهم اضطراب الفصام اختلالات في مجالات رئيسية عدة مثل الأفكار، والإدراكات، والانتباه السلوكي الحركي، والوجدان، والنشاط الحياتي، ولا يوجد عرض واحد أو مجموعة محددة من الأعراض تميز جميع من لديهم اضطراب الفصام، إن مدى المشكلات لدى من يتم تشخيصهم بأنهم فصاميون عريض ومتنوع، على الرغم من أنه يكون لديهم بعض من هذه المشكلات فقط في وقت معين، وقد وجد الاختصاصيون أنه



من المفيد أن نصف الأعراض الفصامية على أنها إيجابية أو سلبية، علماً بأن المرضى عادة يكون لديهم خليط من هاتين الفئتين. (Davison et al., 2004) (Sue et al., 2003).

وفيما يلي عرض للأعراض العامة للفصام:

**الأعراض الإيجابية:** تدعى أيضاً الأعراض الذهانية، وتشير إلى تشوه يلحق بالوظائف العادية.

1- الهذيان (Delusions): وهي اعتقادات خاطئة تشير إلى انحراف في محتوى التفكير، ولا أساس لها في الواقع، كما أنها منافية للمعقول، يتمسك الفرد بهذه الاعتقادات على الرغم من وجود أدلة على عدم صحتها (Comer, 2002). بل يواصل الحديث عنها دون مبالاة بمواقف الآخرين الذين يفتنون صحتها أو يعدونها خاطئة ومنافية للمنطق (Oltmans and Emery, 2003).

2- الهلوسات (Hallucinations): وهي إدراكات حسية يخبرها الفرد، وتحدث دون منبه خارجي، فلا أساس لها في الواقع، ومن هنا فهي تعبر عن انحراف في الإدراك. إن الفرد الفصامي غير قادر على التمييز بين عالم أحيائه والعالم الواقعي (Comer, 2002). وتوجد الهلوسات في بعض الاضطرابات النفسية، مثل اضطرابات مزاج معينة، الاضطراب الذهاني قصير المدى، الاضطراب فصامي الشكل، إلا أنها أكثر غرابة في اضطراب الفصام وتقسّم إلى هلاوس سمعية وهلاوس بصرية وهلاوس شمّية وهلاوس ذوقية وهلاوس لمسية وهلاوس حشوية (Comer, 1998) (Holmes, 2002).

3- التفكير والحديث غير المنظمين: يبدي الفرد في اضطراب الفصام اضطراباً في التفكير، إفراطاً في التعابير اللفظية، ويمكن أن ينتج عن ذلك عدم التنظيم والارتباك مما يجعل الاتصال مع الآخرين أمراً في غاية الصعوبة (Comer, 2002). كما أنه يميل إلى قول أشياء لا معنى لها، والتعبير عن أفكار غير مترابطة واستخدام الكلمات بطريقة غير مألوفة، وعادة يعكس فشلهم في الاتصال اضطراباً في أنماط التفكير التي تحكم الحديث اللفظي (Oltmans and Emery, 2003).

يشتمل الحديث غير المنظم على ما يلي:

1- الخروج عن المسار: حيث ينتقل الفرد من موضوع لآخر على نحو مفاجئ وأبتر.

2- الإجابات غير ذات الصلة على بعض الأسئلة.

3- إعادة مستمرة لنفس الكلمات أو التعبيرات (DSM-IV-TR, 2000).

كما أن بعض الأفراد يقومون بابتداع كلمات تتضمن معاني تخص الشخص الذي يستخدمها فقط (Comer, 2002).

4- الاختلالات السلوكية وتشمل:

أ- السلوك غير المنظم: Disorganized Behavior يبدو السلوك المضطرب لدى الفصامي في صور عديدة تتراوح من سلوك طفولي إلى هياج غير متوقع، ويمكن ملاحظة المشكلات في أي شكل من السلوك الموجه نحو هدف، حيث يبدو السلوك قاصراً عن القيام بأمر تتعلق مثلاً بالمحافظة على الصحة، أو القيام بإعداد وجبة طعام، ويمكن أن يبدو غريباً، كأن يلبس بطريقة غير معتادة (كأن يلبس معطفاً في أيام طقسها حار جداً) أو يقوم بسلوك جنسي غير ملائم (مثل التعري في العراء) أو بهياج لا يمكن التنبؤ به، وعادة دون مسببات (مثل الصراخ أو الشتم).

ب- السلوك التخشبي: Catatonic behavior تتراوح أنماط السلوك التخشبي من نقص الحركة إلى النشاط الحركي الزائد، فأحياناً يبدي الفصامي أوضاعاً جسدية أو يقوم بحركات شاذة أو إيماءات غريبة أو تقطيب الوجه أو بكل تلك الأمور، ويبيدي بعض الأفراد نشاطاً حركياً مفرطاً، يتحركون بسرعة، يلوحون بأيديهم، يتكلمون بسرعة، وفي الطرف الآخر يتحرك الأفراد بصعوبة، يحدقون في الفضاء (أو أحياناً بأنفسهم) لمدة زمنية طويلة، إن الأشخاص في هذا الطرف لا يبدون اهتماماً بالآخرين، ويستجيبون ضمن الحد الأدنى وينشغلون دائماً بالتخيلات الشخصية وأحلام اليقظة (Cross and Mcilveey, 2004) (Sue et al, 2003).

الأعراض السلبية: تعكس الأعراض السلبية فقدان الوظائف السوية، وهي عادة تشير إلى عدم كفاية أو غياب السلوك السوي، ولهذه الأعراض آثار عميقة في حياة من لديهم اضطراب الفصام.

### أ- تسطح المشاعر: Flat Affect

وهنا لا تصدر عن الشخص الفصامي أية استجابة انفعالية لأي منبه، ربما يحدق في الفراغ، تتهدل لديه عضلات الوجه وتغيب التعبيرات الوجهية، وتكون العينان بلا حيوية، إذا تم الحديث معه يجيب بصوت منخفض وعلى وتيرة واحدة (Davison et al, 2004). يرتبط بتسطح المشاعر اضطراب آخر هو تبدل المشاعر Blunted affect الذي يشير إلى نقص في الاستجابة الانفعالية، فالشخص يظهر غضباً أو حزناً أقل من معظم الناس، وبعض الأشخاص لا يظهرون انفعالات أبداً (Comer, 2002).

### ب- قلة أو افتقار الكلام: Alogia

أن من أعراض اضطراب الفصام الفقر الملحوظ في كمية الكلام أو في محتواه، إذ يتم أحياناً العزوف عن الكلام، أما في حالة فقر محتوى الكلام، فإن كمية الكلام كافية، إلا أنه يتسم بالغموض والتكرار، ويقدم قليلاً من المعلومات (Carr, 2001).

### ت- انعدام الإرادة: Avolition:

أي عدم القدرة على بدء أو مواصلة نشاطات موجهة نحو هدف، يبقى الشخص لفترات طويلة من الوقت دون أن يبدي اهتماماً بالعمل، أو النشاطات الاجتماعية أو غيرها، كما أنه لا يهتم بصحته الجسدية، أو بأمور حياته الأخرى، ويمكن للشخص أن يجلس لوقت طويل دون أن يعمل شيئاً.

### ث- فقدان المتعة أو اللذة: Anhedonia

يظهر ذلك في نقص الاهتمامات بالنشاطات الترويحية، وفي الفشل في إقامة علاقات وثيقة مع الآخرين، وفي نقص الاهتمام بالجنس، يكون الأشخاص على وعي بهذا العرض، وهم يقررون أن النشاطات التي تبعث على السرور لدى الآخرين، ليست باعثة للمتعة أو السرور لديه (Davison et al, 2004).

## اضطرابات المزاج: Mood Disorders

تتضمن اضطرابات المزاج تلك الفئة من الاضطرابات التي تتراوح بين الاكتئاب الشديد والهوس الجامح، ويعد الاكتئاب الأكثر شيوعاً، وقد وسم نهاية القرن العشرين وفي عقد التسعينيات خاصة بأنه زمن الاكتئاب (Holmes, 1996)

ويتفق الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR,2000) والتصنيف الدولي ICD-10 على تقسيم اضطرابات المزاج إلى مجموعتين فرعيتين:

**المجموعة الأولى:** الاضطرابات الاكتئابية، أو ما يعرف بأحادية القطب، الاكتئاب هو العرض الأساسي في هذه الاضطرابات.

**المجموعة الثانية:** تشمل على فئة الاضطرابات ثنائية القطب، وفيها يحدث تناوب بين الهوس والاكتئاب، وقد أطلق على هذا الاضطراب مصطلح ثنائي القطب بسبب أن من لديهم هذا الاضطراب يبدون طرفي المزاج، وهما الاكتئاب والهوس.

ويشير الاكتئاب في حال استخدامه لوصف المزاج إلى الحزن الشديد، مشاعر عدم الجدوى وعدم الأهمية، اليأس والانسحاب، ويشير الهوس إلى المزاج المنتعش أو التهيج والنشاط الزائد (Comer, 2002).

### أ- الاكتئاب الرئيسي: Major Depression

ويعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة، حتى إن درجة شيوعه بين الأفراد تفوقت على درجة شيوع القلق، ومن جهة أخرى يعدّ من أكثر المشكلات الانفعالية التي تحدث الفرد على طلب العون والمساعدة بأنواعها النفسية والاجتماعية وكذلك الأسرية (عبد اللطيف، 2002).

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR,2000) الاكتئاب بأنه حالة مزاجية مكدرّة تعبر عن فقدان الاهتمام والمتعة في معظم الأحوال، يشعر فيه المريض بالذنب وصعوبة التركيز وفقدان الشهية للطعام وتغير الوزن وتراوده أفكار حول الموت والانتحار .

وتتضمن أعراض الاكتئاب كما يوردها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR,2000) ما يلي:

مزاج مكتئب معظم اليوم، تقريباً كل يوم، كما يتبين، أما من التقرير الذاتي (مثل مشاعر الحزن أو الفراغ) أو من ملاحظات الأشخاص الآخرين (مثل ما يبديه من بكاء ودموع). ملحوظة (لدى الأطفال والمراهقين يمكن أن يكون المزاج المتهيج).

1- تناقص ملحوظ في الاهتمامات والمسرات في كل النشاطات أو في معظمها، لمعظم اليوم وفي كل يوم تقريباً.

2- انخفاض جوهري في وزن الجسم، عندما لا يكون الفرد خاضعاً لنظام الحمية، نقص أو زيادة في الوزن (تغير لأكثر من 5% من وزن الجسم في الشهر) ملحوظة: لدى الأطفال إخفاق في تحقيق الزيادة المتوقعة في الوزن.

3- الأرق أو كثرة النوم كل يوم تقريباً.

4- التهيج أو التأخر النفس حركي (يمكن ملاحظة ذلك من قبل الآخرين وليست فقط مجرد مشاعر ذاتية من عدم الراحة أو من البطء في الأداء).

5- التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

6- الشعور بعدم الأهمية أو شعور زائد وغير مناسب بالذنب كل يوم تقريباً.

7- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم في اتخاذ القرارات كل يوم تقريباً.

8- تواتر التفكير بالموت (ليس مجرد الخوف من الموت) تصورات انتحارية أو محاولة انتحارية أو خطة محددة للانتحار (DSM- IV-TR, 2000)،(Riskind et al., 2005)

## ب- الهوس: Mania

يتصف الأشخاص الذين يعانون من نوبات الهوس بدرجة عالية من الحيوية والاندفاعية، فقد يبقون في حركة دائمة، ويتحدثون بصوت مرتفع وبشكل متواصل، ولديهم أفكار مبالغ فيها عن ذاتهم، واستمتاع همجي بالشراء أو الانخراط بلا وازع في ممارسات جنسية شاذة، وأحياناً

يكونون مسليين ومضحكين، وغالباً ما يتطفلون أو يتدخلون في شؤون الآخرين بدون مبرر (Holmes, 1998).

وتتضمن أعراض الهوس كما يوردها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR, 2000) ما يلي :

- 1- تقدير ذات متضخم أو شعور بالعظمة.
- 2- حاجة متناقصة للنوم مثل (الشعور بالراحة بعد ثلاث ساعات من النوم فقط).
- 3- زيادة الحديث عن المعتاد أو ضغط للاستمرار في الحديث.
- 4- تطاير الأفكار أو خبرة ذاتية بأن الأفكار تتدفق بسرعة.
- 5- القابلية للتشتت مثل (سهولة تحويل الانتباه إلى مثيرات خارجية غير مهمة، أو غير ذات صلة).
- 6- زيادة في النشاط الموجه نحو هدف (إما هدف اجتماعي في العمل أو المدرسة، أو جنسي أو التهيج النفسي الحركي).
- 7- الانخراط المفرط في نشاطات سارة تنطوي على احتمالات مرتفعة لنتائج مؤلمة، مثل الانخراط في مرح صاخب أو الإسراف في الشراب، أو تصرفات جنسية طائشة، أو تجارية حمقاء (Davison et al., 2004) (DSM-IV-TR, 2000).

### ج. الاضطرابات ثنائية القطب: Bipolar Disorders

كثيراً ما يعاني المريض من أعراض الاكتئاب والهوس معاً، ولكن في فترات مختلفة، إذ يمرر بالهوس والاكتئاب دورياً ويعاني المريض في هذه الحالة من خبرتين مختلفتين، تشكلا ن وجهين لنفس المرض. (Stoudemire, 1998).

أما مدمن الكحول، فهو ذلك الفرد الذي يتعاطى الكحول لأسباب علاجية أو غير علاجية وبدرجة تؤدي إلى الاعتماد الجسدي أو النفسي عليه (الشرقاوي، 1991). وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) (1992) الاعتماد على الكحول بأنه تناول الكحول إلى درجة التعارض مع الصحة الجسمية والعقلية أو مع النشاطات الاجتماعية للفرد.

ويعد الكحول من المواد المثبطة للجهاز العصبي المركزي، ويؤثر فعلياً على كل عضو وكل نظام في الجسم، فبعد أن يتم تناول الكحول فإنه يتم امتصاصه عن طريق الأغشية في المعدة، الأمعاء الدقيقة والقولون، والمعدل الذي يتم امتصاصه يعتمد على عدة متغيرات تشمل:

1- تركيز الكحول في المشروب.

2- حجم ومعدل استهلاك المادة.

3- وجود الطعام في المنظومة الهضمية (Schuchit, 2000).

وبعد أن يتم امتصاص الكحول، فإنه يتوزع على جميع أنحاء الجسم.

### تأثير الكحول والاضطرابات المرتبطة به

يورد Oltmans and Emery, (2003) مجموعة الآثار التالية لاستخدام الكحول لفترات طويلة:

1- تدهور العلاقات العائلية والاجتماعية: حيث إن الكحولي يلجأ في كثير من الأحيان إلى

العنف والانسحاب حيث يتجنب مشاركة الأسرة نشاطاتها ويتخلى عن مسؤولياته فيها.

2- عتمة الذاكرة: حيث لا يتذكر المتعاطي الأحداث التي مرت به وهو تحت تأثير

الكحول، وتختلف فترة عدم التذكر من فرد لآخر، باختلاف خصائص الفرد والكمية

التي يتم تعاطيها.

3- إن التعاطي الثقيل والمنتظم للكحول يتداخل في الأداء المهني، فالزملاء والمسئولون

يبدأون في التذمر، والمتعاطي يبدأ بإهمال ونسيان واجباته، حتى إن المتعاطي قد يستم

إيقافه عن العمل أو فصله، ويترتب على ذلك صعوبات مالية له.

4- دخول العديد من ذوي الشرب الثقيل في مشاكل قانونية مع السلطات.

5- زيادة العنف وارتباط الكحول بالجرائم. (McCreedy, et al , 1999)

6- وعلى المستوى البيولوجي، فإن استخدام مستويات عالية من الكحول يمكن أن تترك آثاراً بعيدة المدى تتعلق بوظائف العديد من الأنظمة العضوية المهمة، وبخاصة الكبد والبنكرياس، والنظام المعدي، والمعوي، ونظام القلب والأوعية الدموية (Memurran, 1994).

7- تعاطي الكحول يؤدي إلى اضطراب المزاج والقلق، والذي ينتج عن الشعور بالذنب لعدم القدرة على السيطرة على الشرب من ناحية، وسوء العلاقات العائلية بسبب التعاطي من ناحية أخرى (Schuchit, 2000).

كذلك يتباطأ الحديث ويتدهور التناسق، وتقل القدرة على حل المشكلات كما تنخفض قدرة العقل على ربط المعلومات، وبذا تصبح القدرة على الحكم ضعيفة. (شيفرو مليمان، 2001).

وتشير الأبحاث حول إدمان الكحول إلى أن درجة تعقيد مشكلات الشرب وصعوبتها تزداد بقدر تعدد المشكلات المصاحبة لها وتباينها، ومن أوضح الأدلة على تعقد مشكلات الشرب، تلك النسبة المشتركة من انتشار أمراض شرب الكحول ضمن اضطرابات وأمراض طبية أخرى، والعكس فقد كشفت بحوث عديدة عن نسبة مرتفعة من هؤلاء الذين يمكن أن يشخصوا على أنهم من الذين لديهم أساءة استخدام الكحول، يمكن أن يعانون كذلك من مشكلات واضطرابات نفسية أخرى، مما يجعلنا ننظر إلى هذه المشكلات النفسية على أنها عوامل ومتغيرات سابقة للاعتماد، أو عوامل لاحقة جاءت كمشكلات نتجت عن الاعتماد على الكحول (بارلو وآخرون، 2002).

ويشير جليسر وآخرون Glosser et al إلى أن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً والناجمة عن تعاطي الكحول، هي الاكتئاب واضطرابات القلق، وهي تحدث بنسبة 60% بين الذكور الذين يأتون طلباً للعلاج من الاعتماد على الكحول، كما تنتشر اضطرابات الشخصية المدمرة لقيم المجتمع وممتلكاته لدى 20% إلى 50% من الذكور الكحوليين، بينما تكون الإناث أكثر معاناة من الاضطرابات الاكتئابية بالمقارنة مع الذكور (Salloum, et al ,1995).



## أبناء الوالدين المدمنين على الكحول:

إدمان الكحول مشكلة صحية واجتماعية كبيرة، وتأثير هذه المشكلة يمتد فيما وراء أولئك الذين يسيئون استعمال الكحول ليؤثر على أولئك الذين يحيطون بهؤلاء المدمنين، فأبناء الكحوليين في خطر، لأن يمروا بخبرات سلبية بما في ذلك علاقة الطفل غير الآمنة مع الوالدين وعدم الثقة بالآخرين، السلوكات غير الاجتماعية، النشاط الزائد، تقدير الذات المتدني، والاكتئاب (Bush et al.,1995).

وتشير الدراسات الى أن نسبة كبيرة من أبناء الكحوليين يتعرضون لاثراً سلبية تنجم عن أموراً مثل الصراع العائلي، والإساءة الجسدية، والإهمال الأبوي، والقسوة، والنظام التأديبي الصارم، حيث ترتبط منذ الطفولة مع مشاكل داخلية مثل القلق والاكتئاب، ومع مشاكل اجتماعية، وسلوكات معادية للمجتمع، ومع مشاكل أكاديمية ( Beesley and Stoltenberg, 2002).

ويشير أدب البحث إلى أن وجود والد مدمن على الكحول يسهم في إحداث خلل في التفاعل الأسري، ويؤدي إلى سوء تكيف لدى أفراد الأسرة ( Braithwaite and Devine,1993). ويعاني أبناء المدمنين على الكحول من الضغوط النفسية الحادة، لا سيما وأن الأدمان على الكحول يؤدي إلى مشكلات في مكان العمل وإلى تدهور صحي وإلى تفاقم المشكلات الزوجية لدى المدمنين، مما يعكس سلباً على حياة الأبناء وتفاعلهم مع والديهم ومع عالمهم (Robinson and Rhoden,1998).

كما تتصف الأسر الكحولية بأنها أقل تماسكاً وتنظيماً، وأقل توجهاً نحو النشاطات العقلية والثقافية وبوجود مستويات مرتفعة من الصراع والمشكلات الانفعالية، ويعزى ذلك إلى المشاجرات المتكررة بين الوالدين ونقص الرعاية الموجهة للأطفال، وانشغال جميع أفراد العائلة بالسلوكات غير الملائمة للوالد المدمن على الكحول (Seilhamer et al.,1993).

ولا يقدم الوالدان في مثل تلك الأسر الرعاية الكافية للأبناء، كما لا يتمكنان من إشباع حاجة الأطفال إلى الحب وتقدير الذات، حيث تتصف هذه الأسر بضعف الروابط بين أفرادها، فغالباً ما يكون الوالد المدمن على الكحول غائباً عن البيت وحتى عند حضوره يكون سلوكه غير ثابت، حيث يكون سريع الغضب متصفاً بالقسوة أحياناً، بينما يتصف بالحنان ويبيدي العطف في أحيان أخرى، كما أن انتباه الشريك يكون مركزاً عليه ومشغولاً بمشاكله مما يؤدي إلى إهمال الأبناء (Leoni and Mcgaha, 1995).

ولأن كل فرد من أفراد العائلات الكحولية يتأثر بإدمان الوالد على الكحول، فإنه ليس غريباً أن أبناء الكحوليين لا يستطيعون التعايش مع الوالد غير المدمن أيضاً، إذ غالباً ما يصبح سيئ المزاج، ويشعر بالقلق ويتصف بالعصبية ويشعر بالضغط النفسي بسبب سلوكيات الشريك الكحولي، وبدون قصد ينقل هذه الانفعالات إلى الأبناء، وبسبب اتصاف الوالدين بالعصبية وسرعة التوتر، فإنهم غالباً ما يجدون أنفسهم يتشاجرون مع أولادهم بسبب أحداث أو أشياء ثانوية (Tubman, 1993).

وغالباً ما تطور زوجات الكحوليين مستويات عالية من الاكتئاب، لذلك فإن العديد من الأطفال يعيشون مع والدين اثنين يعانيان من اختلال وظيفي، وهما غير قادرين على التربية بسبب إساءة استعمال الكحول لدى المدمن، ولأن الشريك غير قادر على تزويد الطفل بالدعم النفسي، لأنه غالباً ما يعاني من شدة الاكتئاب (Bogart et al., 1994) (Robinson and Rhoden, 1998).

وتميل العائلات المدمنة على الكحول إلى استخدام استراتيجيات تحويل الصراع وليست الاستراتيجيات التي تهتم بالصراع ومعالجته، (Seilhamer et al., 1993)، ويظهر الإنكار لدى العائلة الكحولية عن طريق استراتيجية إلقاء اللوم على الآخرين، فالصراع حول إساءة استخدام الكحول يتم تحويله، وذلك بتحويل التركيز من الشخص المدمن إلى السلوك المشكل عند فرد آخر في العائلة وعادة ما يكون هذا الشخص من الأطفال (Lorion, 1990).

ويشير دوتش (1982) Deutsch إلى أن أبناء الكحوليين في سن 9 سنوات يشككون في مفاهيمهم ومفاهيم الآخرين، الذين يحاولون إقناعهم بوجود مشكلة إدمان على الكحول لدى أحد والديهم أو كليهما، وينكرون ويكذبون على رفاقهم ليغطوا الحقيقة المؤلمة المجبرين على العيش معها، فهم خجولون ومنعزلون ويشعرون بالغضب والذنب واليأس وينكرون مشاعرهم التي تتعلق بالمشكلة.

ويرى بالارد وكمغز Balard and Cumming أن هناك العديد من العوامل الشائعة في منازل الكحوليين والتي تؤدي إلى زيادة خطر تطوير مشكلات انفعالية وسلوكية لدى الأبناء، ومن هذه العوامل، عدم وجود ثبات في التعامل مع الأبناء، والتسلط، والأساليب المتشددة في ضبط سلوك الأبناء، والمبالغة في التعبير عن الانفعالات، والصراع، والاهمال، والقضاء المسؤولة على الآخرين، إذ أنه في كثير من الأحيان يتحمل أبناء الكحوليين مسؤوليات الكبار في المنزل، وقد يحاولون ضبط بيئة المنزل وذلك بهدف مساعدة الوالد الكحولي في التخلص من الإدمان (Bush et al., 1995).

كما تتميز الأسر المدمنة بالمستويات المرتفعة من التوترات، وضعف الاتصال، والانعزال عن الآخرين، وعدم الثقة بهم، والتنظيم غير الواضح، والمستويات المرتفعة من كآبة الأم، وانخفاض الدعم الاجتماعي والأداء الوظيفي (Tomori, 1994)، وغالباً ما يتصف الآباء المدمنون على الكحول باللامبالاه، إذ يمضون وقتاً أقل مع أبنائهم ولا يقدمون لهم التعزيزات المناسبة وهم أكثر ميلاً للاعتماد على العنف والقسوة. (Lorion, 1990).

وقد بينت مارجريت كورك (Margaret Cork) في دراسته أجرتها على عينة من أبناء الكحوليين ما بين عمر 10-16 عاماً أن معظم عائلات أولئك الأفراد ينقصها التكافل، وهي في اضطراب دائم ومستمر، ولم يذكر أي طفل في المقابلات التي أجرتها أن عائلته طبيعية، كما أظهرت الدراسة أن علاقات الأخوة اتسمت بالتوتر والمشاجرات والمشادات الكلامية، والتي ينتج عنها تدهم مستمر في تماسك الأسرة، كما أظهرت أن بعض أبناء الكحوليين الأكبر سناً في الدراسة أظهروا سيطرة على إخوانهم الصغار، وكان ذلك نتيجة

لمشاعر الإحباط لديهم ونزوعهم إلى السلوك العدواني ، وذكرت كورك أيضاً وجود مستويات مرتفعة من النزاعات والعلاقات المضطربة بين الإخوان والأخوات في جميع المستويات العمرية، وبدلاً من الدفء والمحبة فإن الأخوة يحملون مشاعر العداوة والتحفظ والاستياء.

وأشارت كورك إلى أن 94% من الأطفال في دراستها ذكروا أن تقلب الوالدين، وعدم ثباتهما هو المشكلة الرئيسية الناتجة عن الإدمان على الكحول، فهم غالباً ما يعطونهم وعوداً ويخلون بها خلال نوبات الشرب، مما يؤدي بالأبناء إلى الشعور بالغضب والتشوش بسبب خداعهم وتضليلهم. (Robinson and Rhoden, 1998).

وغالبا ما تتضمن ممارسات التربية عند الوالدين المدمنين السخرية والرفض والخشونة والإهمال، فقد وجد بيلهام ولانج (Pelham and Lang (1993 أن إدمان الكحول يؤثر سلباً في سلوكيات تربية الأطفال عند الوالدين، وذلك من خلال عملية تفاعل تبادلية بين الوالد المدمن والطفل، فالوالد المدمن يحتمل أن يكون عنده مفاهيم محرفة أو مغلوطة عن سلوكيات الأطفال، فالسلوك الملائم لمرحلة النمو عند طفل ما، قد يتم فهمه من قبل الوالد المدمن على أنه سلوك سلبي، وينتج عن ذلك استخدام الوالد لاستراتيجيات إدارة السلوك غير الملائمة مثل العقاب ، مما يؤدي الى أن يطور الأطفال سلوكيات غير ملائمة، ونتيجة لذلك تشتد كآبة الوالد ويزداد استهلاكه للكحول.

وقد أشار جاكوب، وآخرون Jacob et al إلى أن الأبناء عبروا عن وجود مفاهيم سلبية لديهم عن آبائهم عندما يشربون الكحول، كما أشاروا الى أن اتجاهات الأمهات المدمنات بالمقارنة مع الأمهات غير المدمنات، تكون أقل تقبلاً وأكثر رفضاً وتسلطية، كما أن لديهم مستويات مرتفعة من الاتجاهات المتصارعة. (Phyllis and Robinson, 1998).

ويشير البحث في ميدان علم نفس الطفل الى أن أبناء الوالدين ذوي الاتجاهات التسلطية وأبناء الكحوليين، أظهروا صفات متشابهة فهم أكثر انسحاباً، وعدوانية، ويسهل إرباكهم،

ومزاجيين، وغير سعادة، وشكاكين، وأكثر قلقاً، واكتئاباً، وأقل كفاءة في علاقاتهم مع الرفاق بالمقارنة مع الأطفال من أبناء الوالدين العاديين، (O'Farrell and Murphy, 1995).

وتؤكد شير Sheer أن أبناء الآباء الكحوليين يظهرون مستويات أعلى من التوتر والقلق والاكتئاب وانخفاضاً في تقدير الذات والفعالية الذاتية، وغالباً ما يشعرون بتعاطي الكحول مبكراً كوسيلة للتعامل مع الضغط النفسي والتأثيرات السلبية الأخرى الناتجة عن إدمان الوالد على الكحول (Chassin and Hussong , 1997).

ويتميز أبناء الكحوليين بوجود عدد من الخصائص التي تميزهم عن غيرهم من أبناء غير الكحوليين، مثل المستويات المرتفعة من السعي للإثارة، والاندفاع والتهور، والعصبية والمستويات المنخفضة من الاعتماد على المكافأة والتشجيع (Tomori, 1994).

ومن الجدير بالذكر أن أبناء الكحوليين يصعب تحديدهم وذلك لعدم وجود علامات مشتركة تميزهم، على خلاف الأطفال الذين يتعرضون لإساءات جسدية، أو الذين يعانون من اضطراب داون أو التوحد، الذين يمكن تحديدهم بسهولة لوجود خصائص جسمية مشتركة معنية تميزهم (Windle and Searles, 1990).

إن إحدى المشكلات التي يحتمل أن تعيق تعرف العاملين على الأطفال من أبناء الكحوليين هي آلية الإنكار، إن ما نسبته 80% من أبناء الكحوليين تقريباً لا يبدون أعراضاً تشير إلى أنهم أبناء لوالدين كحوليين بسبب عملية الإنكار هذه (Miller, 1995).

وتكمن المشكلة الأخرى في أن هناك القليل من الطرق الموثوقة لتحديد أبناء الكحوليين، مما يترك مجالاً واسعاً للتفسير الشخصي من قبل العاملين في المجال. (Windle and Searles, 1990). ومع أن أبناء الكحوليين لا يسهل التعرف عليهم، فإن هناك على الأقل 20 إشارة سلوكية ونفسية يمكن ملاحظتها في الغرف الصفية تساعد العاملين في التعرف عليهم.

## أ-الإشارات السلوكية:

- 1- صعوبة التركيز.
- 2- التغيب المستمر.
- 3- العلامات المتدنية والفضل في تسليم الوظائف البيتية.
- 4- علامات منخفضة في استبانة الذكاء المعيارية.
- 5- تغيرات مفاجئة في السلوك.
- 6- إشارات الأذى الجسدي والإهمال.
- 7- سلوكيات قهرية.
- 8- الخجل والانسحاب عن الأطفال الآخرين.
- 9- الشغب وعدم التعاون مع المعلمين ورفاق الصف.
- 10- المشكلات الصحية المستمرة مثل الصداع، ألم المعدة...

## ب- الإشارات النفسية:

- 1- تدني تقدير الذات.
- 2- القلق
- 3- الاكتئاب
- 4- الغضب المكبوت.
- 5- الخوف غير المبرر
- 6- الحزن والأسى.
- 7- صعوبة في التكيف مع تغيرات الروتين.
- 8- ضعف مهارات التكيف.
- 9- الحساسية الزائدة

10- مركز الضبط الخارجي (يفسرون الأحداث باعتبارها خارج نطاق تحكمهم)  
(Christensen and Bilenberg, 2000).

وعادة ما يظهر الأطفال من المنازل التي يوجد فيها والد كحولي إشارات الاضطراب والانزعاج عندما يتغير النظام اليومي، فهم يجدون صعوبة في التكيف مع فترات التغيير أو التحولات في الرعاية اليومية، فعندما ينتهي نشاط ما ويبدأ نشاط آخر، فإن أطفال الكحوليين يجدون صعوبة في اتباع مجرى النشاط الحالي، ويبقون مثابرين على النشاط السابق أو يصبحون قلقين وعدوانيين، فالتغيرات والأحداث اليومية غير المتوقعة والتي تؤدي إلى تغييرات في الروتين اليومي المؤلف يمكن أن تسبب الاضطرابات الانفعالية لهؤلاء الأطفال (Roose et al., 1996). والغضب يمكن أن يكون الانفعال الأكثر شيوعاً الذي يلجأ إليه أبناء الوالدين الكحوليين في ردة فعلهم على تعاطي الوالد للكحول، وينشأ الغضب للأسباب الآتية:

1. رفض الوالد المدمن دعم الطفل خلال النزاعات، والخداع والرسائل المختلطة والوعد غير المنفذة.

2. تدمير ممتلكات الطفل مراراً وتكراراً فلا يوجد عندهم إحساس بالملكية الشخصية، فهي غالباً ما تكون أهداف محتملة وعرضة للتدمير في البيوت العنيفة. (Tomori, 1994).

وأبناء الكحوليين غالباً ما يكونون خائفين ومرتبين مما يحدث في المنزل، فوجود التذبذب في المعاملة لدى هذه العائلات يكفي لإحداث القلق عند أبنائهم، وعادة ما يصبح القلق والخوف ردود أفعال مألوفة عندهم في الحالات المفاجئة أو غير المتوقعة، مضافاً إلى العنف النفسي والجسدي وأحياناً الجنسي، فمعظم أبناء الكحوليين شاهدوا والدين عنيفين، والعديد منهم تم ضربه أو صفعه أو رميه أكثر من مرة، وهم أكثر ميلاً لتعميم قلقهم، وغالباً ما يطورون مخاوف غير مفسرة أو معقولة (Leoni and Mcgaha, 1995).

ويشير ويب وآخرون Webb et al إلى أن هناك مستويات مرتفعة من القلق لدى أبناء الكحوليين الذين تراوحت أعمارهم بين (5-13) سنة (Lease, 2002).

ويؤكد مورهاوس Morehouse الفكرة نفسها عندما يشير إلى أن هؤلاء الأطفال غالباً ما يكونون معرضين للعنف الأسري وهم ضحايا دائمين للإيذاء النفسي والجسدي إذ يعيش أبناء

الكحوليين في بيئة مليئة بالصراعات العاطفية والتي تسبب لهم الحيرة، والوقوع فريسة الصراع والإحباط (Leoni and Mcgaha, 1995).

وأشارت شير وآخرون Sheer et al إلى أن أبناء الكحوليين أظهروا مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة والمراهقة بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين، وتعلق هذا الأمر بكل من الاضطرابات الخارجية مثل (النشاط الزائد، وتشتت الانتباه، الجنوح، واضطرابات السلوك) والاضطرابات الداخلية مثل (الاكتئاب الرئيسي، والقلق) (Wall et al., 2002).

ويشير كمنجز والشيخ (1997) El-Sheikh and Cumming إلى أن الروابط بين مشكلات شرب الوالدين والمشكلات الداخلية (قلق واكتئاب) والخارجية (النشاط الزائد، الجنوح، تشتت الانتباه، اضطرابات السلوك) والاجتماعية لدى الأبناء يمكن تفسيرها على الأقل جزئياً من خلال حدوث الصراع الزوجي وصراع الطفل والوالد في هذه العائلات. فالأطفال من المنازل عالية الصراع بما في ذلك أبناء الكحوليين يظهرون ردود فعل وانفعالات سلبية أعلى استجابة للصراع الموجود بين الطفل والكبار، والصراع بين الكبار بالمقارنة مع نظرائهم من البيوت منخفضة الصراع. (Jacob and Windle, 2000).

ويشير ويست وروبنز West and Robbins إلى أن أبناء الوالدين الكحوليين أكثر ميلاً للإدمان المبكر على الكحول ولديهم صعوبات في ضبط الذات ويعانون من الاكتئاب والشعور بالذنب كما ان لديهم شكاوى جسدية أعلى ومستوى متدنياً من مقاومة المرض، ومستوى منخفضاً في تقدير الذات، وضعف في تكوين علاقات حميمة، كما أن لديهم ضغوطاً نفسية أعلى بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين (Hunt, 1997).

كما أن أبناء الكحوليين يذكرون عادة وجود أحداث سلبية أكثر في حياتهم بالمقارنة مع نظرائهم من أبناء غير الكحوليين، وهذه المستويات الأعلى من الأحداث السلبية في الحياة ارتبطت مع وجود مشكلات صحية ونفسية أكبر لديهم، وفي الوقت نفسه ارتبطت المستويات المرتفعة من الضغوط النفسية عند العائلات الكحولية مع المستويات المنخفضة من الأبوة



وممارستها، ومع مستويات أعلى من ممارسات تربية الأطفال السلبيه، وليس مدهشاً أن ممارسات تربية الطفل الإيجابية، قد ارتبطت مع تكيف أفضل لدى الطفل، في حين أن ممارسات تربية الطفل السلبيه ارتبطت مع التكيف الأضعف (Roosa et al., 1996).

وتدعم هذا الأمر العديد من الدراسات التي تشير إلى وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق وتدني تقدير الذات والأهداف التعليمية لدى الأبناء المراهقين للآباء الكحوليين (Tomori, 1994). كما يشير بتمان Pitman إلى أن أبناء الوالدين الكحوليين أكثر ميلاً لتطوير اضطرابات انفعالية متعددة، مثل الاكتئاب والقلق بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين (Wall et al., 2002).

وغالبا ما يؤدي إدمان الوالدين على الكحول إلى تفكك العائلة، وبسبب ذلك يقوم الأطفال بإبعاد أنفسهم عن العائلة جسمياً وانفعالياً واجتماعياً، واستراتيجيات التكيف هذه تؤدي إلى إبعاد الطفل عن المصدر الرئيسي للدعم والتنشئة وهو العائلة، والنقص الناتج عن السلامة والأمن النفسي يساعد في ظهور الاكتئاب عند هؤلاء الأطفال، وعادة ما يصف أبناء الكحوليين طفولتهم بأنها غير سعيدة، وأن ظروف عائلاتهم غير مستقرة، وتشير الدراسات إلى أنهم أكثر احتمالية بمرتين، لأن يصبحوا مكتئبين بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين (Windle and Searles, 1990).

ويشير وليم وآخرون William et al إلى أن النقص في السيطرة، وعدم القدرة على التنبؤ بالبيئة المحيطة التي يعيش فيها أبناء الكحوليين خلال مرحلة الطفولة قد ارتبط مع انخفاض تقدير الذات والاكتئاب لديهم (Bush et al., 1995)؛ ولأن التذبذب والأساليب التسلطية شائعة لدى أسر الكحوليين فمن المتوقع أن يكون أبناء الكحوليين أكثر ميلاً لتطوير الاكتئاب (Kazak and Jarmes, 1992).

ويشير برينان وآخرون Brennan et al إلى أن أبناء الكحوليين أظهروا مستويات مرتفعة من أنماط التعلق غير الآمن بشكل أكبر من أبناء غير الكحوليين ويعود ذلك إلى تعرضهم للعنف والغضب في بيئة الإدمان (El-Sheikh and Flanagan, 2001).

ويذكر كل من روبرتز وبرنت Roberts and Brent أن العلاقة بين نمط الارتباط (التعلق) والاكنتاب، تتوسطها التوجهات المختلة عن الذات وتقدير الذات. لذلك فإن تقدير الذات المتدني يكون أكثر احتمالية، لأن يرتبط مع أعراض الاكنتاب، فالتعلق غير الأمن يبدو أنه يساهم في تطوير أعراض الاكنتاب من خلال الارتباط مع المعتقدات غير الواقعية عن الذات وما ينتج عنها من مستويات تقدير الذات المتدني (Beesly and Stoltenberg, 2002).

ويشير بوست وولسن Post and Wilson أن أبناء الكحوليين في عمر المدرسة الابتدائية والمتوسطة أظهروا مستويات متدنية من تقدير الذات بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين (Christensen and Bilenberg, 2000).

وربما يعود ذلك إلى البيئة التي يعيش فيها أبناء الكحوليين، حيث التغيرات المفاجئة والمستمرة في شخصية الوالد المدمن، فهو يعطي وعوداً ولا يفي بها. وإلى شعور الطفل بالذنب ولوم الذات لاعتقاده أنه هو بطريقة ما سبب سلوك الشرب لدى الوالد، وهناك سلوكيات العنف والعداء التي تترافق مع شرب الوالد، وإحراج الطفل أمام أصدقائه، وتزعزع صورة العائلة بسبب شرب الوالد، والعلاقات المشوشة بين الطفل والوالد، كل هذه العوامل تؤدي إلى انخفاض قيمة الذات لدى الطفل، وعندما لا يعود الطفل قادراً على فصل هذه الأحداث عن شخصيته فإنه يذوتها في داخله على شكل عار وخجل وخزي، ويبدأ الطفل بالشعور بأنه غير ذي قيمة ويصبح الخجل والعار جزءاً من مفهوم الذات لديه (Phyllis and Robinson, 1998).

إن تقدير الذات المتدني يجعل المراهق عرضة لتطوير طرق دفاعية غير ملائمة وهدامة، وغالباً ما يؤدي ذلك إلى تطوير استجابات مرضية ومشاكل جسدية، وضبط ذاتي منخفض، إلى أن ينظر المراهقون إلى أنفسهم بوصفهم عاجزين، وغير مقبولين، وغير متأكدين من أدوارهم الجنسية، وغالباً ما يميلون إلى تبني وسائل غير تكيفية لتوكيد الذات، كما يقومون بسلوكيات غير ملائمة للتخلص من هذه المشاعر المؤلمة والمزعجة (Tomori, 1994)، وتشير الدراسات إلى أن المدرسة هي واحدة من البيئات الآمنة بالنسبة لهؤلاء الأطفال فهي تخلو من الصراع والتوتر بالمقارنة مع بيئة المنزل، وربما تساعد في بناء تقدير الذات لدى هؤلاء الأطفال (Phyllis and Robinson, 1998).

وأوضح ديفز وآخرون Davies et al أن الشعور بالرفض والذي يصاحب الأطفال من أبناء الكحوليين خلال طفولتهم، يميل إلى بلوغ ذروته في مرحلة المراهقة، وهذا الأمر يترك أثراً سلبياً كبيراً بسبب حاجة المراهق للاستقلال ، كما أن الشعور بالعزلة لديهم تكون أرضية مثالية لتراكم القلق ورفض الذات وعدم الثقة بالآخرين والمشاعر العدائية، مما قد يوجد أشكالاً من العدوانية، وقد يؤدي الأمر بهم إلى تعاطي الكحول للتخلص من القلق والشعور بعدم الرضى (Christensen and Bilenberg, 2000).

وعادة ما يلجأ أبناء الكحوليين الذين لا تتوافر لديهم الفرص لتعلم الاستراتيجيات اللازمة للتكيف مع القلق والاكتئاب، وبسبب تأثيرات الكحول في الأسرة يلجأون للبحث عن الراحة النفسية وتوكيد الذات والتخلص من الشعور بالدونية خارج حدود عائلاتهم. وبما أنهم لا يستطيعون الاندماج وتحقيق الذات من خلال مجموعات رفاق صحية، وبما أن حاجاتهم للقبول الاجتماعي ورغبتهم في أن يكونوا مقبولين كجزء من المجموعة أقوى بكثير من نظرائهم الذين ينشأون في بيئات أسرية صحية، فهم أكثر عرضة لتأثيرات مجموعات المراهقين الجانحين، ولإستخدام الكحول للتخلص من الضغوط النفسية، وتحسين المزاج، ويؤدي قبولهم إلى رفع تقدير الذات المتدني لديهم، كما يعوض الشرب عن نقص المهارات الاجتماعية والتي لا يمكن تعلمها من والدين كحوليين وفي نفس الوقت يعمل كوسيلة لتخفيف القلق الموجود لديهم (Windle and Searles, 1990).

ومع أن البحث السابق أشار باستمرار إلى أن أبناء الكحوليين في خطر متزايد لتطوير العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية، فإن غالبية الدراسات التي اختبرت العلاقة بين إدمان الوالدين على الكحول وتكيف أبنائهم، لم تختبر بشكل منظم التأثيرات المحتملة لتزامن الاضطراب النفسي مع تعاطي الكحول عند الوالدين، ويشير هيل وهيلر Hill and Heller إلى أن المشكلات النفسية المترامنة، مثل الاكتئاب والقلق والاعتماد على المخدرات واضطرابات الشخصية غير الاجتماعية تحدث أحياناً بين مدمني الكحول تحت العلاج وفي المجتمع (Kuperman et al., 2004).

ويقدر أن حوالي 47% من متعاطي الكحول في المجتمع يعانون من اضطراب نفسي متزامن، وتشير الدراسات إلى أن الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لديهم هي الاعتماد على المخدرات، واضطرابات الشخصية غير الاجتماعية والهوس ( Helzer and Pryzbeck, 1988). كما بينت الدراسات التي اختبرت عينات سريرية من مدمني الكحول وجود معدلات عالية من الاضطراب النفسي المتزامن لديهم، فعلى سبيل المثال وجد اوهانسن وهسلبروك ( Ohannessian and Hesslbrock 1999) أن 77% من الكحوليين في المستشفى انطبقت عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب نفسي متزامن، وتقريباً نصف المدمنات وثلث المدمنين، انطبقت عليهم معايير الاكتئاب الرئيسي، كما أن حوالي خمس المدمنات و نصف المدمنين انطبقت عليهم معايير اضطراب الشخصية غير الاجتماعية.

وبسبب وجود اضطراب نفسي متزامن لدى غالبية الكحوليين، فإن التأثير المحتمل للاضطراب النفسي المتزامن بحاجة لأخذه بعين الاعتبار عند اختبار العلاقة بين إدمان الوالدين وتكيف أبنائهم، ولا يمكن الافتراض بسهولة أن المشكلات النفسية لدى أبناء الكحوليين تعزى لإدمان الوالدين فقط، فوجود اضطراب نفسي متزامن ( كالاكتئاب، والقلق، واضطرابات الشخصية... وإدمان المخدرات) يزيد من مخاطر تطوير مشكلات نفسية وسلوكية لدى الأبناء (Neff, 1994).

وأظهر البحث أن أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات الشخصية غير الاجتماعية بالإضافة إلى إدمانهم على الكحول، أظهروا مشكلات سلوكية أكثر من الأطفال الذين يدمن والديهم على الكحول فقط، ولا يوجد لديهم اضطراب الشخصية غير الاجتماعية ( Jacob and Windle, 2000).

وتشير العديد من الدراسات إلى أن أبناء الكحوليين دون اضطراب نفسي متزامن يتشابهون في أدائهم النفسي والاجتماعي، مع أبناء المضطربين نفسياً فقط، بينما يكون أبناء الكحوليين الذين لديهم اضطراب نفسي متزامن في خطر متزايد للتعرض للمشكلات النفسية (Kuper man et al., 2004). وربما تعود الأسباب التي تجعل أبناء الكحوليين ولديهم

اضطراب نفسي متزامن في خطر كبير لتطویر مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية بالمقارنة مع أبناء الكحوليين فقط إلى مايلي:

1- أبناء الكحوليين بالإضافة إلى اضطراب نفسي متزامن، لديهم احتمالية وراثية كبيرة لتطویر اضطرابات نفسية بالمقارنة مع أبناء الكحوليين فقط (Neff, 1994).

أظهر وليمز وكورغن (1992) Williams and Corrigan في دراستهما أن لدى أبناء المضطربين نفسياً فقط، وأبناء الكحوليين ولديهم اضطراب نفسي متزامن، لديهم مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب بالمقارنة مع أبناء الكحوليين فقط، وربما يعود ذلك إلى أن النشوء في منزل والد كحولي له أثر مباشر وسلبی، ومع وصول الأطفال إلى مرحلة الرشد يقل هذا الأثر، بينما أثر النشوء في منزل والد مضطرب نفسياً يتفاقم ويزيد مع تزايد عمر الطفل.

2- أبناء الكحوليين بالإضافة إلى اضطراب نفسي متزامن، لديهم العديد من العوامل البيئية التي تختلف عن بيئة أبناء الكحوليين فقط ومن هذه العوامل:

أ- الكحوليون الذين لديهم اضطراب نفسي متزامن أقل قدرة على المحافظة على زواجهم ووظائفهم بالمقارنة مع الكحوليين الذين ليس لديهم اضطراب نفسي متزامن.

ب- وجود مستويات أعلى من الصراع والتوتر وغيرها من العوامل التي ترتبط مع المشكلات النفسية للطفل في العائلات الكحولية، بالإضافة إلى اضطراب نفسي متزامن بالمقارنة مع العائلات الكحولية فقط (Neff, 1994).

ومع أن أبناء الكحوليين في خطر متزايد لتطویر العديد من المشاكل الانفعالية وأسوء استخدام الكحول إلا أن العديد من هؤلاء الأطفال لا يمرون بمثل هذه المشكلات (Lease, 2002). وجد كل من هيسلبروك واوهانيسن (1999) Hesslbrock and Ohannessian أن أبناء الكحوليين الذين ينشأون في بيئات أكثر إيجابية لديها مستويات أدنى من الصراعات الأسرية يكونون أقل احتمالاً؛ لأن يطوروا مشكلات متعددة.

وبالإضافة إلى بيئة العائلة، فإن بيئة الرفاق ارتبطت أيضاً مع تكيف أبناء الكحوليين، فقد وجد أن دعم الأصدقاء يخفف من العلاقة بين وجود تاريخ عائلي من إدمان الكحول والتكيف

خلال سن الرشد، ويشير وندل Windell إلى أن أبناء الكحوليين أقل ميلاً لتطوير مشكلات إساءة استعمال الكحول إذا أدركوا أن لديهم مستويات عالية من دعم الرفاق، كما أن تلقي الدعم من أفراد الأسرة يزيد من احتمالية وقاية أبناء الكحوليين من إصابتهم بالاكتئاب، بينما تلقي الدعم من الأصدقاء يزيد من احتمالية وقاية الأبناء من إساءة استخدام الكحول. ( Weitzman and Chen, 2005). وتشير الدراسات إلى أن الأفراد بدون شبكة دعم جيدة أكثر ميلاً لتطوير القلق والاكتئاب؛ ولهذا السبب يمكن التنبؤ بأن مستويات القلق والاكتئاب وتقدير الذات المنخفض لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً، ستخفض إذا توافرت لهم شبكات دعم اجتماعية جيدة (Williams and Corrigan, 1992).

### الفروق بين الذكور والإناث من أبناء الكحوليين

أشارت الدراسات إلى إن تأثير وجود والد مدمن على الكحول على الأبناء يختلف تبعاً لجنس الطفل، ويشير هارفورد وباركر Harford and Parker إلى أن الإناث الراشدين من أبناء الكحوليين، أظهرن انخفاضاً في الشعور بأهمية الذات، والذي بدوره يؤدي إلى تطوير مشكلات داخلية مثل الاكتئاب والقلق وتقدير الذات المنخفض، بينما أظهر الذكور من أبناء الكحوليين مشاكل خارجية مثل الكحولية والسلوكيات المضادة للمجتمع (Domenico and Windle, 1993).

وأشارت إيمي Emmy إلى أن الإناث من أبناء الكحوليين، في خطر أكبر لتطوير الاضطرابات الانفعالية وبخاصة الاكتئاب، بينما كان الذكور من أبناء الكحوليين أكثر ميلاً لتطوير المشكلات السلوكية (Jarmas and Kazak, 1992).

### جنس الوالد المدمن على الكحول

أشار هيل وآخرون Hill et al إلى أن لجنس الوالد المدمن على الكحول تأثيراً في النتائج النفسية والسلوكية للأبناء، فقد وجد أن أبناء الأمهات الكحوليات أكثر ميلاً وبشكل متزايد لتطوير الاضطرابات النفسية، في حين أن أبناء الآباء الكحوليين لم يظهروا هذا المقدار من الخطر

المتزايد (Christensen and Bilenberg, 2000). كما وجد تشاسن وهاسنج Chassin and Hussong (1997) أن تعاطي الآباء للكحول وليس تعاطي الأمهات ارتبط بشكل مهم مع الإدمان عند الأبناء.

وأشار أوهانسين وهسلبروك (Ohannessian and Hesselbrock, 1999) إلى أن أبناء الآباء الكحوليين، أكثر ميلاً لإظهار الاضطرابات السلوكية، بينما ارتبطت الاضطرابات الانفعالية مع تعاطي الأم للكحول.

وتشير الدراسات إلى أن وجود والدين مدمنين على الكحول، يعرض الأبناء لمستويات أعلى من المشكلات الانفعالية والسلوكية، بالمقارنة مع الأبناء الذين يدمن أحد والديهم على الكحول، كما أن أبناء الوالدين الذين شفوا من الإدمان، أظهروا مستويات مشابهة لتلك التي يظهرها أبناء الوالدين غير المدمنين فيما يتعلق بالسعادة والعلاقات، وبالمقابل أظهر أبناء العائلات التي ينتكس فيها الوالد الكحولي مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق، ومشكلات عقلية وجسمية خطيرة بالمقارنة مع أبناء الكحوليين (Kuperman et al., 2004).

وقدر لابلالم وآخرون ( Lapalme et al. ( 1997 ) أنه بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة، فإن أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطراب نفسي ثنائي القطب، أكثر احتمالاً بنسبة 2.6 مرة لتطویر اضطراب نفسي، وأكثر بنسبة أربعة أضعاف لتطویر اضطراب انفعالي.

وقد أشار نوكتزلين وداوسون Nuechterlein and Dawson إلى وجود عبء كبير تتحمله أسرة الشخص الذي يعاني من اضطراب نفسي مزمن، ويذكر رودلف Rudolf أن معايشة فرد يعاني من اضطراب نفسي مزمن يؤدي بشكل أو بآخر إلى أنواع من الشدة، والتي تؤدي بدورها إلى اضطراب الحياة الأسرية والاجتماعية للأفراد المعاشين للمريض، حيث يميلون إلى العزلة، والشعور بالقلق، والخوف، والشعور بالذنب، والإحساس بالدونية، وكل ذلك يسهم في نشوء اضطرابات نفسية لأقارب المريض (Ahern, 2003).

ويشير ميلر ( Miller ( 1995 ) إلى أن التكاليف النفسية لوجود قريب يعاني من اضطراب نفسي مزمن قد تتضمن الإحراج من الشخص المضطرب نفسياً أو سلوكاته، الغضب والاكنتاب وأخيراً الشعور بالارتباك بسبب كثافة حاجات المضطرب نفسياً،(حتى عندما يرفض تقبل المساعدة) .

ويشير كم هائل من البحوث إلى أن أعراض الاضطراب النفسي عند الوالدين تنعكس على تفاعلات العائلة، وتفاعل الطفل والوالدين، والتأثير في طبيعة ونوعية الرعاية، والذي بدوره يترك أثراً بعيدة المدى في العائلة (Wuerker, 1996).

وسوف نركز أولاً على الاكنتاب والفصام لدى الوالدين وهذه الأشكال من الاضطرابات النفسية لاقت اهتماماً بالغاً وبحثاً تجريبياً، ثم نتناول بعد ذلك اضطراب القلق وهو لم يلق اهتماماً مماثلاً إلا أنه من المتوقع أن تكون له آثار مماثلة .



إن وجود الاضطراب النفسي لدى أحد الوالدين أو كليهما عادة ما يؤثر على حياة العائلة بكاملها، فالوالدين المضطربين نفسياً عادة ما يتصفون بأنهم سريعو الغضب، منسحبون، وغير قادرين على تحمل المسؤولية، وفي امراض مثل الفصام والاكتئاب يحدث تعطل في الإدراك وانحراف في السلوك يؤدي بدوره إلى إهمال الوالد المضطرب لواجباته المنزلية وعنايته بالأطفال. (Ostman and Hanson, 2002).

ويشير راتر وزملاؤه Ratter et al إلى وجود علاقة بين المنزل المضطرب وبين وجود اضطرابات نفسية لدى الأطفال، ويعود راتر لينكر أن العديد من الدراسات تشير إلى أن الأطفال الذين يعانون والديهم من اضطرابات نفسية يعتبرون من الأطفال المهددين بالإصابة باضطرابات نفسية ووظيفية (Barrowski and Bristor, 2002).

كما تشير الدراسات إلى أن أبناء المضطربين نفسياً سيشكلون مجموعة معرضة لخطر تطوير مشاكل نفسية واجتماعية، وبنسبة الضعف بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين ليس لديهم تاريخ من الاضطرابات النفسية، وبخاصة فإن أبناء الوالدين المضطربين نفسياً أظهروا ضعفاً في الجوانب الاجتماعية والأكاديمية ومستويات مرتفعة من الضغوط والتوترات النفسية، بالإضافة إلى العديد من الاضطرابات النفسية. (Larsson et al, 2000).

أن أبناء المضطربين نفسياً في خطر متزايد لتطوير مشكلات في الصحة النفسية، بما في ذلك تأخر في النمو الجسمي، واضطرابات السلوك، والقلق، وتقدير الذات المتدني، كما أنهم معرضون لخطر الإصابة بالاضطرابات الانفعالية في مرحلة الرشد، ووجد مارلو Marlow أنه رغم الصعوبات طويلة وقصيرة المدى التي تم توثيقها لدى أبناء المضطربين نفسياً، فإن المشكلات لديهم لم تكن واضحة لمن يقومون بتقديم الخدمات الصحية، بسبب تركيزهم على الوالد المضطرب نفسياً (Cowling et al. , 1995).

ويشير أدب البحث المتعلق بأبناء المضطربين نفسياً، إلى أن الاكتئاب أو الفصام لدى أحد الوالدين يرتبط مع المستويات المرتفعة من الاضطرابات السلوكية، ووجود أعراض

لاضطرابات نفسية، وضعف في التحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية وصعوبات في الفهم والتعلم، والشعور بالازدراء وعدم الاحترام من الآخرين، وتجنب الغرباء، والانسحاب والقلق، الخوف، وصعوبات تتعلق بعلاقات هؤلاء الأطفال مع المدرسين، وعدم القدرة على الصبر، ومشكلات صحية مقارنة بنظرائهم من أبناء الوالدين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة (Larsson et al, 2000).

ويشير فاين وزملاؤه Fine et al إلى أن النشوء في منزل يعاني فيه أحد الوالدين أو كليهما من الاضطرابات النفسية، يؤدي إلى انخفاض كبير في تقدير الذات ومستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق، وربما يعود ذلك إلى افتقار الوالدين المضطربين نفسياً إلى المهارات الاجتماعية والتكيفية، والذي يؤدي عادة إلى انقطاعهم عن العمل أو عدم مقدرتهم على الاستمرار في الوظيفة، وإلى عدم المحافظة على روابط عائلية قوية، وأكثر من ذلك يعاني هؤلاء المرضى من مستويات مرتفعة من الإثارة والسلوكيات الشاذة وغير الاجتماعية، ويفتقرون لشبكات اجتماعية داعمة (Williams and Corrigan, 1992).

كما أن وجود المستويات المرتفعة من التوترات بالإضافة إلى سلبية الوالد المضطرب نفسياً، والأعراض المرضية لديه تزيد من احتمالية ظهور أعراض مرضية لدى الأبن وخاصة الاكتئاب، بالإضافة إلى ظهور مشكلات سلوكية مقارنة بنظرائهم من أبناء الآباء الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة (Hammen et al, 1991).

ومن الجدير بالذكر أن وجود الاضطراب النفسي لدى الأب من الأمور التي تؤدي إلى اضطراب دوره وهذا يؤدي إلى خفض التجارب التي يتعرض لها، مما قد يفقده دوره كمصدر للخبرات ويصبح الاضطراب النفسي عند الوالد عاملاً مؤثراً في تكيف أبنائه، فضعف ثقة الأبناء بوالديهم كمصدر للخبرات، قد تؤدي إلى ظهور أعراض الانسحاب أو القلق أو الإحباط لديهم (Ostman and Hansson, 2002).

ويؤكد نيلسون وآخرون Nelson et al على وجود ارتباط بين المستويات المرتفعة من الاضطرابات النفسية لدى الأطفال من أبناء الوالدين المضطربين نفسياً وبين وجود اضطرابات نفسية لدى الوالدين (Garber and Frye, 2005).

ويشير أدب البحث إلى وجود وفرة في البحوث التي تناولت تأثير الاضطراب النفسي للأم وخاصة الاكتئاب في الأبناء، ويؤكد كامنجز وديفز Cummings and Davies, (1994) إلى أن اضطراب الأم يؤدي إلى إخلال في أدائها الاجتماعي والانفعالي مما يؤدي إلى خلل في تفاعلها مع أبنائها.

أن الأمهات في حالة الاكتئاب يملن إلى أن يكن عدوانيات ولا مباليات، ورفضات لأبنائهن، ويشعرن بعدم الرضا عن دورهن كأمهات، وهن أقل فهماً للحاجات النمائية لأبنائهن. (Patterson, 1990). وأشار جودمان Goodman إلى أن الأمهات المكتئبات أكثر ميلاً لوصف أبنائهن بأوصاف وعبارات سلبية، وأن أطفالهن كانوا أقل تقديراً لذواتهم (Burnett and Mccrindle, 1999).

كما وجد وايت White أن الامهات المكتئبات عزون السلوكات المشككة عند اطفالهن في مرحلة ما قبل المدرسة إلى اسباب شخصية ثابتة عند الطفل ويؤكد الباحث على ان أبناء هؤلاء الامهات لديهم اساليب عزو مماثلة لاساليب امهاتهم وان المعرفة التي تحتوي الكآبة يمكن ان تنتقل إلى هؤلاء الاطفال (Ostman and Hansson, 2002).

وتتصف اسر الأم التي لديها اكتئاب بضعف التماسك الأسري وانخفاض التعبيرية، وبوجود مستويات متزايدة من الصراعات وعدم التنظيم في تخطيط نشاطات العائلة، وأدوار ومسؤوليات أسرية غير واضحة (Bornstein, 2002). وغالباً ما تكون بيئة الأمهات المكتئبات منفردة، ويعزى ذلك لنقص المهارات الضرورية للتعامل مع الأحداث اليومية الضاغطة لديهن، ويشير فردمان Freedman إلى أن الأمهات المكتئبات يظهرن خلال تفاعلهن مع أبنائهن استجابات لفظية أقل للتعبير عن اهتمامهن، ولديهن نوعين من السلوك المنفر (مكتئب وعدواني)

ويشمل السلوك العدواني السلوكيات اللفظية الصريحة والمباشرة مثل النقد والسلوكيات غير اللفظية الصريحة مثل سرعة الغضب، بينما السلوك الكئيب يتم فهمه من خلال التركيز الكبير على الذات ويتضح ذلك في سلوكيات لفظية مثل انتقاص قيمة الذات والسلوكيات غير اللفظية مثل القلق أو الانفعالات والمشاعر الحزينة. (Richter's, 1992) (Anderson et al., 1996) .

كما أن الأمهات المكتئبات أقل قدرة على الاستجابة برقة لأطفالهن، وذكر ريد وموريسون Read and Morison أنهم نادراً ما يبتسمن ويظهرن القليل من الاتصال الجسدي مع أطفالهن، وهن أكثر سلبية وأقل إيجابية، ويوصفن عادة بأنهن أقل تلقائية ونشاطاً وصراحة بالمقارنة مع الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة (Wuerker, 1994).

ويشير بريزنتز وشيرمان Breznitz and Sherman إلى أن الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب أحادي القطب ولديهن تاريخ طويل مع الاضطراب النفسي يتميزن بنوبات غضب مرتفعة، ويملن إلى الانتقاد المستمر للأبناء مع انخفاض قدرتهن على تشجيع وتعزيز الطفل للاكتشاف واللعب، وقد تبين أن طول نوبات الاكتئاب عند الأم يؤثر في قابليتها وقدرتها في التعامل مع أطفالها، فالأمهات المكتئبات لا يتحدثن كثيراً مع أبنائهن، وهن أقل حساسية لفهم الحاجات النمائية لأبنائهن، وأكثر سلبية وعدوانية وأقل ميلاً للإنسحاب من التفاعل مع أبنائهن، وبذلك فهن أقل قدرة على تسهيل تكيف أبنائهن للاستجابة للمواقف غير المألوفة (Garber and Frye, 2005).

وغالباً ما ترتبط أنماط التربية عند الوالدين المكتئبين بالمشكلات المعرفية، الاجتماعية، والانفعالية لدى الأبناء، بالمقارنة مع أنماط تربية الوالدين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة، وتتميز أنماط التربية بوجود مهارات اجتماعية ضعيفة، وإضطرابات في الاتصال، وحساسية متدنية، وغضب، وسلبية، ونقد مستمر وأوصاف سلبية، والسلوك الثأري والانتقامي، والتطفل وحل الصراع غير الفعال (Patterson, 1990).

أن أبناء الأمهات في كل من الاكتئاب أحادي القطب والاكتئاب ثنائي القطب معرضون لخطر الإصابة بسلسلة من المشاكل الانفعالية، فمعظم التقارير تؤكد على وجود مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية لدى هؤلاء الأطفال، ووجود مشكلات في التحصيل الأكاديمي وفي علاقاتهم مع نظرائهم من الأطفال (Tessler and Gamache, 2000). وأشار جودمان ورائتي (1991) Goodman and Riniti الى وجود مستويات مرتفعة من اضطرابات المزاج وانخفاض في تقدير الذات لدى أبناء الأمهات المكتئبات.

وجد كل من بيرس وبيكر (2000) Peris and Baker أن نقد الأم لا يرتبط فقط بتطوير أعراض لمشاكل داخلية وخارجية في الصفوف من (أول إلى ثالث) وإنما أيضا ارتبطت بوجود اضطرابات الانتباه لدى الأبناء. ويشير برنت ومكرندل Burnett and (1999) McCrindle أن التفاعلات الإيجابية والجملة التي يقولها الأشخاص المهمين في حياة الطفل ولا سيما الأم قد ارتبطت مع تقدير الذات العالي، وأن التفاعلات والجملة السلبية ارتبطت مع تقدير الذات المتدني، بالإضافة إلى ذلك ارتبطت جملة الأشخاص المهمين مع حديث الأطفال عن الذات.

ويشير رادك (1998) Radke أن مشكلات الأبناء المرتبطة باكتئاب الأم لا تختفي بالضرورة مع اختفاء النوبات الاكتئابية، فالتربية عند الوالدين المكتئبين قد تكون مشكلة باستمرار إلى درجة ما، حتى عندما يكون الاكتئاب غير متواصل ويظهر عبر فترات متقطعة.

ويبدو أن هناك أدلة ثابتة ومتناسقة تشير على أن اكتئاب الأم يرتبط مع تفاعلات الأم والطفل المضطربة، وبغض النظر عن طبيعة الاضطراب النفسي للوالدين، فإن سلبية الأم مرتبطة مع المستويات المرتفعة من الاكتئاب لدى الأبناء (Lersson et al., 2000). وأشار كل من فرك وستيورت Frick and Stewart على أن أبناء الأمهات المكتئبات في خطر أكبر لتطور مدى واسع من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية (Tessler and Gamache, 2000).

أما فيما يتعلق بالفصام فإن الدراسات تشير إلى وجود تأثيرات سلبية لوجود فصامي في إطار الأسرة (Thomas and Kalucy, 2003). ويؤكد إيفانز وجرينهيل Evans and Greenhill أن الطفل الذي يعاني أحد والديه من الفصام قد يتعرض لخطر تطوير اضطرابات نفسية وبشكل ذو دلالة بالمقارنة مع أبناء العائلات التي لا يعاني الوالدين فيها من الفصام (Wuerker, 2000).

ويذكر شامة وجاد Gad and Shama أن إصابة فرد بمرض الفصام ودخوله المستشفى للعلاج يعتبر من العوامل المهددة لحياة وسعادة الأسرة، وفي دراستهما على عينة مكونة من 100 مريض فصامي لاحظ الباحثان أنه عند حدوث النكسات ودخول المريض المستشفى، يظهر على ذويهم علامات تدهور في الرعاية الذاتية، وانخفاض في القدرة على العمل وفي العلاقات الاجتماعية، وارتفاع في علامات القلق، كما وجد ارتباطاً دالاً بين انتكاسة الفصامي وبين مستوى العمل للأقارب، وبين حدوث الانتكاسة ومستوى القلق عند هؤلاء الأقارب (Bornstein, 2000).

وقد درس شاشنو Schachnow تأثير دخول الوالدين للمستشفى بسبب الإصابة بمرض الفصام على أبنائهم، فوجد أن هؤلاء الأبناء يعانون من ضغوط نفسية واضحة، وذلك لعدم فهمهم الحدث الجاري، حيث لا يتم إشراكهم في موقف اتخاذ قرار دخول الأب أو الأم للمستشفى، ومن ثم فقد وجد شاشنو أن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات في النوم واعتمادية، وسلوكيات شاذة لجذب الانتباه، وصراخ خاصة وقت النوم، وانسحاب اجتماعي، وقلق بشكل دال (Tessler and Gamache, 2000).

ويشير لي وآخرون Lee et al إلى أن أبناء الوالدين الفصاميين في عمر (2-4) سنوات أكثر ميلاً للانسحاب والعزلة وتطوير الاكتئاب بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة (Gochman, 1995).

يذكر سكورلي Scurly في استعراضة لتأثير إصابة أحد أفراد الأسرة باضطراب الفصام على باقي أفراد الأسرة، أن وجود فرد فصامي في العائلة يؤدي إلى بعض من أو كل من المظاهر التالية:

1. وجود عدم توازن شديد في العلاقات العائلية.
2. وجود خلط وتشويه في الأدوار العائلية.
3. أفراد الأسرة غالباً ما يبدون غرباء ولهم نظرة خاصة (شاذة) للعالم من حولهم.
4. يكون أفراد الأسرة غير قادرين على إقامة علاقات اعتمادية وصور ذاتية واقعية. (Cannon and Bearden, 2000).

وأظهرت بعض الدراسات وجود ضعف كبير عند الأمهات الفصاميات أثناء تفاعلهم مع أطفالهن وبشكل أكبر من الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات نفسية أخرى (Wuerker, 1994). فقد وجد ريوردان وآخرون (Riordan et al., 1999) أن الأمهات الفصاميات أكثر بعداً وغير حساسات ومتطفلات ومنتشغلات بأنفسهن، ولا مباليات ولديهن مستويات مرتفعة من الخوف والقلق ويتجنبن الاتصال مع الآخرين، ولديهن سلوكيات شاذة وغريبة، أكثر مما هو الحال لدى الأمهات المضطربات انفعالياً، كما أن أطفالهن أكثر تجنباً .

ويذكر هيل Hill أن معظم الفصاميين والمصابين بالاضطراب ثنائي القطب، يعانون من اضطرابات تتداخل مع الدور الوظيفي والاجتماعي لديهم، والذي يتداخل بالتالي في علاقة الآباء بأبنائهم ومدى التعلق بهؤلاء الأبناء، كما يؤكد أن الآباء المنشغلين بضلالتهم ومخاوفهم وانشغالاتهم الخاصة تتخفف لديهم القدرة على استيعاب أبنائهم، بل وقد يهملون تماماً، كما قد ينقص إحساسهم بأبنائهم بشكل خطير وبالتالي يفقد هؤلاء الأبناء الرعاية من آبائهم وخاصة في حالة وجود النوبة الذهانية، ومن ثم فإن دور الأب يلغي تماماً. (Gopfert and Webster, 1996).

وقد أشار تايرون وزملاؤه Tyron et al إلى أنه كلما زاد احتكاك الطفل بالأب أو الأم الفصامية قلت درجة وقابلية التكيف النفسي عند الطفل (Wuerker, 2000). ويؤكد جراي وزملاءه Gray et al على أن المرضى الفصاميين لديهم صعوبة في التعرف على مستوى المعلومات، كما يقولون أنهم يفقدون القدرة على التعلم من الخبرات السابقة بحيث لا يمكنهم

التمييز بين ما هو مألوف وما هو جديد، كذلك يفقدون القدرة على تمييز العناصر المهمة ومن ثم فإنه عندما يكون طفلهم في وقت شدة، فإنهم يفقدون القدرة على التمييز بين ما يسبب هذه الشدة للطفل بشكل خاص، ومن هنا يفقد الطفل العلاقة الأبوية أو الأموية (Wuerker, 2000).

وفيما يتعلق بالأمهات الفصاميات غالباً ما يكون لديهن مفاهيم وتوقعات غير واقعية تجاه أطفالهن، فالأم تتوقع من الطفل أن يكون أكثر نضجاً ولذلك يكون قادراً على إطعام نفسه، ويكون قادراً على معرفة حاجات أمة وإشباعها وهكذا فإن عدم قدرة الطفل على تحقيق هذه التوقعات، قد يولد لدى الأم الغضب والاكتئاب، وبالتالي إهمال الطفل وإيذائه جسدياً (Wuerker, 1998b). ويرى وبستر (Webster 1992) أن عدم قدرة الأمهات الفصاميات على تحقيق أدوار الأمومة اليومية، يمكن أن يكون له تأثير خطير على حياة الأطفال اليومية، فهم غالباً ما يزودوا أنفسهم بالرعاية الجسدية، ويتبنوا مسؤوليات تشبه مسؤوليات الكبار في إدارة شؤون العائلة.

إن الأمهات الفصاميات اللواتي لديهن أعراض إيجابية بشكل واضح أكثر مثل: الهذيان، الهلوس، الكلام غير المنظم والسلوك التخشبي، أكثر عدوانية ولديهن أنماط تربية مشوشة، بينما الأمهات اللواتي لديهن أعراض سلبية أكثر مثل: الانفعال غير الواضح، ضعف الإرادة، اضطراب محتوى التفكير، فقد كانت تفاعلاتهن أسوأ في شتى الأبعاد فيما عدا العدوانية التي ارتبطت مع الأعراض الإيجابية للفصام (Bornstein, 2002).

وأشار هيويل وكومار (Hipwell and Kumar 1996) إلى أن الأمهات الفصاميات كن أثناء ملاحظة تفاعلهن مع أطفالهن أقل عفوية وتعبيرية وأكثر سلبية، ويزودن أطفالهن بالقليل من التنبيه الحركي والحسي، كما اتصفت تفاعلاتهن مع أبناءهن بالضعف والتعطل بالمقارنة مع تفاعلات الأمهات اللواتي يعانين من الاكتئاب أحادي القطب، والتفاعل الضعيف تم الحكم عليه من خلال سلوكيات الأم الملحوظة أثناء الرعاية أو التربية وفي أبعاد متعددة بما في ذلك الحفاظ على الاتصال مع الطفل، والحساسية والاستجابة والقدرة على الرعاية الروتينية.



وهناك تشابه في تأثيرات الاكتئاب والفصام لدى الوالدين في الأبناء ، وتعد أنماط التربية أكثر أهمية من الوضع التشخيصي للوالد المضطرب نفسياً في تحديد الأداء النفسي والاجتماعي للأطفال (Goodman and Brumley, 1990). وأشار ساميرون Samiron وآخرون الى أن كل من الأمهات المكتئبات والفصاميات يتميزن بأنهن أكثر عصبية وأقل عفوية وقرباً من أطفالهن، بالمقارنة مع الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة (Gochman, 1995).

ومقارنة عما هو معروف عن تفاعلات الأشخاص المكتئبين فإن أوصاف التفاعلات مع الأشخاص القلقين قليلة نسبياً، فقليل من الدراسات حاولت وصف أو تحديد بيئة الأسرة عندما تكون الأم تعاني من اضطرابات القلق إلا أن عدداً من الدراسات تشير الى ان تأثير الوالدين في تطوير اضطرابات القلق لدى المراهقين والبالغين يبدأ في عمر مبكر من حياتهم. (Miller, 1998).

وأشار سيجمان وآخرون (sigman et al. (1999) إلى أن الأمهات القلقات يتميزن بأنهن أقل دفئاً وإيجابية، وقليل ما يمنحن الاستقلالية لأبنائهن، وهن أكثر إحباطاً وميلاً للنقد مقارنة مع الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة، كما أن درجة أو مستوى القلق لدى الأم هو المتنبئ الرئيسي لدفء الأم أثناء التفاعلات، وإن مستوى القلق لدى الطفل مؤشر لمستوى منح الأم الاستقلالية لأبنائها، كما أن سلوكيات الأم أثناء التفاعلات مع طفلها، عامل رئيسي في ظهور القلق عند الأبناء بشكل أكثر دلالة من الحالة المرضية للأم. وذكر كومبس Compas أن الآباء القلقين أكثر سيطرة من غيرهم، وأن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق وصفوا ببيئات أسرهم بالسلبية، وبأنها أقل دفئاً واستقلالية (Miller, 1998).

كما أشار كندال وآخرون Kendall et al الى أن والدي الأطفال القلقين أقل ميلاً لمنح الاستقلالية لأطفالهم بالمقارنة مع والدي الأطفال غير القلقين، وأنهم أيضاً أكثر احتمالاً لأن يكونوا هم أنفسهم قلقين (Gachman, 1995).

وتتصف ببيئات العائلات التي يعاني فيها الوالدان من اضطرابات القلق، بوجود مستويات مرتفعة من الصراع والسيطرة، ضعف الدعم الأسري والتماسك، ومشاركة أقل في النشاطات الاجتماعية والترويحية، وضعف الاتصال والقدرة على حل المشكلات (Brennan et al., 2001). كما أن وجود اضطراب القلق لدى أحد الوالدين أو كليهما قد يرفع من خطر إصابة أبنائهم باضطراب مشابه في المستقبل (Bronstein, 2002).

وأشار ويسمان وآخرون Weissman et al إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق لدى أبناء الأمهات اللواتي يعانين من القلق بالمقارنة مع الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة (Larsson et al, 2000). ويصنف أبناء الوالدين القلقين أنفسهم بأنهم أكثر قلقاً وخوفاً ويظهرون سيطرة أقل على المخاطر المتعددة من أبناء الوالدين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة (Brennan et al., 2001).

وأظهرت الدراسات أن أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم اضطرابات قلق وبدرجة أكبر بحوالي سبعة أضعاف من أبناء الوالدين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة (Eley and Stevenson, 1999). كما أظهر أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات القلق، مستويات مرتفعة من القلق، والاكتئاب، تقدير ذات متدني، تفكير مضطرب ومشوش مخاوف محددة أكثر، صداقات أقل، ومستوى أعلى من سوء التكيف مقارنة مع المجموعة الضابطة (Tessler and Gamache, 2000).

وبشكل عام فإن هناك مجموعتين من المشكلات التي يمكن أن يتعرض لها أبناء الوالدين اللذين يعانين من الاضطرابات النفسية وبخاصة أبناء الوالدين المكتئبين:

1- المجموعة الأولى: وتشمل الصعوبات التي يتعرض لها الأبناء في مرحلة الطفولة، مثل المشكلات الانفعالية، المشكلات السلوكية، والمشكلات الدراسية، وأمراض جسدية وتأخر نمائي واضطرابات في الانتباه، والشعور بعدم الكفاءة والأهمية وانخفاض في القدرة على التعامل مع الأزمات الكبيرة، وعجز في تنظيم أساليب جديدة للتكيف مع المهمات التطورية أو النمائية الجديدة.

2- المجموعة الثانية: وتشمل احتمالية التعرض للمشكلات في مراحل متأخرة من العمر، كما في مرحلة الرشد كالإصابة بالاضطرابات النفسية والاضطرابات الشخصية (Miller, 1995).

ويمكن الوصول إلى استنتاج بان معظم المشكلات التي يمر بها أطفال الوالدين اللذين يعانين من الاضطرابات النفسية تبدو على أنها نتائج التأثيرات المزمنة لاضطراب الوالدين النفسي، مثل: انشغال الوالدين، التبدل العاطفي وأنماط الحياة المحدودة (Ahern, 2003).

إن الاحتمالية الكبيرة لتعرض أبناء المضطربين نفسياً للإصابة بالاضطرابات النفسية قد تعود إلى:

1- التعرض المستمر لسلوكات الأم والتي تعبر عن أعراض الاضطرابات الانفعالية لديها، مثل تقلب المزاج والقلق والانسحاب والعزلة والإدراك السلبي للذات والاهتمام المتمركز حول الذات يمكن أن يؤثر في الأبناء، فقد أشارت الأبحاث إلى أن الأم المكتئبة تتصف بأنها أقل استجابة لطفلها وأكثر تشوشاً في معظم الأحيان مقارنة مع الأم التي تتمتع بصحة نفسية جيدة، ويتحقق تأثير الأم عبر ما يلي:

أ- عدم الإشباع الكافي لحاجات الطفل من قبل الأم المكتئبة مما يؤدي إلى ضعف أو ترزعع العلاقة بين الطفل والأم، ومن ثم إلى احتمال تطور الاضطرابات النفسية لدى الطفل.

ب- تقليد الطفل لسلوك الأم المضطربة، ويتضمن ذلك أنماط العلاقات الشخصية غير الملائمة للأم، مما يجعل الطفل عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة.

2- هناك أدلة تجريبية قوية على وجود أساس بيولوجي يربط بين الاكتئاب عند كل من الوالدين والأبناء، إذا لم يكن هذا يشتمل جميع أشكال الاضطرابات النفسية الأخرى (Mcfarlane, 1998) (Andrian and Hammen, 1993).

3- الأمر الثالث يرتبط بشكل كبير بالخلافات الزوجية المتمثلة بالاضطرابات النفسية لدى الآباء والاختلال الوظيفي في البيئة الأسرية (Bornstein, 2001).

وأشار دودج وآخرون إلى أن تفاعل الأب والطفل والتفاعلات الزوجية بين الوالدين تنقطع، عندما يعاني الأب من الاكتئاب أو إساءة استخدام الكحول وتعاني الأم أيضاً من الاكتئاب، فتفاعلات الأب والطفل والتفاعلات الزوجية السلبية قد تكون مسؤولة عن الخطر المتزايد لتطوير الاضطرابات النفسية لدى الأبناء، كما أن بيئة الأسرة التي يعاني فيها كلا الوالدين من الاضطرابات النفسية يحتمل أن تكون بيئة مسببة للضغط النفسي الشديد عند الطفل، ومثل هذه البيئات يمكن أن تكون الآلية التي من خلالها يزيد الاضطراب النفسي لدى الأب والأم من احتمالية إصابة الأبناء بالاضطرابات النفسية والسلوكية (Katz et al., 2002).

### الفروق بين الذكور والإناث من أبناء المضطربين نفسياً

أظهرت الدراسات أن تأثير وجود والد مضطرب نفسياً في الأبناء يختلف تبعاً لجنس الطفل، فيرى بلمونت وآخرون (Belmont et al., 1993) أن الذكور من أبناء الأمهات المكتئبات أظهروا الاهتياج والغضب، بينما أظهرت الإناث القلق والاكتئاب بدرجة أعلى من الذكور.

وأشار كل من داوجن وبولجر (Daugan and Bloger, 1998) إلى أن الإناث من أبناء الأمهات المكتئبات أكثر ميلاً لإظهار المشكلات أو الاضطرابات الداخلية (قلق واكتئاب) بينما أظهر الذكور المشكلات الخارجية (الجنوح، اضطرابات السلوك تشتت الانتباه وضعف التركيز). بينما أشار جيمس وآخرون (James et al., 1984) إلى أن عدم وجود تأثير لجنس الطفل من أبناء الوالدين المضطربين فيما يتعلق بإصابتهم بالاكتئاب والقلق.

وأشار إيلس وجاربر (Alice and Garber) إلى أنه في حين يظهر الذكور من أبناء الوالدين المكتئبين الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة، تظهر الإناث مستويات أعلى من الاكتئاب في مرحلة المراهقة مقارنة مع الذكور (Bornstein, 2002).

## جنس الوالد المضطرب نفسياً

أشار كاتز وآخرون (2002) Katz et al إلى أن لجنس الوالد المضطرب نفسياً تأثيراً على النتائج النفسية والسلوكية للأبناء، فقد وجدوا أن اكتئاب الأم ارتبط مع المشكلات الداخلية لدى الأبناء بينما ارتبط الاكتئاب لدى الأب مع وجود المشكلات الخارجية لدى الأبناء. ويشير هوبس Hopes إلى أن اكتئاب الأم أشد أثراً في الأبناء من اكتئاب الأب، كما أن اكتئاب الأم أكثر تنبؤاً باكتئاب الإناث وبشكل ذي دلالة من اكتئاب الذكور في حين لم يتنبأ اكتئاب الأب بوجود هذه الفروق (Ostman and Hansson,2002).

وأشار كل من جونسون وجاكوب (1997) Johnson and Jacob إلى أن كآبة الأب ارتبطت مع اضطرابات أقل لدى الأبناء من كآبة الأم، وربما يعود ذلك إلى أن الأمهات المكتئبات أظهرت مستويات مرتفعة من الاضطرابات في التفاعلات الزوجية بالمقارنة مع الرجال المكتئبين.

ويؤكد كنتويل Cantwell على أن الأم التي تعاني من الفصام تؤثر على الحالة النفسية للأطفال، ويؤدي مرضها إلى اضطراب ظروفهم المعيشية بصورة أكثر شدة ووضوحاً مقارنة بالاضطراب الناتج عن إصابة الأب بالفصام. (Norman and Malla , 1993).

## أهمية الدراسة

من خلال ما سبق ذكره عن تأثير وجود والد كحولي أو مضطرب نفسياً في الأبناء تأتي هذه الدراسة للتعرف على أثر تعاطي الكحول أو الاضطراب النفسي لدى الوالدين أو أحدهما في متغيرات نفسية لدى الأبناء هي تقدير الذات والاكتئاب والقلق ، وتكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- 1- تزويد المربين والعاملين في مجال التنشئة الاجتماعية من الأهل والمعلمين، ومن المرشدين النفسيين وغيرهم بفهم أعمق لمدى تأثير إدمان أحد الوالدين أو إصابته بالاضطراب النفسي في الصحة النفسية لدى الأبناء وذلك من خلال تأثيره في تقدير الذات والاكتئاب والقلق.
- 2- إن نتائج هذه الدراسة توفر المعلومات التي توضح مدى تأثير إدمان الوالد على الكحول أو اضطرابه النفسي في الصحة النفسية لدى الأبناء وذلك من خلال تأثيره في تقدير الذات والاكتئاب والقلق.
- 3- إن نتائج هذه الدراسة توفر معلومات يمكن أن تكون منطلقاً لوضع برامج وقائية وإرشادية وإعداد استراتيجيات أفضل فيما يتعلق بتحسين الشروط التي تضمن وجود وسائل تنشئة اجتماعية أفضل وتوفير شروط بناء الصحة النفسية.
- 4- تساعد هذه الدراسة في بيان مدى تأثير الإدمان على الكحول ونوع الاضطراب النفسي في المتغيرات النفسية موضوع الدراسة تقدير الذات والاكتئاب والقلق، وعلاقة ذلك بمتغيرات الدراسة جنس الوالد وجنس الطفل.
- 5- غالباً ما تركز الدراسات العربية على الوالد الكحولي والمضطرب نفسياً وحاجاتهم، ولم تنطرق إلى تأثير وجود والد كحولي أو إلى بيان مدى تأثير أنواع من الاضطرابات النفسية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق في الأبناء في حدود علم الباحثة.

## مشكلة الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر وجود والد كحولي أو مضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، وبالتحديد ستجيب هذه الدراسة على الأسئلة الآتية:

- 1- هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء المضطربين نفسياً.
- 2- هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وغير الكحوليين.
- 3- هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء المضطربين نفسياً وأبناء العاديين.
- 4- هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين تعزى لمتغيرات جنس الوالد وجنس الطفل والتفاعل بينهما.
- 5- هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء المضطربين نفسياً تعزى لمتغيرات جنس الوالد وجنس الطفل والتفاعل بينهما.
- 6- هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء تعزى لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد.

### محددات الدراسة

اشتملت الدراسة على الفئات التالية من الاضطرابات النفسية (الفصام، الاكتئاب، واضطراب القلق العام) ولم تتناول أشكال أخرى من الاضطرابات النفسية كما اشتملت الدراسة على إدمان الوالد على الكحول فقط ولم تتناول الأشكال الأخرى للإدمان.

### تعريف المصطلحات إجرائياً

في ضوء ما تقدم واستناداً إلى الأداة المستخدمة في هذه الدراسة يشير مفهوم تقدير الذات إلى الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على أداة تقدير الذات المستخدمة في هذه الدراسة.

ويقاس القلق بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على أداة القلق المستخدمة في هذه الدراسة.

أما الاكتئاب فيقاس بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على أداة الاكتئاب المستخدمة في هذه الدراسة.

والفرد المضطرب نفسياً في هذه الدراسة هو الشخص الذي يعاني من الفصام أو الاكتئاب أو اضطراب القلق العام، وغير مقيم في مستشفى والذي تم تشخيصه من قبل الطبيب النفسي المختص.

أما الفرد الكحولي فهو الفرد الذي وصل لدرجة الاعتماد الجسمي والنفسي على الكحول ويراجع أحد المراكز الصحية أو المستشفيات للعلاج.

والفرد العادي هو الشخص الذي لا يعاني من اضطراب نفسي أو إدمان على الكحول.



## الفصل الثاني

### الدراسات السابقة

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً، إلا أن البحث في هذا المجال ما زال في بداياته ولذا فإن الميدان مليء بالافتراضات التي تحتاج إلى بحث دقيق لإثباتها، وسيتم في هذه الدراسة البحث في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً، وفيما يلي عرض لأهم الدراسات التي تناولت الموضوع.

وهذا وقد تمّ تصنيف الدراسات إلى ثلاثة أجزاء، الجزء الأول يتناول أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً معاً، والجزء الثاني يتناول أبناء الكحوليين فقط، والجزء الثالث يتناول أبناء المضطربين نفسياً فقط.

#### أولاً:- أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً معاً :

فيما يتعلق بأثر وجود والد مضطرب نفسياً وكحولي في نفس الوقت على تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء نعرض فيما يلي الدراسات التالية:

اجرى نيف (1994) Neff دراسة هدفت إلى التعرف على أثر وجود والد كحولي فقط، أو والد مضطرب نفسياً فقط، أو والد مضطرب نفسياً ولديه مشكلة إدمان على الكحول، في أنماط الشرب والكرب النفسي لدى أبنائهم الراشدين، تألفت عينة الدراسة من 1784 راشداً تراوحت أعمارهم من 18 سنة فما فوق ومن أعراق مختلفة، بينت النتائج عدم وجود اختلاف بين الذكور من أبناء الكحوليين فقط أو المضطربين نفسياً فقط أو الكحوليين والمضطربين نفسياً معاً في إظهار الكرب النفسي وفي أنماط الشرب، بينما أظهرت الإناث من أبناء الوالدين المضطربين نفسياً فقط مشاكل أكبر وبشكل مستمر فيما يتعلق بالاكتئاب والقلق والأذى الجسدي ومقدار الشرب بالمقارنة مع الإناث في أبناء الكحوليين فقط أو الكحوليين والمضطربين نفسياً معاً، كما بينت النتائج وجود مستويات أقل من الاكتئاب والقلق والأذى الجسدي بين الأبناء الذكور الذين لا يتعاطون الكحول والذين ينتمون لعائلات يوجد فيها والد كحولي.

كما أجرى كل من ويليمز وكورغن (1992) Williams and Corrigan دراسة لمعرفة التأثيرات المختلفة لكل من الوالدين الكحوليين والمضطربين نفسياً على أبنائهم الراشدين، وتفترض الدراسة أنّ النشوء في منزل يوجد فيه والد كحولي أو مضطرب نفسياً (يعاني من الفصام أو اكتئاب ثنائي القطب) أو والد كحولي ومضطرب نفسياً، يزيد من احتمالية تطوير تقدير ذات متدني واكتئاب وقلق في مرحلة الرشد لدى الأبناء، تألفت العينة من (139) طالباً في مرحلة الدراسة والتخرج، استخدمت الدراسة مقياس كوبر سميث لتقدير الذات (قائمة الراشدين)، مقياس التجنب الاجتماعي والكرب، قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الدعم الاجتماعي.

بينت الدراسة النتائج التالية:-

1. أظهر أبناء الوالدين الكحوليين فقط، وأبناء الوالدين المضطربين نفسياً فقط، وأبناء الوالدين المضطربين نفسياً ولديهم مشكلة إدمان على الكحول ، مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي والاكتئاب ومستويات منخفضة من تقدير الذات بالمقارنة مع أبناء العاديين.
2. أظهر أبناء الوالدين المضطربين نفسياً، أو الوالدين المضطربين نفسياً ولديهم مشكلة إدمان على الكحول، مستويات اعلى من الاكتئاب والقلق بالمقارنة مع أبناء الكحوليين فقط وأبناء العاديين.
3. وجود شبكات دعم اعلى لدى أبناء العاديين والكحوليين بالمقارنة مع أبناء المضطربين نفسياً أو أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً معاً.
4. وجود مستويات مرتفعة من التجنب الاجتماعي لدى أبناء المضطربين نفسياً وأبناء الوالدين الكحوليين والمضطربين نفسياً معاً بالمقارنة مع أبناء العاديين.

أجرى جاكوب ووندل (2000) Windle and Jacob دراسة تهدف لمعرفة الاختلافات بين أبناء الوالدين الكحوليين في سنّ الرشد المبكر وأبناء الوالدين المكتئبين وأبناء العاديين فيما يتعلق بمستويات الشرب والآثار السلبية الأخرى الناتجة عن ذلك، تألفت العينة من (138) راشد من أبناء الكحوليين (73 ذكورا، 65 إناثا) و(127) راشداً من أبناء المكتئبين (48 ذكورا، 79 إناثا) بمتوسط عمر (27.1) سنة، وبينت التشخيصات أن 29% من الكحوليين يعانون من الاكتئاب وأن لدى 12% من المكتئبين إساءة استخدام للكحول، استخدمت الدراسة

مقاييس لتشخيص الكحولية، اضطرابات القلق، الاكتئاب، إساءة استخدام العقاقير، التكيف الاجتماعي والاضطرابات الشخصية والسلوكية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. توجد لدى أبناء الوالدين الكحوليين مستويات مرتفعة من الاكتئاب بالمقارنة مع أبناء المكتئبين والعاديين وأظهرت الإناث من أبناء الكحوليين مستويات أعلى من الاكتئاب بالمقارنة مع الذكور.
2. توجد لدى أبناء الوالدين المكتئبين مستويات مرتفعة من القلق بالمقارنة مع أبناء الكحوليين والعاديين.
3. توجد لدى أبناء الوالدين الكحوليين مستويات مرتفعة من إساءة استخدام الكحول، العصبية، الانبساط، ومستويات منخفضة من الانسجام والضمير الحي والانفتاح على الخبرات بالمقارنة مع أبناء المكتئبين والعاديين.
4. أظهر أبناء الوالدين الكحوليين والمكتئبين أداءً أضعف في مجالات الزواج والأسرة والتعلم بالمقارنة مع أبناء العاديين، وأظهرت النتائج أن الإناث من أبناء الكحوليين أظهرن تعطلاً أكبر في المجالات السابقة بالمقارنة مع الذكور من أبناء الكحوليين والإناث من أبناء المكتئبين.

كما أجرى كل من الشيخ وفلانجن (El-Sheikh and Flanagan 2001) دراسة طولية اختبرت تأثير الصراع العائلي وصراع الطفل والوالد وأعراض الاكتئاب لدى الوالدين، كوسائط محتملة في العلاقة بين مشاكل الشرب لدى الوالدين وتكيف أبنائهم في سن المدرسة الابتدائية تألفت العينة من (216) طفلاً (110 ذكوراً، 106 إناثاً) أبناء لوالدين كحوليين وتراوح أعمارهم بين (6-12) سنة، استخدمت الدراسة مقاييس لتقويم الشرب المشكل عند الوالدين، الاكتئاب، سلوك الطفل، الصراع العائلي وصراع الطفل والوالد، وبيّنت الدراسة مايلي:-

كل من الصراع الزوجي وصراع الطفل والوالد وأعراض كتابة الأم عملت كوسائط في الرابطة بين مشكلات شرب الأب والمشكلات الداخلية والخارجية للأبناء.

1. أعراض كآبة الأم فسرت جزئياً العلاقة بين مشكلات شرب الأب والمشكلات الاجتماعية للأطفال، والصراع العائليّ وصراع الوالد والطفل، كما توسطت أعراض كآبة الأم العلاقة بين مشكلات شرب الأم والمشكلات الخارجية للأطفال.
2. فسّر صراع الطفل والوالد العلاقة بين مشكلات شرب الأم والمشكلات الداخلية للأطفال، وتوسط الصراع الزوجي العلاقة بين مشكلات شرب الأم والمشكلات الاجتماعية للأطفال.
3. كان صراع الوالد والطفل أقوى وسيط. في العلاقة بين مشكلات شرب الوالدين والمشكلات الخارجية للأطفال، بينما كانت كآبة الأم الوسيط الأكثر ثباتاً في العلاقة بين مشكلات شرب الوالدين والمشكلات الداخلية للأطفال.
4. صراع الوالد والطفل وأعراض كآبة الأب والأم تفاعلت جميعها مع مشكلات شرب الوالدين في إظهار أعراض سوء التكيف لدى الأبناء.

وأجرى كوبرمان وآخرون, (Kuperman et al. (2004) دراسة لمعرفة العلاقة بين إدمان الوالدين على الكحول مع أو بدون وجود اضطراب نفسي متزامن، وتطوير الاضطرابات النفسية لدى ابنائهم المراهقين (تم تضمين الأبناء الذين يعانون والداهم من الاكتئاب كمجموعة مقارنة منفصلة في هذه الدراسة بسبب إن هذه المجموعة تشكل مجموعة خطر متزايد لتطوير مشكلات نفسية) تألفت عينة الدراسة من (464) طفلاً أبناء لوالدين كحوليين ومضطربين نفسياً، تراوحت أعمارهم بين (13-17) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس الاضطرابات النفسية للوالد، التقويم شبه المنظم لمورثات الإدمان، المقابلة الاكلينيكية المنظمة (DSM-111-R)، قائمة الاضطرابات الانفعالية والفصام، المقابلة التشخيصية العالمية المنظمة، مقياس اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، التقويم شبه المنظم لمورثات الإدمان للمراهقين، والمقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين.

بينت نتائج الدراسة وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب وإساءة استخدام الكحول، والاضطرابات السلوكية لدى أبناء الوالدين الكحوليين مع وجود الاكتئاب كاضطراب متزامن بالمقارنة مع أبناء الوالدين الكحوليين فقط أو المكتئبين فقط.

وأجرت كاتس وآخرون (Katz et al. 2002) دراسة لمعرفة العلاقة بين اكتئاب الأم والاضطراب النفسي للأب والاضطرابات النفسية لأبنائهم المراهقين، كما اختبرت الدراسة فيما إذا كان الضغط النفسي المزمن في الأسرة وانفعالات الوالد التي يعبر عنها تتوسط العلاقة بين الاضطرابات النفسية للوالدين واضطرابات المراهق النفسية، تألفت العينة من (522) طفلاً مع والديهم تراوحت أعمارهم (15 سنة)، وقسمت العينة على النحو التالي (200 أم تعاني من الاكتئاب، 133 أباً يعاني من الاكتئاب، 94 أباً مدمناً على الكحول، 37 أباً يعاني من الاكتئاب وإدمان الكحول معاً، 58 والداً يتمتع بصحة نفسية جيدة).

استخدمت الدراسة قائمة الاضطرابات الانفعالية والفصام لدى الأطفال في عمر المدرسة، والمقابلة الاكلينيكية المنظمة (DMS-IV)، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. اكتئاب الوالدين (الأب، الأم) له تأثير إضافي على تطوير الاضطرابات الخارجية لدى أبنائهم في مرحلة الرشد.
2. تفاعل اكتئاب الأم مع اكتئاب الأب وإساءة استخدام الكحول لديه، في التنبؤ بوجود الاكتئاب لدى أبنائهم في مرحلة الرشد، ولكن ليس بوجود اضطرابات نفسية أخرى لديهم في هذه المرحلة.
3. كما أن التوترات الأسرية المزمنة، وعاطفة الوالد المعبر عنها تتوسط العلاقة بين اضطراب الوالدين النفسي واكتئاب أبنائهم في مرحلة الرشد.

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق وأنخفاض في تقدير الذات لدى أبناء الوالدين المضطربين نفسياً ولديهم مشكلة أدمان على الكحول بالمقارنة مع أبناء الوالدين المضطربين نفسياً فقط أو أبناء الكحوليين فقط، كما تبين وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق وأنخفاض في تقدير الذات لدى أبناء المضطربين نفسياً بالمقارنة مع أبناء الكحوليين وجاءت هذه النتيجة متناقضة مع نتائج الدراسة الحالية حيث بينت وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء المضطربين نفسياً بينما لم توجد فروق بين أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً في مستويات تقدير الذات.

## ثانياً: أبناء الوالدين المدمنين على الكحول

أجرى جيل وآخرون (2001) Gil et al. دراسة هدفت الى معرفة مستويات القلق لدى أبناء الوالدين الكحوليين بالمقارنة مع أبناء الوالدين غير الكحوليين، تألفت العينة من (158) طفلاً من أبناء الوالدين الذين لديهم تاريخ في إساءة استخدام الكحول، تراوحت أعمارهم بين (7-16) سنة، و (118) طفلاً من أبناء الوالدين الذين ليس لهم تاريخ في إساءة استخدام الكحول، واستخدمت الدراسة مقياس منifest (Manifest) للقلق. بينت النتائج وجود مستويات مرتفعة من القلق لدى أبناء الوالدين الكحوليين بالمقارنة مع أبناء الوالدين غير الكحوليين.

أجرى بوستن (1987) Poston دراسة حول سمات وخصائص أبناء الوالدين الكحوليين وتناولت الدراسة الجوانب التالية:-

أ. السمات الانفعالية

ب. الخصائص الشخصية

ج. مسألة الهوية

د. الصحة الجسمية

و. العلاقات الاجتماعية

ي. الانخراط الأكاديمي

بينت نتائج الدراسة وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق، الغضب والتهور لدى أبناء الوالدين الكحوليين بالمقارنة مع أبناء الوالدين غير الكحوليين، كما بينت النتائج إن أبناء الكحوليين لديهم مشكلات شخصية متعددة منها الاعتمادية والإنكار والتجنب، ومركز ضبط خارجي، تدني العلاقات الاجتماعية وضعف في الأداء الأكاديمي وهم أكثر عرضة للحوادث والإصابة بالأمراض بالمقارنة مع أبناء الوالدين غير الكحوليين. وفيما يتعلق بتقدير الذات بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين أبناء الكحوليين وأبناء غير الكحوليين ولصالح أبناء غير الكحوليين.

وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

1. أظهر أبناء الوالدين الكحوليين مستويات مرتفعة من الاكتئاب بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين، كما أظهرت الإناث من أبناء الكحوليين مستويات أعلى من الاكتئاب بالمقارنة مع الذكور.
2. أظهر أبناء الوالدين الكحوليين مستويات منخفضة من تقدير الذات بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين ولم تظهر النتائج فروقا تعزى للجنس.
3. تصور أبناء الكحوليين على أن النجاح أكثر ثباتاً، كما تصوروا الفشل بأنه عام وأكثر ثباتاً، في حين أن أبناء غير الكحوليين كانوا أقل في تصورهم لثبات النجاح والفشل كما اظهر الذكور من أبناء الكحوليين تصوراً ثابتاً للفشل منه عند الإناث من أبناء الكحوليين وغير الكحوليين.

وأجرى كل من بلنبرغ وكريستنسن (2000) Christensen and Bilenberg دراسة لمعرفة المشاكل الانفعالية والسلوكية لدى أبناء الوالدين الكحوليين، تألفت العينة من 103 طفلاً أبناء لوالدين كحوليين ، واستخدمت الدراسة قائمة تفقد سلوك الطفل، وبينت النتائج وجود مستويات مرتفعة وبشكل ذو دلالة من الاكتئاب والقلق والمشكلات الاجتماعية الشاذة لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين، كما أظهرت الإناث من أبناء الكحوليين ضعفاً واضحاً في الأداء على قائمة تفقد سلوك الطفل بالمقارنة مع الذكور من أبناء الكحوليين، كما وأظهرت الإناث من أبناء الأمهات الكحوليات مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق بالمقارنة مع الذكور مع أبناء الأمهات الكحوليات، بينما اظهر الذكور من أبناء الإباء الكحوليين مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق بالمقارنة مع الإناث من أبناء الأباء الكحوليين.

كما أجرى كل من تشاسن وديليشيا (2001) Chassin and Delacia دراسة تختبر فيها إذا كانت المشاكل الداخلية (اكتئاب، قلق، وانسحاب) والمشاكل الخارجية (العوانية، مشكلات الانتباه، النشاط الزائد) والاستخدام المفرط للكحول، الدور الأبوي والصراع العائلي، تتغير مع الزمن بالاعتماد على تغير مستوى التحمل الكحولي للوالد، وأيضاً إذا ما كان أبناء الكحوليين في مرحلة الشفاء يختلفون عن أبناء غير الكحوليين، تألفت العينة من (267) عائلة (آباء وأبنائهم المراهقين) تمت مقابلتهم في (3) جلسات تقييم سنوية، بينت نتائج الدراسة أن

المشاكل السلوكية، والداخلية، والخارجية، والبيئة العائلية، لم تتغير مع الزمن كنتيجة لتغير مسار تحمل الإدمان عند الوالدين الكحوليين.

كما بينت النتائج أن أبناء الوالدين الكحوليين في مرحلة الشفاء اظهروا مستويات مرتفعة من المشاكل الداخلية والخارجية وبشكل ذو دلالة من أبناء غير الكحوليين فعلى الرغم من أن الإدمان قد انتهى في هذه العائلات إلا أنه بقي يشكل خطورة كبيرة على الأبناء.

وحاولت دراسة وايت فيلد وآخرون (Whitfield et al. (2002 معرفة فيما إذا كان تعرض أبناء الوالدين الكحوليين لإساءة المعاملة في مرحلة الطفولة، يزيد من احتمالية تطويره للاضطرابات النفسية وإدمانه على الكحول في مرحلة الرشد، تألفت العينة من (9846) راشداً تعرضوا في مرحلة الطفولة لواحدة أو أكثر من الخبرات السيئة التالية: التعرض لإساءة نفسية، جنسية، جسدية، عنف أسري، طلاق الوالدين، إدمان أحد الوالدين على الكحول، الاضطراب النفسي لدى أحد الوالدين، انتحار أحد الوالدين، ووجود سجل إجرامي لأحد الوالدين، وبيّنت النتائج إن أبناء الكحوليين هم أكثر الفئات تعرضاً للإصابة بالاكتئاب وتطوير مشكلات إدمان على الكحول في مرحلة الرشد، بالمقارنة مع أبناء الفئات الأخرى، ويعزى ذلك إلى المستويات المرتفعة من الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأطفال في المنازل الكحولية بالمقارنة مع الأطفال في المنازل الأخرى.

اجرى توموري (Tomori (1994 دراسة هدفت إلى تحديد الخصائص أو السمات الشخصية للمراهقين من أبناء الكحوليين، تألفت العينة من (63) مراهقاً (32 ذكور، 31 إناث) من أبناء الكحوليين تراوحت أعمارهم ما بين (12 - 19) سنة، أما المجموعة الضابطة فتألفت من (231) مراهقاً (161 ذكور، 160 إناث)، استخدمت الدراسة استبانة تقديم صورة الذات، استبانة باس- ديوركي (Buss-Durkee) للعدوانية، مقياس سبيلبرغر Spielberger's للقلق كحالة وسمة، وبيّنت نتائج الدراسة وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب، القلق كحالة وسمة، الاضطرابات النفسية، العدوانية، الشعور بالذنب، الشك والتهور، التدمير، وعدم الثقة بالآخرين، عدم الثبات الانفعالي، وانخفاض في تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين.



كما بينت النتائج أن لدى أبناء الكحوليين صعوبات في ضبط دوافعهم، كما أن لديهم وجهات نظر سلبية عن عائلاتهم، وطموحات دراسة متدنية بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين.

كما أجرى كل من لورز وآخرون (Lowers et al. (2000) دراسة طويلة هدفت إلى تحديد إذا كان التدخين وشرب الكحول أثناء الحمل، قد يرفع إلى حد كبير من خطر إصابة الأبناء ببعض الاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة والمراهقة، تألفت عينة الدراسة من (150) طفلاً مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (8 - 18) سنة، كل أم أجريت لها مقابلة مركبة أو منظمة تتعلق بشرب وتدخين الأم واستخدمت استبانة الاضطرابات الانفعالية والفصام للأطفال في سن المدرسة، وبينت نتائج الدراسة أن استخدام الكحول أو السجائر أثناء الحمل ارتبط مع زيادة خطر ظهور الاضطرابات السلوكية والاكنتاب لدى الأبناء في مرحلة الطفولة والمراهقة، وأظهرت أن استخدام الكحول أثناء الحمل ارتبط مع وجود اضطرابات القلق (قلق الانفصال، اضطرابات الخوف والهلع، واضطرابات القلق الحاد) والنشاط الزائد وضعف الانتباه لدى الأبناء في مرحلة الطفولة والمراهقة.

كما بينت النتائج أن الوضع الاقتصادي والاجتماعي المنخفض ساهم في ظهور بعض الاضطرابات لدى هؤلاء الأطفال ومنها اضطرابات السلوك والنشاط الزائد وضعف الانتباه والسلوك المضاد للمجتمع.

وأجرى ويل وآخرون (Wall et al. (2002) دراسة هدفت إلى معرفة فيما إذا كان أبناء الكحوليين من الهنود الأصليين يعانون من اضطرابات نفسية بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين من الهنود الأصليين، تألفت العينة من (117) طفلاً (63 إناث، 54 ذكور) تراوحت أعمارهم بين (7 - 14) سنة، واستخدمت الدراسة المقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين، استبانة سيرة العائلة في تعاطي الكحول ونسخة الطفل من تقويم الأطفال شبه المنظمة لمورثات تعاطي الكحول.

بينت نتائج الدراسة وجود مستويات مرتفعة من الاكنتاب واضطرابات السلوك ضعف الانتباه والنشاط الزائد، قلق الانفصال، والقلق الحاد، لدى أبناء الكحوليين من الهنود الأصليين بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين من الهنود الأصليين.

كما أجرى هت وآخرون (1996) Heath et al. دراسة طولية لاختبار أدراك أبناء الكحوليين للمشكلات الخاصة بالديهم ، وتترض الدراسة أن التوائم الذين أقرّوا بوجود مشاكل إدمان على الكحول لدى والديهم أكثر ميلاً لتطوّر الاضطرابات النفسية والسلوكية وإساءة استخدام الكحول بالمقارنة مع التوائم الذين أنكروا وجود مشكلات إدمان على الكحول عند والديهم، وتألّفت عينة الدراسة من (2657) زوج توائم، واستخدمت الدراسة مقابلة وحدة تقويم تاريخ العائلة، ومقابلة التقويم شبه المنظم لمورثات تعاطي الكحول، استبانة الشخصية ثلاثية الأبعاد، مقياس قلق الحالة، مقياس اكتئاب الحالة، أظهرت نتائج الدراسة أن التوائم الذين ذكروا وجود مشكلات كحول عند والديهم اظهروا ميلاً أكبر لاستهلاك الكحول، ولديهم مستويات مرتفعة من قلق الحالة، والاكتئاب والعصبية بالمقارنة مع التوائم الذين أنكروا وجود مشكلات إدمان على الكحول لدى والديهم .

وأجرت ليز (2002) Lease دراسة تبين فيها إذا كانت مستويات الاكتئاب التي يختبرها أبناء الكحوليين ترتبط مع نماذج سلوكيات الشرب عند الأبناء (غاضب، عنيف، مرئي، هاديء، غير مشكل أو مسبب للمشاكل) والتي يتعرض لها الأبناء وتفاعلات الأسرة التكاملية، وأنماط الارتباط بين الوالدين (المرعب أو الأمن) وتقدير الذات الناتج عن ذلك، تألفت العينة من (137) طالبا جامعيًا (43 ذكور، 93 إناث)، بمتوسط عمر (22.7) سنة مقسمين على النحو الآتي (80 طالبا من أبناء الكحوليين، 57 طالبا من أبناء غير الكحوليين) واستخدمت الدراسة اختبار فصل أبناء الكحوليين (CAST) ونسخة استبانة نظام العائلة، مقياس كوبز سميث Coppersmith لتقدير الذات، ومقياس بيك Beck للاكتئاب، واستبانة سلوك الشرب، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. أنماط شرب الأباء المدمنين على الكحول ليس لها تأثير مباشر على الاكتئاب، وإنما تؤثر بشكل مباشر على العلاقات بين أفراد العائلة وأنماط الارتباط وبشكل غير مباشر على تقدير الذات.
2. تتأثر التفاعلات بين أفراد العائلة المختلفين بسلوك الشرب لدى الأباء، وتؤثر تبعاً لذلك على الاكتئاب وتقدير الذات.
3. للتفاعلات الأسرية وأنماط الارتباط تأثير غير مباشر على الاكتئاب من خلال تأثيرها على تقدير الذات.

4. لتقدير الذات تأثير مباشر على الاكتئاب فالمستويات المنخفضة من تقدير الذات ترتبط مع المستويات المرتفعة من الاكتئاب.

كما أجرى كل من هسلبروك وأوهنشن (Hesselbrock and ohannessian, 1999) دراسة هدفت إلى اختبار أهمية بعض الخصائص البيئية والفردية في التنبؤ بوجود إساءة استخدام الكحول والمخدرات واضطرابات انفعالية لدى أبناء الكحوليين وأبناء غير الكحوليين، تألفت العينة من (85) راشداً من أبناء الكحوليين و(68) راشداً من أبناء غير الكحوليين بمتوسط عمر (33.28) سنة، واستخدمت الدراسة استبانة الشخصية ثلاثية الأبعاد، اختبار التوجه نحو الحياة، مقياس تقويم التماسك وتكيف العائلة، المقابلة التشخيصية للمعهد الوطني للصحة النفسية، ومقاييس الدعم من الأصدقاء وأفراد الأسرة. وبينت نتائج الدراسة ما يلي:

1. أظهر أبناء الكحوليين مستويات مرتفعة مع الاكتئاب بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين بينما لم يظهروا مستويات هامة وذات دلالة من القلق بالمقارنة مع أبناء غير الكحوليين.
2. أظهر الذكور الراشدون من أبناء الكحوليين مستويات مرتفعة من إساءة استخدام الكحول بينما أظهرت الإناث من أبناء الكحوليين مستويات مرتفعة من القلق واكتئاب.
3. الدعم الاجتماعي المتدني من الأصدقاء يتنبأ بوجود إساءة استخدام الكحول والمخدرات لدى أبناء الكحوليين وليس لأبناء غير الكحوليين، بينما تنبأ الدعم الاجتماعي المتدني من أفراد العائلة بوجود الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين وغير الكحوليين.
4. وجود توجه سلبي نحو الحياة، التجنب العالي للأذى، وضعف التماسك الأسري، يزيد من احتمالية تطوير الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين وغير الكحوليين.

وأجرى كارول وربنسون (Carrol and Robinson 2000) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين إدمان الوالد على الكحول فقط، أو إدمانه على العمل فقط أو إدمانه على الكحول والعمل معاً والاكتئاب ولعب الدور الوالدي لدى أبنائهم، تألفت العينة من (207) من طلبة الجامعات وتراوحت أعمارهم بين (18 - 25) سنة، وبينت نتائج الدراسة وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب ولعب الدور الوالدي لدى أبناء المدمنين على الكحول والعمل معاً، وأبناء المدمنين على العمل فقط، بالمقارنة مع أبناء الكحوليين فقط وأبناء العاديين .

كما أظهر أبناء الكحوليين مستويات مرتفعة وبشكل ذو دلالة من لعب الدور الوالدي بالمقارنة مع أبناء العاديين.

وأجرى ديمكا وآخرون (Dimka et al. (1996) دراسة هدفت لاختبار دور نوعين مختلفين من السمات أو الخصائص الأسرية وهي التماسك الأسري، وإعادة تأطير أو بناء التكيف الأسري كوسائط محتملة في تأثير مشكلات الشرب لدى العائلة، ووجود أخطار عائلية متعددة على الصحة النفسية للأبناء في مرحلة ما قبل المراهقة، تألفت العينة من (303) أطفال من الصفوف الرابع والخامس والسادس بمتوسط عمر (10.5) سنوات، وكان على الأقل احد الوالدين مدمن على الكحول واستخدمت الدراسة مقياس التماسك الأسري، قائمة أحداث حياة أبناء الكحوليين، القائمة العامة لأحداث حياة الأطفال، قائمة سلوك الأطفال، استبانة الأخطار المتعددة للأسرة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. وجود ارتباط ذي دلالة بين مشكلات الشرب لدى الوالدين والأخطار العائلية المتعددة، وإحداث الحياة السلبية، وبين وجود الاكتئاب واضطرابات السلوك لدى الأبناء.
2. لا يوجد ارتباط بين المتغيرات السابقة والقلق عند الأبناء.
3. وجود ارتباط ذي دلالة بين مشكلات الشرب لدى الوالدين وأحداث الحياة السلبية وبين المستويات المتدنية من تماسك الأسرة في حين أن التماسك الأسري ارتبط مع المستويات المتدنية من كآبة الأطفال واضطرابات السلوك.
4. وجود ارتباط ذي دلالة بين مشكلات الشرب لدى الوالدين والمخاطر المتعددة للعائلة وبين المستويات المرتفعة من إحداث الحياة السلبية، كما تبين وجود ارتباط بين أحداث الحياة السلبية والمستويات المرتفعة من اضطرابات السلوك لدى الأبناء.
5. وجود ارتباط ذي دلالة بين المستويات المرتفعة من المخاطر العائلية المتعددة والمستويات المنخفضة من إعادة تأطير أو بناء التكيف عند العائلة.
6. تؤثر مشكلات شرب الوالدين والأخطار العائلية المتعددة وإحداث الحياة السلبية تأثيراً مختلفاً تبعاً لجنس الطفل حيث أظهرت الإناث درجة اكتئاب أكبر في مرحلة المراهقة في حين أظهر الذكور مستويات أعلى من اضطرابات السلوك.

كما أجرى كل من وايتزمان وتشن (2005) Weitzman and Chen دراسة لمعرفة العلاقة بين وجود مشكلات إساءة استخدام الكحول لدى الوالدين وتطوير الاكتئاب وإساءة استخدام الكحول أو تزامنها لدى أبنائهم الراشدين، تألفت عينة الدراسة من (27430) طالباً جامعياً من (119) كلية وجامعة وهم أبناء لوالدين كحوليين أو أبناء لوالدين انقطعوا عن الكحول.

وبينت نتائج الدراسة ما يلي:

1. أظهر أبناء الوالدين الكحوليين مستويات مرتفعة من الاكتئاب وإساءة استخدام الكحول أو تزامنها بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين انقطعوا عن الكحول أو أبناء الوالدين غير الكحوليين.

2. لم يتبين وجود أثر لكل من جنس الوالد المدمن أو جنس الطفل فيما يتعلق بإظهار أعراض الاكتئاب أو إساءة استخدام الكحول أو تزامنها لدى الأبناء باستثناء أبناء الأمهات الكحوليات حيث اظهروا مستويات مرتفعة من إساءة استخدام الكحول بالمقارنة مع أبناء الآباء الكحوليين.

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتبين وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق وانخفاض في تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء العاديين، كما تبين وجود فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء تبعاً لجنس الوالد الكحولي، حيث أظهر أبناء الأمهات الكحوليات مستويات أعلى من الاكتئاب والقلق وانخفاض في تقدير الذات بالمقارنة مع أبناء الآباء الكحوليين، كما أظهرت الأناث من أبناء الكحوليين مستويات أعلى من الاكتئاب والقلق وانخفاض في تقدير الذات بالمقارنة مع الذكور من أبناء الكحوليين.

### ثالثاً: أبناء المضطربين نفسياً

أجرى لارسن وآخرون (2000) Larsson et al. دراسة لمعرفة تأثير الاضطراب النفسي للوالد على الكفاءة الاجتماعية والمشاكل الانفعالية والسلوكية للأبناء، تألفت العينة من (80) طفلاً (43 ذكور ، 37 إناث)، أبناء ل 46 والد ( 14 أباً، 32 أما) يعانون من اضطرابات نفسية متعددة (23) والداً يعاني من اضطرابات ذهانية، 11 والداً يعاني من اضطرابات شخصية

وعصابية، 12 والد يعاني من الاكتئاب) تراوحت أعمارهم بين (15-16) سنة، استخدمت الدراسة النسخة السويدية المعدلة من قائمة تفقد سلوك الأطفال، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. أظهر أبناء المضطربين نفسياً مستويات منخفضة من الكفاءة الاجتماعية ومستويات مرتفعة من المشاكل السلوكية والانفعالية بالمقارنة مع أبناء العاديين.
2. أظهر أبناء المضطربين نفسياً مستويات مرتفعة وذات دلالة من القلق والاكتئاب الانسحاب، العدوانية، والجروح، نشئت الانتباه، المشكلات الاجتماعية، الأم المعدة وضعفاً في القدرات الكتابية والتهجئة والأداء الأكاديمي بالمقارنة مع أبناء العاديين.
3. أظهر أبناء المكتئبين والذين تعرضوا لأزمات مفاجئة مستويات مرتفعة من المشاكل الداخلية (القلق والاكتئاب) بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى.
4. توجد فروق بين أبناء المضطربين نفسياً تعزى لمتغير العمر إذ أظهرت مجموعات الأطفال من عمر (12 - 16) سنة مستويات مرتفعة من الاكتئاب وعدم السعادة والحزن بالمقارنة مع نظرائهم من الأطفال من عمر (6 - 11) سنة.

كما أجرى هامن وآخرون (Hammen et al. (1991) دراسة طولية هدفت إلى معرفة العلاقة بين اكتئاب الأم واكتئاب طفلها، تألفت عينة الدراسة من (96) طفلاً أبناء أمهات يعانين من اكتئاب أحادي القطب وأمهات لديهن اكتئاب ثنائي القطب وأمهات يتمتعن بصحة نفسية جيدة، تراوحت أعمار هؤلاء الأطفال بين (8 - 16) سنة، أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط ذو دلالة بين تشخيص الحالة المرضية للأمهات وأطفالهن خاصة عند الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب أحادي القطب وأطفالهن، كما أظهرت النتائج أن الأعراض الاكتئابية التي ظهرت لدى الأطفال تشابه الأعراض الاكتئابية لدى أمهاتهم المرضيات.

وأظهرت النتائج أن تزامن أحداث الحياة الضاغطة مع وجود الاضطراب النفسي لدى الأم يؤدي إلى ظهور الاكتئاب لدى الأطفال في حين أن أحداث الحياة الضاغطة مع عدم وجود الاضطراب النفسي لدى الأم يقلل من احتمالية إصابة الأبناء بالاكتئاب.

وأجرى ويبستر (1992) Webster دراسة هدفت إلى معرفة تأثير الفصام على علاقة الأم بأبنائها وفحص ظروف العائلة وما تعانيه من صعوبات في حالة إصابة الأم بالاضطراب، تألفت العينة من (63) طفلاً من أبناء الأمهات الفصاميات ، تراوحت أعمارهم بين (5 - 8) سنوات، واستخدمت الدراسة قائمة قياس السلوك الاجتماعي ومقابلة الأمهات من خلال زيارتهن في المستشفيات.

وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

1. عانى (71%) من أبناء الأمهات الفصاميات من مشكلات انفعالية أو جسدية ومن سلوك مشتت، وأظهرت الإناث من أبناء الفصاميات وبصورة أشد من الذكور مشكلات انفعالية وجسدية نتيجة اضطراب الأم.
  2. أظهر الأطفال الأصغر سناً من أبناء الأمهات الفصاميات مستويات مرتفعة من قلق الانفصال والاضطرابات السلوكية عند إصابة الأم بالفصام.
- ومن الملاحظات الهامة ارتباط توقيت ظهور الانتكاسة أو النوبة المرضية عند الأم باضطراب مستوى الأداء الأكاديمي عند الأطفال الأكبر سناً.

وأجرى جودمان وآخرون (1991) Goodman et al. دراسة حول وجود اضطرابات انفعالية واكتئاب لدى الأم وعلاقته باضطرابات المزاج وتقدير الذات لدى أبنائهن، وتم مقارنة (20) أسرة تعاني الأم فيها من الاكتئاب مع (19) أسرة تتمتع فيها الأم بصحة نفسية جيدة، وقد تراوحت أعمار أطفالهن بين (8 - 10) سنوات، استخدمت الدراسة مقياس الكفاية للذات المدركة وإجراء مقابلات شبه مقننة لكل من الأمهات والأطفال وبينت الدراسة النتائج التالية:

1. الأمهات المكتئبات أكثر قابلية للتعبير عن أطفالهن بطريقة سلبية مقارنة بالأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة.
2. هذه التعبيرات السلبية التي تستخدمها الأمهات ترتبط باضطرابات المزاج لدى أطفالهن.
3. التعبيرات السلبية للأم تجاه الطفل ترتبط مع تقدير الذات لديه.

4. يرتبط تقدير الذات لدى الطفل مع اضطرابات المزاج لديه، كما أظهرت النتائج أن الأمهات اللواتي يعانين من الاكتئاب ممن يقمن بوصف النواحي السلبية لدى أبنائهن وبخاصة قمن بإعطاء تعليقات نقدية وعدائية عن أطفالهن اظهروا كفاية ذاتية منخفضة وتحصيل دراسي منخفض.

كما أجرى بولجر ودواجن (1998) Dougan and Bolger دراسة طويلة هدفت إلى معرفة الاستراتيجيات التي يستخدمها المراهقون من أبناء الأمهات المكتئبات للتعامل مع أعراض ونوبات الاكتئاب لدى أمهاتهم، تألفت العينة من (179) زوجاً من الأطفال المراهقين من (94) عائلة، أبناء لأمهات قسمن على النحو التالي (66) أما تعاني من اضطرابات انفعالية، 42 أما تعاني من اكتئاب أحادي القطب، و24 أما تعاني من اكتئاب ثنائي القطب، و28 أما تتمتع بصحة نفسية جيدة).

تم اختيار طفلين كمشاركين من كل عائلة ودخلت الأسرة في الدراسة عندما كان الأخ الأصغر تقريباً في بداية سن المشي والأخ الأكبر تقريباً (3) سنوات، وتم تقويم الأسر كل ثلاثة سنوات تقريباً، استخدمت الدراسة مقياس لتشخيص الأعراض المرضية للأم، قائمة الاضطرابات الانفعالية والفصام، مقياس تكيف الطفل/ المراهق، مقياس تكيف الأم الانفعالي ويشمل المقاييس الخمسة التالية (حل المشكلات، الابتعاد، الدعم الاجتماعي، مشاكل داخلية، قلق، اكتئاب)، ومشاكل خارجية (العصبية، الجنون، رمي الأشياء وكسرها).

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. أظهر أبناء الأمهات المكتئبات مستويات مرتفعة من المشكلات الداخلية والخارجية بالمقارنة مع أبناء الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة، وأظهرت الإناث من أبناء الأمهات المكتئبات ميلاً أكبر لتطوير الاضطرابات الداخلية (قلق، اكتئاب) بينما اظهر الذكور من أبناء الأمهات المكتئبات ميلاً أكبر لتطوير الاضطرابات الخارجية (عدوانية، جنوح...).

2. اختلفت الاستراتيجيات التي يستخدمها المراهقين باختلاف الأعراض الاكتئابية التي تظهرها الأم حيث يميل المراهق لتوظيف الاستراتيجيات الداعمة عندما تظهر أمهاتهن



الأعراض الخارجية للاكتئاب (كالغضب والعدوانية) أكثر مما لو أظهرت الأعراض الداخلية للاكتئاب (كالحزن والهم والقلق).

وأجرت (الرخاوي، 2002) دراسة هدفت إلى الكشف عن الأعراض العيادية لدى أبناء الآباء الفصامين، تألفت العينة من (29) طفلاً من أبناء الآباء الفصامين و(41) طفلاً من أبناء الآباء العاديين، وتراوحت أعمارهم بين (8 - 14) سنة، استخدمت الدراسة استبياناً خاصاً لقياس الأعراض العيادية عند الأطفال، مقياس القلق للأطفال، مقياس الاكتئاب للصغار، اختبار المخاوف للأطفال، قائمة وصف سلوك الأطفال، تقرير المدارس عن مشكلات الطفل السلوكية، والدليل الأمريكي الرابع لتشخيص وإحصاء الاضطرابات النفسية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى مايلي:

1. وجود ارتباطات سلبية وأخرى ايجابية بين الأعراض الفصامية الايجابية والسلبية عند الآباء والأعراض العيادية عند الأبناء وذلك على النحو التالي:

أ. الأعراض الايجابية عند الآباء:-

-ارتباط سلبي بين أعراض اضطرابات القلق عند الأبناء والطلاق اللغوية عند الآباء.

-ارتباط ايجابي بين القلق عند الأبناء وعرض الملابس والمظهر عند الآباء.

-ارتباط ايجابي دالّ بين الاكتئاب عند الأبناء وبين السلوك الشاذ عند الآباء.

-ارتباط المخاوف عند الأبناء سلبياً مع الهديانات.

-ارتباط الأعراض الوسواسية والقهرية عند الأبناء سلبياً بالسلوك العدواني والتهيج عند الآباء.

ب. الأعراض السلبية عند الآباء: -

-ارتباط الاكتئاب عند الأبناء ايجابياً بنقص القدرة في تغيير درجات الصوت عند الآباء.

-ارتباط أعراض اضطرابات الأكل ايجابياً عند الأبناء بعدم الانتباه عند الآباء.

-ارتباط ايجابي بين صعوبات التعلم عند الأبناء وبين عرض عدم المواظبة على العمل أو الدراسة عند الآباء.

2. عدم وجود ارتباطات دالة بين طول مدة الاضطراب النفسي عند الآباء وبين مختلف الأعراض العيادية عند الأبناء.

3. عدم وجود ارتباطات دالة بين مستوى دخل الأسرة وبين الأعراض العيادية المختلفة عند الأبناء.

كما وأجرى سيجمان وآخرون (Sigman et al. (1999) دراسة لتقييم التفاعلات بين الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات القلق وأطفالهن، وتهدف الدراسة لوصف السلوكيات التي تظهرها الأمهات القلقات خلال تفاعلاتهن مع أطفالهن في محاولة لاستخلاص الخصائص السلوكية المحتملة التي قد تسهم في تطور القلق لدى الأبناء، تألفت العينة من (18) أما تعاني من القلق وأبنائهن الذين تراوحت أعمارهم بين (8 - 14) سنة، استخدمت الدراسة تكتيكات الملاحظة وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات القلق كن أقل دفئاً وإيجابية وتقبلاً، أثناء تفاعلهن مع أبنائهن، وقليل ما يمنحن الاستقلالية وأكثر انتقاداً وإحباطاً بالمقارنة مع الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة.
2. أظهر أبناء الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات القلق أعراضاً لاضطرابات القلق بدرجة أكبر بالمقارنة مع أبناء المجموعة الضابطة.
3. سلوكيات الأم التي ظهرت أثناء التفاعلات مع الطفل هي المتنبئ الرئيسي في ظهور القلق لدى الطفل وبشكل أكبر من الحالة المرضية للام أو التوتر المستمر.

وأجرت (Mansour (1993) دراسة لمعرفة مدى انتشار الاضطرابات والأعراض النفسية بين عائلات المضطربين نفسياً، تألفت العينة من (80) والداً مضطرباً نفسياً وأبنائهم وقسمت العينة على النحو التالي:

1. (20) والداً يعاني من اضطراب الوسواس القهري. (10 ذكور، 10 إناث).
2. (20) والداً يعاني من اضطراب القلق العام. (10 ذكور، 10 إناث).
3. (20) والداً يعاني من اضطراب الفصام. (10 ذكور، 10 إناث).
4. (20) والداً يعاني من اضطراب انفصالي. (10 ذكور، 10 إناث).

استخدمت الدراسة مقاييس إعادة التكيف الاجتماعي، مقياس بيك Beck للاكتئاب، قائمة المقابلة للعبء العائلي، والاستبيان الصحي العام.

وبينت الدراسة النتائج التالية:

1. اظهر أبناء المضطربين نفسياً مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق وبخاصة أبناء المكتئبين بالمقارنة مع أبناء العاديين.
2. أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب هم أكثر تعرضاً للمعاناة من أعراض القلق بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى.
3. اظهر أبناء الأمهات اللواتي يعانين من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، واضطراب القلق المعمم، مستويات مرتفعة من اضطراب القلق المعمم بالمقارنة مع أبناء الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات نفسية أخرى.
4. اظهر أبناء الأمهات الفصاميات قلقاً واكتئاباً بدرجة أكبر من أبناء الآباء الفصاميين.

كما أجرت بلمونت وآخرون (Belmont et al. (1993) دراسة حول أنماط التفاعلات الانفعالية بين الأمهات المكتئبات وغير المكتئبات مع أطفالهن، وتهدف الدراسة لمعرفة كيف يؤثر نوع التشخيص المرضي للأم على الأنماط الانفعالية للأبناء، تألفت العينة من (118) طفلاً (62 ذكور، 66 إناث) أبناء لأمهات مكتئبات (49 أما تعاني من اكتئاب أحادي القطب، 24 أما تعاني من اكتئاب ثنائي القطب، و45 أما يتمتعن بصحة نفسية جيدة)، واستخدمت الدراسة مقاييس للقلق والاكتئاب، الغضب، المتعة والسرور، والحزن، كما استخدمت تقنية الملاحظة لملاحظة الأمهات مع أطفالهن لمدة يومين في ظروف شبه طبيعية.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. عبرت الأمهات المكتئبات عن مشاعرهن السلبية وبدرجة أكبر وذات دلالة من الأمهات العاديات، وعبرت الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب أحادي القطب عن انفعالاتهن السلبية بدرجة أكبر من الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب ثنائي القطب.

2. أظهرت الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب ثنائي القطب مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والحزن بالمقارنة مع أبناء غير المكتئبات بينما لم تختلف عن الأمهات غير المكتئبات فيما يتعلق بسلوك الغضب والاهتياج.
3. أظهرت الأمهات المكتئبات وأطفالهن ارتباطاً ودرجة مرتفعة في الانفعالات السلبية المعبر عنها بالمقارنة مع الأمهات غير المكتئبات.
4. أظهر الذكور من أبناء الأمهات المكتئبات الاهتياج والغضب، بينما أظهرت الإناث انفعالات القلق والاكتئاب بدرجة أكبر من الذكور.

وأجرى فاريتوفارا وآخرون (Vartiovaara et al. (1990) دراسة هدفت لمعرفة أثر إصابة أحد الوالدين باضطراب الفصام على الحالة النفسية للأبناء، وتألقت العينة من (15) طفلاً من أبناء الفصاميين (11 طفلاً من أبناء الأمهات الفصاميات، 4 أطفال من أبناء الآباء الفصاميين، وطفل واحد يعاني والده من الفصام ووالدته من اكتئاب ثنائي القطب) تراوحت أعمارهم بين (7 - 12) سنة، كما اشتملت الدراسة على (15) طفلاً من أبناء العاديين.

استخدمت الدراسة مقياس وكسلر لنكاء الأطفال، مقياس بيرري لقياس الأداء البصري الحركي ونمط الإدراك، مقياس روشاخ لقياس اضطرابات ونمط التفكير، مقياس كوفاك لقياس الاكتئاب، ومقياس العلامات الانفعالية (DAP)، وأظهرت الدراسة وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب لدى أبناء الفصاميين بالمقارنة مع أبناء العاديين كما أظهرت النتائج وجود أعراض الغثيان، الشعور بالصداع المتكرر، اضطرابات النوم، وبعض الهلوس السمعية لدى أبناء الفصاميين.

كما أجرى جيمس وآخرون (James et al. (1984) دراسة هدفت إلى معرفة تأثير وجود اكتئاب واضطرابات القلق لدى الوالدين على الأبناء، وتم مقارنة أبناء الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب بشكل رئيسي مع وجود أو عدم وجود اضطرابات قلق متعددة وأبناء الوالدين العاديين، تراوحت أعمارهم ما بين (6 - 17) سنة.

وكانت النتائج على النحو التالي:

1. أبناء الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب ولا سيما الذين لديهم إضافة إلى الاكتئاب خوف مرضي من الأماكن الواسعة، وأبناء الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب، إلى جانب اضطرابات هلع لديهم احتمالية كبيرة للإصابة بالاكتئاب.
2. أبناء الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب بالإضافة إلى اضطرابات هلع لديهم اضطرابات قلق مرتفعة.
3. الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب ولا يوجد لديهم اضطرابات قلق لا يوجد لدى أبنائهم اضطرابات قلق.
4. أبناء الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب بالإضافة إلى خوف مرضي من الأماكن الواسعة، وأبناء الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب بالإضافة إلى اضطرابات هلع لديهم معدلات عالية من الخوف المرضي.
5. أبناء الوالدين الذين لديهم تزامن بين الاكتئاب واضطرابات القلق وبخاصة اضطرابات الهلع، لديهم احتمالية كبيرة للإصابة بالاكتئاب بالإضافة إلى أي نوع من اضطرابات القلق.

وأجرت كلّ من جاربر وفري (2005) Garber and Frye دراسة طولية هدفت لاختبار نموذجين للعلاقات بين تاريخ الاكتئاب لدى الأم ونقد الأم والاضطراب النفسي للطفل، أحد النماذج هو نموذج تأثيرات الأم ويقترح بأن الاكتئاب الشديد المزمن لدى الأم والنقد من قبل الأم يتنبأ أو ينتج الاضطراب النفسي لدى الطفل، ويقترح النموذج الآخر وهو نموذج تأثيرات الطفل، أن الاكتئاب المزمن والشديد لدى الأم والاضطراب النفسي للطفل يتنبأ بنقد الأم، تألفت العينة من (94) أمًا وطفلاً مراهقًا واستخدمت الدراسة المقابلة العيادية شبه المنظمة لقياس كآبة الأم، اختبار الحديث الشفوي لمدة خمس دقائق وذلك لقياس التعبير الانفعالي للأم عندما كان المراهق في الصف السادس ومرة أخرى عندما أصبح في الصف الثامن، وقائمة تفقد سلوك الطفل لتقييم الأعراض الخارجية والداخلية.

وبينت الدراسة النتائج مايلي:

1. ارتبط نقد الأم مع أعراض المشاكل الداخلية والخارجية للأبناء.
2. ارتبط كل من الاكتئاب المزمن والحاد لدى الأم ونقدها وبشكل ذو دلالة مع الأعراض الداخلية والخارجية لأبنائهم المراهقين في الصفين السادس والثامن.

3. لم يتوسط نقد الأم العلاقة بين وجود الاكتئاب لدى الأم والأعراض الداخلية والخارجية للمراهقين.
4. توسطت المشاكل الخارجية للمراهقين العلاقة بين تاريخ الاكتئاب لدى الأم والنقد لديها.
5. أعراض المشاكل الخارجية لدى المراهقين في الصف السادس تتبأت بشكل كبير بحدوث نقد الأم بعد سنتين.

كما أجرى كل من جاكوب وجونسون (1997) Jacob and Johnson دراسة هدفت لاختبار التفاعلات بين الوالدين المكتئبين وأبنائهم، وقدرة هذه التفاعلات على تخفيف تأثير الاكتئاب على النتائج النفسية للطفل، تألفت العينة من (91) والداً مكتئباً (50 أباً، 41 أما) ويشترط أن يكون لدى كل عائلة طفل واحد يتراوح عمره بين (10-18) سنة، كما تضمنت العينة (50) والداً يتمتعون بصحة نفسية جيدة، واستخدمت الدراسة قائمة تفقد الطفل وتعباً من قبل الوالدين، ومقياس بيك للاكتئاب، مقياس التكيف الثنائي لتقييم القناعة الزوجية، ومقياس مينسوتا متعدد الأوجه رقم (2)، ودلت النتائج إن كآبة الأب والأم قد تشابهت في ارتباطها مع مشكلات تكيف الأبناء وضعف التفاعلات بين الطفل والوالد، كما أظهرت أن اكتئاب الأم ارتبط مع السلبية المتزايدة بين الطفل والوالد بالمقارنة مع اكتئاب الأب، في حين أن تفاعلات الطفل مع الأب أكثر فاعلية من تفاعلات الطفل مع الأم في التنبؤ باضطرابات الطفل بعد ضبط كآبة الوالدين.

وأجرى تيرنر وآخرون (1987) Turner et al. دراسة حول اضطرابات القلق لدى الوالدين وأثرها في الأبناء، حيث قاما بدراسة عينة مكونة من (59) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (7 - 12) سنة، وتم تقسيم العينة على النحو الآتي:

1. (16) طفلاً أبناء لوالدين يعانون من اضطرابات قلق، خوف من الأماكن الواسعة أو اضطرابات الوسواس والأفعال القهرية.
2. (13) طفلاً أبناء لوالدين يعانون من اضطرابات ذهانية غير محددة.
3. (14) طفلاً أبناء لوالدين يعانون من اضطرابات اليأس.
4. (16) طفلاً اختيروا من مدرسة ابتدائية كعينة ضابطة تتمتع بصحة نفسية جيدة.

استخدمت الدراسة بطارية قائمة تقرير الذات، ومقابلات شبه منظمة، وبينت النتائج أن أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والمشكلات الأكاديمية، وهم أكثر قلقاً على أفراد العائلة وعلى أنفسهم، لديهم شكاوى جسدية، مخاوف محددة أكثر وعلاقات صداقة أقل، ويقضون أوقات كثيرة في ممارسة نشاطات انعزالية، ولديهم تفكير مضطرب ومشوش وانخفاض في تقدير الذات، ومستوى أعلى من سوء التكيف بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة.

كما أجرت ستيرن (1983) Stern دراسة لمعرفة فيما إذا كانت هناك تأثيرات مرضية إضافية على الأبناء في حالة وجود اضطرابات نفسية واكتئاب موروث من الأم، تألفت العينة من (27) طفلاً (12 ذكورا، 15 إناثاً) متوسط أعمارهم (6.7) سنة، تم مقارنة أبناء الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة نفسية جيدة، ومن طبقة اجتماعية متوسطة وأبناء أمهات مكتئبات من طبقة اجتماعية متدنية، وقسمت الأمهات إلى ثلاث مجموعات حسب العرق، المستوى الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التشخيص.

بينت النتائج أن انتشار الاضطرابات النفسية لدى الأطفال في مجتمع السود ومن الطبقة الاجتماعية المتدنية أكبر بضعف مقارنة بالمجموعتين الأخرين. أيضاً تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال كان محدداً على مجموعة السود من الطبقة الاجتماعية المتدنية، أما العدوان فكان موجوداً أو متنبأ به بشكل كبير لدى أبناء الأمهات البيض ومن الطبقة الاجتماعية المتوسطة.

وأجرى جرين وآخرون (1999) Green et al. دراسة اختبرت فيما إذا كانت أنواع معينة من الاضطرابات النفسية لدى الوالدين مرتبطة مع أشكال مشابهة من الاضطرابات النفسية المترامنة لدى أبنائهم الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد وضعف الانتباه، تألفت العينة من (111) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (7 - 12) سنة.

وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين الاضطرابات الداخلية (القلق والاكتئاب) والاضطرابات الخارجية (العدوانية، النشاط الزائد، وتشتت الانتباه) لدى الأبناء وأبائهم المضطربين نفسياً.

كما وأجرى كوسك وآخرون (Koeske et al. 1995) دراسة هدفت إلى معرفة تأثير التفاعلات الاجتماعية السلبية والايجابية على الاكتئاب والكرب لدى أقارب المضطربين نفسياً، تألفت العينة من (106) أشخاص يقومون برعاية فرد مضطرب نفسياً ضمن العائلة (والدين، إخوة، أزواج، أطفال، أصدقاء حميمين) وتراوحت أعمار العينة بين (30 - 84) سنة، وكان أغلب الأفراد المضطربين نفسياً من البيض (75%) منهم تم تشخيصهم على أنهم يعانون من الفصام، (19%) اضطراب انفعالي ثنائي القطب، (2%) اكتئاب أحادي القطب، (2%) اضطرابات شخصية، (2%) لديهم تشخيصات أخرى.

استخدمت الدراسة مقياس التفاعل الاجتماعي السلبي، مقياس التفاعلات الاجتماعية الايجابية، مقياس ال (33) فقرة لجزنبرغ وآخرون ويتضمن أربع مقاييس (الذنب، وصمة العار، الخوف، الهموم أو القلق)، مقياس الاكتئاب لرادلوف، ومقياس كاتز المعدل للتكيف.

وبينت الدراسة النتائج التالية:

1. ارتبط التفاعل الاجتماعي ارتباطاً سلبياً مع الكرب والاكتئاب، فالتفاعل الاجتماعي السلبي ارتبط مع المستويات المرتفعة من الكرب والاكتئاب لدى القائمين على رعاية المضطربين نفسياً.
2. ارتبط التفاعل الاجتماعي ارتباطاً سلبياً مع شدة أعراض المرض ومع درجة عبء الرعاية.
3. ارتبط عمر مقدم الرعاية والوضع الاقتصادي والاجتماعي ارتباطاً سلبياً مع الاكتئاب والكرب النفسي والتفاعل الاجتماعي السلبي.
4. أعباء الرعاية (الضغط النفسي) تزيد من مشاعر القلق والخوف والشعور بالذنب، وتتضخم هذه العلاقة عندما يتصور مقدمي الرعاية درجة عالية من التفاعل السلبي مع أفراد شبكتهم.

وأجرى كل من نيلزن وبلميروس (Nilzon and Palmerus 1997) دراسة هدفت إلى تحديد تأثير عوامل الأسرة على ظهور القلق والاكتئاب لدى الأبناء في مرحلة الطفولة والمراهقة تألفت العينة من (32) طفلاً يعانون من الاكتئاب والقلق، واستخدمت الدراسة النسخة



المعدلة من مقياس تقويم تماسك وتكيف الأسرة، مقياس التناسق الأسري، ومقياس تصنيف إعادة التكيف الاجتماعي، ومقابلات مع الوالدين، وبينت نتائج الدراسة وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب لدى آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب، وأظهرت النتائج أن أسر الأطفال القلقين والمكتئبين تميزت بوجود الصراعات، التناظر الزوجي عدم التماسك، الشعور بعدم السعادة، السيطرة والتدخل المستمر، عدم الثقة بكفاءة الوالدين على حل المشكلات ومستويات مرتفعة من الطلاق.

كما أجرى برينان وآخرون (Brennan et al. 2001) دراسة طويلة لمعرفة العلاقة بين اضطراب قلق الأطفال واضطراب قلق الوالدين وسلوكيات الوالدين المدركة، وتشمل (التقبل، السيطرة النفسية، السيطرة القاسية) تألفت العينة من (816) طفلاً (414 ذكورا، 402 إناثاً) أبناء لوالدين يعانون من اضطرابات القلق وتراوحت أعمارهم (15) سنة وحاولت الدراسة التحقق من الفرضيات التالية:

- أطفال الوالدين الذين يعانون من اضطرابات القلق يمكن أن يكونوا في خطر متزايد لتطوير اضطرابات القلق.
- مفاهيم المراهقين عن والديهم على أنهم مسيطرون ورافضون قد يتوسط كثيراً في العلاقة بين اضطرابات قلق الأطفال واضطرابات قلق الوالدين.

واستخدمت الدراسة مقياس بيك للاكتئاب، خطة الاضطرابات الانفعالية والفصام عند الأطفال في سن المدرسة، وتقرير الأطفال عن سلوك الوالدين، وبينت نتائج الدراسة وجود مستويات مرتفعة من اضطرابات القلق لدى أبناء الأمهات القلقات في حين لم يتنبأ قلق الآباء بوجود القلق لدى أبنائهم، واطهر الذكور من أبناء الأمهات القلقات مستويات مرتفعة من القلق بالمقارنة مع الإناث من أبناء الأمهات القلقات.

كما تنبأ سلوك السيطرة النفسية للأُم وبشكل ذو دلالة بقلق الأطفال، بالمقارنة مع سلوكيات التقبل والسيطرة القاسية للأُم.

كما بينت النتائج أن اضطراب القلق لدى الأبناء ارتبط سلبياً وبشكل هام مع الوضع الاقتصادي والاجتماعي للعائلة.

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

#### أفراد الدراسة:

تكون أفراد الدراسة من (414) طفلاً، تراوحت أعمارهم ما بين (12 - 15) سنة ،  
وتألف أفراد الدراسة من ثلاثة أقسام:-

**القسم الاول:** تكون من (103) طفلاً من أبناء المضطربين نفسياً، الفصاميين،  
والمكتئبين، والذين يعانون من اضطراب القلق العام (49 ذكورا، 54 اناثا)، وقد روعي في  
عملية اختيار الأطفال أن يكون أحد الوالدين فقط مضطربا نفسياً، وكان عدد الأمهات  
المضطربات نفسياً (44) أما، وعدد الآباء المضطربين نفسياً (59) أباء، وقد تمّ اختيار أفراد  
الدراسة بطريقة قصدية من محافظات (عمان، البلقاء، الزرقاء )، وتمّ التوصل إلى أفراد العينة  
بالتعاون مع المركز الوطني للصحة النفسية والعيادات النفسية ومكاتب الأمم المتحدة (الوكالة).

**القسم الثاني:** تكون من (111) طفلاً من أبناء الوالدين الكحوليين (55 ذكورا، 56  
اناثا) وقد روعي في عملية اختيار الأطفال أن يكون أحد الوالدين فقط مدمناً على الكحول، وكان  
عدد الأمهات الكحوليات (51) أما، وعدد الآباء الكحوليين (60) أباء، وقد تمّ اختيار أفراد  
الدراسة بطريقة قصدية من محافظات (عمان، معان، أربد، الزرقاء) وتمّ التوصل إلى أفراد العينة  
بالتعاون مع المركز الوطني للادمان، ومراكز تربية وتأهيل الأحداث، ومكاتب الامم المتحدة  
(الوكالة).

**القسم الثالث:** تكون من (200) طفلاً نصفهم من الذكور ونصفهم الآخر من الإناث من  
أبناء غير المضطربين نفسياً وأبناء غير الكحوليين ، وقد تمّ اختيارهم من أربع مدارس أساسية  
اثنتان للذكور واثنتان للإناث، وروعي في عملية الاختيار أن يكون هؤلاء الأطفال مكافئين نسبياً  
لعينة أبناء المضطربين نفسياً وأبناء الكحوليين من حيث العمر والمستوى الاجتماعي  
والاقتصادي والصف ويوضح الجدول (2) توزيع الوالدين المضطربين نفسياً حسب جنس الطفل  
ونوع الاضطراب.

## أولاً: مقياس الاكتئاب Depression

لمعرفة درجة الاكتئاب لدى الأطفال في هذه الدراسة، تمّ تعريف مقياس رودلف (Rodloff،1977) للاكتئاب ويتكون المقياس في صورته الأصلية من (20) فقرة تمّ اختيارها لتعكس كلّ واحدة منها إحدى المكونات التالية: المزاج المكتئب، والشعور بالذنب، وعدم الأهمية، والشعور باليأس، والشعور بالعجز، وإعاقة نفس حركية، واضطرابات النوم، وفقدان الشهية.

وتجدر الإشارة إلى أنّ المقياس الأصلي يتمتع بصدق تلازمي حيث وجد رودلف أن Center For Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) مرتبط وبشكل جيد مع مقاييس التقرير الذاتي عن الاكتئاب والمزاج المكتئب، وأشار رودلف إلى وجود ارتباطات إيجابية بين علامات الاكتئاب والعديد من أحداث الحياة السلبية. وكما يتمتع المقياس بالثبات حيث كان معامل الاتساق الداخلي (0,90)، وكان معامل الاستقرار (بطريقة الإعادة) وبفاصل زمني أربعة أسابيع (0,67) (Robinson et al., 1991).

أما فيما يتعلّق بالصورة الأردنية للمقياس، فقد تمّ تعريف المقياس تمهيداً لاستخراج الصدق والثبات وذلك باتّباع الأساليب والطرق التالية:

### أولاً: صدق المقياس:

تم استخلاص مؤشرات صدق المقياس من خلال استخدام ثلاثة أساليب وهي: الصدق المنطقي، الصدق التمييزي، وصدق البناء.

#### 1. الصدق المنطقي (المحكمون):-

تم استخراج الصدق المنطقي عن طريق عرض المقياس على عشرة محكمين من المختصين في التربية وعلم النفس في الجامعات الأردنية، وطلب إليهم تقييم مدى ملائمة الفقرات لما وضعت لقياسه، ومدى وضوح صياغة الفقرات وذلك بعد اطلاعهم على أهداف المقياس ومن ثم اقتراح التعديلات المناسبة، وتم اعتماد معيار اتفاق سبعة محكمين لبيان صلاحية الفقرة وملاءمتها لتبقى ضمن المقياس، واتفاق ثلاثة محكمين على عدم وضوحها

وتعديلها، وبناءً على آراء المحكمين المختصين تم تعديل العديد من الفقرات من حيث الصياغة لزيادة وضوحها ولم يتم حذف أية فقرة.

## 2. صدق البناء:

كمؤشر على صدق البناء استخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية، حيث تم تحليل فقرات المقياس في عينة من (40) طفلاً، وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات الأخرى، حيث أن معامل التمييز هنا يمثل دلالة للصدق بالنسبة لكل فقرة في صورة معامل ارتباط بين كل فقرة وبين الدرجة الكلية، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين (23, - 70)، وهي دالة احصائياً عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$  والجدول رقم (4) يبين ذلك.

### الجدول رقم (4)

معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
,29	15	,28	8	,55	1
,64	16	,38	9	,31	2
,47	17	,41	10	,68	3
,66	18	,37	11	,23	4
,55	19	,50	12	,51	5
,47	20	,25	13	,53	6
	21	,70	14	,31	7

وتجدر الإشارة ان جميع معاملات الارتباط ذات دلالة احصائية ولذلك لم يتم حذف اي من هذه الفقرات.

### 3. الصدق التمييزي:

وهو أحد أشكال صدق البناء وقد تم استخراج الصدق التمييزي للمقياس من خلال مقارنة الأداء في مجموعتين متطرفتين في الخصائص التي وضع المقياس لقياسها، وقد تم تصنيف الأطفال المكتئبين عن طريق العيادات النفسية وبلغ عددهم (11) طفلاً، إذ تم مقارنتهم بمجموعة مكونة من (11) طفلاً يتمتعون بصحة نفسية جيدة، وبعد تطبيق المقياس على المجموعتين تمت مقارنة أداء المجموعتين باستخدام اختبار ت ( T-test ) وقد تبين أن المقياس قادر على التمييز بينهما حيث كانت قيمة ت (14.348) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية بمستوى  $(\alpha = 0,000)$ ، وكذلك كانت متوسطات أداء المجموعة الأولى التي تتمتع بصحة نفسية جيدة (43،82) أدنى من متوسطات المجموعة التي تعاني من الاكتئاب (69.64)، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز ما بين المجموعتين، وهذا يدل على تمتع المقياس بالصدق التمييزي.

### ثانياً: ثبات المقياس

وقد تم استخلاص مؤشرات ثبات المقياس من خلال استخدام أسلوبين هما: الثبات بطريقة الإعادة والاتساق الداخلي.

#### 1. الثبات بطريقة الإعادة:

تم تطبيق المقياس على عينة مؤلفة من (40) طفلاً من طلبة المدارس لديهم خصائص مشابهة لعينة الدراسة من حيث العمر والمستوى الصفي، ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعين على نفس العينة، وقد كان معامل الاستقرار (،87) وهو مقبول لأغراض هذه الدراسة.

#### 2. الاتساق الداخلي:

كما تم حساب الاتساق الداخلي على نفس العينة المؤلفة من (40) طفلاً، واخضعت جميع الاستبيانات للتحليل عن طريق استخدام معادلة كرونباخ ألفا لاستخراج معاملات الاتساق الداخلي وقد كانت الدرجة الكلية (،85) وهذا يدل على مستوى مقبول من الاتساق الداخلي.

وبناءً على الطرق التي تم من خلالها استخلاص دلالات صدق وثبات المقياس يتضح ان المقياس يتمتع بدلالات صدق وثبات مقبولة وملائمة للدراسة الحالية.

### تصحيح المقياس:

تألف المقياس من (20) فقرة، موزعة بين (4) فقرات ايجابية و (16) فقرة سلبية وتقاس بعداً واحداً، كما تم تصحيح الإجابات في هذه الأداة استناداً إلى سلم أجابة مكون من أربع فئات وهي على الشكل الآتي:

دائماً: تعني الموافقة على وجود هذه الظاهرة لدى الطفل من أبناء المضطربين نفسياً أو أبناء الكحوليين أو أبناء العاديين بدرجة مرتفعة جداً ويعطي لها (4) درجات.

غالباً: وتعني الموافقة على وجود هذه الظاهرة لدى الطفل من أبناء المضطربين نفسياً أو أبناء الكحوليين أو أبناء العاديين بدرجة مرتفعة ويعطي لها (3) درجات.

نادراً: وتعني الموافقة على وجود هذه الظاهرة لدى الطفل من أبناء المضطربين نفسياً أو أبناء الكحوليين أو أبناء العاديين بدرجة منخفضة ويعطي لها درجتين.

أبداً: وتعني عدم الموافقة على وجود هذه الظاهرة لدى الطفل من أبناء المضطربين نفسياً أو أبناء الكحوليين أو أبناء العاديين بدرجة كبيرة ويعطي لها علامة واحدة.

ولقد كانت الفقرات التالية ايجابية (16.12.8.4) أما الفقرات السلبية فكانت (20.19.18.17.15.14.13.11.10.9.7.6.5.3.2.1).

ولأغراض البحث فقد تم احتساب الدرجة الكلية على المقياس حيث تراوحت الدرجة الكلية بين (20 - 80)، وقد عكست الفقرات الايجابية لاحتساب هذه الدرجة، ويوصف المفحوص الذي تقترب درجته على المقياس من الحد الأعلى (80) بأنه يعاني من الاكتئاب، ومن تقترب درجته من الحد الأدنى (20) بأنه يتمتع بصحة نفسية جيدة.

### ثانياً: مقياس القلق Anxiety Scale:

ومن أجل الكشف عن مستوى القلق لدى الأبناء تمّ تعريب مقياس (The Revised Children's Manifest Anxiety Scale (What I think and feel) والذي قام ببنائه كل من رينولدز وريتشموند (1978)، Reynolds and Richmond لتحديد درجة وطبيعة القلق عند الأطفال والمراهقين، ويتكون المقياس في صورته الأصلية من 37

فقرة (28) فقرة لقياس القلق ، و9 فقرات لقياس الكذب تم حذفها) وقد كانت جميع فقرات المقياس سلبية.

وتجدر الإشارة على أن المقياس الأصلي يتمتع بصدق البناء حيث تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية ما بين (19, - 99) عند مستوى دلالة  $(\alpha = 0,01)$ ، كما يتمتع المقياس الأصلي بالصدق التلازمي، حيث وجد رينولدز Reynolds ان مقياس (RCMAS) ارتبط مع مقياس State-Trait Anxiety Inventory For Children (STAIC)، وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (85)، كما يتمتع المقياس بالثبات حيث كان معامل الاتساق الداخلي (83) وكان معامل الاستقرار (بطريقة الاعادة) بفاصل زمني خمسة أسابيع (88) .

بعد تعريب المقياس للبيئة الأردنية تم إجراء صدق وثبات للمقياس باتباع الطرق والاساليب التالية:

### أولاً: صدق المقياس

وتم استخلاص مؤشرات الصدق للمقياس من خلال استخدام ثلاثة أساليب هي: الصدق المنطقي، الصدق التمييزي، وصدق البناء.

#### 1. الصدق المنطقي (المحكمين):-

وقد تم استخراجها عن طريق عرضه على عشرة محكمين من المختصين في التربية وعلم النفس في الجامعات الأردنية، وطلب منهم بيان مدى صلاحية العبارة لقياس ما وضعت لقياسه وذلك بعد اطلاعهم على أهداف المقياس، ومن ثم اقتراح التعديلات المناسبة وتم اعتماد معيار اتفاق سبعة محكمين لبيان صلاحية الفقرة لتبقى ضمن المقياس، واتفاق ثلاثة محكمين على عدم وضوحها وتعديلها، وبناءاً على آراء المحكمين المختصين تم تغيير صياغة العديد من الفقرات وحذف فقرتين من فقرات المقياس هما:

1. (تجرح مشاعري بسهولة عندما يستفزني أحد).

2. (أواجه صعوبة في التقاط أنفاسي).

## 2. صدق البناء:-

كمؤشر على صدق البناء استخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية في عينة تكونت من (40) طفلاً، حيث تم تحليل فقرات المقياس وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات، حيث ان معامل التمييز هنا يمثل دلالة للصدق بالنسبة لكل فقرة في صورة معامل ارتباط بين كل فقرة وبين الدرجة الكلية، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين (23, - 63)، هي دالة احصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha = 0,05$ ) والجدول رقم (5) يبين ذلك.

### جدول رقم (5)

معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية على مقياس القلق

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
,25	19	,31	10	,33	1
,51	20	,35	11	,33	2
,54	21	,31	12	,34	3
,63	22	,55	13	,59	4
,38	23	,42	14	,39	5
,23	24	,40	15	,43	6
,41	25	,59	16	,47	7
,46	26	,26	17	,53	8
		,50	18	,33	9

وهذا يدل على وجود ارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية بدرجات مقبولة، وبالتالي لم يتم حذف اي فقرة من هذه الفقرات عند التطبيق.

## 3. الصدق التمييزي:-

وهو أحد اشكال صدق البناء وقد تم استخراج الصدق التمييزي للمقياس من خلال مقارنة الأداء في مجموعتين متطرفتين في الخصائص التي وضع المقياس لقياسها، وقد تم



تصنيف الأطفال القلقين عن طريق العيادات النفسية وبلغ عددهم (11) طفلاً، حيث تمّ مقارنة مجموعة مكونة من (11) طفلاً، يتمتعون بصحة نفسية جيدة، وبعد تطبيق المقياس على المجموعتين، وتمت مقارنة أداء المجموعتين باستخدام اختبار ت ( T-test )، وقد تبين أنّ المقياس قادر على التمييز بينهما حيث كانت قيمة ت (13.107) وهي قيمة ذات دلالة احصائية بمستوى ( $\alpha = 0,000$ )، وكذلك كانت متوسطات أداء المجموعة الأولى التي تتمتع بصحة نفسية جيدة (45.18) أدنى من متوسطات المجموعة التي تعاني من الاكتئاب (75.55) مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين، وهذا يدل على تمتع المقياس بالصدق التمييزي.

### ثانياً: ثبات المقياس

وقد تم استخلاص مؤشرات ثبات المقياس من خلال استخدام أسلوبين وهما الثبات بطريقة الإعادة والاتساق الداخلي:

#### 1. الثبات بطريقة الإعادة:

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (40) طفلاً من طلبة المدارس لديهم خصائص مشابهة لعينة الدراسة من حيث العمر والمستوى الصفي، تطبق عليهم شروط الدراسة ثم أعيد تطبيق الدراسة بعد أسبوعين على نفس العينة وقد كان معامل الاستقرار (88)، وهو يدل على ثبات عالٍ.

#### 2. الاتساق الداخلي:

كما تم حساب الاتساق الداخلي على نفس العينة المؤلفة من (40) طفلاً، وتم إخضاع جميع الاستبانات للتحليل، ثم استخدمت معادلة كرونباخ ألفا من أجل حساب الثبات بالاتساق الداخلي، وقد كانت الدرجة الكلية (85)، ويعتبر هذا الاتساق مقبولاً لأغراض تطبيق هذا الدراسة.

وبناءً على الطرق التي تمّ من خلالها استخلاص دلالات صدق وثبات المقياس، يتضح أنّ المقياس يتمتع بدلالات صدق وثبات مقبولة وملائمة للدراسة الحالية.

### تصحيح المقياس:

يتكون المقياس الحالي من (26) فقرة تقيس بعداً واحداً، وقد تمّ تصحيح الإجابات في هذه الأداة استناداً إلى سلم إجابة مكون من أربع فئات وهي على الشكل التالي:

دائماً: وتشير إلى أنّ هذه الظاهرة موجودة لدى الطفل بشكل دائم في كل الأوقات ويعطي لها (4) درجات.

غالباً: وتشير إلى أنّ هذه الظاهرة موجودة لدى الطفل في اغلب الأحيان والأوقات ويعطي لها (3) درجات.

نادراً: وتشير إلى أنّ هذه الظاهرة نادراً ما تكون موجودة لدى الطفل ويعطي لها درجتان.

أبدأ: وتشير إلى أنّ هذه الظاهرة غير موجودة لدى الطفل إطلاقاً ولا في أي وقت ويعطي لها درجة واحدة.

ومن الجدير بالذكر أنّ جميع فقرات المقياس سلبية، ولأغراض البحث فقط تمّ احتساب الدرجة الكلية على المقياس حيث تراوحت الدرجة الكلية بين (26-104) ، ويوصف المفحوص الذي تقترب درجته من الحد الاعلى (104) بأنه يعاني من القلق ، ومن تقترب درجته من الحد الادنى (26) بأنه يتمتع بصحة نفسية جيدة.

### ثالثاً: مقياس تقدير الذات

ولمعرفة درجة تقدير الذات لدى الأطفال في هذه الدراسة فقد تمّ استخدام مقياس تقدير الذات العام (Global Self- Esteem) المطور من قبل باتشمان واوملي (1977) Bachman and Omalley ويتكون المقياس في صورته الأصلية من عشر فقرات موزعة على النحو التالي:

أ. (6) فقرات أخذت من مقياس تقدير الذات Self- esteem scale لروزنبرغ (1965)، Rosenberg's وهي:

1. أشعر أنني شخص له قيمة بالمقارنة مع الآخرين.

2. أشعر ان لدي عدد من الصفات الجيدة.

3. استطيع ان اقوم بالاشياء بطريقة صحيحة مثل أكثر الناس.
4. اشعر أنه ليس لدى الكثير لأفخر به.
5. أشعر بالرضا عن نفسي.
6. في بعض الأحيان اعتقد أنني غير جيد.

ب. (4) فقرات أخذت من مقياس تقدير الذات Self- esteem scale لكوب واخرون (cobb et al., 1966) وهي:

1. أنا شخص مفيد لمن هم حولي.
2. أشعر أنني لا استطيع أن اقوم بأي شيء بطريقة صحيحة.
3. عندما أقوم بعمل اقوم به على نحو جيد.
4. أشعر أن حياتي ليست مفيدة.

ومن الجدير بالذكر ان المقياس في صورته الاصلية يتصف بدرجة عالية من صدق البناء، كما يتصف المقياس بالثبات حيث كان معامل الاتساق الداخلي (83)، وكان معامل الاستقرار بطريقة الاعداء بفاصل زمني أربعة أسابيع (67) (Bachman and O'malley, 1977).

اما فيما يتعلق بالصورة الاردنية للمقياس فقد تم تعريب المقياس تمهيدا لاستخراج الصدق والثبات باتباع الطرق والاساليب التالية:

#### اولاً: صدق المقياس

تم استخلاص مؤشرات صدق المقياس من خلال استخدام ثلاثة أساليب وهي الصدق المنطقي، الصدق التميزي، وصدق البناء.

### 1. الصدق المنطقي (المحكمون):-

تم استخراج الصدق المنطقي عن طريق عرض المقياس على عشرة محكمين في التربية وعلم النفس، حيث طلب من كل منهم بيان مدى مناسبة الفقرات لما وضعت لقياسه، ومدى وضوح صياغة الفقرات وذلك بعد اطلاعهم على اهداف المقياس، ومن ثم اقتراح التعديلات المناسبة، وتم اعتماد معيار اتفاق سبعة محكمين لبيان صلاحية الفقرة وملائمتها لتبقى ضمن المقياس، واتفاق ثلاثة محكمين على عدم وضوحها لتعديلها، وبناءً على اراء المحكمين المختصين تم تعديل عدد من الفقرات من حيث الصياغة لزيادة وضوحها ولم يتم حذف اية فقرة.

### 2-صدق البناء:

كمؤشر على صدق البناء استخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية، حيث تم تحليل فقرات المقياس في عينة من (40) طفلاً وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات الاخرى، حيث ان معامل التمييز هذا يمثل دلالة للصدق بالنسبة لكل فقرة في صورة معامل ارتباط بين كل فقرة وبين الدرجة الكلية، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين (31, - 58)، وهذه القيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$  والجدول رقم (6) يبين ذلك.

#### الجدول رقم (6)

معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية على مقياس تقدير الذات

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
,58	6	,52	1
,50	7	,45	2
,31	8	,50	3
,54	9	,38	4
,43	10	,53	5

وتجدر الاشارة أن جميع معاملات الارتباط كانت ذات درجات مقبولة، ولذلك لم يتم حذف اي من هذه الفقرات.

### 3-الصدق التمييزي:

وهو أحد اشكال صدق البناء وقد تم استخراج الصدق التمييزي للمقياس، حيث طبق على عينة مكونة من (40) طفلاً، تراوحت اعمارهم بين (12 - 15) سنة، (عشرون من أفرادها صنفوا ضمن تقدير الذات المرتفع وعشرون ضمن تقدير الذات المنخفض)، تم تصنيفهم بواسطة تقديرات المرشدين والمرشحات والمعلمين والمعلمات بعد أن زدوا بمعلومات كافية حول معنى تقدير الذات، حيث طلب منهم تحديد طلاب يرون أن تقدير الذات لديهم مرتفع ومجموعة من الطلاب يرون ان تقدير الذات لديهم منخفض، وكان معيار التصنيف اتفاق المرشد ومعلم واحد على الاقل على تصنيف الطالب ضمن مجموعة تقدير الذات المنخفض او ضمن مجموعة تقدير الذات المرتفع.

وبعد تطبيق الاختبار على المجموعتين، وجد ان الاداة قادرة على التمييز بين المجموعتين حيث كانت قيمة ت (9.157) وهذه القيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى  $\alpha = 0.000$  وكذلك كانت متوسطات أداء مجموعة تقدير الذات المرتفع (36.83) وهي أعلى من متوسطات مجموعة تقدير الذات المنخفض (25.64) مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين، وهذا يدل على تمتع المقياس بالصدق التمييزي.

### ثانياً: ثبات المقياس

وقد تم استخلاص مؤشرات ثبات المقياس من خلال استخدام أسلوبين وهما الثبات بطريقة الاعداد والاتساق الداخلي:

#### 1. الثبات بطريقة الاعداد:

تم تطبيق المقياس على عينة اولية مؤلفة من (40) طفلاً من طلبة المدارس لديهم خصائص مشابهة لعينة الدراسة من حيث العمر والمستوى الصفي ، ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعين على نفس العينة وقد كان معامل الاستقرار (.83) وهي قيمة مقبولة لأغراض هذه الدراسة.

## 2. الاتساق الداخلي:

كما تم حساب الاتساق الداخلي على نفس العينة المؤلفة من (40) طفلاً، ثم اخضعت جميع الاستبيانات للتحليل عن طريق استخدام معادلة كروبناخ ألفا لاستخراج معاملات الاتساق الداخلي، وقد كانت الدرجة الكلية (0.79) وهي قيمة مقبولة لاغراض الدراسة.

### تصحيح المقياس:

تألف المقياس من عشر فقرات موزعة بين 6 فقرات ايجابية و 4 فقرات سلبية، وتقيس بعداً واحداً، كما تم تصحيح الاجابات في هذه الأداء استناداً إلى سلم اجابة مكون من أربع فئات وهي على الشكل التالي:

دائماً: وتشير إلى أن هذه الظاهرة موجودة لدى الطفل بشكل دائم وفي كل الاوقات ويعطي لها (4) درجات.

غالباً: وتشير إلى أن هذه الظاهرة موجودة لدى الطفل، في أغلب الأحيان والاقوات يعطي لها (3) درجات.

نادراً: وتشير إلى أن هذه الظاهرة نادراً ما تكون موجودة لدى الطفل ويعطي لها درجتان.

أبدأ: وتشير إلى أن هذه الظاهرة غير موجودة لدى الطفل اطلاقاً ولا في اي وقت ويعطي لها درجة واحدة.

وقد اعتبرت الفقرات التالية ايجابية (9.7.5.3.2.1) والفقرات التالية سلبية (10.8.6.4). ولأغراض البحث فقد تم احتساب الدرجة الكلية على المقياس حيث تراوحت الدرجة الكلية بين (10 - 40) وقد عكست الفقرات السلبية لاحتساب هذه الدرجة، ويوصف المفحوص الذي تقترب درجته الكلية على المقياس من الحد الأعلى (40) بأنه يتمتع بتقدير ذات مرتفع، ومن تقترب درجته من الحد الأدنى (10) بأنه يتمتع بتقدير ذات منخفض.

### الاجراءات:

للتأكد من وضوح فقرات المقياس بالنسبة للمستجيبين قامت الباحثة بتطبيق المقاييس على عينة من الجنسين مؤلفة من (30) طفلاً، وطلبت منهم بيان فيما اذا كانت الفقرات واضحة

المعاني، وبناءً على آراء المستجيبين فقد تم تعديل العديد من الفقرات من حيث الصياغة لزيادة وضوحها و لم يتم حذف اية فقرة.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة وهي التعرف على أثر تعاطي الكحول أو وجود الاضطراب النفسي لدى الوالدين أو أحدهما في متغيرات نفسية لدى الأبناء هي تقدير الذات والاكتئاب والقلق، قامت الباحثة بمحاولة أولية لدراسة الواقع فيما يتعلق بأبناء المضطربين نفسياً وأبناء الكحوليين من خلال عيادات الطب النفسي، ولما تبين عدم وجود أي دراسة أو احصائية تتعلق بأبناء المضطربين نفسياً أو أبناء الكحوليين قامت الباحثة بالبحث عن عينة من الأفراد بهدف تطبيق مقاييس تقدير الذات والاكتئاب والقلق عليهم.

وقامت الباحثة بالتعاون مع أطباء المركز الوطني للصحة النفسية والمركز الوطني للادمان والعيادات النفسية وباحثي مراكز عبدالله بن عمر، ومحمد بن القاسم، وأسامة بن زيد لتعليم وتأهيل الأحداث، وباحثي وكالة الامم المتحدة، بمراجعة ملفات المضطربين نفسياً، والكحوليين لاخذ المعلومات عن ابنائهم من خلال دراسة الحالة المتعلقة بالجنس، ونوع الاضطراب النفسي للوالد، وتم تطبيق المقاييس على الافراد الذين أمكن الوصول اليهم، وكان التطبيق فردياً في بيوت اطفال الآباء المضطربين نفسياً والكحوليين.

وقد تمت الاجراءات التالية عند التطبيق:

1. قراءة التعليمات بشكل واضح والتأكد من فهم الطفل لطبيعة المهمة التي سيقوم لها.
2. قراءة كل فقرة من فقرات المقاييس وتوضيحها للطفل بهدف ضمان اجابة دقيقة.

تم تطبيق اجراءات هذه الدراسة خلال الفترة الواقعة بين 2005/7/1 إلى 2005/11/30 حيث استغرق خمسة أشهر تقريباً.

أما فيما يتعلق بعينة أبناء العاديين فقد قامت الباحثة باختيار أربعة مدراس أساسية اثنتان للذكور واثنتان للإناث في منطقة عمان الأولى، وبعد التأكد من عدم وجود أبناء لوالدين مضطربين نفسياً أو كحوليين عن طريق مراجعة ملفات الطلبة بالتعاون مع المرشد النفسي في

المدرسة، قامت الباحثة بتوزيع الاستبانات على الطلبة من عمر (12 - 15) سنة وتمت الاجراءات التالية عند التطبيق:

1. قراءة التعليمات بشكل واضح والتأكد من فهم الطفل لطبيعة المهمة التي سيقوم بها.
  2. قراءة كل فقرة من فقرات المقاييس وتوضيحها للطفل بهدف ضمان اجابة دقيقة.
- وبعد الانتهاء من عملية التطبيق تم تفريغ البيانات وتحليلها واستخراج النتائج.

### المعالجة الاحصائية

تتمثل متغيرات الدراسة فيما يلي:

1. المتغيرات المستقلة: جنس الطفل (ذكر، أنثى)، جنس الوالد المضطرب نفسياً (أب، أم)، جنس الوالد الكحولي (أب، أم)، ونوع الاضطراب النفسي للوالد (فصام، اكتئاب، اضطراب القلق العام).
2. المتغيرات التابعة: تقدير الذات، والاكتئاب، والقلق لدى الأبناء.

الدراسة الحالية هدفت إلى التعرف على أثر وجود والد كحولي أو مضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، وهل يختلف تقدير الذات والاكتئاب والقلق باختلاف جنس الطفل، جنس الوالد المضطرب نفسياً، جنس الوالد الكحولي، ونوع الاضطراب النفسي للوالد.

وفي ضوء المتغيرات المستقلة فقد استخدمت الاساليب الاحصائية التالية:

- تم استخدام اختبار ت (T-test) للاجابة عن الأسئلة (3.2.1) .
- واستخدام تحليل التباين الثنائي Two Way Anova للاجابة عن الأسئلة التالية (5.4) حيث تم اعتماده لدراسة الفروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق باختلاف جنس الوالد الكحولي او المضطرب نفسياً، جنس الطفل، والتفاعل بينهما.
- كما استخدم تحليل التباين الأحادي One Way Anova للاجابة عن السؤال (6) حيث تم اعتماده لدراسة الفروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق وفقاً لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد.



## الفصل الرابع

### تحليل النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر وجود والد كحولي أو مضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء باستخدام مقاييس لتقدير الذات والاكتئاب والقلق.

وللإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام اختبار ت (T-test) ، تحليل التباين الأحادي، وتحليل التباين الثنائي، وفيما يلي عرض للنتائج التي تتعلق بأسئلة الدراسة:

للإجابة عن السؤال الأول من أسئلة الدراسة والذي ينص على مايلي:  
هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء المضطربين نفسياً؟ فقد تم استخدام اختبار ت ( T-test ) والجدول رقم (7) يظهر النتائج

#### جدول رقم (7)

نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسطات تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	
,47	- .72	,43	2.69	111	كحولي	تقدير الذات
		,55	2.74	103	مضطرب نفسياً	
*,004	2.904	,38	2.76	111	كحولي	قلق
		,56	2.56	103	مضطرب نفسياً	
*,000	3.808	,37	2.73	111	كحولي	اكتئاب
		,57	2.48	103	مضطرب نفسياً	

يتضح من الجدول رقم (7) أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين ومتوسطات درجات تقدير الذات لدى أبناء المضطربين نفسياً، حيث بلغت قيمة  $t(-,72)$ ، وهذه القيمة ليست ذات دلالة احصائية عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ .

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القلق لدى أبناء الكحوليين ومتوسطات درجات القلق لدى أبناء المضطربين نفسياً، حيث بلغت قيمة  $t(2,90)$  عند مستوى دلالة  $(0,05)$  وهذه الفروق تشير إلى أن القلق أعلى لدى أبناء الكحوليين منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، حيث بلغ متوسط القلق لدى أبناء الكحوليين  $(2,76)$  بينما بلغ المتوسط لدى أبناء المضطربين نفسياً  $(2,56)$ .

كذلك تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين ومستويات درجات الاكتئاب لدى أبناء المضطربين نفسياً، حيث بلغت قيمة  $t(3,80)$  عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ ، وهذه الفروق تشير إلى أن الاكتئاب أعلى لدى أبناء الكحوليين منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، حيث بلغ متوسط الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين  $(2,73)$  بينما بلغ المتوسط لدى أبناء المضطربين نفسياً  $(2,48)$ .

وللإجابة عن السؤال الثاني من أسئلة الدراسة والذي ينص على مايلي:

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء العاديين؟ فقد تم استخدام اختبار  $(T\text{-test})$  والجدول رقم (8) يظهر النتائج.

يتضح من الجدول رقم (8) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين ومتوسطات درجات تقدير الذات لدى أبناء العاديين، إذ بلغت قيمة  $t(7,96)$  وهذه القيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$  وقد تبين أن تقدير الذات لدى أبناء العاديين أعلى منه لدى أبناء الكحوليين، حيث بلغ متوسط تقدير الذات لدى أبناء العاديين  $(3,41)$  بانحراف معياري  $(4,88)$ ، في حين بلغ متوسط تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين  $(2,69)$  بانحراف معياري  $(4,33)$ .

## الجدول رقم (8)

نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسطات تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء العاديين

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	
*,000	-7.96	,43	2.69	111	كحوليين	تقدير الذات
		,48	3.14	200	عاديين	
*,000	9.33	,38	2.76	111	كحوليين	قلق
		,57	2.19	200	عاديين	
*,000	-13.51	,37	2.73	111	كحوليين	اكتئاب
		,53	1.96	200	عاديين	

وكذلك تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القلق لدى أبناء الكحوليين ومتوسطات درجات القلق لدى أبناء العاديين، حيث بلغت قيمة ت (9.33) عند مستوى دلالة أقل من (0,05)، وهذه الفروق تشير إلى أن القلق أعلى لدى أبناء الكحوليين منه لدى أبناء العاديين، حيث بلغ متوسط القلق لدى أبناء الكحوليين (2.67) بينما بلغ المتوسط لدى أبناء العاديين (2.19).

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين ومتوسطات درجات الاكتئاب لدى أبناء العاديين، حيث بلغت قيمة ت (13,51)، عند مستوى دلالة أقل من (0,05) وهذه الفروق تشير إلى أن الاكتئاب أعلى لدى أبناء الكحوليين منه لدى أبناء العاديين، حيث بلغ متوسط الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين (2.73) بينما بلغ المتوسط لدى أبناء العاديين (1.96).

للإجابة عن السؤال الثالث من أسئلة الدراسة والذي ينص على مايلي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء المضطربين نفسياً وأبناء العاديين؟ تم استخدام اختبار ت (T-test) والجدول رقم (9) يظهر النتائج.

## جدول رقم (9)

نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسطات تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء المضطربين نفسياً وأبناء العاديين

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	
*,000	,633	,556	2.74	103	مضطرب نفسي	تقدير الذات
		,488	3.14	200	عادي	
*,000	5.432	,569	2.56	103	مضطرب نفسي	القلق
		,573	2.19	200	عادي	
*,000	7.824	,577	2.48	103	مضطرب نفسي	الاكتئاب
		,534	1.96	200	عادي	

يتضح من الجدول رقم (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تقدير الذات لدى أبناء المضطربين نفسياً ومتوسطات درجات تقدير الذات لدى أبناء العاديين إذ بلغت قيمة ت (-,633)، وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ ، وقد تبين أن تقدير الذات لدى أبناء العاديين أعلى منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، حيث بلغ متوسط تقدير الذات لدى أبناء العاديين (3.14) بانحراف معياري (,488) في حين بلغ متوسط تقدير الذات لدى أبناء المضطربين نفسياً (2.74) بانحراف معياري (,556).

وكذلك تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القلق لدى أبناء المضطربين نفسياً ومتوسط درجات القلق لدى أبناء العاديين، حيث بلغت قيمة ت (5.43) عند مستوى دلالة أقل من (,05)، وهذا الفرق يشير إلى أن القلق أعلى لدى أبناء المضطربين نفسياً منه لدى أبناء العاديين، حيث بلغ متوسط القلق لدى أبناء المضطربين نفسياً (2.56) بينما بلغ المتوسط لدى أبناء العاديين (2.19).

كما تبين من الجدول وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الاكتئاب لدى أبناء المضطربين نفسياً ومتوسطات درجات الاكتئاب لدى أبناء العاديين، حيث بلغت قيمة  $t(7.824)$  عند مستوى دلالة اقل من  $(0,05)$ ، وهذه الفروق تشير الى أن الاكتئاب أعلى لدى أبناء المضطربين نفسياً منه لدى أبناء العاديين، حيث بلغ متوسط الاكتئاب لدى أبناء المضطربين نفسياً  $(2.48)$  بينما بلغ المتوسط لدى أبناء العاديين  $(1,96)$ .

وللإجابة عن السؤال الرابع والذي ينص على مايلي:

هل توجد فروق ذات دلالة في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين تعزى لمتغيرات جنس الوالد الكحولي و جنس الطفل والتفاعل بينهما؟

قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين الثنائي  $(2 \times 2)$  للكشف عن أثر كل من جنس الوالد الكحولي و جنس الطفل في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، ويمثل الجدول رقم (10) أثر كل من جنس الوالد الكحولي و جنس الطفل والتفاعل بينهما في تقدير الذات لدى الأبناء.

#### الجدول رقم (10)

نتائج تحليل التباين الثنائي لأثر جنس الوالد الكحولي و جنس الطفل والتفاعل بينهما في تقدير الذات لدى الأبناء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
جنس الوالد (أ)	,103	1	,103	,594	,443
جنس الطفل (ب)	1.639	1	1.639	9.486	*,003
تفاعل أ×ب	,587	1	,587	3.395	,068
الخطأ	18.488	107	,173		
الكلية	20.654	110			

يشير الجدول رقم (10) أنه لا يوجد أثر ذو دلالة لمتغير جنس الوالد الكحولي في تقدير الذات لدى الأبناء ، إذ بلغت قيمة ف (594)، بدرجات حرية (1)، وهذه القيمة ليست ذات دلالة احصائية عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ ، بينما يتضح من نفس الجدول أن لمتغير جنس الطفل أثراً ذا دلالة في تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين، وذلك عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ ، حيث بلغت قيمة ف (9.486) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (11) تبين أن متوسط درجات تقدير الذات لدى الذكور من أبناء الكحوليين بلغ (2,81) بينما بلغ متوسط درجات تقدير الذات لدى الإناث من أبناء الكحوليين (2,58) مما يعني أن تقدير الذات لدى الذكور من أبناء الكحوليين أعلى منه لدى الإناث من أبناء الكحوليين.

### جدول رقم (11)

متوسطات تقدير الذات لأبناء الكحوليين حسب جنس الطفل

الجنس	العدد	المتوسطات
ذكور	55	2.81
إناث	56	2.58

ولم تظهر النتائج وجود تفاعل بين متغيرات جنس الوالد وجنس الطفل في تقدير الذات لدى الأبناء.

ويمثل الجدول رقم (12) اثر كل من جنس الوالد الكحولي وجنس الطفل والتفاعل بينهما في القلق لدى الأبناء.

تبين من الجدول رقم (12) أن لمتغير جنس الوالد الكحولي أثراً ذا دلالة في القلق لدى الأبناء وذلك عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ ، حيث بلغت قيمة ف (9.972) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (13)، تبين أن متوسط درجات القلق لدى أبناء الأمهات الكحوليات بلغ (2.85) بينما بلغ متوسط درجات القلق لدى أبناء الآباء الكحوليين (2.67)، مما يعني أن القلق لدى أبناء الأمهات الكحوليات أعلى منه لدى أبناء الآباء الكحوليين.

## جدول رقم (12)

نتائج تحليل التباين الثنائي لأثر جنس الوالد الكحولي و جنس الطفل والتفاعل بينهما في القلق لدى الأبناء.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
جنس الوالد (أ)	1.016	1	1.016	9.972	*,002
جنس الطفل (ب)	4.532	1	4.532	44.488	*,000
تفاعل أ×ب	,005	1	,005	,049	,825
الخطأ	10.899	107	.102		
الكلية	16.395	110			

## جدول رقم (13)

متوسطات القلق لأبناء الكحوليين حسب جنس الوالد

الجنس	العدد	المتوسطات
آباء	60	2.67
أمهات	51	2.85

كذلك وجد أن هناك أثراً ذا دلالة إحصائية لمتغير جنس الطفل في القلق لدى أبناء الكحوليين وذلك عند مستوى  $(\alpha = 0.05)$ ، حيث بلغت قيمة ف (44.488) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (14) تبين أن متوسط درجات القلق لدى الإناث من أبناء الكحوليين بلغ (2.96)، بينما بلغ متوسط درجات القلق لدى الذكور من أبناء الكحوليين (2.55)، مما يعني أن القلق لدى الإناث من أبناء الكحوليين أعلى منه لدى الذكور من أبناء الكحوليين.

(1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (16) تبين أن متوسط درجات الاكتتاب لدى أبناء الأمهات الكحوليات بلغ (2.82) وبينما بلغ متوسط أبناء الآباء الكحوليين (2.65)، مما يشير إلى أن الاكتتاب لدى أبناء الأمهات الكحوليات أعلى منه لدى أبناء الآباء الكحوليين.

### جدول رقم (16)

متوسطات الاكتتاب لأبناء الكحوليين حسب جنس الوالد

المتوسطات	العدد	الجنس
2.65	60	آباء
2.82	51	أمهات

كذلك وجد أن هناك أثراً ذا دلالة إحصائية لمتغير جنس الطفل في الاكتتاب لدى أبناء الكحوليين وذلك عند مستوى ( $\alpha = 0,05$ )، حيث بلغت قيمة ف (34.418) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (17) تبين أن متوسط درجات الاكتتاب لدى الإناث من أبناء الكحوليين بلغ (2.90)، بينما بلغ متوسط الذكور من أبناء الكحوليين (2.55)، مما يشير إلى أن الاكتتاب لدى الإناث من أبناء الكحوليين أعلى منه لدى الذكور من أبناء الكحوليين .

### جدول رقم (17)

متوسطات الاكتتاب لأبناء الكحوليين حسب جنس الطفل

المتوسطات	العدد	الجنس
2.55	55	ذكور
2.90	56	إناث

ولم تظهر النتائج وجود تفاعل بين متغيرات جنس الوالد الكحولي وجنس الطفل في الاكتتاب لدى الأبناء.



وللإجابة عن السؤال الخامس والذي ينص على ما يلي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء المضطربين نفسياً تعزى لمتغيرات جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل والتفاعل بينهما؟

قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين الثنائي ( $2 \times 2$ ) للكشف عن أثر كل من جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، ويمثل الجدول رقم (18) أثر كل من جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل والتفاعل بينهما في تقدير الذات لدى الأبناء.

### جدول رقم (18)

نتائج تحليل التباين الثنائي لأثر جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل والتفاعل بينهما في تقدير الذات لدى الأبناء.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
جنس الوالد (أ)	2.295	1	2.295	8.359	*,005
جنس الطفل (ب)	2.031	1	2.031	7.398	*,008
تفاعل أ × ب	,336	1	,336	1.225	,271
الخطأ	27.180	99	,275		
الكلية	31.550	102			

تبين من الجدول رقم (18) أن لمتغير جنس الوالد المضطرب نفسياً أثراً ذا دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الأبناء عند مستوى ( $\alpha = 0,05$ )، حيث بلغت قيمة ف (8.359) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (19) تبين أن متوسط درجات تقدير الذات لدى أبناء الأباء المضطربين نفسياً بلغ (2.87)، بينما بلغ متوسط درجات تقدير الذات لدى

أبناء الأمهات المضطربات نفسياً (2.57)، مما يشير إلى أن تقدير الذات لدى أبناء الآباء المضطربين نفسياً أعلى منه لدى أبناء الأمهات المضطربات نفسياً.

### جدول رقم (19)

متوسطات تقدير الذات لأبناء المضطربين نفسياً حسب جنس الوالد

المتوسطات	العدد	الجنس
2.87	59	آباء
2.57	44	أمهات

كذلك وجد أن هناك أثراً ذا دلالة لمتغير جنس الطفل في تقدير الذات لدى أبناء المضطربين نفسياً وذلك عند مستوى  $(\alpha = 0.05)$ ، حيث بلغت قيمة  $F$  (7.398) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (20) تبين أن متوسط درجات تقدير الذات لدى الذكور من أبناء المضطربين نفسياً بلغ (2.88)، بينما بلغ متوسط درجات تقدير الذات لدى الإناث من أبناء المضطربين نفسياً (2.62)، مما يشير إلى أن تقدير الذات لدى الذكور من أبناء المضطربين نفسياً أعلى منه لدى الإناث من أبناء المضطربين نفسياً.

### جدول رقم (20)

متوسطات تقدير الذات لأبناء المضطربين نفسياً حسب جنس الطفل.

المتوسطات	العدد	الجنس
2.88	49	ذكور
2.62	54	إناث

ولم تظهر النتائج وجود تفاعل بين متغيرات جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل في تقدير الذات لدى الأبناء.

ويمثل الجدول رقم (21) أثر كل من جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل في القلق لدى الأبناء.

### جدول رقم (21)

نتائج تحليل التباين الثنائي لأثر جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل والتفاعل بينهما في القلق لدى الأبناء.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جنس الوالد (أ)	1.686	1	1.686	5.583	*,02
جنس الطفل (ب)	,734	1	,734	2.432	,122
تفاعل أ×ب	,678	1	,678	2.245	,137
الخطأ	29.893	99	,302		
الكلي	33.049	102			

يتضح من الجدول (21) أن لمتغير جنس الوالد المضطرب نفسياً أثراً ذا دلالة إحصائية في القلق لدى الأبناء، حيث بلغت قيمة ف ( 5.583 ) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (22) تبين أن متوسط درجات القلق لدى أبناء الأمهات المضطربات نفسياً بلغ (2.70)، بينما بلغ متوسط درجات القلق لدى أبناء الآباء المضطربين نفسياً (2.46)، مما يشير إلى أن القلق لدى أبناء الأمهات المضطربات نفسياً أعلى منه لدى أبناء الآباء المضطربين نفسياً.

### جدول رقم (22)

متوسطات القلق لأبناء المضطربين نفسياً حسب جنس الوالد

الجنس	العدد	المتوسطات
آباء	59	2.46
أمهات	44	2.70

ولم تشر النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير جنس الطفل كذلك لم يظهر هناك أي تفاعل بين هذه المتغيرات.

ويمثل الجدول رقم (23) أثر كل من جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل والتفاعل بينهما في الاكتئاب لدى الأبناء.

### جدول رقم (23)

نتائج تحليل التباين الثنائي لأثر جنس الوالد المضطرب نفسياً وجنس الطفل والتفاعل بينهما في الاكتئاب لدى الأبناء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جنس الوالد (أ)	4.271	1	4.271	14.766	*،000
جنس الطفل (ب)	1.046	1	1.046	3.616	,060
تفاعل أ×ب	,093	1	,093	0.322	,572
الخطأ	28.632	99	,289		
الكلية	33.938	102			

يتضح من الجدول رقم (23) أن لمتغير جنس الوالد المضطرب نفسياً أثراً ذا دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى الأبناء،، حيث بلغت قيمة ف ( 14.766) بدرجات حرية (1)، وبالنظر إلى جدول المتوسطات رقم (24) تبين أن متوسط درجات أبناء الأمهات المضطربات نفسياً بلغ (2.71)، بينما بلغ متوسط درجات أبناء الآباء المضطربين نفسياً (2.31)، مما يشير إلى أن الاكتئاب لدى أبناء الأمهات المضطربات نفسياً أعلى منه لدى أبناء الآباء المضطربين نفسياً.

ولم تشر النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير جنس الطفل، كذلك لم يظهر هناك أي تفاعل بين هذه المتغيرات.

## جدول رقم (24)

متوسطات الاكتئاب لأبناء المضطربين نفسياً حسب جنس الوالد

المتوسطات	العدد	الجنس
2.31	59	آباء
2.71	44	أمهات

وللإجابة عن السؤال السادس من أسئلة الدراسة والذي ينص على ما يلي:

هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء تعزى لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد؟ فقد تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للأداء على مقاييس تقدير الذات والاكتئاب والقلق وفقاً لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد، والجدول رقم (25) يبين ذلك.

## جدول رقم (25)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأداء على مقاييس تقدير الذات والاكتئاب والقلق وفقاً لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد.

نوع الاضطراب النفسي للوالد						المقياس
اضطراب القلق العام		أكتئاب		فصام		
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
,391	2.81	,679	2.58	,502	2.85	تقدير الذات
,432	2.47	,545	2.68	,669	2.53	القلق
,484	2.36	,541	2.60	,660	2.45	الاكتئاب

يتضح من الجدول رقم (25) أن هناك فروقا ظاهرية بين متوسطات الأداء على أبعاد تقدير الذات والاكتئاب والقلق للأطفال، وفقاً لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ ، فقد تم حساب تحليل التباين الأحادي للأداء على مقاييس تقدير الذات والاكتئاب والقلق للأبناء وفقاً لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد والجدول رقم (26) يبين ذلك

### جدول رقم (26)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات الأداء على مقاييس تقدير الذات والقلق والاكتئاب للأبناء وفقاً لمتغير نوع الاضطراب النفسي لدى الوالد.

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسطات مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	1.520	2	,760	2.531	,085
	داخل المجموعات	30.030	100	,300		
	الكلية	31.550	102			
القلق	بين المجموعات	,765	2	,383	1.186	,310
	داخل المجموعات	32.284	100	,323		
	الكلية	33.049	102			
الاكتئاب	بين المجموعات	,938	2	,469	1.421	,246
	داخل المجموعات	33.001	100	,330		
	الكلية	33.938	102			

يتضح من الجدول رقم (26) أنه لا توجد فروق في متوسطات الأداء على مقاييس تقدير الذات والاكتئاب والقلق للأبناء، إذ بلغت قيمة ف بدرجات حرية (2، 100، 102) (2.531، 1.186، 1.421)، على التوالي وهذه القيم ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha = 0,05)$ .

## الفصل الخامس

### المناقشة والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر وجود والد كحولي، أو مضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، كما هدفت إلى التعرف على أثر بعض المتغيرات في إطار الاسر الكحولية والمضطربة نفسياً في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء، وقد بينت النتائج وجود آثار ذات دلالة إحصائية لمعظم التساؤلات التي تم طرحها، إذ تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً حيث كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين أعلى منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، بينما لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين أبناء المضطربين نفسياً وأبناء الكحوليين، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء العاديين حيث كان تقدير الذات لدى أبناء العاديين أعلى منه لدى أبناء الكحوليين، بينما كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين أعلى منه لدى أبناء العاديين، وبينت النتائج وجود فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء المضطربين نفسياً وأبناء العاديين حيث كان تقدير الذات لدى أبناء العاديين أعلى منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، بينما كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء المضطربين نفسياً أعلى منه لدى أبناء العاديين.

كما وجدت الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين تعزى لمتغير جنس الوالد حيث كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الأمهات الكحوليات أعلى منه لدى أبناء الآباء الكحوليين، بينما لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات تبعاً لجنس الوالد الكحولي، كما بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين تعزى لمتغير جنس الطفل حيث كان تقدير الذات لدى الذكور من أبناء الكحوليين أعلى منه لدى الإناث من أبناء الكحوليين، بينما كان الاكتئاب والقلق لدى الإناث من أبناء الكحوليين أعلى منه لدى الذكور من أبناء الكحوليين، وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء تعزى لمتغير جنس الوالد المضطرب نفسياً حيث كان تقدير الذات لدى أبناء الآباء المضطربين نفسياً أعلى منه لدى أبناء الأمهات المضطربات نفسياً، كما بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الأبناء تعزى لمتغير جنس الطفل حيث كان تقدير الذات لدى الذكور من أبناء المضطربين نفسياً أعلى منه الإناث من أبناء المضطربين نفسياً، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

الاكتئاب والقلق تعزى لمتغير جنس الطفل، كما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق تعزى لمتغير نوع الاضطراب النفسي للوالد وفيما يلي مناقشة لهذه النتائج.

- فيما يتعلق بالسؤال الأول الذي يشير إلى أنه هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء المضطربين نفسياً؟ تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء المضطربين نفسياً، حيث كان الاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين أعلى منه لدى أبناء المضطربين نفسياً، بينما لم تظهر النتائج وجود فروق في تقدير الذات بين أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً.

وتتفق نتائج هذه الدراسة فيما يتعلق بالاكتئاب مع ما توصل إليه جاكوب ووندل (2000) Jacob and windle من وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين مقارنة مع أبناء المضطربين نفسياً، بينما تعارضت نتائج هذه الدراسة فيما يتعلق بالقلق مع ما توصل إليه جاكوب ووندل (2000) Jacob and windle من وجود مستويات مرتفعة من القلق لدى أبناء المكتئبين مقارنة مع أبناء الكحوليين.

كما تتعارض نتيجة هذه الدراسة مع ما توصل إليه وليامز وكورجن Williams and Corrigan (1992) من أن أبناء المضطربين نفسياً فقط، أو أبناء المضطربين نفسياً ولديهم مشكلة مترامنة في الإدمان على الكحول، أظهرت مستويات أعلى من القلق والاكتئاب بالمقارنة مع أبناء الكحوليين فقط. وتعارضت نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه كوبرمان وآخرون (2004) Kuperman et al. من أن الأداء النفسي والاجتماعي لأبناء الكحوليين مشابه لأداء أبناء المضطربين نفسياً. وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة نيف وآخرون Neff et al. (1994) ودراسة جاكوب ولينورد (1986) Jacob and Leonard من عدم وجود فروق في الأداء النفسي بين أبناء الكحوليين وأبناء المكتئبين (Neff, 1994).



وربما يعود الأمر وكما يشير جاكوب وجونسون (1994) Jacob and Johnson إلى أنه غالباً ما يكون الوالد الكحولي أو الشريك الذي يعيش معه في بيت مشترك أو كلاهما، لديهم مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب، والى أن أبناء الكحوليين غالباً ما يعيشون مع والدين أحدهما مدمن على الكحول، والآخر مكتئب، ومن ثم فإن التأثيرات النفسية السلبية على الأطفال، تكون أكبر من وجودهم مع والد مضطرب نفسياً فقط.

وربما يعود ذلك إلى وجود اختلافات ثقافية بين مجتمع الدراسة الحالية ومجتمعات الدراسات السابقة، إذ ينظر للكحولية في البيئة التي أجريت عليها هذه الدراسة على أنها سلوك مضر شخصياً، ومرفوض اجتماعياً، وبدرجة أكبر من الرفض الاجتماعي للاضطراب النفسي، فالشخص الكحولي غالباً ما يكون منبوذاً ومرفوضاً من قبل الآخرين ويعامل بازدراء بالمقارنة مع الشخص المضطرب نفسياً، مما يترك أبنائهم عرضة لمستويات أعلى من الاكتئاب والقلق و يسهم في انخفاض تقدير الذات لديهم بالمقارنة مع أبناء المضطربين نفسياً.

وفيما يتعلق بالسؤال الثاني الذي يشير إلى أنه هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء العاديين؟ تبين وجود فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الكحوليين وأبناء العاديين ، حيث أن وجود والد كحولي يؤدي إلى وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق وانخفاض في تقدير الذات لدى الأبناء بالمقارنة مع أبناء العاديين.

وتأتي هذه النتائج متفقة مع نتائج دراسة تومري (1994) Tomori، ودراسة فين Vin (1987) من وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق وانخفاض في تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء العاديين، كما اتفقت هذه النتائج مع ما توصل إليه دومينكو ووندل Domenico and windle (1993) من وجود مستويات مرتفعة من الصراع الأسري والاكتئاب وانخفاض في تقدير الذات لدى الإناث من أبناء الكحوليين بالمقارنة مع الإناث من أبناء العاديين.

كما تتفق مع ما توصل إليه كازاك وجارماس (1992) Kazak and Jarmas من وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء العاديين وتتفق مع نتائج دراسة بلنبرغ وكريستنسن (2000) Bilenberg and Christensen ، ودراسة وول وآخرون (2002) Wall et al. من وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق والاضطرابات السلوكية لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء العاديين، كما اتفقت مع توصل إليه بوش وآخرون (1995) Bush et al. من أن أبناء الكحوليين أظهروا مستويات مرتفعة من الاكتئاب وانخفاضاً في تقدير الذات بالمقارنة مع أبناء العاديين، وتتفق مع ما توصل إليه روبنسون وآخرون (1998) Robinson et al. من وجود مستويات مرتفعة من القلق وانخفاض في تقدير الذات ومركز ضبط خارجي لدى أبناء الكحوليين بالمقارنة مع أبناء العاديين.

ويعزى ذلك إلى البيئة التي يعيش فيها أبناء الكحوليين حيث التغيرات المفاجئة والمستمرة في شخصية الوالد المدمن، وتعرض هؤلاء الأطفال لمستويات مرتفعة من التوترات والضغط النفسية المستمرة والصراعات الأسرية، وصراع الوالد والطفل وبخاصة خلال نوبات الشرب، بالإضافة إلى الإساءة الجسدية والنفسية، وممارسات التربية التي تتضمن السخرية والرفض والخسونة والإهمال، وعدم قدرة الوالد الكحولي على تزويد الطفل بالحب والرعاية اللازمة بسبب غيابه المستمر واللامبالاة، كل ذلك يؤدي إلى شعور الطفل بالضيق والعجز، وفقدان توكيد الذات وعدم الرضا عنها، كما يشعره بعدم الأمن ويؤدي به إلى الاكتئاب والقلق وقد اشارت الى مثل هذه الامور دراسات عديدة منها (El-Sheikh and Flanagan, 2001) (Pelham and Lang, 1993) .

وفيما يتعلق بالسؤال الثالث الذي يشير إلى أنه هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء المضطربين نفسياً وأبناء العاديين؟ توصلت النتائج إلى وجود فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء المضطربين نفسياً والعاديين، حيث أن وجود والد مضطرب نفسياً يؤدي إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب وانخفاض في تقدير الذات لدى الأبناء بالمقارنة مع أبناء العاديين.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة لارسن وآخرون (2000) Larsson et al. ودراسة (1993) Mansour من وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق، الانسحاب، العدوانية، وتشبت الانتباه لدى أبناء المضطربين نفسياً بالمقارنة مع أبناء العاديين، كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما توصل إليه هامن وآخرون (1991) Hammen et al. من وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين تشخيص الحالة المرضية للأمهات المكتئبات وأطفالهن، وبخاصة عند الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب أحادي القطب.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه جودمان وآخرون (1991) Goodman et al. من أن أبناء الأمهات المكتئبات أظهروا مستويات مرتفعة من الاضطرابات المزاجية وانخفاضاً في تقدير الذات بالمقارنة مع أبناء الأمهات العاديات، كما اتفقت مع نتائج دراسة الرخاوي (2002)، ودراسة فاريتوفارا وآخرون (1990) Vartiovaara et al. من وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق واضطرابات النوم لدى أبناء الفصامين بالمقارنة مع أبناء العاديين، وتتفق مع ما أشار إليه سيجمان وآخرون (1999) Sigman et al. من أن أبناء الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات القلق أظهروا أعراض اضطرابات القلق بدرجة أكبر من أبناء الأمهات العاديات، كما اتفقت مع ما توصل إليه تيرنر وآخرون (1987) Turner et al. من وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والمشكلات الأكاديمية والشكاوي الجسدية لدى أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات القلق بالمقارنة مع أبناء العاديين.

ويمكن أن تعزى هذه النتائج التي تشير إلى التأثير السلبي للوالد المضطرب نفسياً في تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى الأبناء، إلى عوامل من أهمها انشغال الوالدين، والتبليد الانفعالي لديهما، وأنماط الحياة المحدودة، المشكلات الاجتماعية والنفسية المترامنة مع ذلك والتي يمر بها الوالد المضطرب نفسياً مما يزيد من تعقيد الأذى الحاصل (Ahern, 2003) بالإضافة إلى المستويات المرتفعة من الإثارة والسلوكات الشاذة غير الاجتماعية، الصراعات والتوترات الأسرية، والضغوط النفسية الشديدة، كما يعود ذلك إلى طبيعة العلاقة المضطربة بين الطفل والوالد المضطرب نفسياً، والتي تتسم بانسحاب الوالد، السلبية وعدم المبالاة، وعدم تحمل المسؤولية، وسرعة الغضب والنقد المفرط، عدم الصبر، وإهمال الطفل ومتطلباته. (Williams and Corrigan, 1992).

وفيما يتعلق بالسؤال الرابع الذي يشير إلى أنه هل توجد فروق في تقدير الذات والاكنتاب والقلق لدى أبناء الكحوليين تعزى لمتغير جنس الوالد وجنس الطفل والتفاعل بينهما؟ توصلت النتائج الى وجود أثر لجنس الوالد الكحولي في كل من الاكنتاب والقلق لدى الأبناء ، بينما لم تظهر النتائج وجود أثر لجنس الوالد في تقدير الذات لدى الأبناء، وهذا يشير إلى أن أبناء الأمهات الكحوليات أظهروا مستويات أعلى من القلق والاكنتاب بالمقارنة مع أبناء الآباء الكحوليين، بينما لم تظهر فروق بين أبناء الأمهات الكحوليات والآباء الكحوليين في مستويات تقدير الذات. وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه هيل وآخرون Hill et al من أبناء الأمهات الكحوليات أكثر ميلاً وبشكل متزايد لإظهار الاضطرابات النفسية بالمقارنة مع أبناء الآباء الكحوليين (Lowers et al., 2000) ، كما اتفقت مع ما توصل إليه أوهشن وهسلبروك (Ohannession and Hesselbrock (1998) من أن أبناء الآباء الكحوليين أكثر ميلاً لتطوير الاضطرابات السلوكية، بينما ارتبطت الاضطرابات الانفعالية لدى الأبناء مع تعاطي الأم للكحول.

وربما يعود ذلك الى وجود الأم المستمر مع أبنائها في المنزل، مما يعرضهم وبشكل أكبر للتأثيرات السلبية الناتجة عن إدمانها على الكحول بالمقارنة مع إدمان الأب على الكحول.

وجاءت نتائج هذه الدراسة متناقضة مع ما توصل إليه كل من وايتزمن وتشن (Weitzman and Chen ( 2005) من عدم وجود فروق في مستويات الاكنتاب بين أبناء الأمهات الكحوليات وأبناء الآباء الكحوليين، وقد يعزى ذلك إلى اختلاف الفئة العمرية التي تمت دراستها والتي اشتملت على أبناء لآباء كحوليين في مرحلة الدراسة الجامعية.

وفيما يتعلق بجنس الطفل، فقد بينت نتائج الدراسة وجود أثر لجنس الطفل في تقدير الذات والاكنتاب والقلق ، وهذا يشير إلى أن الذكور من أبناء الكحوليين أظهروا مستويات أقل من الاكنتاب والقلق وأعلى في تقدير الذات بالمقارنة مع الإناث من أبناء الكحوليين. وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه كل من بيركوتز وبيركنز Berkowitz and perkins من أن الإناث الراشدين من أبناء الكحوليين أظهروا مستويات مرتفعة من الاكنتاب والقلق وانخفاضاً في تقدير

الذات بالمقارنة مع الذكور من أبناء الكحوليين (Domenico and Windle, 1993)، كما اتفقت مع نتائج دراسة ديمكا وآخرون (Dimka et al. (1996) ودراسة جاكوب ووندل (Jacob and windle ( 2000)، ودراسة بوش وآخرون (Bush et al. (1995) حول وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب لدى الإناث من أبناء الكحوليين بالمقارنة مع الذكور.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه هسلبروك واوهنشن (Hesselbrok and ohannessian (1999) من أن الذكور الراشدين من أبناء الكحوليين أظهروا مستويات مرتفعة من إساءة استخدام الكحول، بينما أظهرت الإناث مستويات أعلى من القلق والاكتئاب.

وربما يعود ذلك إلى أن الإناث أكثر عرضة للتأثيرات السلبية الناتجة عن تعاطي الوالدين للكحول بالمقارنة مع الذكور، وذلك بسبب تواجدهن في المنزل مع الوالد الكحولي بدرجة أعلى من الذكور.

كما يمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى أن الذكور لديهم فرصة أكبر في مجتمعاتنا، للتعبير عن انفعالاتهم والتنفس عن رغباتهم، مما يقلل من حدة التأثيرات النفسية لإدمان الوالد، أما الإناث فهن أقل تعبيراً عن انفعالاتهن ورغباتهن، مما يؤدي إلى الكبت والصراع النفسي.

وتتعارض هذه النتائج مع ما توصل إليه بلنبرغ وكرستسن (Christensen and Bilenberg (2000) من أن الذكور من أبناء الآباء الكحوليين أظهروا مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق بالمقارنة مع الإناث من أبناء الآباء الكحوليين، كما جاءت هذه النتائج متناقضة مع ما توصل إليه بوش وآخرون (Bush et al. (1995) من عدم وجود فروق في تقدير الذات بين أبناء الكحوليين، وربما يعزى ذلك إلى اختلاف الفئة العمرية التي تمت دراستها والتي اشتملت على أبناء لوالدين كحوليين أعمارهم أكبر من خمسة عشر سنة، أو إلى الاختلافات الثقافية والاقتصادية بين المجتمعين، وإلى أن الإناث أقل استقلالية في مجتمعنا مما هو الحال في مجتمعات الدراسات الغربية السابقة.

وفيما يتعلق بالسؤال الخامس الذي يشير إلى أنه هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء المضطربين نفسياً تعزى لمتغير جنس الوالد وجنس الطفل والتفاعل

بينهما؟ توصلت الدراسة إلى وجود أثر لمتغير جنس الوالد المضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكئاب والقلق لدى الأبناء، وهذا يشير إلى أن أبناء الأمهات المضطربات نفسياً، أظهروا مستويات أعلى من الاكئاب والقلق وانخفاضاً في تقدير الذات بالمقارنة مع أبناء الآباء المضطربين نفسياً.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه هامن وآخرون (Hammen et al. (2002) من أن اكئاب الأم ارتبط مع المشكلات الداخلية للأبناء (القلق والاكئاب)، بينما ارتبط اكئاب الأب مع وجود المشكلات الخارجية (العدوانية، تشتت الانتباه لدى الأبناء)، كما اتفقت مع ما أشار إليه هوبس (Hopes من أن اكئاب الأم يحدث تأثيراً أكبر في الأبناء من اكئاب الأب (Ostman and Hansson, 2002).

وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه كل من جاكوب وجونسون (Jacob and Johnson (1997) من أن كآبة الأب ارتبطت مع اضطراب أقل لدى الأبناء من كآبة الأم، كما تتفق مع ما توصلت إليه (Mansour (1993 من أن أبناء الأمهات الفصاميات أظهروا مستويات مرتفعة من الاكئاب والقلق بالمقارنة مع أبناء الآباء الفصامين.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه برينان وآخرون (Brennan et al. (2001 من وجود مستويات مرتفعة من اضطرابات القلق لدى أبناء الأمهات القلقات، في حين لم يتنبأ قلق الآباء بوجود اضطرابات القلق لدى الأبناء.

ويمكن عزو ذلك إلى ارتباط الاضطراب النفسي للأم مع المستويات المرتفعة من الصراعات والتوترات الأسرية، فالأمهات المكتئبات مثلاً أظهرن تفاعلات زوجية مضطربة وبشكل أكبر من الآباء المكتئبين، وبذلك فإن اكئاب الأب قد يكون مصحوباً بعلاقة أقل اضطراباً مع الأبناء من اكئاب الأم (Jacob and Johnson, 1997).

كما يعزى ذلك إلى أهمية دور الأم في حياة الطفل، حيث تؤدي دوراً مهماً في تنظيم حياته اليومية وتسهل مشاركته في التفاعلات الاجتماعية ومن ثم فإن وجود الاضطراب النفسي

لديها، يعطل دورها هذا ويترك الطفل عرضة للاضطرابات النفسية المتعددة (Ostman and Hansson, 2002)، (Patterson and Albers, 2001).

أما فيما يتعلق بجنس الطفل، فقد أظهرت النتائج وجود أثر لجنس الطفل في تقدير الذات وهذا يشير إلى أن الذكور من أبناء المضطربين نفسياً أظهروا مستويات أعلى من تقدير الذات بالمقارنة مع الإناث من أبناء المضطربين نفسياً، بينما لم تظهر النتائج وجود أثر لجنس الطفل في الاكتئاب والقلق، مما يشير إلى عدم وجود فروق بين الإناث والذكور من أبناء المضطربين نفسياً فيما يتعلق بمستويات الاكتئاب والقلق.

وتتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه جيمس وآخرون (James et al. 1984) من عدم وجود تأثير لجنس الطفل من أبناء المضطربين نفسياً فيما يتعلق بتطوير الاكتئاب والقلق. إلا أن هذه النتائج لا تتفق مع ما توصل إليه برينان وآخرون (Brennan et al. 2001) من وجود مستويات مرتفعة من القلق لدى الذكور من أبناء الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات القلق بالمقارنة مع الإناث، وتتناقض مع ما توصل إليه وبستر (Webster 1992) من وجود مشكلات انفعالية وجسدية أكبر لدى الإناث من أبناء الأمهات الفصاميات بالمقارنة مع الذكور، كما جاءت نتائج هذه الدراسة متناقضة مع دراسة بولجر وداوجن (Dougan and Bolger 1998) ودراسة بلمونت وآخرون (Belmont et al. 1993) من أن الإناث من أبناء الأمهات المكتئبات أظهرت مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق، بينما أظهر الذكور من أبناء الأمهات المكتئبات ميلاً أكبر لتطوير العدوانية والنشاط الزائد.

ويمكن عزو هذا التعارض مع بعض الدراسات الأخرى إلى اختلاف البيئة المطبق عليها الدراسة، وربما يمكن تفسير هذه النتيجة التي تشير إلى أن الأطفال من الجنسين لم يختلفوا في مستويات الاكتئاب والقلق، بوجود تطورات متسارعة في المجتمع تتيح للأطفال من الجنسين أداء أدوار مهمة، تتسم بأنها أقل اختلافاً مما كان عليه الأمر قديماً حيث حدثت تغيرات في إطار الثقافة المجتمعية تعطي من مكانة الإناث وتمكنهن منذ الطفولة من لعب أدوار جديدة ولا سيما في ميدان التعلم.

وفيما يتعلق بالسؤال السادس الذي يشير إلى أنه هل توجد فروق في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء تعزى لمتغير نوع الاضطراب النفسي للوالد؟ لم تشر النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لنوع الاضطراب النفسي للوالد في تقدير الذات والاكتئاب والقلق حيث لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين أبناء الفصامين وأبناء المكتئبين وأبناء الوالدين الذين يعانون من اضطراب القلق العام.

وتتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه جودمان وبروملي Goodman and Brumely (1990) من أن هناك القليل من الفروق بين أبناء الأمهات المكتئبات والفصاميات، وأكدوا على أن أنماط التربية أكثر أهمية من الوضع التشخيصي للوالد المضطرب نفسياً في تحديد الأداء النفسي والاجتماعي للأبناء. كما تتفق مع ما أشار إليه كمنقز وديفز Cummings and Davies (1994) من أن أطفال مرحلة بداية المشي من أبناء الأمهات المكتئبات أظهروا مشكلات انفعالية ومعرفية موازية لمشكلات أبناء الأمهات الفصاميات.

إلا أن هذه النتائج لا تتفق مع نتائج دراسة لارس وآخرون Larsson et al. (2000) من وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق لدى أبناء الوالدين الذين يعانون من الاكتئاب بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى، وتتعارض هذه النتائج مع ما توصلت إليه Mansour (1993) من أن أبناء الوالدين الذين يعانون من اكتئاب ثنائي القطب أكثر ميلاً لإظهار اضطرابات القلق بالمقارنة مع أبناء الوالدين الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى.

وربما يعود ذلك إلى الاختلافات الثقافية بين مجتمع الدراسة الحالية ومجتمع الدراسات السابقة، حيث ينظر إلى الأشخاص الفصامين، المكتئبين أو الذين يعانون من اضطراب القلق العام على أنهم جميعاً مضطربين نفسياً بغض النظر عن نوع الاضطراب النفسي الذي يعانون منه، وبالتالي يعامل أبنائهم على أنهم أبناء لأشخاص مضطربين نفسياً بشكل عام وليسوا أبناء لوالدين يعانون من الفصام، الاكتئاب أو اضطراب القلق العام، مما يؤدي إلى تشابه أثر الاضطرابات النفسية المختلفة عليهم.



في ضوء هذه النتائج يتبين أن معرفة أثر وجود والد كحولي أو مضطرب نفسياً في تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأبناء أمر مهم، حيث إن إيمان الوالد على الكحول أو اضطراب الوالد النفسي قد يؤدي إلى تغيير الأدوار داخل الأسرة، ويؤدي إلى قيام الطفل بدور هو غير كفؤ له، مما قد يسبب له التوتر والاكتئاب والقلق وانخفاضاً في تقدير الذات، وبناءً على ذلك توصي الباحثة بما يلي:

1. إعداد برامج إرشادية مناسبة للتعامل مع مشكلات الاكتئاب والقلق وانخفاض تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً.
2. تدريب المرشدين النفسيين والمعلمين على ملاحظة مظاهر الاكتئاب والقلق وانخفاض تقدير الذات لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً.
3. وضع برامج وقائية وإرشادية وإلى إعداد استراتيجيات لتحسين الشروط التي تضمن أفضل وسائل التنشئة الاجتماعية، وتوفير شروط بناء الصحة النفسية، مثل إيجاد مؤسسات أو أسر بديلة للعناية بهذه الفئة من الأطفال في حال كون الأسرة بيئة مدمرة كلياً لشخصية الطفل، وفي حال كون وضع الأسرة المتردي غير قابل للتغيير أو الإصلاح.
4. إجراء المزيد من البحوث في مجال تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً، تضبط العديد من المتغيرات كعمر الطفل عند بداية إيمان الوالد على الكحول أو إصابته بالاضطراب النفسي، أو المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، أو المستوى الثقافي للوالدين.
5. إجراء المزيد من البحوث تتناول الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى التي يمكن أن يطورها أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً، كالعوانية، إساءة استخدام الكحول، النشاط الزائد وتشنت الانتباه، المخاوف المرضية، الوسواس والأفعال القهرية، واضطرابات الأكل والنوم

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية:

أولبستير، جوده، (1995). المهارات الاجتماعية وأثرها في ظهور السلوك الجانح، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

بارلو، ديفيد، (2002). مرجع الكليني في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

البقور، خولة عبد الكريم، (2002). القلق والاكتئاب وتقدير الذات والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

جبريل، موسى، (1998). تقدير الذات ومركز الضبط لدى طلبة المرحلتين الأساسية والثانوية. مجلة كلية التربية. 4(22).

حلاوة، محمد السيد وشريف، أشرف محمد، (2002). الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

حمودة، محمود، (1991). الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة: دار القاهرة.

الرخاوي، مي، (2002). الأعراض الإكلينيكية والاضطرابات النفسية لدى أطفال الآباء الفصامين. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

الرفاعي، نعيم (1989). الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجية التكيف). دمشق: جامعة دمشق.

سرحان، وليد والخطيب، جمال وحباشنة، محمد، (2000). الاكتئاب. عمان: مطبعة مجدلاوية.

سعد، علي، (1994). علم الشذوذ النفسي. دمشق: جامعة دمشق.

الشربيني، لطفي، (2001). الاكتئاب: الأسباب والمرض والعلاج. القاهرة: دار النهضة العربية.

كفافي، علاء الدين، (1990). الصحة النفسية. القاهرة: هجر للطباعة والنشر.

مجمع اللغة العربية، (1985). المعجم الوسيط. (ج2). القاهرة: مجمع اللغة العربية.

مصطفى، نيفين، (1998). الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

## ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Ahern, K. (2003). At risk children: A demographic analysis of the children of clients attending mental health community clinics. **International Journal of Mental Health Nursing**, 12, 223- 228.
- American Psychiatric Association. (2000). **(DSM-IV-TR) Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington, D.C.:American Psychiatric Association.
- Anderson, C., Buyck, D., Fester, A., Melloh, T., and Scheres, D. (1996). Relation between children's perceptions of maternal mental illness and children's psychological adjustment. **Journal of Clinical Child Psychology**, 25 (2), 253- 270.
- Anderson, W., Clay, D., and Diyon, W. (1993). Relationship between anger expression and stress in predicting depression. **Journal of Counseling and Development**. 72. 91-94.
- Andrian, C., and Hammen, C. (1993). Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61 (2), 354-359.
- Bachman, J., and O'Malley, P. (1977). Self-esteem in young men: A longitudinal analysis of the impact of educational and occupational attainment. **Journal of Pers. Soc. Psychol**, 35, 365-380.
- Barlow, D., and Durand, M. (1995). **Abnormal psychology**. London: Brook Cole.
- Beach, S. (1998). **Depression: Theoretical explanations**. In magill (ed.), psychological basic. 1.200-205, California: Salem press, INC.
- Beesley, D., and Stoltenberg, C. (2002). Control, Attachment style and relationship satisfaction among adult children of alcoholics. **Journal of Mental Health Counseling**, 24 (4), 281- 273.
- Belmont, B., Nottelmann, E., Radke, M., and welsh, J. (1993). Affective interactions of depressed and no depressed mothers and their children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 21 (6) 45-62.
- Bogart, C., Yeatman, F., and Sirridge, G. (1994). Children of alcoholics screening test: internal consistency factor structure, and relationship to measures of family environment. **Journal of Clinical Psychology**, 50 (6) 931- 937.

Borkowsk, J., Bristor, M., and Ramey, S. (2002). **Parenting and the child's world: Influences on academic intellectual and social- emotional development.** Lawrence Erlbaum Associations

Bornstein, M. (2002). **Handbook of parenting**, (Volume, 4). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Braithwaite, V., and Devine, C. (1993). Life satisfaction and adjustment of children of alcoholics: The effects of parental drinking, family disorganization, and survival roles. **British Journal of Clinical Psychology**, 32, 417- 429.

Brennan, p., Hummen, C., Brocque, R., and McClure, E. (2001). Parental anxiety disorders: Child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high- risk sample. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 29, 82-102.

Buehler, C., and Gerard, J. (2002). Marital conflict, ineffective parenting and children's and adolescent's maladjustment. **Journal of Marriage and Family**. 64 (1), 60- 78.

Burnett, P. (1994b). Self- concept and self esteem in elementary school children. **Psychology in the Schools**. 31, 146-171.

Burnett, P., and Mccrindle, A. (1999). The relationship between significant other's positive and negative statements, self-talk and self- esteem. **Child Study Journal**, 29 (1) 105-115.

Bush, S., Ballard, M., and Fremouw, W. (1995). Attributional style, depressive features, and self- esteem: Adult children of alcoholic and nonalcoholic parents. **Journal of Youth and Adolescence**, 24 (2), 260- 268.

Calhoun, J., and Acocella, J. (1990). **Psychology of adjustment and human relationship.** New York: MC Graw- Hill.

Cannon, T., and Bearden, C. (2000). Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: A prospective cohort study. **Schizophrenia Bulletin**, 26 (2), 379- 393.

Carr, A. (2001). **Abnormal psychology.** U.K: Psychology Press.

Carroll, J., and Robinson, B. (2000). Depression and parentification among adults as related to parental workaholism and alcoholism. **Family Journal Counseling on Therapy for Couples and Families**, 8 (4). 360- 367.

Chassin, L., and Hussong, A. (1997). Substance- use initiation among adolescent children of alcoholics. **Journal of Studies on Alcohol**, 58 (3) 831-844).

Christensen, H., and Bilenberg, N. (2000). Behavioral and emotional problems in children of alcoholic mother and Fathers. **European Child and Adolescent Psychiatry**, 9 (3), 181- 199.

Cicchetti, D., and Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. **American Psychologist**, 53 (2), 212- 224.

Comer, R., (2002). **Introduction to abnormal psychology**. NY: Freeman and Company.

Cowling, V., MCGorry, P., and Hay, D. (1995). Children of parents with psychotic disorders. **Medical Journal of Australia**, 163, 119-120.

Criss, M., Pettit, G. and Meece, D. (2003). Marital conflict and child adjustment parenting as a mediator and moderator in the association between marital conflict and child adjustment. **Poster Presented at the Biennial Conference on Human Development**, Spidle Hall, Auburn University, March 1998, 1-24.

Cummings, E., and Davies, P. (1994). Maternal depression and child development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 35, 73-112.

Davison, G., Neale, J., and Kring, A. (2004). **Abnormal psychology**. USA: John Wiley and Sons.

Delucia, C. Blez, A. and Chassin, L. (2001). Do adolescent symptomatology and family environment vary over time with fluctuations in paternal alcohol impairment. **Journal of Development Psychology**, 37 (2) 207-216.

Deutsch, C. (1982). **Broken bottles, broken dreams: understanding and helping the children of alcoholics**. New York: Teachers College Press.

Dimka, L., Roosa, M., and Tein, J. (1996). Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. **American Journal of Community Psychology**, 24 (5), 815- 840.

Domenico, D., and windle, M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61 (4), 659- 666.

Dougan, B., Balger, A. (1998). Coping with maternal depressed affect and depression adolescent children of depressed and well mothers. **Journal of Youth and Adolescence**, 27 (1), 183-190.

Eely, T., and Stevenson, J. (1999). Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 27 (2), 95- 105.

El- Sheikh, M., and Cummings, E. (1997). **Marital conflict, emotional regulation, and the adjustment of children of alcoholics in k.c. barrett (ed.), the communication of emotion: Current research from diverse perspectives: New directions in child development.** San Francisco: Jossey- Bass.

El- Sheikh, M., and Flanagan, E. (2001). Parental problem drinking and children's adjustment family conflict and parental depression as mediators and moderators of risk. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 29 (5). 341- 367.

Ellis, D., Zucker, R. and Fitzgerald, H. (1997). The role of family influences in development and risk. **Alcohol Health and Research World**. 21, 218-226.

Feshbach, S., and Weiner, B. (1991). **Personality health and company.** Lexington.

Garber, J., and Frye, A. (2005). The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents externalizing and internalizing symptoms. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 33 (1) 220- 231.

Gil, M., Jose, C., Guzman, J. and Navarro, I. (2001). Children of alcoholic parents: Its level of anxiety in comparison with children of non-alcoholic parents. **Revista Latino Americana De Psicologia**, 33 (1), 53- 58.

Gilbert, P., (2001). **Counseling for depression**, (second edition). London: Sage Publications Ltd.

Gochman, E. (1995). **Psychotherapy for mothers and infants, intervention for dyads at risk.** USA: Praeger Publisher.

Goldenberg, I. and Goldenberg, H. (1990). **Family therapy: An overview pacific grove.** CA: Brooks Cole.

Goodman, S., and Brumley, H. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relation deficits in parenting. **Developmental Psychology**, 26, 31- 39.

Goodman, S., and Riniti: J. (1991). Depressed mothers expressed emotion and their children's self- esteem and mood disorders. **Paper Presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.** Seattle, 1-43.

Gopfert, M., and Webster, J. (1996). **Parental psychiatric disorder.** Great Britain: Cambridge University Press.

Green, s., Loeber, R., McBurnett, K., and Frick, P. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys and with attention deficit-hyperactivity disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 67 (6), 555-579.

Gross, R., and Mcilveey, A. (2004). **Abnormal psychology.** USA: Holder and Stoughton.

Hammen, C. (1997). **Depression** .U.K: Psychology Press.

Hammen, C., Burge, D., and Adrian, C. (1991). Timing of mothers and child depression in a longitudinal study of children at risk. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 59 (2), 341- 346.

Heath, A., Slutske, A., Madden, P., Bucholz, K. and Dinwiddie, S. (1996). Reliability and reporting biases for perceived parental history of alcohol-related problems agreement between twins and differences between discordant pairs. **Journal of Studies on Alcohol**, 57- (4), 662- 681.

Hezer, J., and Pryzbeck, T. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in a general population and its impact on treatment. **Journal of Studies on Alcohol**, 49, 219- 224.

Hipwell, A., and Kumar, R. (1996). Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings. **British Journal of Psychiatry**, 169, 655-661.

Holmes, D., (1998). **Abnormal psychology.** New York: Harper Collins College Publishers.

Hunt, M. (1997). A comparison of family of origin factors between children of alcoholics and children of non-alcoholics in a longitudinal panel. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 24(4), 515- 530.



Ingram, R., (1994). **Depression in v. ramachndram (Ed), encyclopedia of human behavior.2**, 113-122. New York Academic Press.

Jacob, T., and windle, M. (2000). Young adult children of alcoholic, depressed and nondistressed parents. **Journal of Studies on Alcohol**, 61 (6), 390- 405.

James, L., Weissman, M., Merikangas, K. and Davis, C. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. **Arch Gen Psychiatry**, 41, 845-852.

Johnson, S., and Jacob, T. (1997). Parent-child interaction among depressed fathers and mothers: Impact on child functioning. **Journal of Family Psychology**, 11 (4), 718-730.

Kaplan, H., and Sadok, B. (1996). **Concise text book of clinical psychiatry**. USA: Williams and Wilkins.

Katz, A., Brennan, P., Hammen, C. And Brocque, R. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 70 (5), 1057- 1085.

Kazak, A., and Jarmes, A. (1992). Young adult children of alcoholic fathers, depressive experiences coping style, and family systems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60 (2), 244- 25.

Kazdin, A. (1990). Childhood depression. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, 31, 121- 160.

Kendall, P., and Hammen, C., (1998). **Abnormal psychology: Understanding human problems**. Boston: Houghton Unifflin.

Kimble, C. (1990). **Social psychology studying human interaction**. USA: Brown Publishers.

Koeske, G., Rauktis, M., and Tereshko, O. (1995). Negative social interactions, distress, and depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. **American Journal of Community Psychology**, 23 (2), 79-91.

Kuperman, S., Ohannessian, C., Hesselbrock, V. Kramer, J., and Bucholz. K. (2004). The relationship between parental alcoholism and adolescent psychopathology: A systematic examination of parental comorbid psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology**, 32 (5), 542- 570.

Lamarine, R. (1995). Child and adolescent depression. **Journal of School Health**, 65(9), 350-392

Lapalme, M., Hodgins, S. and Laroche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorders: A meta-analysis of risk for mental disorders. **Canadian Journal of Psychiatry**, 42, 623- 631.

Larsson, B., Medin, L., Sundelin, A. and Werder, T. (2002). Social competence and emotional/ behavioral problems in children of psychiatric inpatients. **European Child and Adolescent Psychiatry**, 9, 122- 128.

Lease, S., (2002). A model of depression in adult children of alcoholics and nonalcoholics. **Journal of Counseling and Development**, 80 (4) 154- 163.

Leoni, E., and Mcgaha, J. (1995). Family violence, abuse and related family issues of incarcerated delinquents with alcoholic parents compared to those with nonalcoholic parents. **Journal of Adolescence**, 30 (118), 632- 645.

Lorion, R. (1990). **Protecting the children; Strategies for optimizing emotional and behavioral development**. New York; Haworth Press.

Lowers, L., Shirley, Y., Jeannette, L., Shen, S. (2000). Maternal smoking and drinking during pregnancy and the risk for child and adolescent psychiatric disorders. **Journal of Studies on Alcohol**, 61 (5), 933- 955.

Mansour, M. (1993). **Psychiatric morbidity in the families of mentally ill patients**, M.D: Ain Shams, University Faculty of Medicine, Cairo.

Mccready, D., NewComb, M., and Sadava, W. (1997). The male role, alcohol use and alcohol problems: A structural modeling examination in adult women and men. **Journal of Counseling Psychology**, 46 (1), 125- 140.

McFarlane, W. (1998). Mental illness: Genetics and the family. **Presentation of the Fourth Clinical Research Conference of the Family Therapy Academy**. Canada.

McMurrin, M. (1994). **The psychology of addiction**. U.K: Tylor and Francis.

Miller, B. (1995). **When parents have problems: A book for teens and older children with an abusive, alcoholic or mentally ill parents**. USA: Charles,G. Thomas Publisher.

Miller, I. (1998). Levels of family assessment: II impact of psychopathology on family functioning. **Journal of Family Psychology**, 12 (1) 91-109

Myers, G., (1995). **Psychology**,(45 ed.). NY: Worth Publishers

Neff, J. (1994). Adult children of alcoholic or mentally ill parent: Alcohol consumption and psychological distress in a tri-ethnic community study. **Journal of Addictive Behaviors**, 19(2), 185- 197.

Nilzon, K., and Palmerus, K. (1997). The influence of familial factors on anxiety and depression in childhood and early adolescence. **Journal of Adolescence**, 32 (128), 291-305.

Norman, R., and Malla, A. (1993). Stressful life events and schizophrenia: A review of research. **British Journal of Psychiatry**, 162, 161-166.

O'Farrell, T., and Murphy, C. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 63, 256-262.

Ohannession, C., and Hesselbrock, V. (1999). Predictors of substance abuse and affective diagnoses: Does having a family history of alcoholism make a difference?. **Personality and Social Psychology Review**, 3 (4), 103- 119.

Olthmans, T., (2003). **Abnormal psychology**. NI: Prentice- Hall.

Ostman, M., and Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill members prevalence and needs for support. **Soc Psychiatry Epidemiology**, 37, 243-248.

Patterson, G. (1990). **Depression and aggression in family interaction**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Patterson, S., and Albers, A. (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. **Child Development**, 72, 1794-1813

Pelham, W., and Lang, A. (1993). Parental alcohol consumption and deviant child behavior: Laboratory studies of reciprocal effects. **Clinical Psychology Review**, 13. 763- 784.

Peris, T., and Baker, B. (2000). Applications of the expressed emotion in families of persons with externalizing behavior: Stability and prediction overtime. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 41, 457-462.

Phyllis, P., and Robinson, B. (1998). School-age children of alcoholics and non-alcoholics their anxiety, self esteem and locus of control. **Professional School Counseling**, 1(5), 1096- 2409.

Poston, V. (1987). **Characteristics of children of alcoholics: A review of empirical studies**. A doctoral research paper presented to the faculty of the rosemead school of psychology biola university, USA, 1- 57.

Rachman, S., (1998). **Anxiety**. UK: Psychology Press.

Radke, M. (1998). **Children of depressed mothers**. England: Cambridge University Press.

Reynolds, C., and Richmond, B. (1978). What i think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. **Journal of Abnormal Psychology**, 6 (2), 271- 280.

Rice, F. (1992). **Human development: A life- span approach**. New York: Macmillan Publishing Company.

Richter's, J. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence fordistortion. **Psychological Bulletin**, 112, 485- 499.

Riordan, D., Appleby, L. and Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. **Psychological Medicine**, 29, 991- 995.

Riskind, J., Alloy, L., and Manos, M. (2005). **Abnormal psychology;Current perspectives**, (5<sup>th</sup> Ed). New York: MC Graw- Hill.

Robinson, E., and Rhoden, J. (1998). **Working with children of alcoholic**. California: Sage Publications, Inc.

Roecklein, J. (1998). **Dictionary of theories, lows, and concepts in psychology**. London: Greenwood Press.

Roosa, M., Dimka, L, and Tein, J. (1996). Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. **American Journal of Community Psychology**, 24 (5), 152- 170.

Salloum, I .Mezzich, J., Cornelius, J., and Day, W. (1995). Clinical profiles of comorbid depressions and alcohol use disorders in an initial psychiatric evaluation. **Comprehensive Psychiatry**, 36 (4, 260- 268.

Schuchit, M., (2000). **Drug and alcohol abuse**. New York: M.C Graw- Hill.

Seilhamer, R., Jacob, T., and Duna, N. (1993). The impact of alcohol consumption on parent- child relationships in families of alcoholics. **Journal of Studies on Alcohol**, 54 (2), 189- 198.

Shaver, P., Robinson, J. and wrightsmann, L. (1991). **Measures of personality and social psychological attitudes**. New York: Harcourt Brace Jovanovich Publishers.

Sigman, M., whaley. S., and Pinto, A. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 67, (6), 826- 836.

Simons, J. Kalichman, S., and Santrock, J. (1994). **Human adjustment**. Madison: Brown and Benchmark.

Stark, K., Humphrey, L., Laurent, J., and Christopher, D. (1993). Cognitive behavioral and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61(5), 878- 886.

Stern, L. (1983). Children of depressed mothers: Epidemiological and social class differences. **Paper Presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association**. Anaheim, C.A, 26- 30.

Stoudemire, A. (1998). **Clinical psychiatry for medical students**, (3<sup>rd</sup> Ed). New York: Lippincott- Raven.

Sue, D., Sue, D., and Sue, S., (2003). **Understanding abnormal psychology**. NY: Houghton Mifflin Company.

Tessler, R., and Gamache, G. (2000). **Family experiences with mental illness**. West Port: Auburn House.

Thomas, L., and Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: Lacking motivation to parents. **International Journal of Mental Health Nursing**, 12, 153- 157.

Tomori, M. (1994). Personality characteristics of adolescents with alcoholic parents. **Journal of Adolescence**, 29 (116), 215- 222.

Tubman, J. (1993). A pilot study of school- age children of men with moderate to severe alcohol dependence: Maternal distress and child outcomes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 34 (5), 729- 741.

Turner, S., Beider, D., and Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of disorders patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 55 (2), 229- 235.

Vartiovaara, A., Makela, S., and Pykalainen, R., (1990). Effects of parental schizophrenia on children's mental health. **Psychiatric Fennica**, 21, 87- 103.

Walker, C., and Roberts, M. (1983). **Hand book of clinical child psychology**. New York: John Wiley and Sons.

Wall, T., Ehlers, C., and Gilder, D. (2002). Psychiatric diagnose among mission Indian children with and without a parental history of alcohol dependence. **Journal of Studies on Alcohol**, 63 (1), 203- 209.

Waughfield, C., (2002). **Mental health concept**,(5<sup>th</sup> Ed). USA: Delmar, Thomson Learning.

Webster, J. (1992). Experiences of the children of schizophrenic mothers. **British Journal of Mocial Work**, 22, 309 329.

Weiten, W., Lioyd, M., and Lashley, R. (1994). **Psychology applied to modern life**. Calif: Brooks/Cole.

Weitzman, E., and Chen, Y., (2005). Depressive symptoms, DSM-IV alcohol abuse and their comorbidity among children of problem drinkers and child gender and parent recovery status. **Journal of Studies on Alcohol**, 66 (1). 59- 61.

Whitfield, C., Auda, R., Felitti, V., Champman, D. and Edward, V. (2002). Childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. **Psychiatric Services**, 53 (8), 1001- 1009.

Williams, B., and Corrigan, P. (1992). The differential effects of parental, alcoholism and mental illness on their adult children. **Journal of Clinical Psychology**, 48 (3), 621-635.

Windle, M., and Searles, J. (1990). **Children of alcoholics: Critical perspectives**. New York: The Guilford Press.

World Health Organization. (1992). **The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders**. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva.

Wortman, C., Laftus, E., and Marshall, M. (1992). **Psychology**,(4<sup>th</sup> Ed.). New York: Hill, INC.

Wuerker, A. (1994). Relational control patterns and expressed emotion in families of persons with schizophrenia and bipolar disorder. **Family Process**, 33, 389- 407.

Wuerker, A. (1996). Communication patterns and expressed emotion in families of persons with mental disorders. **Schizophrenia Bulletin**, 22, 671- 690.

Wuerker, A. (1998b). Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia: Change overtime. **Paper Presented at the Annual Meeting of the Pacific Sociological Association**. San Francisco.

Wuerker, A. (2000). The family and schizophrenia. **Issues In Mental Health Nursing**, 21, 127- 141.

## ملحق رقم (1)

## مقياس القلق

عزيزي الطالب:

هذا الاستبيان يهدف الى الكشف عن المشاعر والأحاسيس التي تتناب الفرد في المواقف المختلفة،الرجاء الإجابة على ما ورد فيه من أسئلة علماً بأن المعلومات الواردة فيه ستعامل بسرية تامه ولأغراض البحث العلمي فقط.

أنثى

ذكر

جنس الوالد الكحولي :

-----

عدد سنوات الإدمان :

-----

العمر الحالي للوالد المدمن:

أنثى

ذكر

جنس الطفل:

-----

عمر الطفل:

الباحثة

مي الذوب



## عزيمي الطالب:

هذا الاستبيان يهدف الى الكشف عن المشاعر والأحاسيس التي تتناب الفرد في المواقف المختلفة،الرجاء الإجابة على ما ورد فيه من أسئلة علماً بأن المعلومات الواردة فيه ستعامل بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

جنس الوالد المضطرب نفسياً: ذكر أنثى

نوع الأضطراب النفسي: ذهان اضطرابات المزاج اضطرابات القلق غير ذلك

عدد سنوات المرض :

العمر الحالي للوالد المريض :

جنس الطفل : ذكر أنثى

عمر الطفل :

الباحثة

مي الذويب

## عزيمي الطالب:

هذه بعض العبارات التي يستخدمها الأولاد والبنات ليدفوا أنفسهم أو ليدفوا شعورهم، ضع إشارة (x) في الخانة التي تصف شعورك. أجب بصدق حيث لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة

الرقم	الفقرات	أبدأ	نادراً	غالباً	دائماً
-1	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.				
-2	أنزعج عندما لا تسير الأمور كما أريد.				
-3	يقوم الآخرون بعمل الأشياء بطريقة أفضل مني.				
-4	أشعر بالقلق معظم الوقت.				
-5	أخاف من أشياء كثيرة.				
-6	أغضب بسهولة.				
-7	أشعر بالقلق حول ما سيقوله والدي لي.				
-8	أشعر أن الآخرين لا يحبون طريقي في أداء الأشياء.				
-9	أجد صعوبة في النوم ليلاً.				
-10	أشعر بالقلق حول ما يفكر به الآخرون عني.				
-11	أشعر بالوحدة حتى مع وجود الآخرين معي.				
-12	أشعر بالملل في معدتي.				
-13	تجرح مشاعري بسهولة.				
-14	تعرق يدي.				
-15	أتعب كثيراً.				
-16	أشعر بالقلق حول ما يمكن أن يحدث في المستقبل.				
-17	الأطفال الآخرون أكثر سعادة مني.				
-18	أحلم أحلاماً مزعجة.				

الرقم	الفقرات	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً
19-	أشعر أن شخصاً ما سوف يخبرني أنني أقوم بعمل الأشياء بطريقة خاطئة.				
20-	بعض الاحيان استيقظ مذعوراً.				
21-	أقلق عندما أذهب الى النوم ليلاً.				
22-	من الصعب أن أركز على اداء واجباتي اليومية.				
23-	أتحرك كثيراً في مقعدي.				
24-	أنا عصبي.				
25-	كثير من الناس ضدي.				
26-	أشعر أن شيئاً سيئاً سيحدث لي.				

ملحق رقم (2)  
مقياس الاكتتاب

عزيزي الطالب:

هذا الاستبيان يهدف الى الكشف عن المشاعر والأحاسيس التي تنتاب الفرد في المواقف المختلفة،الرجاء الإجابة على ما ورد فيه من أسئلة علماً بأن المعلومات الواردة فيه ستعامل بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

جنس الوالد الكحولي : ذكر أنثى

عدد سنوات الإدمان : \_\_\_\_\_

العمر الحالي للوالد المدمن : \_\_\_\_\_

جنس الطفل: ذكر أنثى

عمر الطفل: \_\_\_\_\_

الباحثة

مي النويب

## عزيري الطالب:

هذا الاستبيان يهدف الى الكشف عن المشاعر والأحاسيس التي تتناب الفرد في المواقف المختلفة،الرجاء الإجابة على ما ورد فيه من أسئلة علماً بأن المعلومات الواردة فيه ستعامل بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

٦٢٦٣٣١

جنس الوالد المضطرب نفسياً: ذكر أنثى

نوع الأضطراب النفسي: ذهان اضطرابات المزاج اضطرابات القلق غير ذلك

عدد سنوات المرض: \_\_\_\_\_

العمر الحالي للوالد المريض: \_\_\_\_\_

جنس الطفل: ذكر أنثى

عمر الطفل: \_\_\_\_\_

الباحثة

مي الذويب

## عزيري الطالب:

هذه بعض العبارات التي يستخدمها الأولاد والبنات ليصفوا أنفسهم أو ليصفوا شعورهم، ضع

أشارة (x) في الخانة التي تصف شعورك. أجب بصدق حيث لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

الرقم	الفقرات	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً
1-	أنزعج من أشياء لم تكن تزعجني في السابق.				
2-	شهيتي للطعام ضعيفة.				
3-	أشعر أنني لا أستطيع التخلص من شعوري بالأكتئاب حتى بمساعدة عائلتي أو اصدقائي.				
4-	أشعر أنني جيد مثل الآخرين.				
5-	أجد صعوبة في التركيز على ما أقوم به.				
6-	أشعر بالكآبه.				
7-	أشعر أنني ابذل جهداً كبيراً في كل شيء أقوم به.				
8-	أشعر بتفاؤل حول المستقبل.				
9-	أعتقد أنني فاشل.				
10-	أشعر بالخوف.				
11-	لا أرتاح اثناء نومي.				
12-	أشعر بالسعادة.				
13-	أتكلم أقل مما كنت سابقاً.				
14-	أشعر بالوحدة.				
15-	الناس غير لطيفين معي.				
16-	أستمتع بالحياه.				
17-	أرغب في البكاء.				
18-	أشعر بالحزن.				

الرقم	الفقرات	أبدأ	نادراً	غالباً	دائماً
19-	أشعر أن الآخرين لا يحبوني.				
20-	لا أستطيع مواصلة أي عمل أقوم به .				

ملحق رقم (3)  
مقياس تقدير الذات

عزيزي الطالب:

هذا الاستبيان يهدف الى الكشف عن المشاعر والأحاسيس التي تتناب الفرد في المواقف المختلفة،الرجاء الإجابة على ما ورد فيه من أسئلة علماً بأن المعلومات الواردة فيه ستعامل بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

جنس الوالد الكحولي : ذكر أنثى

عدد سنوات الإدمان : -----

العمر الحالي للوالد المدمن: -----

جنس الطفل: ذكر أنثى

عمر الطفل: -----

الباحثة  
مي الذويب



## عزيزي الطالب:

هذا الاستبيان يهدف الى الكشف عن المشاعر والأحاسيس التي تتناب الفرد في المواقف المختلفة،الرجاء الإجابة على ما ورد فيه من أسئلة علماً بأن المعلومات الواردة فيه ستعامل بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

جنس الوالد المضطرب نفسياً: ذكر أنثى

نوع الأضطراب النفسي: ذهان اضطرابات المزاج اضطرابات القلق غير ذلك

عدد سنوات المرض :

العمر الحالي للوالد المريض :

جنس الطفل : ذكر أنثى

عمر الطفل :

الباحثة

مي الذويب

## عزيزي الطالب :

هذه بعض العبارات التي يستخدمها الأولاد والبنات ليصفوا أنفسهم أو ليصفوا شعورهم، ضع

أشارة (x) في الخانة التي تصف شعورك. أجب بصدق حيث لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

الرقم	الفقرات	أبدأ	نادراً	غالباً	دائماً
1-	أشعر أنني شخص له قيمة بالمقارنة مع الآخرين.				
2-	أشعر أن لدي عدد من الصفات الجيدة.				
3-	أستطيع أن أقوم بالأشياء بطريقة صحيحة مثل أكثر الناس.				
4-	أشعر انه ليس لدي الكثير لأفخر به.				
5-	أشعر بالرضا عن نفسي.				
6-	في بعض الاحيان اعتقد أنني غير جيد.				
7-	أنا شخص مفيد لمن هم حولي.				
8-	أشعر أنني لا أستطيع أن أقوم بأي شيء بطريقة صحيحة.				
9-	عندما أقوم بعمل أقوم به على نحو جيد.				
10-	أشعر أن حياتي ليست مفيدة .				

**SELF-ESTEEM, DEPRESSION AND ANXIETY AMONG  
CHILDREN OF ALCOHOLIC AND MENTALLY ILL PARENTS**

By

**Mai Shehada Ali Thweib**

Supervisor

**Dr. Musa Jebriel.**

**ABSTRACT**

This study aimed at identifying the effect of the presence of alcoholic or mentally ill parents on the self-esteem, depression and anxiety of their children, and to try to find any statistically significant differences in self-esteem, depression and anxiety between children of Alcoholics or mentally ill parents and those of normal parents, and to examine if there are any differences between children of alcoholics and children of mentally ill parents due to the variable of the gender of the child and parent, and the type of mental illness of the parent and the interaction between these variables.

The study sample consisted of 111 child with alcoholic parents (Females= 56, males=55) and 103 child with mentally ill parents (Females= 54, males=49). Aged between (12-15) years old. They were selected by intention on the account that one parent only should be alcoholic or mentally ill. Alcoholic mothers were 51 and alcoholic fathers were 60. Mentally ill mothers were 44 while mentally ill fathers were

59. A sample was chosen from children of normal parents consisted of 200 child parallel to the sample of the study in regard to the variables of gender and age.

The study used the following scales:

1. Self-esteem Scale: which was translated into Arabic by the researcher
2. Depression Scale: which was translated into Arabic by the researcher
3. Anxiety Scale: which was translated into Arabic by the researcher

To answer the questions of this study, the statistics (T-test) was used in addition to One Way Anova, and Two Way Anova (2x2).

The results of this study indicated that there are statistically significant differences in depression and anxiety between children of alcoholics and mentally ill parents, where depression and anxiety among children of alcoholic parents were higher than that of children of mentally ill parents. While there is no differences in self-esteem between children of alcoholic and mentally ill parents. There are also significant differences in the self-esteem, depression and anxiety between children of alcoholic parents and children of normal parents, where self-esteem among children of normal parents was higher than that of children of alcoholic parents. While depression and anxiety among children of alcoholic parents were higher than that of children of normal parents. The results also showed that there are significant differences in self-esteem, depression and anxiety between children of mentally ill parents and children of normal parents, where self-esteem among children of normal parents was higher than that of

children of mentally ill parents. While depression and anxiety among children of mantally ill parents were higher than that of children of normal parents

The study revealed that there are significant differences for the effect of alcoholic parent's gender on depression and anxiety of children, where depression and anxiety among children of alcoholic mathers were higher than that of children of alcoholic fathers. While there is no effect for the gender of alcoholic parent on the self-esteem of their children. Also, there are significant differences for the gender of the child on self-esteem, depression, and anxiety, where self-esteem among children of male children of alcoholic parents was higher than that of female children of alcoholic parents. While depression and anxiety among female children of alcoholic parents were higher than that of male children of alcoholic parents. There is no effect for the interaction between these variables on children.

The results also indicated that there are significant differences for the effect of the gender of mentally ill parents on self-esteem, depression, and anxiety on children, where self-esteem among children of mentally ill fathers was higher than that of children of mentally ill mathers. While depression and anxiety among children of mantally ill mathers were higher than that of children of mentally ill fathers. In addition, there are significant differences for the gender of the child on self-esteem, where self-esteem among male children of mentally ill parents was higher than that of female children of mentally ill parents . While there is no effect for the gender of the child on depression and anxiety of the children, and there is no effect for the interaction between these variables on the children.

The results indicated that There are no significant differences concerning the type of parent's mental illness on self-esteem, depression, and anxiety of their children.